Séminaire troisième cycle de Médecine Générale

Séminaire les Consultations de la Femme

28 mars 2008

Prise en charge de la Contraception par le Médecin Généraliste

But :

Le Médecin Généraliste à un rôle à jouer en aidant les Femmes à s'approprier la méthode contraceptive la plus adaptée au contexte social, affectif et sexuel de chacune, pour éviter la non utilisation, l'oubli ou l'échec du moyen de contraception.

Objectifs pédagogiques :

- Connaître les critères de choix d'une contraception
- Savoir mener une première consultation
- Connaître les modalités du suivi d'une contraception
- Savoir gérer les échecs de la contraception

Méthodes, moyens et techniques mis en œuvre :

- Cas cliniques
- Temps de réflexions avec questions
- Boite de Pandore (différents modes de contraception, avec méthodes d'utilisation)
- Documents et bibliographie

Moyens d'évaluations prévus :

Pré test et post test

SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS

1. La **différence possible entre l'efficacité optimale** des méthodes contraceptives (celle des essais thérapeutiques) et leur **efficacité en pratique courante** constitue un argument fort pour que la femme et le couple soient impliqués dans un choix adapté à leur réalité quotidienne.

2. **Laisser les personnes choisir** une méthode contraceptive est associé à une plus grande satisfaction des personnes ainsi qu'à une utilisation plus élevée des méthodes. La littérature souligne l'importance de considérer le couple dans la démarche contraceptive et de prendre en compte l'accord du partenaire.

3. La première consultation au cours de laquelle la question de la contraception est abordée devrait **autant que possible** être **une consultation spécifiquement dédiée à cette question.** S'il n'est pas possible de consacrer suffisamment de temps au sein de la consultation sur le sujet de la contraception (par ex. en cas d'urgence), il est recommandé de néanmoins réserver à ce sujet un temps spécifique et de programmer à court terme une autre consultation qui lui sera entièrement consacrée.

4. S'il s'agit **d'une adolescente, elle sera reçue sans ses parents. L'entretien est confidentiel,** même si l'évocation des parents dans la conversation en tête à tête reste tout aussi essentielle. Il importe de rester neutre et de ne pas avoir d'a *priori.* Les méthodes de 1er choix chez l'adolescente sont le préservatif masculin et la contraception hormonale, surtout œstroprogestative.

5. La littérature souligne la nécessité pour le professionnel de santé :
d'adapter sa consultation et sa prescription à chaque consultante ; d'étendre le champ de son entretien au-delà des seuls critères médicaux en prenant en compte des déterminants psychologiques, sociologiques ou encore économiques ; d'explorer les motivations de la consultante vis-à-vis de la contraception ; d'accompagner la consultante ou le couple dans la réflexion et le choix de **la forme de contraception la plus adaptée à sa situation et à sa trajectoire personnelles.** Une consultation bâtie sur le modèle BERCER de l'OMS pourrait être adaptée.

6. Sous couvert d'un examen clinique normal, d'une recherche systématique des antécédents personnels ou familiaux (HTA, diabète, hyperlipidémie, migraine, accidents thrombo-emboliques) et en l'absence de problème médical familial ou personnel identifié, **les examens gynécologique et sanguins peuvent être expliqués et programmés pour une consultation ultérieure** (dans les 3 à 6 mois), notamment chez les adolescentes. Le frottis n'est utile que s'il y a eu des relations sexuelles antérieures.

7. **La contraception œstroprogestative est l'une des méthodes de *1re* intention, pour les femmes ne présentant pas de facteur de risque particulier** (cardio-vasculaire, cancéreux, hépatique, etc.).

   La contraception œstroprogestative présente en outre des **bénéfices potentiels non contraceptifs,** par ex. dans la prévention de certains cancers (cancers de l'endomètre, des ovaires et colorectaux).

