

## FICHE MÉMO

# CONTRACEPTION CHEZ LA FEMME À RISQUE CARDIOVASCULAIRE

## ANNEXE

### Méthodologie

- La fiche mémo « Contraception chez la femme à risque cardio-vasculaire » est fondée **sur les critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives**, établis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 4<sup>e</sup> édition, 2009). Il a été indiqué par l'OMS que la finalité de ce document est de proposer aux responsables de l'élaboration des politiques et aux décideurs, ainsi qu'aux membres de la communauté scientifique, un ensemble de recommandations qui permettent d'élaborer ou de réviser les lignes directrices nationales relatives aux critères d'acceptabilité médicale des méthodes contraceptives.
- Les critères d'éligibilité émis par l'OMS ont été soumis à un groupe de lecture (voir détail ci-après) pour adaptation au contexte français selon les recommandations de bonne pratique et les pratiques professionnelles les plus récentes.
- Si nécessaire, **les critères d'éligibilité ont été adaptés selon les particularités liées au contexte français** : fiche mémo HAS, recommandations françaises les plus récentes, avis du groupe de lecture, données réglementaires dont les résumés des caractéristiques des produits (RCP).
- Les précisions apportées par l'OMS, ainsi que les spécificités et données de pratique françaises, et les positions du groupe de lecture sont rapportées ci-après.

### Méthodes contraceptives

#### ■ OMS

Les méthodes contraceptives évoquées par l'OMS sont les suivantes : contraceptifs oraux combinés (COC) minidosés, patch contraceptif combiné, anneau contraceptif combiné intravaginal (AIV), contraceptifs injectables combinés (non commercialisés en France), pilules progestatives pures (PPP), acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR), énanthate de noréthistérone (NET-EN) (non commercialisé en France), implants au lévonorgestrel (non commercialisés en France, seuls les implants à l'étonogestrel sont commercialisés) et à l'étonogestrel, dispositifs intra-utérins au cuivre (DIU-Cu), DIU libérant du lévonorgestrel (DIU-LNG), DIU au cuivre pour la contraception d'urgence, méthodes barrières, méthodes naturelles, aménorrhée lactationnelle, coït interrompu, stérilisation féminine et masculine (stérilisation chirurgicale).

#### ■ Fiche mémo HAS « Contraception chez la femme à risque cardio-vasculaire »

La fiche mémo ne traite pas des méthodes de contraception définitives ; le guide OMS n'aborde que les méthodes de stérilisation chirurgicale et ne traite pas de la contraception définitive par insertion de dispositif intratubaire par voie hystéroscopique. Pour information complémentaire, voir fiche mémo « Stérilisation à visée contraceptive chez l'homme et chez la femme » et « Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles », HAS, 2013.

### Thrombose veineuse profonde (TVP)/embolie pulmonaire (EP)

#### ■ OMS

En 2010, une actualisation a été réalisée par l'OMS afin de dissocier les situations de TVP/EP aiguë de celles sous traitements anticoagulants.

#### ■ Mentions figurant dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP)

La contraception progestative peut être utilisée en cas d'antécédents de thrombose (sauf la contraception progestative injectable). Cependant par précaution, elle est contre-indiquée en cas de thrombose en cours (cf. RCP<sup>1</sup>) et doit être arrêtée si un accident thromboembolique veineux survient pour la 1<sup>re</sup> fois au cours de son utilisation. L'implant progestatif (étonogestrel) doit être retiré en cas de thrombose ; le progestatif injectable contenant de l'AMPR (acétate de médroxyprogestérone) est contre-indiqué en cas d'accidents ou d'antécédents de thromboses veineuses ou artérielles, obésité, diabète, HTA ; le DIU-LNG (lévonorgestrel) est contre-indiqué en cas de thrombophlébite évolutive ou embolie pulmonaire évolutive.

