



DEMANDE DE CONTRACEPTION NON HORMONALE



Sébastien Trela
Sage-Femme
14 Décembre 2017

INTRODUCTION

- Augmentation de la contraception non hormonale dans les années 2000-2010
- Controverse en 2012 sur les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération accélérant le phénomène
- Demande des patientes d'information sur des moyens de contraception souvent jamais proposés auparavant
- Dominance globale de la pilule



EVOLUTION DE LA CONTRACEPTION EN FRANCE

- Emergence d'un nouveau paysage contraceptif marqué depuis 2012 (Déjà amorcée entre 2000 et 2010)

Etude FECOND INED/INSERM 2014

Evolution de la contraception chez les Françaises de 15 à 49 ans entre 2010 et 2013

- Absence de contraception : 3% (idem 2010)
- Utilisation de la pilule en diminution : 50 à 41%
- DIU : 22,6% (+ 1,9%)
- Préservatif : 15,3% (+ 3,2%)
- Autres méthodes : 13,8% (+ 3,4%)



○ Disparités selon l'âge

- 15 – 24 ans : préservatifs et pilules 2^{ème} génération au détriment des 3 et 4^{ème} générations
- 25 – 29 ans : report vers DIU
- 30 – 34 ans : méthodes hormonales < 50%
- 35 – 45 ans : nette diminution des méthodes hormonales. Dominance du DIU

○ Disparité selon la CSP

- Cadres : recours au DIU et méthodes non hormonales
- Prof intermédiaires : report vers 2^{ème} génération
- Ouvrières : Peu de changement de pratiques



LA CONTRACEPTION DANS LE MONDE

- 63% des femmes de 15 à 49 ans utilisent la contraception en 2011 / 55% en 1990
- Stérilisation féminine : 29,9% (Amérique latine)
- DIU : 22% (Pays développés, Asie)
- Pilule : 14,1% (dominant dans beaucoup de pays)
- Préservatif masculin : 12,8%
- Méthodes naturelles : 9,6%

Source : World Contraceptive Pattern 2013, Division de la population, Nations Unies



CONTRACEPTION VERSUS IVG

- France : Taux de couverture contraceptive le plus élevé d'Europe mais taux d'IVG important
- Questionnement sur la pertinence du choix d'un moyen contraceptif
- Le report vers des méthodes moins efficaces ne devrait pas entraîner une augmentation des grossesses non désirées dans la population générale (FECOND 2013)



HORMONES

LES RAISONS D'UN DÉSAMOUR

- Effets secondaires
 - 70% : baisse libido
 - 54% : prise de poids
 - 52% : trouble de l'humeur
 - 36% : migraines, céphalées
 - 34% : sécheresse vaginale
 - 29% : douleurs ou tension mammaire
 - 21% : acné
 - 20% : mycoses à répétition
 - 18% : troubles de la circulation sanguine
 - Cystites, douleurs ovariennes, nausées...

Sondage sur 3616 femmes entre Janvier et Avril 2017, de 13 à 50 ans sur le site « Jarretelapilule.fr », Debusquat S.



○ Causes d'arrêt

- 51% : effets secondaires bénins mais pénibles
- 41% : refus de médicaments ou hormones
- 39,5% : revenir à des cycles naturels
- 29% : méfiance envers l'industrie pharmaceutique
- 25% : conviction écologique
- 21% : cohérence avec un mode de vie (vegan, végétarien)
- 20,5% : trop d'oubli
- 19% : désir grossesse
- 17% : suite au scandale 3 et 4^{ème} G
- 12% : peu ou pas d'activité sexuelle
- 11% : féminisme (partager la contraception avec le compagnon)
- 10% : effets secondaires importants ou graves type embolie, thrombose...



EFFICACITÉ DES CONTRACEPTIFS

Méthode de planification familiale	Taux de grossesses de la première année	
	Utilisation correcte et régulière	Telle qu'utilisée couramment
Implants	0,05	0,05
Vasectomie	0,1	0,15
DIU au lévonorgestrel	0,2	0,2
Stérilisation féminine	0,5	0,5
DIU au cuivre	0,6	0,8
MAMA (pendant 6 mois)	0,9	2
Injectables mensuels	0,05	3
Injectables progestatifs	0,3	3
Contraceptifs oraux combinés	0,3	8
Pilules progestatives	0,3	8
Patch combiné	0,3	8
Anneau vaginal combiné	0,3	8
Préservatifs masculins	2	15



