

À PROPOS DE L'AUTEUR

Dustin Costescu, M.D., M. Sc., FRCSC

Le D^r Dustin Costescu est obstétricien-gynécologue et spécialiste internationalement reconnu de la planification familiale à Hamilton, en Ontario. Il a obtenu une bourse en conseil, recherche et éducation sur la contraception à l'Université Queen's et une maîtrise en gestion des soins de santé à l'Université Johns Hopkins. Après dix ans passés dans l'un des cabinets de chirurgie les plus diversifiés de l'Ontario, le D^r Costescu consacre son temps, ses talents et sa passion à la planification familiale et à la santé sexuelle dans la pratique communautaire. Le D^r Costescu est aujourd'hui directeur médical de la Mississauga Women's Clinic, de la Toronto Abortion Clinic (anciennement Toronto Morgentaler Clinic) et de la Ottawa Abortion Clinic, s'appuyant sur le travail qu'il a accompli pour introduire la mifépristone au Canada. En tant qu'expert des soins de santé sexuelle et génésique dans leur totalité, Dustin est actuellement coprésident du comité de la SOGC sur la santé sexuelle et l'équité génésique et est l'auteur principal de plusieurs directives de pratique clinique de planification familiale. En 2023, il a été nommé responsable provincial du programme de dépistage du cancer du col de l'utérus par Santé Ontario et joue un rôle clé dans la transition vers le dépistage de ce cancer par détection du VPH.



Affiliations

Obstétricien et gynécologue, Hamilton, Ontario

DÉTERMINATION DE LA CONTRACEPTION OPTIMALE POUR LES PATIENTES

Introduction

Malgré la diminution des taux de grossesse et d'avortement au cours des dernières décennies, les grossesses non désirées restent un défi personnel et de santé publique.¹ Dans les années 1960, les premières pilules contraceptives (progestatives et combinées) ont révolutionné l'efficacité de la contraception malgré leurs doses élevées en œstrogènes. Dans les années 1980, l'accent a été mis sur la sécurité : les anciens dispositifs intra-utérins (DIU) et les implants ont été retirés du marché, ce qui a conduit à la mise au point de nouvelles options plus sûres dont nous bénéficions aujourd'hui. Dans les années 1990, la crainte de thromboembolie veineuse (TEV) liée aux pilules a entraîné une augmentation des taux de grossesses non désirées au Royaume-Uni et en Europe, qui s'est répétée dans les années 2000. Dans les années 2010, la contraception réversible à action prolongée (CRAP) a été saluée comme la voie à suivre pour réduire les taux de grossesses et elle a effectivement modestement contribué, de même qu'à la réduction des taux d'avortements.

Cette décennie a vu deux changements majeurs dans les soins contraceptifs : la transition vers des modèles mixtes

de prestation de services (en particulier des options virtuelles et sous forme de souscription) et une transition vers des conseils « basés sur les besoins ».

Une approche du conseil en contraception basée sur les besoins

L'objectif du conseil basé sur les besoins est de centrer la patiente dans la discussion sur la contraception.² Les patientes veulent des renseignements sur les risques, les avantages et les effets secondaires, mais elles souhaitent prendre la décision finale. Le point de départ d'un conseil en contraception fondé sur les besoins est d'inviter la patiente à proposer une méthode. Bien qu'intuitive, cette approche est étonnamment différente de la plupart des approches (par exemple, la priorité à la pilule ou à l'efficacité).

Les choix contraceptifs sont souvent basés sur les réseaux sociaux (ce que les amies et les membres de la famille utilisent). Alors que les premières générations d'utilisatrices d'une CRAP deviennent les parents de jeunes sexuellement actives, celles-ci, adolescentes et jeunes adultes, se sentent beaucoup plus à l'aise avec la CRAP que les générations précédentes. En plus des réseaux sociaux, les médias sociaux permettent aux patientes d'accéder à d'innombrables vidéos éducatives

et à des comptes-rendus d'expériences de contrôle des naissances, qu'elles soient positives ou négatives. Bien qu'imparfaite, la qualité des renseignements sur le contrôle des naissances partagés en ligne constitue une amélioration significative par rapport aux chuchotements dans les cours d'école et aux conversations entre parents. Par conséquent, les patientes ont tendance à se rendre à la clinique mieux informées et plus motivées.

