



Contraception et interruption de grossesse

Rev Med Suisse 2015; 11: 1744-9

D. Chung*
E. Ferro Luzzi*
L. Bettoli Musy
F. Narring

Contraception and abortion: an update in 2015

Family doctors can play an important role in preventing unplanned pregnancies.

This article addresses the different contraceptive methods available in Switzerland, which are classified in 2 groups and recommends using the GATHER approach (Greet, Ask, Tell, Help, Explain, Return) to promote compliance.

LARC (long acting reversible contraceptives) can be recommended to any woman who needs a reliable birth control method. These contraceptives require minimum effort for high efficiency.

Further explanation regarding the use of an emergency contraception must be provided when short action contraceptives are chosen. Switzerland's abortion rate is one of the lowest in the world. Medical abortion tends to be more and more prominent. Under certain circumstances, it can be self-administered at home.

* Ces auteurs ont participé de manière égale à la rédaction de cet article.

Cet article décrit les contraceptifs médicaux selon une classification en deux groupes et propose au médecin généraliste de travailler sur la contraception en employant l'approche BERGER afin de favoriser l'observance. Les contraceptifs réversibles de longue durée d'action peuvent être recommandés à toute femme n'envisageant pas de grossesse. Ils ne demandent souvent que peu d'effort pour une efficacité élevée. Un enseignement en matière de contraception d'urgence est requis en cas d'utilisation de méthodes de courte durée d'action.

L'interruption de grossesse reste possible, car aucun contraceptif n'est efficace à 100%. L'avortement médicamenteux tend à être plus utilisé que la chirurgie et peut, sous certaines conditions, être proposé à domicile.

INTRODUCTION

La grossesse non désirée (GND) doit être prévenue, car elle engendre des coûts importants pour l'individu, la famille et la société. Le médecin de premier recours peut jouer un rôle important. De par sa fonction, il a une relation privilégiée avec ses patientes, ce qui lui permet de détecter les situations à risque. Néanmoins, les questions liées à la santé sexuelle sont insuffisamment traitées durant les consultations par manque de connaissances du médecin, manque de temps, ou selon une conception souvent erronée que parler de sexualité est désagréable pour la patiente.¹ L'Organisation mondiale de la santé a publié une approche en six points sous l'acronyme BERGER (*GATHER* en anglais) qui permet d'aborder la santé reproductive et la contraception de manière concise et structurée durant une consultation. Le médecin pourra proposer les méthodes contraceptives les plus efficaces en tenant compte de la sensibilité et des besoins de sa patiente. Il veillera à explorer les éventuelles craintes et représentations personnelles de certaines méthodes qui pourraient être des freins à l'observance.² Le choix éclairé conjoint favorise l'implication active de l'utilisatrice dès le départ, ce qui est primordial en termes d'efficacité.

Cet article aborde les différentes étapes de l'approche BERGER tout en présentant les contraceptifs médicaux disponibles en Suisse, répartis en deux groupes, selon leur efficacité. Il se termine en décrivant les méthodes d'interruption de grossesse (figure 1).

BIENVENUE

La phase d'accueil instaure un climat de confiance qui permet de parler de santé sexuelle avec la patiente ou le couple et de travailler sur le choix d'une contraception. Idéalement, le temps d'une consultation devrait être dédié à ce sujet. Les adolescentes sont reçues de préférence seules; un rappel sur le secret médical est indispensable.