Méthode d'ovulation	3	
Méthodes des Deux Jours	4	
Méthode des Jours Fixes	5	
Diaphragmes avec spermicides	6	16
Préservatifs féminins	5	21
Autres méthodes de connaissance de la fécondité		25
Retrait	4	27
Spermicides	18	29
Capes cervicales	26*, 9**	32*, 16**
Pas de méthode	85	85

OMS 2011 (Etats-unis – Trussel)

A noter : Etude Cocon, France, Moreau 2007-2008

IP : 1,1% pour DIU cuivre et lévonorgestrel

2,4% pour COC

3,3% pour préservatifs

10% pour retrait

22% pour spermicides



DIU AU CUIVRE (CUIVRE-ARGENT)



DIU CUIVRE : DESCRIPTION

- Support radio opaque en plastique muni de bras latéraux flexibles autour duquel s'enroule le fil de cuivre
- Un fil de nylon attaché au support permet son retrait
- Plusieurs tailles, formes disponibles
- Durée possible d'utilisation moyenne 5 ans (4 à 10)



DIU : MODE D'ACTION

- Principal : effet cytotoxique du cuivre sur les spermatozoïdes
- Secondaire : inflammation locale de l'endomètre empêchant la nidation d'un ovocyte
- Effet antibactérien de l'ion Argent
- Taux d'échec : 0,8 à 1,1 % en utilisation courante
- Il n'y a pas de différence significative d'efficacité contraceptive entre un DIU au cuivre de surface supérieure à 250 mm² et le DIU au lévonorgestrel (HAS)



DIU CUIVRE : POPULATION CONCERNÉE

- HAS : Méthode de 1^{ère} intention, efficace, de longue durée d'action, ne présentant pas de risque de cancer ni cardiovasculaire
- S'adresse à toutes les femmes y compris nullipares
- OMS : Avant 20 ans, la balance Avantages/Risques est en faveur des avantages dès lors que les situations à risques sont écartées
- Peut servir comme contraception de rattrapage



DIU – CONTRE-INDICATIONS

- Grossesse suspectée ou avérée
- Infection en cours/Après un avortement septique
- Maladie inflammatoire pelvienne en cours
- Cervicite purulente en cours
- Infection Chlamydiae ou Gonocoque en cours
- Tuberculose génito-urinaire avérée
- Saignements vaginaux inexplicables
- Maladie cancéreuse (trophoblastique, col, endomètre)
- Malformation de la cavité utérine ou déformation due à un fibrome
- Hypersensibilité au cuivre, maladie de Wilson
- Cardiopathies valvulaires?



MALADIE DE WILSON

- La maladie de Wilson est une maladie génétique caractérisée par l'accumulation toxique de cuivre dans l'organisme
- Un des signes est la présence d'un anneau brun-verdâtre caractéristique, dit de Kayser-Fleischer, à la périphérie de l'iris



DIU – RECOMMANDATIONS ET PRÉCAUTIONS

- Pose possible en post partum avant 48h et après 4 semaines
- Prélèvements à la recherche d'une IST à Chlamydiae ou Gonocoque avant pose
 - HAS, CNGOF : Pas d'antibioprophylaxie avant la pose. Attente résultats PV, traitement si infection et contrôle avant pose
 - Collège gynéco américain : Pose avant résultats PV et traitement sans retrait du DIU
- Hygiène lors de la pose (masque, gants stériles)
- Proposer antalgiques
- Contrôle 1 à 3 mois après la pose
- Si contrôle écho : position DIU < 20 mm du fond utérin
- Coupes menstruelles



DIU – EFFETS INDÉSIRABLES

- Liés à la pose : douleurs, contractions utérines, saignements, en général transitoires
- Risque d'expulsion (post IVG instrumentale fois 2,5 FECOND) et perforation
- Modifications du cycles : ménorragies, saignements irréguliers, douleurs pendant les règles
- Leucorrhées



DIU – CAUSES RETRAIT

- **Désir de la patiente** (Pauline Berraldacci. Dispositifs-intra-utérins au cuivre et Mirena R : quelles différences de causes de retrait ? Gynécologie et obstétrique. 2016)
 - Saignements entre les règles, ménorragies
 - Dyspareunies
 - Douleurs
 - Céphalées
- Fin de l'efficacité
- Changements de pratiques sexuelles (risque IST)
- MST en cours ou infection pelvienne
- Ménopause certaine