L'approche du tic-tac-toe

Le conseil basé sur les besoins ne doit pas être difficile. La plupart des patientes qui cherchent un moyen de contraception ont une idée de ce qu'elles veulent utiliser et veulent savoir si c'est une « bonne » option pour elles. D'autres ne savent peut-être pas quoi utiliser, mais la liste des options peut être rapidement réduite en posant quelques questions. La méthode tic-tac-toe m'a bien servi au cours de milliers de consultations. Les trois premières questions sont les suivantes :

1. Qu'aimeriez-vous essayer?
2. Quels autres avantages espérez-vous tirer de votre méthode de contraception? (Indications)
3. Dépistez les contre-indications à la méthode

Le cas échéant, prescrivez une thérapie appropriée. Si la patiente n'est pas sûre de la méthode, posez les trois questions suivantes :

4. Dans quel délai envisagez-vous une grossesse future (le cas échéant)?
5. Laquelle de ces méthodes est acceptable?
6. Vérifiez les aspects liés au coût et à la couverture.

Commencez par déterminer le délai avant une grossesse souhaitée par la patiente afin d'engager la conversation sur une méthode à courte ou à longue durée d'action. Par la suite, les méthodes d'examen se concentrent sur l'administration, l'efficacité et les effets secondaires. Enfin, confirmez la couverture et l'accessibilité financière et utilisez les ressources d'aide aux patientes qui permettent de réduire les coûts.

La multiplicité des méthodes, des voies d'administration et des profils d'effets secondaires fait que les patientes (et les professionnels) peuvent se sentir dépassés par le choix d'une méthode. La **Figure 1** montre un point de départ typique pour une patiente qui a besoin d'une consultation exhaustive sur la contraception. La **Figure 2** illustre l'approche des méthodes à courte durée d'action. Cet article présente les méthodes d'analyse permettant de trouver la méthode de contraception optimale pour chaque patiente.

L'approche des méthodes à action prolongée

Quatre méthodes de contraception réversible à action prolongée (MCRAP) sont aujourd'hui offertes sur le marché canadien, chacune présentant des caractéristiques

similaires : grande efficacité, facilité d'observance et grande confiance de la part des patientes. Comme toutes les MCRAP ont des taux d'échec inférieurs à 1 %, la clé du conseil en matière de MCRAP est de se concentrer sur les différences entre chaque méthode, et moins sur leurs similitudes.³

Les DIU au cuivre

Un DIU au cuivre est plus susceptible d'être une option de deuxième ou de dernière intention, mais c'est une excellente option pour de nombreuses personnes. L'utilisatrice d'une MCRAP qui souhaite être rassurée par ses règles, qui a des cycles relativement légers avant la mise en place du dispositif ou qui souhaite une option véritablement sans hormones sera la plus heureuse avec ce dispositif. Il existe près de 20 options disponibles. N'oubliez pas que les dispositifs prévus pour trois ans peuvent présenter des taux de défaillance plus élevés s'ils sont utilisés plus longtemps. Les dispositifs prévus pour une utilisation pendant cinq et dix ans peuvent facilement être utilisés pendant une période plus longue, en particulier chez les patientes âgées de plus de 35 ans au moment de l'insertion.

Les DIU hormonaux⁴

Le DIU hormonal à 52 mg ayant des indications thérapeutiques, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) le recommande comme MCRAP de première intention lorsqu'une maîtrise des saignements est nécessaire. En raison de la facilité relative de mise en place d'un dispositif à 19,5 mg plus petit, il s'agit de l'option préférée chez les patientes jeunes et nullipares (et chez celles qui sont anxieuses à l'idée de se faire poser leur premier DIU). Chez les patientes qui sont à la fois jeunes et nullipares et qui ont des règles abondantes, l'expérience clinique indique qu'un dispositif à 52 mg donne les meilleurs résultats. Cependant, dans certains cas, je commence avec un dispositif à 19,5 mg si la patiente est très préoccupée par la douleur liée à la mise en place du dispositif. Les profils d'effets secondaires sont similaires dans les études de phase III; il est donc peu probable que le passage à un DIU moins dosé améliore les effets secondaires du lévonorgestrel.

Les implants

Après près de quatre ans sur le marché canadien, les cliniciens tentent toujours de déterminer la place optimale des implants dans leurs algorithmes de conseil. La plus évidente concerne les patientes qui souhaitent éviter un DIU (ou qui ont eu une expérience négative avec cette méthode). La simplicité de la mise en place et du retrait fait des implants une option favorable pour les cliniciens qui ne sont pas à l'aise avec les examens pelviens. La question la plus fréquente que l'on me pose lors de présentations médicales est la suivante : « À quoi d'autre les implants peuvent-ils servir? » La réponse courte est qu'ils sont uniquement destinés à la contraception.