ENTRETIEN

Le choix d'une méthode de contraception est influencé par une multitude de

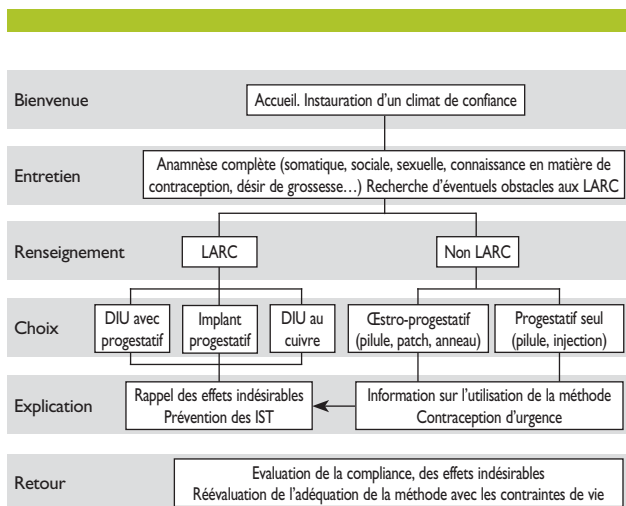


Figure 1. Approche BERGER

(Adaptée selon www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf).
LARC: contraceptifs réversibles de longue durée d'action; IST: infections sexuellement transmissibles; DIU: dispositif intra-utérin.

facteurs provenant du vécu de la femme, du couple ou issus du milieu socioculturel, religieux ou économique. En plus d'une anamnèse complète, le médecin s'efforcera de déterminer les représentations et éventuels obstacles aux méthodes les plus efficaces (*Long Acting Reversible Contraceptives* (LARC)).

RENSEIGNEMENT

Contraceptifs à longue durée d'action

L'indice de Pearl théorique correspond à l'efficacité d'une contraception lorsqu'elle est employée de manière idéale et ne tient pas compte de l'utilisation réelle et ses imprévus. Selon la méthode et le groupe de population étudiée, la différence entre l'efficacité théorique et pratique peut varier de manière importante.

Les méthodes de courte durée d'action n'offrent que peu de marge d'erreur d'utilisation (par exemple, 3 heures d'écart pour la pilule progestative microdosée) et leur efficacité dépend donc fortement de l'utilisatrice.

Les contraceptifs de longue durée d'action (LARC) se démarquent par une efficacité élevée, équivalente à la vasectomie ou à la ligature des trompes, avec l'avantage d'être totalement réversibles (tableau 1).³ Une fois en place, les LARC ne demandent pas d'effort particulier, sauf en cas d'effets indésirables qui se manifestent principalement par une modification du saignement menstruel. Ils peuvent être proposés à toute femme ne désirant pas de grossesse y compris les adolescentes nullipares.⁴

Le tableau 2 présente ces méthodes: dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre, DIU au lévonorgestrel et implant sous-cutané de progestatif.

Les LARC n'ont que très peu de contre-indications et n'augmentent pas le risque d'événement thromboembolique.⁵ Depuis 2014, un DIU de taille réduite (Jaydess) plus adapté à l'adolescente ou la jeune femme nullipare est disponible sur le marché. Il est imprégné de progestatif et

Tableau 1. Indice de Pearl

Méthode de contraception	Taux de grossesses au cours de la première année (pour 100 femmes)	
	Utilisation correcte et régulière	Telle qu'utilisée couramment
Implant sous-cutané	0,05	0,05
Vasectomie	0,1	0,15
DIU au lévonorgestrel	0,2	0,2
Ligature des trompes	0,5	0,5
DIU au cuivre	0,6	0,8
Injection de progestatif seul	0,3	3
Contraceptifs oraux combinés	0,3	8
Pilules avec progestatif seul	0,3	8
Patch combiné	0,3	8
Anneau vaginal combiné	0,3	8
Préservatif masculin	2	15
Préservatif féminin	5	21
Pas de méthode	85	85

Efficacité des principales méthodes contraceptives (adapté selon réf.³).
Le taux de grossesses provient de populations étudiées aux Etats-Unis.
DIU: dispositif intra-utérin.

à une durée d'action de trois ans.^{4,6,7} Le DIU au lévonorgestrel (Mirena) est remboursé par l'assurance-maladie pour la prise en charge des hyperménorrhées idiopathiques.