<sup>1</sup>Voir les RCP correspondants : pilules progestatives (désogestrel 0,075 mg CERAZETTE® et génériques non remboursés, lévonorgestrel 0,030 mg, MICROVAL®, remboursée) ; DIU-LNG (lévonorgestrel 52 mg [20 microgrammes/24 heures, Mirena®] ; progestatif injectable (acétate de médroxyprogestérone 150 mg, DEPO PROVERA®) ; implant progestatif (étonogestrel 68 mg, NEXPLANON) ; MIRENA® 52 mg (20 microgrammes/24 heures), dispositif intra-utérin B/1 dispositif (CIP: 339292-8).

■ **Fiche mémo « Contraception : prescriptions et conseils aux femmes », HAS (2013)**

En cas d'antécédent familial de maladie thromboembolique (apparenté au premier degré), les circonstances de survenue des TVP/EP sont à rechercher.

En cas d'antécédent personnel ou familial de maladie thromboembolique (survenue chez un apparenté au premier degré avant l'âge de 50-60 ans), un bilan d'hémostase (dosages d'antithrombine, protéine C, protéine S, résistance à la protéine C activée ou recherche de la mutation du facteur V de Leiden et de la mutation de la prothrombine ou facteur II G20210A) est à discuter lors de la prescription d'une contraception hormonale estroprogestative (pilule, patch, AIV).

■ **Recommandations de la Société française d'endocrinologie (SFE, 2010)**

La contraception estroprogestative par voie orale ou non orale est définitivement contre-indiquée en cas d'antécédent personnel de maladie thromboembolique ou de thrombophilie biologique authentifiée sans événement clinique. Dans ces situations, à distance de l'épisode aigu, il est possible d'utiliser un microprogestatif ou un progestatif macrodosé (hors AMM dans l'indication contraception en France).

L'existence d'un antécédent familial d'événement thromboembolique chez une personne apparentée au premier degré et avant 60 ans représente une contre-indication relative à la contraception estroprogestative.

■ **Recommandations du groupe d'étude sur l'hémostase et la thrombose (GEHT) et de la Société française de médecine vasculaire (SFMV, 2009)**

En cas d'antécédents familiaux du premier degré, la recherche d'un facteur héréditaire de risque de thrombose (FV Leiden, FII G20210A, déficit en AT, PC, PS) sera envisagée avant la prescription d'une contraception orale estroprogestative.

■ **Position du groupe de lecture (2013)**

Il est précisé par le GEHT qu'en cas d'antécédents familiaux ou en cas de chirurgie majeure sans immobilisation prolongée les méthodes estroprogestatives devraient être classées en catégorie 3.

Il est précisé par un expert qu'en cas d'antécédent documenté TVP/EP et TVP/EP aiguë le progestatif injectable devrait être classé en catégorie 3.

La fiche mémo a été modifiée en conséquence.

### Thrombose veineuse superficielle (TVS)

■ **Recommandations de la Société française d'endocrinologie (SFE, 2010)**

Chez les femmes présentant des varices ou une thrombophlébite superficielle, le risque de thromboembolie veineuse n'est pas augmenté et toute méthode de contraception peut être utilisée.

Un antécédent personnel de thrombose veineuse superficielle ne représente pas une contre-indication aux contraceptions hormonales dans leur ensemble.

■ **Position du groupe de lecture (2013)**

Suite au commentaire de la SFMV et du GEHT, une nouvelle sous-catégorie a été créée concernant les antécédents de TVS et TVS spontanée sur veine saine avec un classement en catégorie 3 pour les méthodes estroprogestatives.

### Facteurs héréditaires de risque de thrombose

■ **Recommandations de la SFE, 2010**

Le dépistage systématique n'est pas recommandé compte tenu de la rareté de ces mutations et du coût du dépistage.

■ **Fiche mémo « Contraception : prescriptions et conseils aux femmes », HAS (2013)**

Le bilan biologique lors de la prescription d'une contraception hormonale estroprogestative (pilule, patch, anneau) peut comporter un bilan d'hémostase (dosages d'antithrombine, protéine C, protéine S, résistance à la protéine C activée ou recherche de la mutation du facteur V de Leiden et de la mutation de la prothrombine ou facteur II G20210A) : celui-ci est à discuter en cas d'antécédent personnel ou familial de maladie thromboembolique (survenue chez un apparenté au premier degré avant l'âge de 50-60 ans).