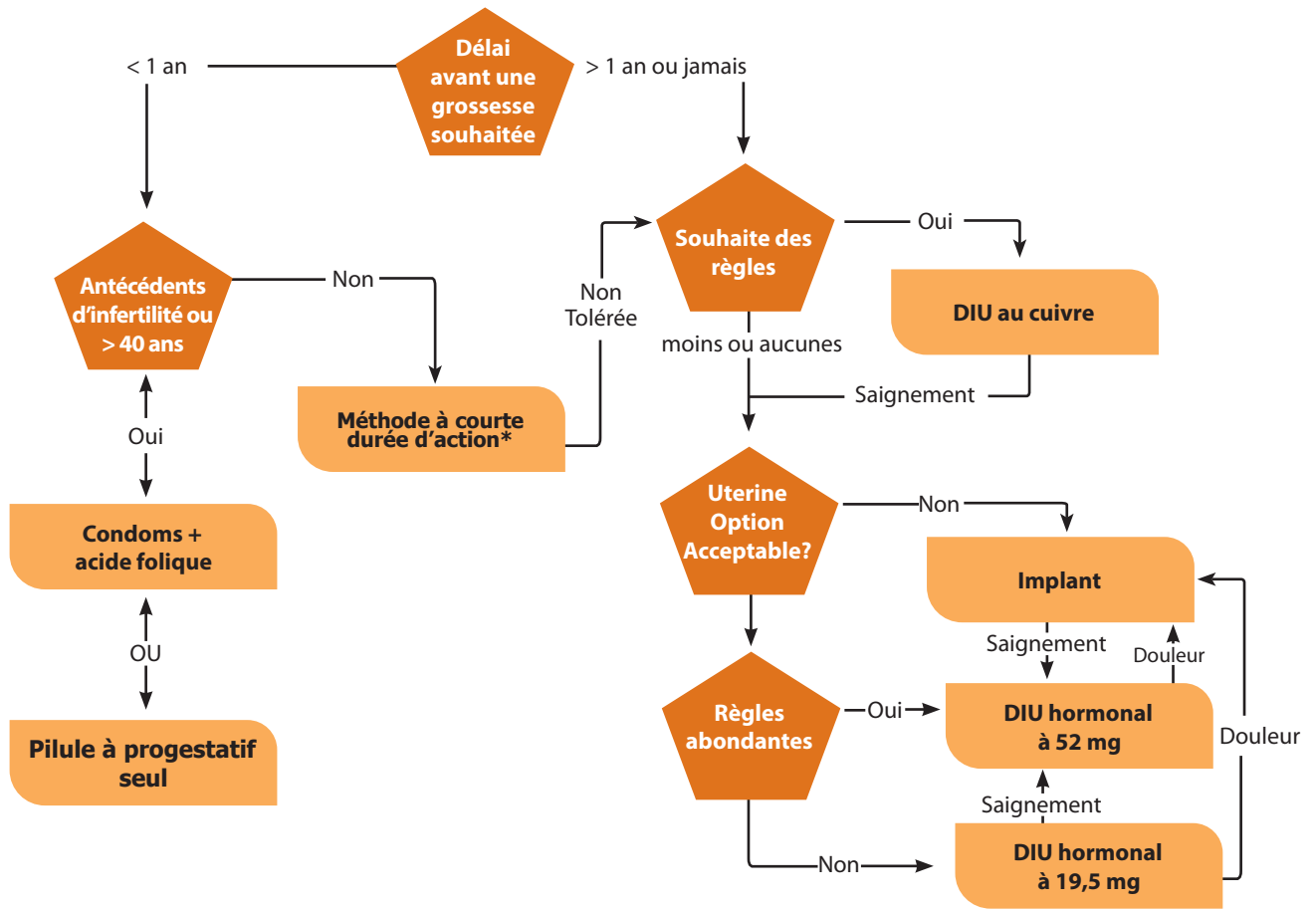


Figure 1. Algorithme de conseils simplifiés et conseils sur les contraceptifs réversibles à action prolongée; avec l'aimable autorisation du D^r Dustin Costescu, M.D., M. Sc., FRCSC.