Le stérilet au cuivre possède le meilleur profil coût-bénéfice.⁸ Les effets indésirables principaux sont l'augmentation du flux menstruel et la dysménorrhée.

Les DIU n'augmentent pas le risque d'infection pelvienne à long terme chez les utilisatrices en bonne santé.⁷

Contraceptifs de courte et moyenne durées d'action

Ce groupe englobe les méthodes combinées œstro-progestatives (pilule, patch, anneau), les méthodes progestatives orales (pilule progestative) ou injectables et sont présentées dans le tableau 3.

Méthodes hormonales combinées

L'utilisation d'un contraceptif hormonal combiné augmente le risque thromboembolique. Il est cependant relativement bas si on le compare à la grossesse ou au post-partum.⁵ Le risque varie en fonction de la dose d'œstrogène et du type («génération») de progestatif. Le lévonorgestrel (progestatif de 2^e génération) associé à une dose minimale d'éthinylestradiol (20-30 µg) représente la combinaison dont le risque thromboembolique veineux est le plus faible (risque relatif 2,38 fois plus élevé par rapport à une non-utilisatrice).⁹ La majorité des pilules de 3^e génération et les anti-androgéniques augmentent ce même risque d'environ quatre fois⁹ et ne devraient pas être prescrits en première intention. Le risque est également augmenté lorsqu'il est associé à d'autres facteurs comme l'immobilisation prolongée, l'obésité, la sclérothérapie ou autre



Tableau 2. Contraceptifs de longue durée d'action

(Adapté selon réf. 3,6,8).

	Implant sous-cutané progestatif	Dispositif intra-utérin imprégné de progestatif	Dispositif intra-utérin au cuivre
Principe actif	Etonorgestrel ou lévonorgestrel	Lévonorgestrel	Cuivre
Mécanisme d'action	<ul style="list-style-type: none">Inhibition de l'ovulationEpaississement de la glaire cervicale	<ul style="list-style-type: none">Effet corps étrangerAtrophie de l'endomètreEpaississement de la glaire cervicaleInhibition de l'ovulation (inconstante)	<ul style="list-style-type: none">Effet corps étrangerToxicité du cuivre sur les spermatozoïdes et l'ovule
Complications	Locale (douleur, hématome)	Risque d'expulsion (rare) Risque de perforation (rare)	
Effets indésirables	<ul style="list-style-type: none">Modification du saignement menstruel: aménorrhée, saignements irréguliers^aEffets en lien avec le progestatif (céphalée, prise pondérale, acné, mastodynie)		<ul style="list-style-type: none">Augmentation du saignement menstruel, anémie ferripriveDysménorrhée
Indications complémentaires		<ul style="list-style-type: none">HyperménorrhéeEndométrioseDysménorrhée	Contraception d'urgence
Contre-indications	Grossesse, saignements vaginaux d'origine indéterminée		
	<ul style="list-style-type: none">Cancer mammaire actifAVC/AITMTEV évolutiveCardiopathie ischémiqueMigraine avec auraHépatopathie sévèreAnticorps antiphospholipides	Malformation utérine, utérus myomateux, cancer utérin, maladie trophoblastique, infection pelvienne active ou récente, sepsis post-partum ou post-avortement	<ul style="list-style-type: none">Allergie au cuivreMaladie de WilsonThrombocytopénie grave
Suivi	Contrôle à 3 mois	Contrôle gynécologique à 3-6 semaines ^b	
Durée d'action	3 ans	3 ans Jaydess 5 ans Mirena	Selon le modèle 5 à 10 ans
Début	<ul style="list-style-type: none">Jour 1-5 du cycle menstruel pour une efficacité immédiatePossible à n'importe quel moment du cycle^cEn per-opératoire lors de l'IG ou immédiatement en post-partum	Possible à n'importe quel moment du cycle	

^a Si saignements irréguliers, exclure une cause sous-jacente (grossesse, problème gynécologique).