■ **Recommandations du groupe d'étude sur l'hémostase et la thrombose (GEHT) et de la Société française de médecine vasculaire (SFMV, 2009)**

En cas d'antécédents familiaux du premier degré, la recherche d'un facteur héréditaire de risque de thrombose (FV Leiden, FII G20210A, déficit en AT, PC, PS) sera envisagée avant la prescription d'une contraception orale estroprogestative. En cas de diagnostic de FV Leiden ou FII G20210A à l'état hétérozygote, il est recommandé de n'envisager l'étude familiale que pour les femmes en âge de procréer, et après information claire sur les conséquences éventuelles (contraception, grossesse, etc.). Plus spécifiquement chez la femme : avant prescription d'une contraception orale estroprogestative, l'étude familiale, en cas de mutation simple FVL ou FII G20210A hétérozygote chez le cas index, est discutable et envisagée au cas par cas ; dans tous les cas, si un facteur biologique génétique de risque héréditaire est mis en évidence chez le cas index et que la recherche est négative chez l'apparentée asymptomatique, la décision thérapeutique d'utilisation d'une CO estroprogestative doit être modulée par le caractère informatif de la famille décrit plus haut, et donc le risque conféré par les antécédents familiaux seuls.

#### ■ Position du groupe de lecture (2013)

Il est précisé par le GEHT qu'à l'issue de l'enquête familiale en cas d'antécédents familiaux du premier degré, les méthodes estroprogestatives sont classées en catégorie 4 s'il a été mis en évidence un déficit ou un polymorphisme, en catégorie 3 si l'exploration effectuée n'a révélé aucun déficit ou polymorphisme, en catégorie 3 par défaut si la recherche est non réalisée ou incomplète (il est mentionné par le GEHT que certaines analyses ne sont pas prises en charge).

Il a été précisé par la SFMV que la prescription d'un progestatif injectable à une femme portant un facteur héréditaire de thrombose (FV Leiden, FII G20210A, déficit en AT, PC, PS) devrait être classée en catégorie 3.

### Cardiopathie ischémique (antécédent ou actuelle)

#### ■ Recommandations de la SFE (2010)

La contraception estroprogestative est définitivement contre-indiquée en cas d'antécédent personnel d'événement artériel (coronaropathie et/ou AVC). Il est nécessaire de privilégier les méthodes contraceptives non hormonales, en particulier le DIU au cuivre. Le recours à une contraception progestative microdosée ou macrodosée (hors AMM en France dans l'indication contraception) impose une discussion multidisciplinaire préalable. La stratégie décisionnelle est identique chez les femmes présentant des antécédents familiaux d'événements cardio-vasculaires précoces (avant 50 ans).

### Accident vasculaire cérébral

#### ■ OMS

La classification repose sur un diagnostic précis de l'origine migraineuse ou non des céphalées sévères. Cette classification concerne les femmes ne présentant aucun autre facteur de risque d'accident vasculaire cérébral. Le risque d'accident vasculaire cérébral augmente avec l'âge, l'hypertension et le tabagisme. Toute céphalée nouvelle ou modification marquée des céphalées doit être évaluée.

#### ■ Mentions figurant dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP)

Le retrait du DIU-LNG (lévonorgestrel) devra être envisagé en cas de survenue ou de récurrence d'une céphalée exceptionnellement sévère, de pathologie artérielle sévère (AVC, IDM), en cas de survenue ou d'aggravation de migraine, migraine ophtalmique avec perte de vision asymétrique ou de symptômes évoquant une ischémie cérébrale transitoire (cf. RCP).