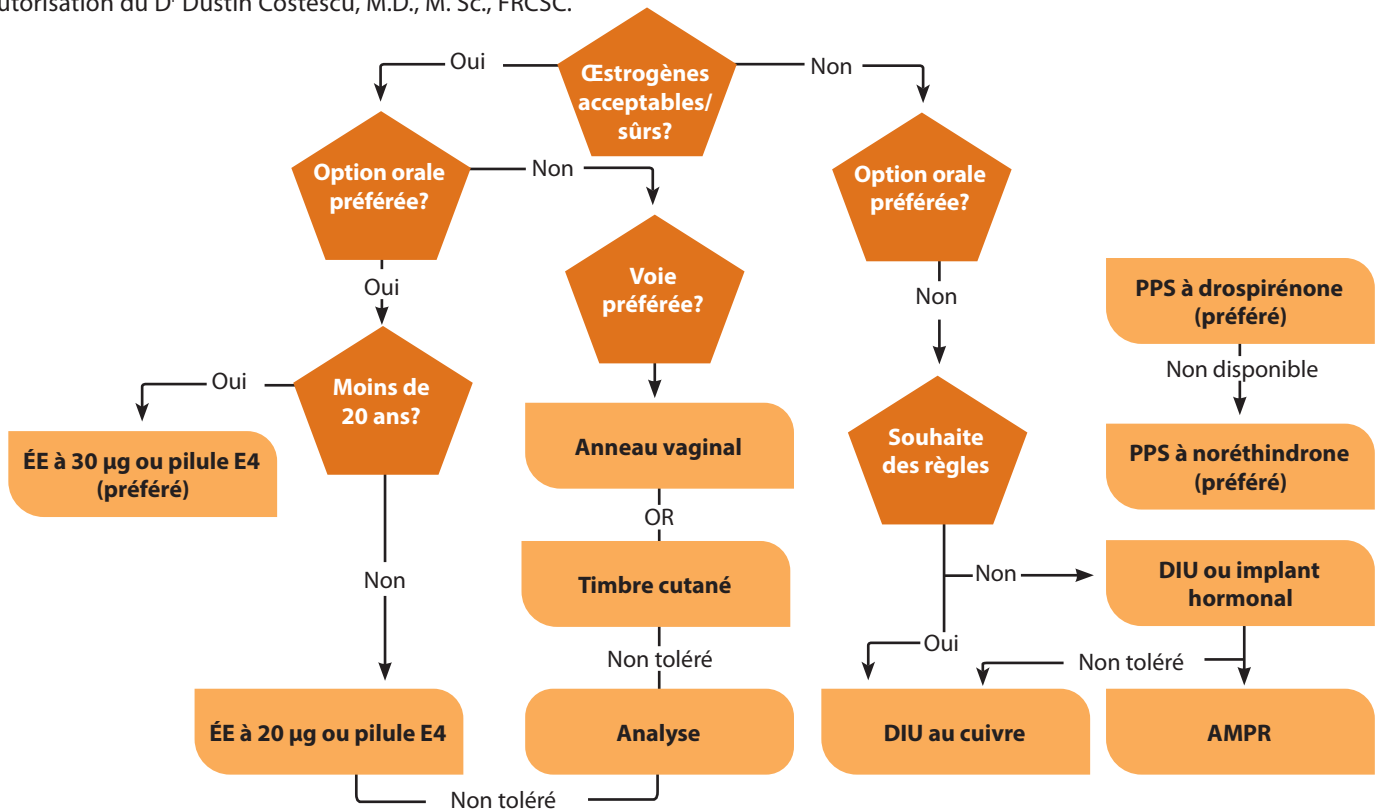


Figure 2. Une approche de la mise en route d'une contraception à courte durée d'action; avec l'aimable autorisation du D^r Dustin Costescu, M.D., M. Sc., FRCSC.

Toutefois, ils peuvent constituer une bonne option pour les patientes atteintes de dysménorrhée, les patients transgenres sous testostérone et les patientes désireuses d'essayer un implant pour améliorer leurs saignements avant d'utiliser un DIU hormonal.

Les méthodes à courte durée d'action : Sélectionner les options

La plupart des patientes utiliseront une méthode de contraception à courte durée d'action au moins une fois dans leur vie, et la plupart des nouvelles utilisatrices de contraceptifs commenceront à prendre une pilule contraceptive orale combinée (COC). C'est pourquoi les cliniciens ont le réflexe de proposer la pilule contraceptive avant de passer à d'autres options, et les patientes peuvent ne pas connaître d'autres solutions que celle-ci. Les examens des préférences pour les MCRAP, les options sans œstrogènes et, en premier lieu, les options non orales permettront d'informer rapidement la patiente des choix possibles et de s'assurer que la pilule est la meilleure solution pour elle. Un examen des groupes de patientes particulières est présenté ci-dessous.