^b Risque d'infection post-insertion augmenté pendant 21 jours après la mise en place, puis devient rare. Le dispositif intra-utérin n'augmente pas le risque de maladie inflammatoire pelvienne; contrôle du bon positionnement par échographie.

^c L'utilisation du préservatif est nécessaire pendant 7 jours après l'insertion.

AVC/AIT: accident vasculaire cérébral/accident ischémique transitoire; MTEV: maladie thrombo-embolique veineuse; IG: interruption de grossesse.

chirurgie des varices, le tabagisme (≥ 15 cigarettes) et l'âge (> 35 ans).⁵

Les méthodes hormonales combinées ont de multiples contre-indications et nécessitent une anamnèse approfondie afin de déterminer au mieux la balance risque-bénéfice pour chaque patiente.¹⁰ La recherche d'une thrombophilie ou d'une maladie thromboembolique veineuse dans l'anamnèse personnelle et familiale est exigée, car ce sont des contre-indications absolues.⁵ L'examen clinique doit inclure la mesure de la tension artérielle et le calcul de l'indice de masse corporelle. Un formulaire avec une check-list est à disposition sur le site internet de la Société suisse de gynécologie et obstétrique (www.sggg.ch) et aide à évaluer les risques.

Méthodes à base de progestatif seul

La pilule progestative microdosée exige une prise quotidienne rigoureuse à heure fixe. Elle peut être prise durant le post-partum et en période d'allaitement.^{8,10} Le progestatif injectable dépôt n'est probablement pas un bon

choix pour les adolescentes à cause de son effet négatif sur la densité osseuse.¹⁰

CHOIX

En raison de la diversité et des contre-indications de certaines méthodes, l'implication de la patiente pour aboutir à une décision partagée et éclairée est indispensable.

EXPLICATION

Les éléments pratiques concernant la méthode contraceptive choisie sont abordés. Il est important de rappeler que seul le préservatif protège du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles.

Contraception d'urgence

En cas de choix d'une méthode non-LARC, il convient de discuter des possibles erreurs d'utilisation et de décrire les situations nécessitant le recours à une contraception



Tableau 3. Contraceptifs de courte et moyenne durées d'action

(Adapté selon réf.^{3,9}).

	Contraceptif oral combiné	Anneau	Patch	Pilule orale progestative	Progestatif injectable
Type	Méthodes hormonales combinées			Méthodes à base de progestatif seul	
Principe actif	<ul style="list-style-type: none"> • EE 15 à 50 µg/jour • Progestatif (différentes générations) 	<ul style="list-style-type: none"> • EE 15 µg/jour • progestatif étonogestrel 120 µg/jour 	par patch : <ul style="list-style-type: none"> • EE 600 µg • progestatif norelgestromine 6 mg 	Acétate de noréthistérone, désogestrel	Acétate de médroxyprogestérone (DMPA)
Effet sur le flux menstruel	Pendant la période libre: survenue d'une hémorragie de privation			Spotting, saignements irréguliers	Aménorrhée fréquente
Contre-indications:	<ul style="list-style-type: none"> • Cancer mammaire • Hypertension artérielle non traitée • Maladie cardiovasculaire (valvulaire compliquée, ischémique, congénitale), multiples FRCV, vasculopathie • Diabète avec complications vasculaires ou de longue durée (> 20 ans) • AVC/AIT • Migraine avec aura • MTEV, anamnèse positive familiale pour MTEV ou thrombophilie • Chirurgie majeure avec immobilisation prolongée • Post-partum moins de 6 semaines • Lupus érythémateux systémique avec anticorps antiphospholipides • Hépatopathie (cirrhose, cancer, hépatite active) • Age ≥ 35 ans et tabac (> 15 cig/j) 			<ul style="list-style-type: none"> • Cancer mammaire • Peuvent être utilisés chez la plupart des femmes avec une contre-indication aux méthodes œstroprogestatives combinées 	
Influence des facteurs externes sur l'efficacité	<ul style="list-style-type: none"> • Inducteurs d'enzymes hépatiques (certains antiépileptiques, rifampicine, millepertuis) • Pour la pilule hormonale combinée: diminution d'absorption en cas de vomissements • Efficacité contraceptive du patch pourrait être diminuée chez les femmes obèses (poids > 90 kg)^a 			<ul style="list-style-type: none"> • Inducteurs d'enzymes hépatiques • Pour la pilule orale progestative: diminution d'absorption en cas de vomissement 	
Effets indésirables	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation du risque des événements thromboemboliques veineux et artériels • Modification métabolique glucido-lipidique • Affection hépatobiliaire (cholestase) Effets mineurs: mastodynie, trouble de l'humeur, nausée, céphalée, modification des saignements menstruels dans les premiers mois, effets locaux (anneau: peut être ressenti; patch: réactions cutanées au niveau du site d'application)			<ul style="list-style-type: none"> • Prise pondérale • Céphalées • Mastodynie 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution de la densité osseuse • Retour différé de la fertilité • Effet sur le métabolisme glucido-lipidique • Prise pondérale