DIU – DONNER LA BONNE INFO

- Cytotec :
 - Le misoprostol n'apporte pas de bénéfice pour faciliter la pose d'un DIU (au cuivre ou au lévonorgestrel) mais augmente les effets secondaires. (CNGOF 2013)
- AINS et corticoïdes :
 - Pas d'interactions avérées (Prescrire 1er janvier 2003)
- Règles abondantes
 - Le flux des règles est souvent augmenté mais la plupart du temps non gênant (C. Guicheteau, L. Boyer, D. A. Somé, J. Leveque, P. Poulain, et al.. Tolérance du dispositif intrautérin au cuivre chez les patientes nullipares : étude prospective unicentrique. Gynécologie Obstétrique et Fertilité, Elsevier Masson, 2015, 43 (2), pp.144–150)



DIU ET NULLIPARES

- 3% des nullipares surtout après 30 ans
- Etude FECOND 2010 :
 - 57% des femmes pensent que la nulliparité est une CI au DIU. 68% des gynécologues. 85% des MG
- Pas de lien avec la parité pour :
 - Risque IGH, MIP, stérilité tubaire : lié à l'exposition aux IST, pas à la parité
 - Risque GEU : 5 à 10% indépendant de la parité
 - Risque d'échec de pose
 - Risque perforation
 - Risque expulsion



DIU - CONCLUSION

- Continuation à 1 an : 90 % toute parité confondue
- Satisfaction 93%
- Efficacité excellente
- IST à dépister
- Pas de risque augmenté chez la nullipare
- Adapter la taille
- Info patiente+++



MÉTHODES BARRIÈRES

- Préservatif masculin
- Préservatif féminin
- Diaphragme et spermicides
- Cape cervicale



PRÉSERVATIF MASCULIN

Avantages

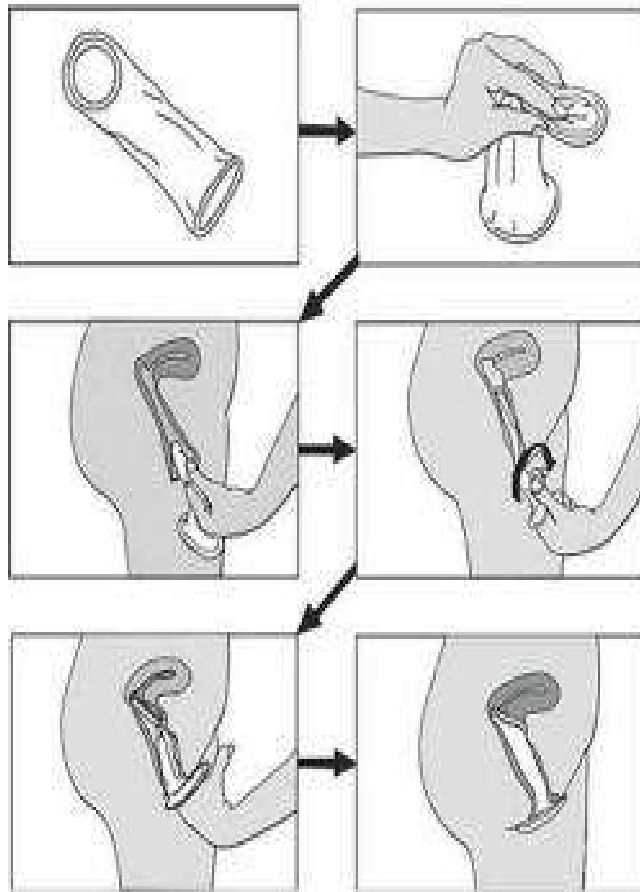
- Inocuité
- Prévention IST
- Disponibilité
- Participation de l'homme

Limitations

- Insuffisant si hyperfertilité
- Rigueur d'utilisation
- Motivation des 2 partenaires
- Diminution de la sensibilité
- Risque de déchirure (latex vs polyuréthane)



PRÉSERVATIF FÉMININ



- Fine gaine en polyuréthane
- 1 anneau mince (extrémité externe)
- 1 anneau plus épais (fond du sac)
- Fémidom en France




PRÉSERVATIF FÉMININ

Avantages

- Innocuité
- Prévention IST
- Disponible
- Contrôle par la femme
- Solidité > P masculin
- Pose plusieurs heures avant
- Plusieurs rapports possibles
- Pas d'urgence au retrait
- Muqueuse fragile