Les jeunes. Lors du choix d'une pilule pour une adolescente, la Société canadienne de pédiatrie recommande une pilule contenant un taux d'œstrogène plus élevé. Presque immédiatement, les cliniciens et les parents sont confrontés à une dissonance cognitive concernant l'exposition aux hormones chez les jeunes. La principale raison pour laquelle une adolescente commence à prendre un COC contenant 30 µg d'éthinylestradiol ([ÉE] ou E4) est la préservation de la densité osseuse. Le pic de densité minérale osseuse (DMO) se situe vers l'âge de 21 ans et des études comparatives montrent qu'il y a une altération du pic de DMO chez les utilisatrices de faibles doses (moins de 30 µg). Les MCRAP n'ont pas d'effets négatifs sur la santé des os, pas plus que les pilules à progestatif seul (PPS). Si une pilule de dose moyenne n'est pas tolérée en raison des effets secondaires des œstrogènes, une dose plus faible peut être choisie.

Les utilisatrices plus âgées. Les patientes âgées de plus de 35 ans peuvent présenter d'autres problèmes de santé pour lesquels les œstrogènes sont contre-indiqués.⁶ À la lumière de ce qui précède, il convient d'accorder une attention particulière à la prescription d'un contraceptif hormonal combiné dans cette population. La décision d'utiliser une option contenant des œstrogènes par rapport à une option sans œstrogènes est bien plus importante que la dose d'œstrogènes, si elle est utilisée. En cas de doute sur les contre-indications des œstrogènes, la SOGC suit les critères de recevabilité médicale pour l'utilisation des contraceptifs des Centers for Disease Control des États-Unis.⁷ Il existe une application qui décrit un grand nombre de troubles médicaux et attribue un score en quatre points en fonction du risque. Si le trouble est classé 1 ou 2, prescrire sans consultation. S'il est classé 3 ou 4, ne pas prescrire et envisager la consultation d'un expert.

L'aménorrhée. Si les MCRAP sont bien connues pour induire une aménorrhée (dans plus de 60 % des cas pour l'acétate de médroxyprogestérone-retard [AMPR], 40 % pour le DIU à 52 mg, 24 % pour le DIU à 19,5 mg et 24 % pour un implant), certaines méthodes à courte durée d'action sont plus susceptibles que d'autres de provoquer également une aménorrhée. Bien que l'aménorrhée soit souvent souhaitée ou acceptée, il est essentiel d'avertir les patientes qu'il s'agit d'une situation normale. Plus précisément, il n'y a pas d'association entre l'aménorrhée chez les patientes sous pilules contraceptives orales et l'insuffisance ovarienne prématurée.

En règle générale, les pilules avec un intervalle hormonal plus court (24/4 et 24/2/2) et les COC à plus faible dose sont associés à un taux d'aménorrhée plus élevé que les pilules standard 21/7.

La pilule associée au taux le plus élevé d'aménorrhée est la pilule ÉE à 10 µg/acétate de noréthindrone (35 %), suivie par la pilule E4/drospirénone (DRSP) (11 %), puis par les autres formulations 24/4. Si l'aménorrhée est fréquente dans le cas des PPS à base d'acétate de noréthindrone, elle est rare dans le cas des PPS à base de DRSP. Les patientes présentant une aménorrhée doivent effectuer un test de grossesse et, s'il est négatif, elles peuvent être rassurées sur le fait que le phénomène est normal.

Environ 60 % des utilisatrices de pilules suppriment des intervalles sans hormones pour éviter les menstruations pendant les périodes de voyage, les pèlerinages sacrés, une activité sexuelle prévue ou simplement pour profiter de l'aménorrhée. Cette pratique est sans danger et n'augmente pas le risque de TEV. Les patientes qui utilisent la pilule de façon continue finiront par présenter des microrragies dues à l'atrophie de la muqueuse. Si cela se produit, il faut arrêter la pilule pendant 4 jours puis la reprendre.⁶

Les saignements imprévus. L'un des principaux avantages des contraceptifs contenant des œstrogènes est la stabilisation de l'endomètre et une réduction globale des saignements. Cependant, de nombreuses patientes présenteront des saignements imprévus (saignements survenant en dehors de la période habituelle des règles). En règle générale, les pilules progestatives et les pilules à faible dose (ÉE à 20 µg et moins) sont associées à un taux plus élevé de saignements imprévus. La pilule E4/DRSP entraîne un taux relativement faible de saignements imprévus, ce qui peut refléter des différences de réceptivité endométriale par rapport à l'éthinylestradiol. Les patientes qui présentent des saignements imprévus doivent passer à une pilule E4 ou ÉE dosée à au moins 30 µg. La prudence s'impose lors d'un changement de pilule, car beaucoup d'entre elles sont similaires, et il arrive qu'une patiente change simplement la marque de la même pilule, sans que son état s'améliore. La persistance de saignements imprévus peut justifier une

discussion sur les autres options possibles, en particulier si l'observance est un problème.