DMPA: dépôt d'acétate de médroxyprogestérone; EE: éthinylestradiol; FRCV: facteurs de risque cardiovasculaire; AVC/AIT: accident vasculaire cérébral; accident ischémique transitoire; MTEV: maladie thrombo-embolique veineuse.

^a Selon le Compendium suisse des médicaments.

d'urgence.

Les deux méthodes de contraception d'urgence médicamenteuses semblent agir sur l'ovulation en la retardant et ne préviennent théoriquement pas une grossesse si un nouveau rapport à risque devait avoir lieu durant le même cycle. Elles n'ont pas de contre-indication absolue.¹¹

Le lévonorgestrel (Norlevo Uno 1,5 mg) est disponible sans ordonnance et doit être pris dès que possible dans les 72 h après un rapport sexuel non protégé.¹¹

L'acétate d'ulipristal (EllaOne) agit sélectivement sur des récepteurs de la progestérone et présente l'avantage de pouvoir être utilisé jusqu'à 120 heures après un rapport non protégé.¹¹ Il est disponible depuis 2014 sous prescription médicale.

Toutefois, l'insertion en urgence d'un stérilet au cuivre, après exclusion d'une grossesse, reste la méthode la plus efficace et permet en même temps d'instaurer une contraception immédiate de longue durée.^{11,12} Elle doit être effectuée dans les cinq jours qui suivent le rapport non protégé, néanmoins certaines études suggèrent une bonne efficacité jusqu'à dix jours.¹¹ Elle peut être proposée à une nullipare.

RETOUR

Un contrôle sera proposé dans un délai plus ou moins rapproché afin d'évaluer l'observance, de discuter de la satisfaction, des effets indésirables et de réévaluer l'adéquation de la contraception.

INTERRUPTION DE GROSSESSE

Aucune contraception n'étant efficace à 100%, la GND reste toujours possible et peut nécessiter le recours à une interruption de grossesse (IG). En Suisse, depuis 2002, suite à une votation populaire, l'IG est légale dans le cadre du régime du délai. Ses coûts sont remboursés par l'assurance-maladie.

Méthodes

Au fil des dernières années, l'IG médicamenteuse tend à devenir de plus en plus prépondérante aux dépens de la chirurgie.¹³ Elle consiste à prendre dans un premier temps un antiprogestatif (mifépristone – Mifégyne) puis, après 24-48 h, en milieu hospitalier, un inhibiteur de la prostaglan-



dine (misoprostol – Cytotec) qui provoquera des contractions utérines avec un avortement dans les deux à six heures.^{14,15} Plusieurs cantons proposent l'IG à domicile jusqu'à la 7^e semaine d'aménorrhée sous certaines conditions (domicile à proximité de l'hôpital, absence de contre-indication psychiatrique, âge > 18 ans). Le misoprostol administré par voie vaginale est plus efficace et a moins d'effets indésirables que par voie orale (nausée, vomissement, diarrhée).¹⁶ Les contre-indications à l'utilisation de mifépristone-misoprostol sont rares et comprennent l'allergie à l'un des composants, la maladie d'Addison, la porphyrie et la grossesse ectopique.¹⁴