Toutes les générations de pilules œstroprogestatives sont associées à une augmentation du risque d'accident thrombo-embolique. Le plus grand danger en prescrivant une contraception œstroprogestative, qu'elle soit de 2e ou 3e génération, est d'ignorer la présence de facteurs de risque cardio-vasculaire associés pour lesquels elle est contre-indiquée.

Les données de la littérature rapportent une augmentation potentielle du risque de certains cancers, notamment du sein et du col utérin. Ces cancers restent relativement peu fréquents dans les tranches d'âge considérées. Pour le cancer du sein, les cancers sont découverts à un stade plus précoce et aucune différence n'a été observée en termes de mortalité.

8. Il est possible d'utiliser la **contraception par progestatif seul** dans certaines situations où les pilules œstroprogestatives sont contre-indiquées, notamment en cas de risque cardio-vasculaire.

   La contraception par progestatif seul n'est cependant pas qu'une méthode de 2e intention. Elle est à classer, de même que les œstroprogestatifs, au rang des méthodes efficaces dans leur emploi courant et très efficaces en utilisation optimale.

   En l'état actuel, il s'agit essentiellement de la pilule microprogestative, laquelle implique une **prise rigoureuse** : tous les jours à la même heure, même pendant les règles.

   La bonne efficacité des méthodes par progestatif seul doit être envisagée au regard de leur tolérance (mauvais contrôle du cycle, risque accru de saignements, etc.).

9. **Les dispositifs intra-utérins (DIU) ne sont pas uniquement destinés aux multipares. Il s'agit d'une méthode contraceptive de 1re intention,** considérée comme toujours très efficace, de longue durée d'action et pour laquelle aucun risque cancéreux ou cardio-vasculaire n'est établi.

   Si le risque de maladie inflammatoire pelvienne (MIP) lié à la pose est avéré, sa survenue est essentiellement limitée aux 3 semaines qui suivent l'insertion. **Aucun risque de stérilité tubaire n'a été démontré,** y compris chez les nullipares. **Étant donné la grande efficacité contraceptive des DIU, le risque de grossesse extra-utérine (GEU) est extrêmement faible** et inférieur d'un facteur 10 à celui associé à l'absence de contraception. La littérature ne permet pas de conclure si le risque de GEU en cours d'utilisation d'un DIU est augmenté par comparaison aux autres méthodes contraceptives.

   Un DIU peut être proposé à toute femme dès lors que :
   - les contre-indications (CI) à sa pose sont prises en compte ; les risques infectieux et de GEU ont été évalués et les situations à risque écartées ; la femme est informée des risques de MIP et de GEU ainsi que des risques potentiels, mais non démontrés, de stérilité tubaire. Cette information est prépondérante chez une femme nullipare, sa pose devant être envisagée avec prudence et en prenant en compte son désir d'enfant à venir.

10. Qu'elles soient masculines ou féminines, les **méthodes de stérilisation** sont **susceptibles,** sur simple demande du couple ou de la personne concernée ou sur proposition du médecin, **d'apporter une réponse contraceptive appropriée** dans certaines situations médicales, sociales ou culturelles particulières. Elles ont l'avantage de

n'avoir aucune CI permanente. En pratique, il est recommandé de **les présenter comme généralement irréversibles.**

Le Code de santé publique précise que « la ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive **ne peut être pratiquée sur une personne mineure ».**

Un délai de réflexion de 4 mois doit être respecté après décision initiale de stérilisation et recueil du consentement.

La **signature d'un consentement éclairé** est **obligatoire.**

11. **Les préservatifs, masculins ou féminins, sont la seule méthode qui ait fait preuve de son efficacité dans la prévention de la transmission des IST.** Une situation estimée à risque du fait de l'existence de plusieurs partenaires, de l'évocation de relations occasionnelles ou de l'absence de relation stable (notamment chez l'adolescente) doit conduire le professionnel de santé à recommander l'utilisation de cette méthode contraceptive, en complément ou non d'une autre méthode médicale. Ces méthodes nécessitent une pédagogie ciblée.