L'acné. Les pilules contenant des œstrogènes réduisent l'acné par deux mécanismes principaux : les œstrogènes réduisent la production de sébum et le blocage de la LH par les progestatifs réduit les taux d'androgènes. Les pilules contenant de la drospirénone et de la cyprotérone ont également des effets antiandrogènes directs au niveau des récepteurs. Utilisé comme outil de marketing dans les années 1990, le débat existe quant à savoir si l'« androgénicité » du progestatif contenu dans une pilule contribue ou non à l'acné et aux effets secondaires. Cependant, dans les études sur l'acné, les pilules contenant de la cyprotérone et de la drospirénone sont moins comédogènes, suivies par celles contenant du désogestrel (et son métabolite de premier niveau, l'étonogestrel), et enfin par celles contenant de la noréthindrone, du norgestimate et du lévonorgestrel (LNG).⁶

L'humeur. Les effets des hormones sur l'humeur sont mal compris et peu signalés. Il est essentiel de procéder à une anamnèse minutieuse, en précisant si l'humeur s'est détériorée pendant l'intervalle sans hormones ou lors de la prise de pilules, ainsi que le type d'inquiétude concernant l'humeur. Les œstrogènes ont tendance à provoquer des symptômes d'activation, tandis que les troubles de l'humeur liés au retrait hormonal et des progestatifs ont tendance à aggraver les symptômes dépressifs. La pilule ÉE20/DRSP est approuvée aux États-Unis pour le traitement du trouble dysphorique prémenstruel. Hormis cela, malheureusement, la recherche d'une pilule préservant la bonne humeur se fait par essais et erreurs. Pour les patientes ayant des troubles de l'humeur cycliques, un DIU hormonal peut être inefficace, car la plupart des patientes ovulent avec un DIU hormonal.⁴

Le mal de tête. Les patientes atteintes de maux de tête préexistants doivent être évaluées pour détecter la présence d'une migraine avec aura (en particulier l'aura non visuelle). De nombreuses patientes qui se plaignent de migraines n'ont pas de véritables migraines et ne présentent pas de déficit neurologique focal. Les patientes présentant des migraines sans aura peuvent utiliser des contraceptifs contenant des œstrogènes, bien qu'il faille faire preuve de prudence chez les femmes de plus de 35 ans.

Les maux de tête associés à la pilule sont dus soit à la posologie de l'œstrogène, soit au sevrage d'œstrogènes. Les patientes présentant des migraines pendant la période sans hormones (appelées migraines associées aux règles) peuvent poursuivre leur méthode et éventuellement réduire ou supprimer l'intervalle sans hormones de manière semi-continue ou complètement. Les patientes ressentent presque toujours des maux de

tête avec les COC en raison de leur teneur en œstrogènes. Par conséquent, la réduction de la teneur en œstrogènes ou le passage à une méthode progestative doivent être envisagés si les patientes éprouvent des maux de tête lorsqu'elles prennent des médicaments actifs.⁶

La théorie œstrogénique et la thromboembolie veineuse

Aucun examen de la contraception n'est complet sans une discussion sur la TEV, la complication la plus grave des contraceptifs contenant des œstrogènes. Le risque attribuable de décès dus à une encéphalopathie traumatique chronique provoquée est d'environ 3 pour un million d'utilisatrices de pilules, la plupart des décès survenant chez les personnes présentant une thrombophilie héréditaire ou acquise. Ce risque doit être interprété dans le contexte de la TEV liée à la grossesse ou à la période qui suit l'accouchement, qui est 10 à 100 fois plus élevé. Par conséquent, la prévention de la grossesse réduit aussi fortement les risques de présenter une TEV.⁶

La théorie œstrogénique est née de l'observation que les progestatifs seuls ne sont pas thrombogènes, mais qu'ils peuvent différer dans leur capacité à atténuer une partie du risque de TEV lié à la composante œstrogénique de la pilule. Au départ, le raisonnement était le suivant : « œstrogénicité = dose d'œstrogènes - androgénicité du progestatif ». Avec l'avènement de meilleurs tests hématologiques, en particulier ceux de résistance à la protéine C activée, il apparaît que l'activité antithrombotique est indépendante de l'androgénicité.⁸

Par conséquent, pour modifier le risque de TEV d'un contraceptif hormonal combiné (CHC), nous pouvons changer soit la dose d'œstrogène, soit le type d'œstrogène, soit le progestatif.