#### ■ Recommandations de la SFE (2010)

La contraception estroprogestative est définitivement contre-indiquée en cas d'antécédent personnel d'événement artériel (coronaropathie et/ou AVC). Il est nécessaire de privilégier les méthodes contraceptives non hormonales, en particulier le DIU au cuivre. Le recours à une contraception progestative (microdosée ou macrodosée) [hors AMM dans l'indication contraception] impose une discussion multidisciplinaire préalable. La stratégie décisionnelle est identique chez les femmes présentant des antécédents familiaux d'événements cardio-vasculaires précoces (avant 50 ans).

#### ■ Recommandation de la Société française neurovasculaire (SFNV) 2009

Il n'y a pas lieu de réaliser une recherche de facteurs héréditaires de risque de thrombose après la survenue d'un accident ischémique cérébral chez le sujet jeune.

### Valvulopathies cardiaques

#### ■ OMS

Chez les femmes atteintes de valvulopathie, l'utilisation des contraceptifs hormonaux combinés peut accroître le risque de thrombose artérielle ; les femmes atteintes de valvulopathie compliquée présentent un risque maximal.

Le risque d'infection des voies urinaires associé au diaphragme peut être augmenté chez une femme présentant une endocardite infectieuse subaiguë.

#### ■ Cardiopathies valvulaires et congénitales graves chez l'adulte ; guide affection de longue durée, HAS (2008)

Le type de contraception chez une femme porteuse d'une valve cardiaque doit être discuté en collaboration avec le gynécologue et le cardiologue, en prenant en compte le risque thromboembolique propre et le risque infectieux de chaque patiente ; les patientes à haut risque d'endocardite infectieuse sont les porteuses de prothèses valvulaires (mécaniques, homogreffes ou bioprothèses), les patientes avec antécédents d'endocardite infectieuse, toutes les cardiopathies congénitales cyanogènes non opérées et les cardiopathies congénitales opérées avec mise en place de conduits. Le DIU est contre-indiqué chez les patientes à risque élevé ou intermédiaire d'endocardite infectieuse.

#### ■ Mentions figurant dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP)

Parmi les mises en garde spéciales et précautions d'emploi, il est indiqué que le DIU-LNG MIRENA® n'est pas recommandé chez les femmes présentant une cardiopathie congénitale ou une valvulopathie cardiaque et de ce fait exposées à une endocardite infectieuse.

## Céphalées

### ■ OMS

La classification repose sur un diagnostic précis de l'origine migraineuse ou non des céphalées sévères. Cette classification concerne les femmes ne présentant aucun autre facteur de risque d'accident vasculaire cérébral. Le risque d'accident vasculaire cérébral augmente avec l'âge, l'hypertension et le tabagisme. Toute céphalée nouvelle ou modification marquée des céphalées doit être évaluée. L'aura correspond à un symptôme neurologique focal précis. Pour de plus amples informations à ce sujet, l'OMS se rapporte à : *Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders*, 2<sup>e</sup> édition. Cephalalgia. 2004;24 (Suppl 1):1-150. [http://ihs-classification.org/en/02\\_klassifikation](http://ihs-classification.org/en/02_klassifikation) (consulté le 21 août 2009). Selon l'OMS, la question pouvant être posée aux femmes pour identifier la présence d'aura est la suivante : y a-t-il apparition d'une tâche brillante avant la douleur à la tête ?

### ■ Mentions figurant dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP)

Le retrait du DIU-LNG (lévonorgestrel) devra être envisagé en cas de survenue ou de récurrence d'une céphalée exceptionnellement sévère et de pathologie artérielle sévère (AVC, IDM), en cas de survenue ou d'aggravation de migraine, migraine ophtalmique avec perte de vision asymétrique ou de symptômes évoquant une ischémie cérébrale transitoire (cf. RCP). Il est mentionné dans le RCP qu'en cas de perte de vision soudaine complète ou partielle, apparition soudaine d'exophtalmie, diplopie, ou migraines, ne pas ré-administrer le seul progestatif injectable disponible en France, AMPR (acétate de médroxyprogestérone), tant que des examens complémentaires n'ont pas été effectués.