    L'utilisation de spermicides seuls n'est pas efficace dans la prévention des infections sexuellement transmissibles.

12. La méthode de l'aménorrhée lactationnelle, lorsque l'allaitement est exclusif ou quasi exclusif, est d'une efficacité comparable à celle d'une contraception orale. Au regard de leur risque élevé d'échec en usage courant, les autres méthodes naturelles devraient être réservées à des femmes connaissant bien leur cycle, maîtrisant bien l'utilisation de la méthode et acceptant ou pouvant médicalement s'exposer à un risque de grossesse.

13. Il est recommandé que lors de la prescription et de la délivrance d'une contraception, **la femme soit préventivement informée des possibilités de rattrapage en cas de rapport non protégé, de leur efficacité et de leurs conditions d'accès.**

    La contraception d'urgence hormonale et le DIU au cuivre sont les deux méthodes de rattrapage utilisables. Dans ce cadre, il convient de noter que :

    - le DIU au cuivre est la méthode la plus efficace en cas de rapport non protégé ;
    - la contraception d'urgence hormonale (par progestatif seul) n'est pas efficace à 100 % et est **d'autant plus efficace qu'elle est utilisée plus précocement après le rapport non protégé.** L'utilisation opportuniste et répétitive de cette méthode en tant que seule méthode contraceptive est nettement moins efficace qu'une méthode continue.

    La contraception d'urgence par progestatif seul présente l'avantage par rapport au DIU au cuivre de pouvoir être obtenue sans ordonnance en pharmacie (où elle est anonyme et gratuite pour les mineures qui en font la demande), en centre de planification familiale ou dans les infirmeries scolaires.

    Suite à la prise d'une contraception d'urgence par progestatif seul, il est recommandé de conseiller à la consultante :

    - d'adopter une méthode contraceptive efficace (préservatifs) jusqu'à la fin du cycle en cours ;
    - de réaliser un test de grossesse si les règles ne surviennent pas dans les 5 à 7 jours après la date attendue.

14. Lorsqu'un oubli de pilule se renouvelle trop fréquemment ou qu'il est constaté un réel manque d'observance, il est recommandé d'envisager une méthode moins sujette aux problèmes d'observance (DIU, dispositif transdermique hormonal, implant hormonal, etc.).

Le schéma général de la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule(s) est présenté ci-après.

-Oubli ou décalage de la prise par rapport à l'heure habituelle

< 3 h si pilule microprogestative (sauf mention spéciale de l'AMM)
Ou
< 12 h si pilule combinée

Prendre immédiatement le comprimé oublié

Poursuivre le traitement à l'heure habituelle (même si 2 comprimés doivent être pris le même jour)

3 h si pilule microprogestative (sauf mention spéciale de l'AMM)
Ou
> 12 h si pilule combinée

Prendre immédiatement le comprimé oublié

Poursuivre le traitement à l'heure habituelle (même si 2 comprimés doivent être pris le même jour)

En cas de rapport sexuel *dans* les 7 jours suivants ***utiliser simultanément*** une seconde méthode contraceptive non hormonale (par ex. *préservatifs)*

En cas de pilule combinée, si la période de sécurité de 7 jours avec préservatifs s'étend au-delà du dernier comprimé actif de la plaquette en cours supprimer l'intervalle libre et démarrer la plaquette suivante le jour suivant la prise du dernier comprimé actif

Par précaution, *si* un rapport sexuel a eu lieu dans les 5 jours précédant l'oubli ou si l'oubli concerne au moins 2 comprimés, utiliser une ***méthode de rattrapage (si*** le délai d'efficacité de cette méthode n'est pas dépassé) (accord professionnel)

Schéma 1. Conduite à tenir en cas d'oubli ou de décalage de la prise d'une pilule

15. L'augmentation des risques cancéreux et cardio-vasculaires avec l'âge et la préménopause doivent amener à **réévaluer l'adéquation de la méthode contraceptive utilisée à partir de 35-40 ans.**

Annexe : Contraception, mode d'emploi

Ces dernières années, les méthodes contraceptives se sont beaucoup diversifiées. Désormais, les femmes peuvent recourir à l'implant, au patch ou encore à l'anneau contraceptif. Ces progrès sont importants. Ils permettent aujourd'hui à chacun et chacune de choisir la contraception qui lui convient le mieux, plus confortable et adaptée à sa situation.