Parmi les méthodes chirurgicales, lors d'IG du premier trimestre, l'aspiration est plus efficace et sûre que le curetage. La pose d'un stérilet doit être proposée dans le même temps lors d'un avortement chirurgical.¹⁴

Risque de complication et suivi

Les deux types de méthode sont sûrs et efficaces (0,2-2% d'échecs lors du 1^{er} trimestre) et ne préteritent pas le potentiel reproductif de la patiente. Le risque de complication chirurgicale majeure est de 0,7/1000 IG. Le risque hémorragique au cours du 1^{er} trimestre est très faible.¹⁴

Après une IG médicamenteuse ou chirurgicale pratiquée avec succès avant la 9^e semaine d'aménorrhée, l'auto-évaluation par la patiente (saignement important, fièvre, douleur mal contrôlée, symptômes de grossesse persistant 1-2 semaines après l'IG médicamenteuse) est suffisante et une consultation de suivi n'est pas nécessaire.^{14,16} Cependant, un contrôle après 2-3 semaines permettra de discuter du vécu de l'IG, de dépister une éventuelle situation de détresse persistante et de discuter de la suite de la contraception.¹⁴

CONCLUSION

La Suisse présente l'un des taux les plus faibles d'IG au monde. On assiste également à une diminution du nombre d'avortements plus marquée chez les jeunes femmes de 15 à 19 ans sur les dernières années.¹³ Les centres de planning familial jouent un rôle central en matière de santé sexuelle dans l'accompagnement, l'enseignement, la prévention des GND, du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles. Il conviendrait de les promouvoir et de favoriser la formation du médecin de premier recours en santé reproductive et sexuelle. ■

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Implications pratiques

- > Afin d'améliorer l'observance, le choix de la contraception pour chaque femme doit être personnalisé, adapté au maximum à son mode de vie et à ses besoins. Il se base sur une décision partagée patiente-médecin
- > Les LARC devraient systématiquement être proposés en raison de leur haute efficacité, facilité d'utilisation, réversibilité, absence de contre-indications majeures
- > Seules les méthodes œstroprogestatives combinées augmentent le risque thromboembolique
- > Le lévonorgestrel est efficace comme contraception d'urgence jusqu'à 72 h après un rapport à risque et disponible sans ordonnance. L'acétate d'ulipristal et le stérilet au cuivre sont efficaces jusqu'à 120 h. Toutes ces méthodes peuvent être proposées aux adolescentes
- > Le médecin généraliste doit connaître et conseiller un recours aux centres de planning familial qui constituent un réseau très utile et accessible gratuitement dans toute la Suisse

Adresse

Drs Danny Chung,¹ Elena Ferro Luzzi,¹ Françoise Narring,^{2,4} et Mme Lorenza Bettoli Musy³

¹ Service de médecine de premier recours

² Consultation santé jeunes

³ Unité de santé sexuelle et planning familial

Département de médecine communautaire

et de premier recours et des urgences

⁴ Département de l'enfant et de l'adolescent

HUG, 1211 Genève 14

Danny.Chung@hcuge.ch

Elena.FerroLuzzi@hcuge.ch

Lorenza.Bettoli@hcuge.ch

Francoise.Narring@hcuge.ch

Bibliographie

1 * April K, Bitzer J. Santé sexuelle dans la pratique médicale – call to action. *Forum Med Suisse* 2014;14: 742-6, 760-3.