Limitations

- Insuffisant si hyperfertilité
 - Rigueur d'utilisation
 - Motivation des deux partenaires
 - Manipulation
 - Bruit du polyuréthane
 - 1 seule marque en France
 - Prix : 3 euros en moyenne
- 

CONTRE-INDICATIONS AUX PRÉSERVATIFS FÉMININS

- Âge, parité ou problèmes de santé présentant un risque élevé pour la grossesse (Il faut une contraception plus efficace)
- Difficultés physiques ou psychiques à toucher ses organes génitaux
- Prolapsus utérin, cystocèle ou rectocèle sérieux
- Malformations : sténose ou cloison vaginale



SPERMICIDES

- Produits chimiques inactivant ou tuant les spermatozoïdes
- L'utilisation de spermicides seuls n'est pas efficace dans la prévention des IST (ANAES 2003)
- Types : ovules ou crèmes (Eponges retirées du marché)
- Chlorure de Benzalkonium (pas de savon) ou Méthyle cellulose et acide lactique (savon)
- Désagrège la membrane cellulaire, diminue la mobilité, la motilité, la capacité de fécondation et le pH + barrière mécanique



SPERMICIDES : UTILISATION

	Efficacité après temps de pose	Durée efficacité
Ovules	10 min	4h
Crèmes monodose ou avec applicateur	Immédiate	10h



SPERMICIDES

Avantages

- Innocuité
- Disponibilité
- Contrôle par la femme
- Pose possible 1h avant
- Pas de stress lié à la baisse de l'érection
- Pas d'urgence au retrait
- Peut remplacer le lubrifiant
- Compatible diaphragme

Limitations

- Insuffisant si hyperfertilité
- Rigueur d'utilisation
- Motivation des deux partenaires
- Manipulation
- Contraintes, écoulement
- Vérifier compatibilité latex
- Coût , surtout unidose



DIAPHRAGME

- Arrêt de commercialisation début années 90 en France
- Distribution en pharmacie à partir de 2005
- Délivrance sur prescription par médecin ou sage-femme
- Utilisation courante dans les pays anglo-saxons
- Uniquement en silicone en France
- Diaphragmes classiques et taille unique
- A associer avec un spermicide
- Utilisation à partir de 6 semaines en post-partum



DIAPHRAGME

- Classique: Milex (marque BIVEA)



- CAYA (marque BIVEA)



DIAPHRAGMES CLASSIQUES

- Dôme en silicone
- Maintient par un ressort hélicoïdal
- Il existe 7 tailles de diaphragmes Milex :
 - 60 mm, 65 mm, 70 mm, 75 mm, 80 mm, 85 mm, 90 mm
 - La taille correspond au diamètre extérieur du diaphragme.
 - Elle est inscrite à l'extérieur de celui-ci sur la membrane le long du ressort.
 - Les tailles les plus courantes sont les tailles 70 et 75 mm.



DIAPHRAGME CAYA

- Fine membrane en silicone en forme de dôme ovale, maintenue par un anneau souple, munie latéralement de picots et étirée à l'une des extrémités pour insérer l'index : pose simplifiée
- Taille unique
- Fabriqué en Allemagne



DIAPHRAGME

- Première consultation :
 - Expliquer le fonctionnement du diaphragme
 - Faire essayer les différentes tailles afin de prescrire la bonne selon le type de diaphragme
- Deuxième consultation :
 - Vérifier la bonne mise en place du dispositif par la patiente
 - Lui demander d'enlever et remettre le diaphragme devant vous pour vérification, en position accroupie ou debout une jambe relevée
 - Le diaphragme doit recouvrir le col utérin
 - Etude Bivéa sur 418 couples : 80% des femmes savent mettre le diaphragme (CAYA) spontanément. 98% après l'intervention du professionnel



DIAPHRAGME : UTILISATION

- Mise en place
 - Juste avant le rapport
 - En prévision jusqu'à 2 ou 3h avant (en fonction du spermicide)
- Retrait
 - Au plus tôt 6 à 8h après le dernier rapport
 - Remettre des spermicides si nouveau rapport avant ce délai
 - Peut rester en place 24h max
- Entretien
 - Lavage à l'eau tiède savonneuse et rangé dans sa boîte
 - Peut être bouilli



DIAPHRAGME

Avantages

- Pas d'effets secondaires systémiques
- Contrôle par la femme
- Retient le flux menstruel si utilisé pendant les règles
- Prix : 25 euros environ (remboursé 3,14 euros)