### ■ Recommandations de la SFE (2010)

La contraception estroprogestative est contre-indiquée en cas de migraine avec aura. Privilégier les méthodes contraceptives non hormonales. Le recours à une contraception progestative impose une discussion multidisciplinaire préalable. Stratégie décisionnelle identique chez les femmes présentant des antécédents familiaux d'événements cardio-vasculaires précoces (avant 50 ans).

## Lupus érythémateux disséminé (LED), syndrome des anticorps antiphospholipides

### ■ OMS

Le syndrome des antiphospholipides augmente les risques de thrombose veineuse et artérielle et est une contre-indication absolue des estroprogestatifs. Les sujets atteints de LED sont exposés à un risque accru de cardiopathie ischémique, d'accident vasculaire cérébral et de thrombose veineuse. Pour toutes les catégories de LED, les classifications de l'OMS se fondent sur l'hypothèse qu'il n'y a pas d'autre facteur de risque de maladie cardio-vasculaire ; en présence de tels facteurs de risque, ces classifications doivent être modifiées. Selon l'OMS, les données disponibles indiquent que de nombreuses femmes atteintes de LED peuvent être considérées comme de bonnes candidates pour la plupart des méthodes contraceptives, y compris les contraceptifs hormonaux.

Une thrombopénie grave augmente les risques de saignement. La catégorie doit être évaluée en fonction de la gravité de la thrombopénie et de ses manifestations cliniques. Chez les femmes présentant une thrombopénie très grave et un risque de saignement spontané, la consultation avec un spécialiste et certains traitements préalables peuvent être justifiés. L'OMS rapporte que le DIU au LNG peut être utile pour traiter une ménorragie chez des femmes présentant une thrombopénie grave.

### ■ Académie de médecine (2013)

Il est recommandé de ne jamais prescrire d'estroprogestatifs en cas de pathologie associée à un risque de thrombose : maladie lupique, syndrome des antiphospholipides, cardiopathie emboligène sauf éventuellement en cas de traitement anticoagulant.

### ■ Position du groupe de lecture (2013)

Il est précisé par le GEHT que dans la maladie lupique quels que soient la présentation clinique ou le traitement, les méthodes estroprogestatives sont à classer en catégorie 4. De même en cas de thrombopénie chez une femme atteinte du syndrome des anticorps phospholipides.

Il est précisé par le GEHT que dans la situation d'un syndrome des anticorps antiphospholipides la prescription de méthodes progestatives devrait être classée en catégorie 2.

## Hypertension artérielle HTA

### ■ OMS

La catégorie OMS « antécédents d'HTA (y compris HTA gravidique) quand la tension artérielle ne peut pas être mesurée » ne correspond pas à une situation française de prescription d'une contraception. Elle a été supprimée de la fiche mémo.

### ■ Faculty of sexual and reproductive healthcare (FSRH, 2009)

Avec pathologie vasculaire : maladie coronarienne avec angor, maladie vasculaire périphérique avec claudication intermittente, rétinopathie hypertensive, accident ischémique transitoire.

### ■ Mentions figurant dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP)

En France, l'implant progestatif (étonogestrel) doit être retiré en cas d'hypertension artérielle apparaissant ou non contrôlée sous traitement et de thrombose ; la pilule microdosée progestative (désogestrel) doit être arrêtée en cas d'hypertension artérielle apparaissant ou non contrôlée sous traitement ; le retrait du DIU-LNG (lévonorgestrel) devra être envisagé en cas de survenue ou de récurrence d'une augmentation importante de la

pression artérielle (cf. RCP).

#### ■ **Recommandations de la SFE (2010)**

La contraception estroprogestative est contre-indiquée en première intention chez les patientes présentant une HTA, hormis pour celles ayant un antécédent d'HTA gravidique. La contre-indication est relative chez les femmes de moins de 35 ans, traitées et équilibrées, sans complication ni autre facteur de risque cardio-vasculaire. L'utilisation de micro- ou macroprogestatifs (non disponibles en France) constitue l'alternative hormonale de choix chez les femmes hypertendues.