Il est bien connu qu'il existe une relation liée à la dose entre les œstrogènes et la TEV. Les œstrogènes favorisent à la fois la production de facteurs de coagulation et la résistance aux protéines C et S (réduisant les effets antithrombotiques de ces protéines). Dans les études basées sur la population, les pilules contenant 50 µg d'ÉE ou plus sont associées à une augmentation de la TEV par rapport à celles qui contiennent des doses inférieures. En dessous de 50 µg, il n'est pas certain que des réductions supplémentaires diminuent le risque de TEV.⁹

L'éthinylestradiol est un œstrogène hautement biodisponible et métaboliquement actif, qui présente une forte activation hépatique et une thrombogénicité élevée. Il présente également une persistance élevée par la circulation entérohépatique, de sorte que même les préparations transdermiques d'ÉE sont associées à des taux élevés de TEV et ne sont pas plus sûres que les options orales. Une nouvelle option de COC contenant

de l'estérol est beaucoup moins thrombogène (d'après des données de phase III et in vitro). Par conséquent, si un CHC est souhaité, il convient d'envisager l'E4/DRSP, suivi d'une pilule de 20 µg contenant du LNG ou de l'acétate de noréthindrone.

Parmi les pilules, les timbres et les anneaux contenant de l'ÉE, il existe de légères différences (< 3 pour 10 000) dans le risque de TEV entre les différents progestatifs. Les pilules plus anciennes contenant du LNG ou de l'acétate de noréthindrone sont moins thrombogènes que celles contenant du désogestrel (DSG) ou de la DRSP. Si une patiente est suffisamment préoccupée par le risque de TEV pour choisir une marque de pilule moins thrombogène, elle doit être informée des options progestatives comme autres choix.¹⁰

L'AMPR est associé à une multiplication par deux de l'incidence de la TEV par rapport à l'incidence de la TEV chez les non-utilisatrices. Cependant, l'AMPR est souvent utilisé (ou peut être utilisé) chez les patientes présentant des facteurs de risque de TEV, en particulier compte tenu des options de remplacement limitées.

Les options suivantes et les options de dernier recours

La satisfaction et le changement de traitement. La satisfaction des patientes à l'égard de la contraception, comme de nombreux médicaments préventifs, est difficile à mesurer. Du point de vue du praticien, le succès réside dans la prévention des grossesses non désirées, mais les patientes ne reconnaissent souvent pas la valeur de la prévention. Les patientes mesurent leur satisfaction en fonction de l'observance, de la tolérance et de la « volonté de changer », c'est-à-dire la mesure dans laquelle elles souhaitent essayer une autre méthode. L'observance fait référence à la capacité d'utiliser une méthode de manière cohérente et correcte aussi souvent que possible : utiliser un préservatif à chaque fois, prendre une pilule tous les jours, changer d'anneau tous les mois, recevoir une injection à chaque saison, etc. Cependant, l'observance ne se limite pas à se souvenir. L'observance est influencée par la commodité, l'accès, la confiance dans l'efficacité de la méthode et l'acceptabilité des effets secondaires attribuables à la méthode.

Les patientes peuvent être plus intéressées par le changement de méthode que vous ne le pensez. L'intention de changer de méthode est la plus élevée parmi les utilisatrices d'options moins efficaces (environ 50 %), telles que les condoms, en particulier en cas d'échec du condom ou de problème d'observance. Les utilisatrices de méthodes à courte durée d'action font également état d'une intention élevée de changer de méthode, soit en raison d'un échec contraceptif, d'un manque de confiance dans la méthode (ou d'une mauvaise observance de la posologie), d'un délai trop long avant la grossesse, ou

encore en raison d'effets secondaires. Les utilisatrices de MCRAP sont celles qui ont le moins l'intention de changer de méthode, ce qui reflète à la fois une grande satisfaction, mais aussi des solutions de remplacement limitées. À l'issue d'une consultation sur la contraception, il convient d'évoquer la possibilité de discuter d'autres solutions lors d'une visite de suivi s'il est possible d'améliorer les effets secondaires ou s'il existe un intérêt pour un changement de méthode.¹¹