Inconvénients

- Efficacité
- Rigueur d'utilisation
- Examen pelvien nécessaire
- CI si prolapsus
- Manipulation nécessitant un apprentissage
- Effets indésirables possibles : irritation locale(spermicides), infection urinaire post traumatique



CAPES CERVICALES

- Dispositif en silicone souple en forme de dôme
- Epouse le col utérin (effet ventouse)
- Obstacle mécanique aux spermatozoïdes
- A associer à un spermicide
- Utilisation à partir de 6 semaines en post-partum



CAPES CERVICALES

- Pré-requis :
 - Motivation++
 - Partenaire non opposé
 - Patiente capable d'atteindre son col
- Contre-indications:
 - Dysplasie du col
 - Prolapsus
 - Infection cervico-vaginales (temporaire)
 - Rétroversion utérine rendant difficile la mise en place du dispositif



CAPES CERVICALES : UTILISATION

- Existe en plusieurs tailles : 22, 26, 30mm selon parité
- Marque FemCap en France : environ 60 euros non remboursés
- Pose idem diaphragme
- Retrait en exerçant une pression sur le dôme et en tirant sur l'anse
- Mise en place 15 min ou plus avant le rapport
- Laisser en place 8h minimum après le rapport. Max 48h
- Rajouter du spermicide dans le vagin si rapport avant 8h



CAPES CERVICALES

Avantages

- Pas d'effets secondaires systémiques
- Contrôle par la femme
- Pose et retrait à distance du rapport
- Protection contre HPV
- Retient le flux menstruel

Inconvénients

- Efficacité
- Rigueur d'utilisation
- Examen pelvien nécessaire
- CI si prolapsus
- Manipulation nécessitant un apprentissage
- Effets indésirables possibles : irritation locale(spermicides), infection urinaire post traumatique
- Coût



MÉTHODES NATURELLES

- Compte tenu du taux élevé d'échec, l'éventualité d'une grossesse non prévue doit être acceptable, sinon préférer une autre méthode.
- Le retrait ou coït interrompu
- Méthodes basées sur le cycle féminin
 - MAMA : Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
 - Méthode des jours fixes
 - Méthode des températures
 - Observation de la glaire cervicale : méthode de Billings
 - Méthode des 2 jours
 - L'abstinence périodique Ogino



MAMA

- l'allaitement peut avoir un effet contraceptif jusqu'à 6 mois après l'accouchement (risque de grossesse à 6 mois < 2 %) si toutes les conditions suivantes sont réunies : allaitement exclusif ;
 - allaitement jour et nuit, 6 à 10 tétées/jour ;
 - pas plus de 6 heures entre 2 tétées la nuit, pas plus de 4 heures le jour ;
 - aménorrhée persistante (absence totale de règles).
- Il convient d'utiliser une autre méthode de contraception en cas de retour des règles, de réduction de la fréquence ou de la durée des tétées, d'introduction de l'alimentation au biberon ou dès que le nourrisson atteint l'âge de 6 mois (OMS)