Les différentes méthodes contraceptives

La méthode	Sa particularité et ses avantages	Son prix[8]	Comment l'obtenir ?
	Les méthodes hormonales : Elles sont constituées d'hormones qui bloquent l'ovulation.		
Les pilules contraceptives **Il en existe de deux types les pilules combinées qui associent deux hormones dans leurs comprimés (oestrogène et progestatif) ; les pilules progestatives qui contiennent uniquement un progestatif.**	Un comprimé à prendre quotidiennement et à heure régulière pendant les 21 jours du cycle ou pendant 28 jours selon le type de pilule. En cas d'oubli supérieur à 3 heures pour une pilule progestative microdosée, et à 12h pour une pilule oestroprogestative, la pilule n'est plus efficace.	De 5 € à 36€ pour trois mois. Certaines sont remboursées à 65 % par l'assurance maladie. Il existe également des pilules génériques. Gratuite dans les CPEF[9] : > pour les mineures > pour les non assurées sociales	Prescrite par un médecin ou une sage-femme dans certaines circonstances[10] On l'obtient avec une ordonnance en pharmacie
Le patch contraceptif	Un patch à coller soi même sur la peau une fois par semaine, à renouveler chaque semaine pendant 3 semaines. La 4ème semaine, sans patch, provoque l'apparition des règles.	15 € par mois non remboursés par l'assurance maladie	Prescrit par un médecin ou une sage-femme dans certaines circonstances. On l'obtient avec une ordonnance en pharmacie.
L'implant contraceptif	Un bâtonnet de 4 cm de long et de 2 mm de diamètre, inséré sous la peau du bras sous anesthésie locale (quelques minutes de pose). Il est efficace trois années d'affilée. Il peut être retiré par un médecin dès que la femme le désire.	138 € remboursé à 65 % par l'assurance maladie	Prescrit par un médecin ou une sage-femme dans certaines circonstances. On l'obtient avec une ordonnance en pharmacie.

[8] Prix indicatifs pratiqués en Métropole en 2007.
[9] Centre de planification et d'éducation familiale.
[10] Après un accouchement, ou une IVG.