### **Tabac**

#### ■ **Fiche mémo « Contraception : prescriptions et conseils aux femmes », HAS (2013)**

Le risque cardio-vasculaire augmente avec l'âge et modifie le rapport bénéfice/risque des méthodes contraceptives.

Il est recommandé d'informer sur les possibilités de sevrage en cas de tabagisme.

#### ■ **Recommandations de la SFE (2010)**

La contraception estroprogestative est contre-indiquée, quel que soit son mode d'administration, chez la fumeuse de plus de 35 ans, en particulier lorsque la consommation excède 15 cigarettes par jour. Avant 35 ans, et quel que soit le nombre de cigarettes fumées, l'utilisation d'une contraception estroprogestative est possible en l'absence de facteurs de risque cardio-vasculaire associés. La contraception par progestatifs seuls (voie orale, sous-cutanée ou DIU) peut être utilisée quels que soient l'âge et le nombre de cigarettes consommées.

### **Hyperlipidémies sévères**

#### ■ **OMS**

Si certains types d'hyperlipidémies constituent des facteurs de risque de maladie vasculaire, la catégorie (2 ou 3) devra être appréciée en fonction du type d'hyperlipidémie, de sa gravité et de la présence d'autres facteurs de risque cardio-vasculaire.

#### ■ **Recommandations de la SFE (2010)**

L'identification d'un taux plasmatique élevé de LDL-cholestérol (> 2,20 g/l en l'absence de facteur de risque associé) ou de triglycérides (> 2,00 g/l) impose l'arrêt de la contraception estroprogestative. Le seuil de LDL-cholestérol toléré doit être abaissé de 0,30 g/l pour chaque facteur de risque supplémentaire. L'existence d'une dyslipidémie connue (non traitée ou traitée et non contrôlée) contre-indique la contraception estroprogestative si le taux plasmatique de LDL-cholestérol excède 2,20 g/l et/ou le taux de triglycérides est supérieur à 2,00 g/l (seuil de LDL-cholestérol abaissé si facteurs de risque cardio-vasculaire associés). Chez la femme dyslipidémique, il est possible de proposer une contraception progestative pure, en optant pour un composé sans activité androgénique significative (exclure le norgestrel, le levonorgestrel et l'acétate de médroxyprogestérone).

### **Obésité**

#### ■ **Mentions figurant dans les caractéristiques du produit (RCP)**

Le seul progestatif injectable disponible, AMPR (acétate de médroxyprogestérone), est contre-indiqué dans le cas d'obésité.

#### ■ **Recommandations de la SFE (2010)**

Chez les femmes obèses (IMC  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup>) de moins de 35 ans, et en l'absence de facteur de risque cardio-vasculaire associé, les avantages des méthodes contraceptives combinées l'emportent sur les risques théoriques et la contraception estroprogestative peut donc être proposée. L'obésité est néanmoins mentionnée en tant que précaution d'emploi dans les AMM des contraceptions estroprogestatives. Les contraceptions progestatives dans leur ensemble n'ont pas de restriction d'utilisation chez les femmes obèses. Il existe néanmoins une augmentation de poids sous DMPA injectable chez l'adolescente obèse qui doit faire discuter son indication. Après une chirurgie de l'obésité entraînant une malabsorption (by-pass ou dérivation bilio-pancréatique), tous les contraceptifs oraux doivent être évités, en faveur des contraceptions hormonales combinées en patch ou anneau vaginal, des implants progestatifs, et des dispositifs intra-utérin.

### **Diabète**

#### ■ **Mentions figurant dans les caractéristiques du produit (RCP)**

Le seul progestatif injectable disponible, AMPR (acétate de médroxyprogestérone), est contre-indiqué dans le cas de diabète.

#### ■ **Recommandations de la SFE (2010)**

Tous les modes de contraception hormonale peuvent être envisagés, sans aucune restriction d'utilisation, en cas d'antécédent de diabète gestationnel, en l'absence de facteur de risque vasculaire veineux ou artériel. Néanmoins, en raison du risque thromboembolique du post-partum, les estroprogestatifs sont proscrits durant les 6 semaines suivant l'accouchement.