Les options de dernier recours. Deux options importantes sont manifestement absentes des algorithmes de traitement : L'AMPR injectable et la contraception permanente. L'AMPR est un contraceptif important car, dans de nombreux cas, il s'agit du traitement de dernier recours pour les patientes qui n'ont pas toléré d'autres options, celles qui ont connu des échecs contraceptifs répétés et celles qui ont besoin d'une aménorrhée thérapeutique. Le retard dans le retour de la fécondité et la prise de poids sont les principales raisons pour lesquelles cette option n'est pas proposée au début de l'algorithme, mais elle est sûre, peu thrombogène et devrait être envisagée lorsque les autres options n'ont pas été acceptables.

La contraception permanente reste un droit de la personne. Au Canada, plus de couples ont recours à la vasectomie qu'à la salpingectomie, mais il s'agit d'une exception par rapport aux statistiques mondiales. La contraception permanente doit être proposée aux patientes qui sont certaines de ne pas vouloir d'enfant (ou de ne pas en vouloir d'autres). Elle ne doit pas être proposée parce qu'une patiente n'a pas accès à une contraception réversible fiable ou parce qu'elle ne tolère pas les méthodes réversibles. Les retards dans les interventions chirurgicales ont rendu les opérations de ligature des trompes moins accessibles, avec des temps d'attente beaucoup plus longs et le risque d'une grossesse non désirée pendant l'attente. Il faut veiller à ce que les patientes disposent de méthodes de remplacement lorsqu'elles sont sur la liste d'attente pour une intervention chirurgicale.

Conclusion

Les grossesses non désirées font partie de la vie, mais il existe une méthode de contraception pour chaque patiente. La meilleure méthode de contraception est celle que la patiente veut utiliser, qu'elle est capable d'utiliser, qui est bien tolérée et en laquelle elle a confiance. Un bon conseil et une analyse intelligente sont les clés pour trouver la méthode appropriée lorsqu'une option de première intention ne convient pas. En se concentrant sur les besoins des patientes, on obtient une plus grande satisfaction et de meilleurs résultats.

Correspondance

Dustin Costescu, M.D., M. Sc., FRCSC

Courriel : costesd@mcmaster.ca

Divulgation de Renseignements Financiers

Honoraires : Organon, Bayer, Searchlight, Duchesnay

Recherche : Linepharma

Références

1. Black A, Guilbert E, Costescu D et al. Canadian Contraception Consensus. *J Obstet Gynecol Can.* 2015 Oct 37(10):936-42.
2. Bitzer J, Oppelt PG, Deten A. Evaluation of a patient-centred, needs-based approach to support shared decision-making in contraceptive counseling: the COCO Study. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2021 Aug;26(4):326-33.
3. Black A, Guilbert E, Costescu D et al. Canadian Contraception Consensus (Part 3 of 4): Chapter 8 - Progestin-Only Contraception. *J Obstet Gynecol Can.* 2016 Mar;38(3):279-300.
4. Costescu DJ. Levonorgestrel-releasing intrauterine systems for long-acting contraception: current perspectives, safety, and patient counseling. *Int J Womens Health.* 2016 Oct 13;8:589-598.
5. Di Meglio G, Crowther C, Simms J, Canadian Paediatric Society Adolescent Health Committee. Contraceptive care for Canadian youth. *Paediatr Child Health.* 2018;23(4):271-277.
6. Black A, Guilbert E, Costescu D, et al. Canadian Contraception Consensus Part 4 of 4 Chapter 9: Combined Hormonal Contraception. *J Obstet Gynaecol Can.* 2017 Apr;39(4):229-268.e5.
7. Centres for Disease Control. US Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016 (US MEC) <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/mmwr/mec/summary.html> Accessed February 4, 2024.
8. Morimont L, Haguët H, Dogne JM et al. Combined oral contraceptives and venous thromboembolism: review and perspective to mitigate the risk front. *Endocrinol.* 2012;12 769187.
9. Lidegaard Ø, Milsom I, Geirsson RT, Skjeldstad FE. Hormonal contraception and venous thromboembolism. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2012; 91:769-778.
10. Lidegaard O, Nielsen LH, Skovlund CW et al. Venous thrombosis in users of non-oral hormonal contraception: follow-up study, Denmark 2001-10. *BMJ.* 2012;344:e2990.
11. Steinberg JR, Marthey D, Xie L et al. Contraceptive method type and satisfaction, confidence in use, and switching intentions. *Contraception.* 2021 Aug; 104(2): 176-182.