L'anneau contraceptif	Un anneau souple à placer soi-même dans le vagin. On le laisse en place pendant trois semaines. La quatrième semaine, sans anneau, provoque l'apparition des règles.	15 € par mois non remboursé par l'assurance maladie	Prescrit par un médecin ou une sage femme. On l'obtient avec une ordonnance en pharmacie.
	Le dispositif intra utérin		
Le stérilet, ou dispositif intra utérin (DIU)	Il en existe de deux types : au cuivre ou à la progestérone. Le stérilet est placé dans l'utérus par un médecin (2 minutes de pose). Il peut être gardé de 4 à 10 ans. Il peut être retiré par un médecin dès que la femme le désire.	Le DIU au cuivre : 27,44 € (remboursé à 65 % par l'Assurance maladie). Le DIU hormonal : 130€ (remboursé à 65 % par l'Assurance maladie). Gratuit dans les CPEF : > pour les mineures, > pour les non assurées sociales.	Prescrit par un médecin. On l'obtient avec une ordonnance en pharmacie.
	Les méthodes barrières		
La cape cervicale, le diaphragme	La cape se présente comme un dôme très fin, en latex ou en silicone, qui vient recouvrir le col de l'utérus. Le diaphragme est une coupelle en latex que l'on place dans le vagin. Il s'utilise associé à un produit spermicide. Ces deux moyens de contraception empêchent le passage des spermatozoïdes. Ils peuvent être posés au moment du rapport, mais aussi plusieurs heures avant. Il est important de les garder pendant 8 heures après le rapport. Ils sont réutilisables.	Cape cervicale : 39,5 € en latex. 52 € en silicone (non remboursée par l'assurance maladie) Diaphragme: 33 € en latex, 42 € en silicone. Remboursé par l'assurance maladie sur la base de 3,14 €.	Prescrit par un médecin ou une sage femme, qui en [illegible] taille. Ils sont vendus en pharmacie sur présentation d'une ordonnance. En outre, le diaphragme peut être obtenu au planning familial.
Les spermicides (l'ovule, la crème, l'éponge)	Les spermicides détruisent les spermatozoïdes. L'ovule ou la crème se placent dans le vagin quelques minutes avant chaque rapport. L'éponge peut être placée bien avant le rapport sexuel et gardée plusieurs heures après, est efficace pendant 24 heures.	7 à 16 € selon le type, pour plusieurs doses Non remboursé	On les obtient sans ordonnance en pharmacie.
Le préservatif masculin	En latex, il en existe une grande variété. Il protège du VIH et des IST.	A partir de 20 centimes le préservatif. Non remboursé par l'assurance maladie. Gratuit dans les CPEF et les centres de dépistage du VIH.	Sans ordonnance en pharmacie, grandes surfaces, distributeurs automatiques, bureau de tabac.

Le préservatif féminin	Gaine en polyuréthane munie d'un anneau souple aux deux extrémités qui se place dans le vagin. Peut être mis plusieurs heures avant et retiré plusieurs heures après le/les rapports sexuels avec un même partenaire. C'est le seul moyen de contraception, avec le préservatif masculin, à protéger du VIH et des IST.	8,70 € la boite de 3. Non remboursé. Gratuit dans les CPEF et les centres de dépistage	Sans ordonnance en pharmacie, dans les CPEF.

La contraception d'urgence

Selon le Baromètre 2005[11], le recours à la contraception d'urgence est de plus en plus fréquent chez les personnes interrogées, sexuellement actives, de 15-54 ans. Elles étaient 8,4 % en 2000 à déclarer avoir déjà eu recours à la pilule du lendemain contre 13,3 % en 2005. Ce sont les plus jeunes qui y ont eu recours le plus fréquemment : près du tiers des 15-24 ans déclarent y avoir déjà eu recours en 2005, contre moins de 10 % des 35-54 ans. Les trois circonstances principales citées qui ont conduit à ce recours sont : un problème avec le préservatif (32,5 %), un problème de pilule (24,9 %), un rapport sexuel non protégé (21,8 %). Dans la majorité des cas (91,5 %) le recours à la contraception d'urgence a permis à la femme de ne pas être enceinte.

La méthode	Sa particularité et ses avantages	Son prix[12]	Comment l'obtenir ?
La contraception d'urgence hormonale (pilule du lendemain)	Elle ne remplace pas une contraception régulière. Le Norlevo, se présente sous forme d'un comprimé à prendre le plus tôt possible, dans un délai de 72 heures maximum	7,60 € remboursée à 65 % par l'assurance maladie pour les majeures ayant une prescription médicale Gratuite pour les mineur(e)s	En pharmacie avec ou sans ordonnance De manière gratuite et anonyme pour les mineures : dans les pharmacies, les CPEF, et auprès des infirmières scolaires.
Le stérilet au cuivre	Un stérilet au cuivre peut également être utilisé comme contraception d'urgence après un rapport non protégé, à condition que la pose ait lieu 5 jours maximum après l'ovulation.	Le DIU au cuivre : 27,44 € (remboursé à 65% par l'Assurance maladie). Gratuit dans les CPEF : > pour les mineures, > pour les non assurées sociales.	Prescrit par un médecin. Avec une ordonnance en pharmacie.

