

Mots clés :

Contraception
Risque/
bénéfice
Stérilet

Neuf dispositifs intra-utérins (DIU) sont admis au remboursement à 65% par l'assurance maladie en France (données Vidal® janvier 2009 ⁱⁿ¹) : 8 « au cuivre » (375 ou 380 mm² selon le dispositif, prix public imposé de 30,50 €, réglementation des dispositifs médicaux et de la matériovigilance) et un au lévonorgestrel (LNG ; Mirena®, prix public imposé 125,37 €, réglementation du médicament et de la pharmacovigilance)¹. Les données scientifiques de la synthèse faite par le groupe de travail de l'ANAES en 2004² ainsi que celles du NICE britannique en 2005³ restent d'actualité, comme le montre le dossier de la revue Prescrire¹. Parmi les principales recommandations du récent rapport de l'IGAS⁴ sur l'interruption volontaire de grossesse (IVG) figure la promotion des méthodes de contraception de « longue durée », notamment le stérilet. Les points clés en sont résumés ici.

Efficacité

L'indice de Pearl « théorique » des estro-progestatifs est de 0,1 (1 grossesse pour 1000 femmes utilisant parfaitement cette contraception pendant 1 an), des DIU au cuivre de 0,6 (données Cochrane et OMSⁱⁿ¹). En pratique courante, l'indice de Pearl de la contraception orale varie de 0,6 à 0,8 selon les études, en fonction des difficultés d'observance. Celui du DIU au LNG est de 0,1 à 0,2 dans les essais, mais il n'y a pas d'essais comparatifs vs les DIU au cuivre¹. Le DIU au LNG est surtout le choix lorsque le DIU au cuivre est mal toléré (règles abondantes). Aucun médicament ne semble réduire l'efficacité des DIU. Les AINS peuvent être utilisés s'ils sont justifiés. La prise d'anticoagulants ne contre-indique pas le DIU. Comme l'aspirine, ils peuvent majorer les saignements.

Insertion

Elle peut être faite à tout moment du cycle, en l'absence de grossesse (contrôlée par test biologique en cas de doute), y compris les derniers jours des règles (col plus souple, risque de grossesse presque nul).

L'insertion « post-coïtale » (dans les 5 jours) d'un DIU au cuivre est décrite comme une méthode très efficace de contraception de « rattrapage »² (taux d'échec : 0,1 à 0,2%).

Après un accouchement ou un avortement, l'OMS préconise le DIU au cuivre dans les 48h pour réduire le risque d'expulsion ou après 4 semaines quand l'utérus a repris ses dimensions habituelles ⁱⁿ¹.

Que retenir pour la pratique ?

- La contraception est largement diffusée en France, mais avec un niveau d'échec préoccupant : le taux d'IVG reste inchangé, de l'ordre de 200 000 par an⁴, depuis des années Il est possible que la large prédominance de la contraception orale hormonale (60%, sans équivalent dans d'autres pays) soit l'une des causes de cet échec, notamment par défaut d'observance⁴.

- Il persiste à propos du stérilet des « idées reçues » tant chez les médecins que chez les patient(e)s, par exemple le « réservant » aux femmes qui ont déjà eu des enfants, ou une méconnaissance de son rôle en contraception d'urgence. Ce constat nécessite des efforts importants de communication, d'information et d'éducation des différents acteurs⁴, bien que nous n'ayons pas de données actuelles sur les disparités entre prescripteurs⁵.

- Pour permettre à chaque femme un choix de sa contraception, une information objective est nécessaire, fondée sur ses besoins et non sur des craintes ou représentations non justifiées³. Nous y reviendrons.

Stérilet : l'« autre » contraception...

Le risque d'expulsion est faible, estimé à 5 à 10% à 5 ans selon les DIU et les études³. L'expulsion est plus fréquente dans les 3 mois qui suivent la pose et passe rarement inaperçue (sa méconnaissance n'est pas une cause fréquente d'échec de contraception¹).

Risques et effets indésirables

Le risque de grossesse extra-utérine est plus faible qu'en l'absence de contraception, de l'ordre de 1 pour 1000 femmes sur une période de 5 ans (1 grossesse sur 20 sous stérilet)³. Le risque infectieux est <1% chez les femmes à faible risque de maladie sexuellement transmissible. Le risque de perforation au moment de l'insertion est <1/1000. La seule vraie contre-indication, en dehors de pathologies ou anomalies graves de l'utérus, est la grossesse. Saignements et douleurs sont responsables de l'abandon du DIU chez environ une femme sur 2 durant les 5 premières années³. Enfin, le DIU au LNG peut entraîner une aménorrhée trompeuse et d'autres effets indésirables dus au LNG (céphalées, acné, sensibilité des seins, etc.)¹.

Durée d'efficacité

Les durées annoncées par les fabricants des DIU au cuivre vont de 5 à 10 ans, mais aucune étude ne montre de diminution d'efficacité durant au moins 10 ans, voire plus^{1,3}. Selon le NICE, un dispositif au cuivre mis en place à 40 ans et bien toléré peut être conservé jusqu'à la ménopause. Selon ce même guide, le dispositif au lévonorgestrel reste efficace au moins 7 ans³.

Références

- 1- Prescrire Rédaction. Dispositifs intra-utérins, alias stérilets. Rev Prescrire. 2009; 304: 113-9 et 305: 202-6.
- 2- ANAES. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Décembre 2004.
- 3- NICE. Long acting reversible contraception. Clinical guideline 30. Octobre 2005.
- 4- Aubin C et al. Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001. Octobre 2009.
- 5- Moreau C et al. Projet « FECOND » : FECONDité-CONtraception-Dysfonctions sexuelles. INED. Novembre 2008.