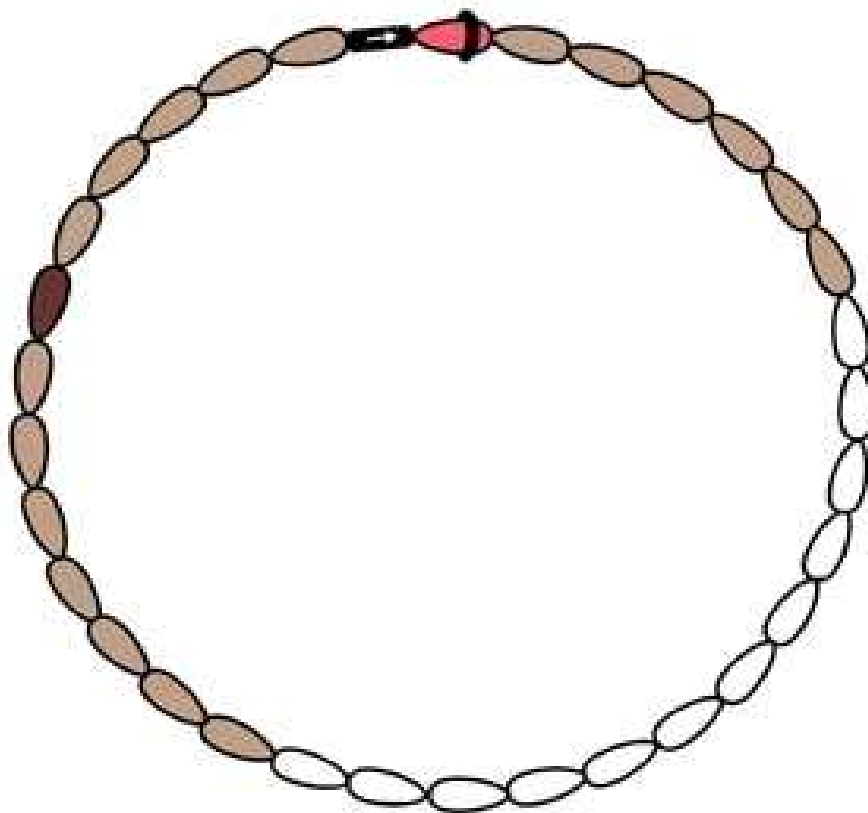


MÉTHODE DES JOURS FIXES™

- La MJF a été mise au point par l'Institut de la Santé Reproductive au Centre médical de Georgetown University
- Base de la méthode : Une femme est féconde pendant une période de six jours tous les mois : cinq jours avant l'ovulation plus le jour de l'ovulation
- Utilisable chez les femmes avec des cycles de 26 à 32 jours
- Eviter les rapports non protégés du 8^{ème} au 19^{ème} jours
- Efficacité à 95% en utilisation correcte



LE COLLIER DU CYCLE™



MÉTHODE DES TEMPÉRATURES

- Principe : Lors de l'ovulation, la température basale du corps monte de 0,2 à 0,4°C et reste stable en plateau jusqu'aux règles suivantes
- Prise de la température tous les matins avant le lever
- Report sur une courbe



MÉTHODE DES TEMPÉRATURES

- L'ovocyte vit 24h, le spermatozoïde 5 jours
- Abstinance du début des règles jusqu' au 2ème jours après la montée de la température
- Indice de Pearl « correct » (3 %)
- Inconvénients:
 - Insuffisant si couple hyperfertile
 - Contrainte du thermomètre
 - Période d'abstinence longue
 - Non valable en post-partum et allaitement maternel
 - Perturbation de la température possible en cas de fatigue, infection...



OBSERVATION DE LA GLAIRE CERVICALE

- La glaire change de consistance au juste avant et au moment de l'ovulation : plus abondante avec une consistance voisine du blanc d'œuf
- Détecter ces modifications en prélevant avec le pouce, la glaire au fond du vagin
- Observation de la longueur du « fil obtenu » (5 à 10cm), et de la transparence



OBSERVATION DE LA GLAIRE CERVICALE - BILLINGS

- Abstinance lorsque la glaire s'étire de plus de 5 cm (fertile) jusqu'à 3 jours après sa disparition
- Peu fiable en utilisation courante (Indice de Pearl 22%)
- Période d'abstinence longue
- Inapplicable en post-partum et allaitement maternel
- A associer à d'autres observation



MÉTHODE DES DEUX JOURS

- Simplification de la méthode Billings
- La femme note les jours où elle a des sécrétions plus abondantes
- Principe : elle a un risque de conception si elle a eu des sécrétions ce jour OU hier



MÉTHODE DES INDICES COMBINÉS

- Association de :
 - La prise de température
 - L'observation de la glaire
 - L'observation du col
- Surveillance du col :
 - En dehors d'une période fertile le col est bas, fermé, dur
 - Près de l'ovulation, le col s'entrouvre remonte et devient mou



MÉTHODE OGINO

- Inventée au Japon dans les années 1920
- La plus connue mais la moins efficace (IP 28%)
- Principe : l'ovulation a lieu entre les 12^{ème} et 16^{ème} jours du cycle (si 28 jours)
- Abstinance entre le 8^{ème} et 17^{ème} jour
- Très incertain certaines ovulations étant imprévisibles
- Plutôt un outil d'aide à la conception



STÉRILISATION FÉMININE OU TUBAIRE

- Loi n°2001-588 du 4 Juillet 2001 art.26 :
 - Impossible chez les mineures
 - Délai de 4 mois entre demande et acte avec confirmation écrite par le patient
 - Remise d'un livret d'information
 - Un médecin peut refuser de réaliser l'acte
- Recommandations ANAES 2004
 - Présenter les techniques de stérilisation féminine et masculine comme irréversibles
 - N'envisager la stérilisation chez les femmes jeunes ou nullipares qu'avec la plus grande réserve et la plus grande précaution (risque de regrets augmente avec le diminution de l'âge)