[11] Lydié N, Léon C. Contraception, pilule du lendemain et interruption volontaire de grossesse. In Guilbert. P ; Gautier. A, Baromètre santé 2005. Premiers résultats : p 103-108.

[12] Prix indicatifs pratiqués en Métropole en 2007

LA STERILISATION
A VISEE CONTRACEPTIVE

ETAT ACTUEL DE LA LEGISLATION

Loi N°2001-588 du 4 Juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception

Chapitre III « stérilisation à visée contraceptive » concerne la stérilisation féminine et masculine.

Article 26 - article L.-2123-1

Ne peut être pratiquée sur un mineur.
Peut-être pratiquée sur une personne majeure
Volonté libre et délibérée
Information claire et complète de la femme
Ne peut-être pratiquée que dans des établissements de santé
Le médecin doit informer et remettre un dossier d'information écrit.
Délais de réflexion 4 mois après la première consultation
Confirmation écrite de la femme
Médecin non tenu de pratiquer doit informer de son refus

Article 27 - article 2123-2

La stérilisation a visée contraceptive peut être pratiquée sur une personne majeure dont l'altération des facultés mentales constitue un handicap qui a justifié son placement sous tutelle ou curatelle.

La décision appartient au juge de tutelle, saisi par personne concernée ou le représentant légal.

Le consentement de la personne doit être recherché
Il peut être passé outre à son refus
Avis d'un comité d'expert.

Un décret du conseil d'état : les conditions d'application de l'article n°-779 3 mai 2002
Constitution du comité d'expert
Deux spécialistes gynéco-obstétrique
Un psychiatre
Deux représentants d'Association désignés par arrêté du préfet de région.
Deux représentants choisis par le préfet sur une liste présentée par l'Association
Mandat de 3 ans
Audition et information du sujet
Examens demandés
Le comité d'expert donne son avis au juge des tutelles

Les DIU Disponibles en France en 2007

Nom	Système contraceptif	Commentaires
-UT 380 Short et standard **-NT 380 short et standart -** **Mona Lisa NT Cu 380**	Fil de cuivre (380 mm^2) sur noyau d'argent.	Durée de vie : Sans. Les + fins
-Gynelle 375 -Mona Lisa **Cu 375** **-Muitiload Cu 375 short et standard**	Fil de cuivre (375 mm^2)	Durée de vie : 4 ans pour Gynelle. 5 ans pour les autres
-Mona Lisa CuT380 A QL -TT 380	Manchons de cuivre (380 mm^2)	Durée dévie 10 ans ! C'est le DiU au cuivre de référence.
-Mirena	Lévonorgestrel	Durée de vie : 5 ans. Le seul DIU hormonal. Le plus efficace de tous les DIU actuels.