2 Aubin C, Jourdain Menninger D, Chambaud L. La prévention des grossesses non désirées: contraception et contraception d'urgence. Inspection générale des affaires sociales. République Française. Rapport RM2009-104A.

3 OMS. Ecole de Santé Publique John Hopkins Bloomberg. Planification familiale: manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier 2011. ISBN: 978 0 9788563 0 4.

4 * Navarria I, Julien O, Narring F, et al. Un nouveau

regard sur la contraception des adolescentes: pourquoi prescrire un dispositif intra-utérin en première intention? *Rev Med Suisse* 2015;11:78-81.

5 Julien O, Dubuisson J-B, Godinho Lourenço A. Quelle contraception pour la femme à risque de maladie thromboembolique veineuse? *Rev Med Suisse* 2011;7: 351-6.

6 Aiken RAA, Trussel J. Recent advances in contraception. *F1000Prime Reports* 2014;6:113.

7 Russo JA, Miller E, Gold M. Myths and misconceptions about long-acting reversible contraception (LARC). *J Adolesc Health* 2013;52(4 Suppl.):S14-S21.

8 Amy JJ, Tripathi V. Contraception for women: An

evidence based overview. *BMJ* 2009;339:b2895.

9 Vinogradova Y, Coupland C, Hippisley-Cox J. Use of combined oral contraceptives and risk of venous thromboembolism: Nested case-control studies using the QResearch and CPRD databases. *BMJ* 2015;350: h2135.

10 WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fourth edition, 2009. ISBN 978 92 4 1563888 http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563888_eng.pdf?ua=1

11 Raymond EG, Cleland K. Emergency contraception. *N Engl J Med* 2015;372:1342-8.

12 Prabakar I, Webb A. Emergency contraception. *BMJ*



2012;344:e1492.

13 Office fédéral de la statistique. Procréation, santé des nouveau-nés. Données, indicateurs. Interruptions de grossesse. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/03/key/03.html>

14 * Lohr PA, Fjerstad M, DeSilva U, et al. Abortion. BMJ 2014;348:f7553.

15 Lourenço AP, Reuse C, de Ziegler D. L'interruption de grossesse précoce: ce que le praticien doit savoir. Rev Med Suisse 2006;2:1340-5.

16 Kulier R, Kapp N, Gülmezoglu AM, et al. Medical methods for first trimester abortion. Cochrane Database Syst Rev 2011;(11):CD002855.

17 Oppegard KS, Qvigstad E, Fiala C, et al. Clinical

follow-up compared with self-assessment of outcome after medical abortion: A multicentre, non-inferiority, randomised, controlled trial. Lancet 2015;385:698-704.

* à lire

** à lire absolument

Avec Andreafol[®], vous prévenez les malformations du tube neural!

L'OFSP recommande: «Supplémentation en **acide folique: 0.4 mg de la 4^{ème} semaine préconceptionnelle à la 12^{ème} semaine de grossesse (SG)**; à partir de là, supplémentation éventuelle en vitamines.»*



C: acide folique 0.4 mg. **I:** prévention primaire des malformations du tube neural. **P:** 1 cp. par jour. **CI:** hypersensibilité à l'un ou plusieurs des composants du médicament. **EI:** rare: réactions allergiques; très rare: troubles gastro-intestinaux. **IA:** antifoliques, antiépileptiques, contraceptifs, analgésiques administrés au long cours, antiacides à base de sels d'aluminium ou de magnésium, zinc, cholestyramine. **E:** 30 et 90 comprimés. Liste C. 10/2006.

Admis par les caisses-maladie.

*Brochure pour médecins: L'alimentation durant la grossesse et la période d'allaitement. OFSP, décembre 2008.

Pour des informations plus détaillées, veuillez consulter www.swissmedicinfo.ch.
Andreabal AG, Binningerstrasse 95, 4123 Allschwil,
Tél. 061 271 95 87, Fax 061 271 95 88, www.andreabal.ch

Andreafol[®]