STÉRILISATION FÉMININE

- La stérilisation féminine prévient la grossesse en occluant les trompes de Fallope
- Pas de différence d'efficacité selon la méthode (IP 0,5%)
- Techniques ne passant pas par les voies naturelles, (impliquant création d'un orifice ou d'une incision)
 - Ligature ou section tubaire
 - Electrocoagulation
 - Clip
- Techniques passant par les voies naturelles sous contrôle endoscopique : « voie hystéroscopique »
 - Insertion tubaire d'un micro implant (Essure)



STÉRILISATION FÉMININE

- Complications :
 - Risque GEU : 0,73% toute méthode confondues
 - Pas d'augmentation du risque potentiel de cancer du sein, de l'endomètre ou du col
 - Effet protecteur de la ligature tubaire vis-à-vis de la survenue des cancers de l'ovaire
- Selon l'OMS
 - Aucune raison médicale n'empêche formellement une personne de se faire stériliser
 - Pour certains états ou circonstances, les risques théoriques ou démontrés peuvent l'emporter sur les bénéfices



STÉRILISATION MASCULINE

- Encadrement législatif idem stérilisation féminine
- Mode d'action : La vasectomie bloque les canaux déférents qui acheminent les spermatozoïdes à partir des testicules. L'éjaculat ne contient donc plus de spermatozoïdes
- La vasectomie est la seule technique de stérilisation masculine
- Effet contraceptif différé :
 - entre 8 et 16 semaines après la vasectomie, selon l'appréciation du chirurgien
 - et, selon l'*European Association of Urology*, après au moins 20 éjaculations



VASECTOMIE

- IP : 0,1%
- Taux d'échec < 1%
- Complications à court terme rares
- Pas de complications à long terme
- Réversibilité par vaso-vasostomie efficace à moins de 50%



CONTRACEPTION THERMIQUE MASCULINE

- La température testiculaires est inférieure de 2 à 4°C à celle du corps.
- Cette basse température des testicules est nécessaire pour que la production de spermatozoïdes (spermatogenèse) puisse se faire.
- Chez les animaux (dès 1930) et chez l'homme (dès 1950), de nombreuses études ont montré qu'une température élevée des testicules entraînait une inhibition de la spermatogenèse



CONTRACEPTION THERMIQUE MASCULINE

- Objectif : Empêcher la production de spermatozoïdes de façon réversible, sans réduire la virilité
- Moyen : élévation de la température des testicules entraînant l'apoptose des cellules germinales de types spermatocytes (et spermatides)
- Arrêt (quasi) complet de la production de spermatozoïdes



CONTRACEPTION THERMIQUE MASCULINE - TECHNIQUE

- Augmenter la température des testicules d'environ 2°C
- De façon quotidienne pendant 15 à 24 heures/jour
- Au moyen soit d'un suspensoir en coton soit d'un sous-vêtement isolant en polyester soit d'un sous-vêtement spécifique



CONTRACEPTION THERMIQUE MASCULINE - RÉSULTATS

- La spermatogenèse est inhibée, avec une réduction
 - de 95% de la quantité de spz produits (< 1 million spz/mL)
 - du pourcentage de spz mobiles (0-15%)
- FSH, LH et testostérone ne sont pas modifiées : androgénisation périphérique normale est maintenue : ... libido, volume & aspect du sperme non modifiés.
- Efficacité quasi 100% : 3 études publiées
 - 1991 (24h/j) : 28 couples, 252 cycles d'exposition : 0 grossesse. (suspensoir en coton)
 - 1992 (24h/j) : 14 couples, 126 cycles d'exposition : 0 grossesse. (sous-vêtement isolant en polyester)
 - 1994 (15h/j) : 9 couples, 159 cycles d'exposition : 1 grossesse, (sous-vêtement spécifique) consécutive à une mauvaise utilisation de la méthode



CONCLUSION

- Le choix de la patiente prime et garantit une meilleure efficacité
- Nécessité d'une information de qualité
- Attention aux idées reçues (notamment DIU)
- Le paysage contraceptif s'oriente vers une plus grande diversité
- Confirmation de cette évolution avec des études plus récentes



Merci de votre attention