NOM commercial	SEQUENCE	ETHINYLOESTRADIOL (microg)	PROGESTATIF	PRIX En euro
			3iè génération	
MELODIA MINESSE	Monophasique 28j/28	15	60 gestodène	8,75-26,25
MELIANE HARMONET CARLIN	Monophasique 21j/28	20	75 gestodène	9,22-27,17
MERCILON CYCLEANE 20	Monophasique 21j/28	20	150 desogestrel	7,57-28,49
JASMINELLE	Monophasique	20	3mg drospirenone	10,92-32,77
MONEVA MINULET	Monophasique 21j/28	30	75 gestodène	8,39-25
VARNOLINE CYCLEANE 30	Monophasique 21j/28	30	150 desogestrel	7,57-28,49
BELARA	Monophasique 21j/28	30	2mg chlormadinon	11,69-35,04
ORTHONOVUM	Monophasique 21j/28	35	1mg norethistérone	3,09-12,09
CILEST EFFIPREV	Monophasique 21j/28	35	250 norgestimate	9,30-26,85
TRICILEST TRIAFEMI	Triphasique 21j/28	35	180 norgestimate 215 et 250	9,30-26,85
TRIMINULET PHAEVA	Triphasique 21j/28	30 40 30	50 gestodène 70 100	7,76-22,81
			2iè génération	
MINIDRIL LUDEAL Gé	Monophasique 21j/28	30	150 lévonorgestrel	1,69-3,40
STEDIRIL	Monophasique 21j/28	50	500 norgestrel	1,66-4,12
ADEPAL	Biphasique 21j/28	30 40	150 levonorgestrel 200	1,66-4,12
TRINORDIOL DAILY Gé	Triphasique 21j/28	30 40 et 30	50 levonorgestrel 75 et125	3,00-7,26
			1iè génération	
MINIPHASE	Biphasique	30 40	1000norethisterone 2000	1,69-3,40
TRIELLA	Triphasique 21j/28	35 35 et 35 –	500norethisterone 750 et 1000	1,66-3,14
JASMINE	Monophasique 21j/28	30	3000drospirenone	10,92-32,77
(DIANE 35) LUMALIA	Monophasique 21j/28	35	2000cyproterone	9,65-28,90 16
MICROVAL MILLIGYNON CHRAZETTE	28j/28	0	30 levonorgestrel 600norethisterone 75 desogestrel	1,66-4,12 4,35-12,97 9,13-26,85

SITUATIONS CLINIQUES

SITUATION CLINIQUE N°1:

Jade SUME, 38 ans, sans antécédent particulier, patiente que vous connaissez depuis plusieurs années, vient vous consulter pour un renouvellement de pilule.

Elle prend Adépal* depuis 4 ans, pilule qui lui convient bien. Elle vit avec le même compagnon depuis 10 ans et a 3 enfants de 14, 12 et 5 ans.

Elle exerce la profession d'avocate, est un peu stressée et fume 10 cigarettes par jour.

Elle vous a vu il y a 6 mois pour un examen gynécologique et un frottis, qui étaient normaux. Elle pèse 68 kg pour 160 cm. Son bilan biologique est normal. Elle souhaite continuer la pilule.

Que proposez-vous à cette patiente?

SITUATION CLINIQUE N° 2

Ema RHIRRE, jeune fille de 15 ans, vient pour une première contraception. Elle a des relations sexuelles depuis 3 mois avec le même partenaire, ils utilisent des préservatifs.
Ses cycles sont réguliers, elle ne fume pas, mais a un peu d'acné qui la gène. Elle souhaite une pilule et se demande comment faire pour ne pas l'oublier. Une copine lui a plutôt conseillé de s'abstenir 4 jours avant et après l'ovulation, elle a peur de se tromper.

Que pensez vous prescrire (après examens médicaux et paramédicaux) ? :

SITUATION CLINIQUE N° 3 :

Romane SURDAIL, 24 ans, vient vous consulter pour le renouvellement de sa pilule. Elle vit seule avec son fils de 4 ans.

Elle a vu il y a 6 mois son gynécologue habituel qui l'a examinée, lui a fait un frottis qui est normal; il lui a renouvelé Phaeva* qui lui convient bien depuis 2 ans.
Elle est actuellement au chômage; elle dit préférer venir vous voir car la consultation chez le gynécologue est trop chère.
Elle pèse 80 Kg pour 1m60, elle fume un paquet de cigarettes par jour et n'envisage pas du tout d'arrêter maintenant.

Que proposez-vous à cette patiente?

SITUATION CLINIQUE N° 4 :

Sophie PAKAPS, femme de 25 ans, mariée, maman depuis trois semaines d'un deuxième petit garçon, conçu à la suite d'un oubli de pilule. Elle l'allaite et cela se passe bien, mais elle est encore fatiguée et prend du TARDYFERON*.
Elle souhaite reprendre une contraception orale, car elle vient d'avoir le retour de couche. Elle fume et a un antécédent familial de néoplasie du sein (sa mère à 50 ans).

Que proposez vous à cette patiente ?