Chez la femme diabétique de type 1 : une contraception estroprogestative peut être proposée s'il n'existe ni facteur de risque vasculaire, ni aucune complication macroangiopathique ou microangiopathique ; l'utilisation de microprogestatifs ou la mise en place d'un DIU font partie des alternatives en cas de complication avérée (néphropathie protéinurique ou insuffisance rénale, rétinopathie évoluée, pathologie cardio-vasculaire ou neuropathie).

Chez la femme diabétique de type 2, la prescription d'une contraception estroprogestative doit se limiter à certaines conditions : absence d'obésité (IMC < 30 kg/m<sup>2</sup>), de facteur de risque cardio-vasculaire associé et de complication microangiopathique ou macroangiopathique. Dans tous les autres cas, si une contraception hormonale est envisagée, elle reposera sur l'utilisation de progestatifs seuls, quel que soit le mode d'administration.

### Facteurs de risque cardio-vasculaires multiples

#### ■ OMS

Lorsqu'une femme présente plusieurs facteurs de risque importants, dont chacun augmente le risque de pathologie cardio-vasculaire de manière significative, l'utilisation de COC, de patch, d'anneau intravaginal peut accroître ce risque jusqu'à le rendre inacceptable. Toutefois, il ne s'agit pas simplement d'additionner les catégories en cas de facteurs de risque multiples ; par exemple, l'association de deux facteurs de risque rangés dans la catégorie 2 (OMS)/jaune ne justifie pas nécessairement une catégorie supérieure.

#### ■ Mentions figurant dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP)

Le seul progestatif injectable disponible en France, AMPR (acétate de médroxyprogestérone), est contre-indiqué dans les cas d'accidents ou d'antécédents de thromboses veineuses ou artérielles, obésité, diabète, HTA.

### Références et ressources

#### ■ Références

- Organisation mondiale de la santé (OMS). Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, 4<sup>e</sup> édition, 2009. Guide essentiel OMS de planification familiale, 2011
- Faculty of sexual and reproductive healthcare (FSRH). UK medical eligibility criteria for contraceptive use, 2009
- Centers for disease control and prevention (CDC). 2010 US medical eligibility criteria for contraceptive use, 2010
- Groupe d'étude sur l'hémostase et la thrombose (GEHT) et Société française de médecine vasculaire (SFMV). Recommandations GEHT/SFMV pour la recherche de facteurs biologiques de risque dans le cadre de la maladie thromboembolique veineuse : applications cliniques, 2009
- British Committee for Standards in Haematology. Clinical guidelines for testing for heritable thrombophilia, 2010
- Société française neurovasculaire (SFNV). Etiological assessment of cerebral infarct in the young. Proposals from the working group of the French Neuro-Vascular Society, 2009
- Société française d'endocrinologie (SFE). Contraception hormonale chez la femme à risque vasculaire et métabolique : recommandations de la Société française d'endocrinologie, 2010
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Venous thromboembolism and hormonal contraception, 2010
- Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM). Information aux prescripteurs, 2012 ; question-réponses en 22 questions, 2013
- Académie de médecine. Contraception et risque vasculaire, 2013
- HAS. Fiches mémo Contraception, rapport « Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles », rapport « État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée », 2013
- HAS. Cardiopathies valvulaires et congénitales graves chez l'adulte ; guide affection de longue durée, 2008
- Assurance maladie. Étude de cohorte CNAMTS : risques thromboemboliques veineux et artériels chez les femmes sous contraceptifs oraux combinés, 26 juin 2013.

#### ■ Ressources Internet

- Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé : [www.ansm.sante.fr](http://www.ansm.sante.fr)
- Association fil-santé jeunes : [www.filsantejeunes.com](http://www.filsantejeunes.com)
- Association française pour la contraception : [www.contraceptions.org](http://www.contraceptions.org)
- Centres de planification ou d'éducation familiale : [www.sante.gouv.fr/les-centres-de-planification-ou-d-education-familiale](http://www.sante.gouv.fr/les-centres-de-planification-ou-d-education-familiale)
- Haute Autorité de santé : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé : [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr), [www.choisirsacontraception.fr](http://www.choisirsacontraception.fr), [www.onsexprime.fr](http://www.onsexprime.fr), [www.info-ist.fr](http://www.info-ist.fr)
- Ministère de la Santé : [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) rubrique « Contraception »
- Mouvement français pour le planning familial : [www.planning-familial.org](http://www.planning-familial.org)
- Orphanet, portail des maladies rares et des médicaments orphelins : <http://www.orpha.net/>

## Groupe de lecture et validation

- La relecture proposée aux sociétés savantes et organismes sollicités a été effectuée du 29 avril au 22 mai 2013.
- **Les sociétés savantes et organismes sollicités pour relecture sont les suivants :** Association des victimes d'embolie pulmonaire (Avep) ; Association nationale des sages-femmes orthogénistes (ANSFO) ; Association de promotion de la santé scolaire et universitaire (AFPSSU) ; Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE) ; Collectif interassociatif sur la santé (Ciss) ; Collège de médecine générale (CMG) ; Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) ; Collège national des sages-femmes (CNSF) ; Conseil national professionnel de cardiologie (CNPC) ; Conseil national professionnel des internistes (CNPI) ; Confédération syndicale des familles (CSF) ; Confédération nationale du mouvement français pour le planning familial ; Conseil national de diabétologie, d'endocrinologie et de maladies métaboliques ; Conseil national de l'ordre des pharmaciens (CNOP) ; Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française (Cespharm) ; Dr Jacqueline Conard (rédacteur rapport académie de médecine 2013 : Contraception orale et risque vasculaire) ; Pr Sophie Christin-Maitre (SFE) ; Direction générale de l'enseignement scolaire (DGSCO) ; Fédération des associations d'aide aux victimes d'accidents médicaux et à leur famille (Aviam) ; Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale (FNCGM) ; Fédération nationale familles rurales ; Fédération française de neurologie ; Groupe d'étude sur l'hémostase et la thrombose (GEHT) ; Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) ; Lutte, Information, Études des Infections Nosocomiales et Sécurité Sanitaire (Lien) ; Ordre national des infirmiers ; Syndicat national des médecins de protection maternelle et infantile (SNMPMI) ; Société française de santé publique (SFSP) ; Syndicat national des gynécologues et obstétriciens de France (SYNGOF) ; Société française de médecine vasculaire (SFMV) ; Société française d'endocrinologie (SFE) ; Société française de gynécologie (SFG) ; Union nationale des associations familiales (UNAF) ; UFC-Que Choisir.
- **Les sociétés savantes/organismes/experts ayant apporté des commentaires sont les suivants :** Agence nationale du médicament et des produits de santé (ANSM) ; Association française pour la contraception (AFC) ; Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception (ANCIC) ; Association nationale des sages-femmes territoriales (ANSFT) ; Collège de médecine générale (CMG) ; Conseil national de l'ordre des pharmaciens (CNOP) ; Collège national des sages-femmes (CNSF) ; Confédération nationale du mouvement français pour le planning familial ; Pr Sophie Christin-Maitre ; Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale (FNCGM) ; Fédération nationale familles rurales ; Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) ; Union nationale des associations familiales (UNAF) ; UFC-Que Choisir ; Cespharm ; Conseil national de l'ordre des pharmaciens (ONP) ; Société française de médecine vasculaire (SFMV) ; Société française d'endocrinologie (SFE) ; Groupe d'étude sur l'hémostase et la thrombose (GEHT) ; Conseil national professionnel des internistes (CNPI) ; Dr Jacqueline Conard (rédacteur rapport académie de médecine 2013 : Contraception orale et risque vasculaire).
- À l'issue de la phase de relecture, les critères d'éligibilité adaptés au contexte français ont fait l'objet d'un avis favorable de la Commission des recommandations de bonne pratique le 18 juin 2013 et ont été adoptés par le Collège de la HAS le 3 juillet 2013.