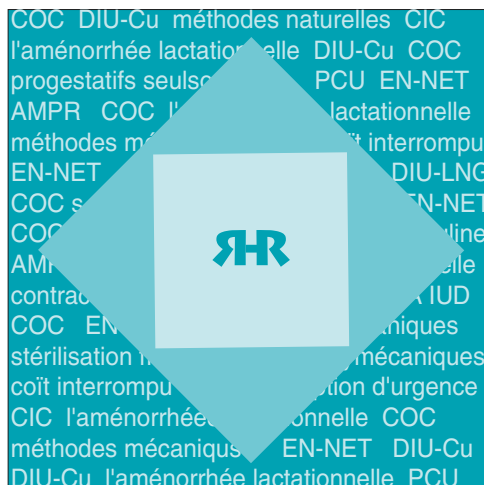


UNE SELECTION DE RECOMMANDATIONS PRATIQUES RELATIVES A L'UTILISATION DE METHODES CONTRACEPTIVES



Deuxième édition



Organisation mondiale de la Santé, Genève

SR Département Santé et Recherche génésiques
Santé familiale et communautaire

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives. -- 2e éd.

1.Contraception - méthodes 2.Contraceptifs féminins 3.Contraceptifs oraux hormonaux
4.Dispositif intrautérin 5.Méthodes naturelles de planification familiale 6.Médecine
factuelle 7.Guides de bonne pratique I.Organisation mondiale de la Santé II.Groupe de
travail scientifique pour actualiser la Sélection de Recommandations pratiques relatives à
l'utilisation de méthodes contraceptives. Réunion (2004 : Genève, Suisse)

ISBN 92 4 256284X

(Classification NLM : WP 630)

© **Organisation mondiale de la Santé 2005**

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 2476 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé en

Remerciements

Ce document est le fruit d'une collaboration entre le Département Santé et Recherche génésiques de l'Organisation mondiale de la Santé et un grand nombre d'institutions et d'organisations internationales actives dans le domaine des politiques et programmes de planification familiale. Nous remercions chaleureusement le Gouvernement des Etats-Unis d'Amérique (par l'intermédiaire de l'US Agency for International Development, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), et le National Institute of Child Health and Human Development (NICHD), la Fédération internationale pour la Planification familiale (FIPF), ainsi que le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), qui ont apporté leur soutien financier, et d'autre nature, à ce projet.

Des représentants de 10 institutions et organisations, ainsi que 19 autres intervenants, ont participé en tant qu'experts à une réunion qui a permis de dégager un consensus sur les recommandations énoncées dans ce rapport, relatives à l'utilisation des méthodes contraceptives. Nous souhaitons leur exprimer à tous nos vifs remerciements pour avoir mis leur temps et leurs compétences au service de l'élaboration de ce consensus.

Les données sur lesquelles reposent les décisions que renferme ce document proviennent en grande partie d'examen systématiques de la littérature effectués et récapitulés par le Dr K. M. Curtis, le Dr M.E. Gaffield, Mme A.P. Mohllajee et le Dr K. Nanda. Le Dr K.M. Curtis, Mme A.P. Mohllajee et le Dr K. Nanda ont également apporté un soutien substantiel au Secrétariat. Le Dr H. Peterson a assumé la coordination d'ensemble du projet pour le Secrétariat OMS, composé du Dr C.E. Chrisman, de Mme K. Church, du Dr M.E. Gaffield, du Dr C. Huezou, de Mme S. Johnson, de Mme G. Lamptey, du Dr E. Marsh et de Mme R. Salem. Mme M. Dunphy, Mme C. Hamill et Mme T. Harmand ont assumé la conception et la présentation de cette publication. Mme M. Ni Mhearáin a créé la couverture. Mme J. Laurent a assuré, avec l'aide de M F. Schlagenhaft la rédaction de la version française. Nous leur adressons à toutes et à tous nos plus vifs remerciements ainsi qu'au Dr L. Edouard (Fonds des Nations Unies pour la Population), et au Dr J. Shelton (US Agency for International Development) qui nous ont soutenus lors de l'élaboration de ce document. Nous tenons également à exprimer notre gratitude au Dr Paul F.A. Van Look, Directeur du Département Santé et Recherche génésiques de l'OMS et Dr C. d'Arcangues, qui ont apporté un soutien précieux et examiné attentivement la présente publication.

Nous remercions les personnes suivantes qui ont examiné les données du système d'inventaire en continu des données de la recherche (CIRE – Continuous Identification of Research Evidence) : Dr P. Corfman, Dr M. Cravioto, Dr A. Glasier, Dr J. Guillebaud, Dr M. Gülmezoglu, Dr K. Hagenfeldt, Dr R. Hatcher, Dr P. Lumbiganon, Dr P. Lynam, Dr P. Marchbanks, Dr O. Meirik, Dr K. Nanda, Dr D. Skegg, et Dr E. Weisberg.

Les fonds pour la traduction et l'impression de ce document ont été octroyés au titre du Programme de Partenariat stratégique (PPS) OMS/FNUAP, et nous remercions vivement le FNUAP de son aide financière.

Pour de plus amples informations concernant ce document, contacter le Département Santé et Recherche génésiques, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse. Télécopie: + 41 22 791 4189; mél.: rhrpublications@who.int

Les demandes d'exemplaires peuvent être adressées au: Centre de Documentation, Département Santé et Recherche génésiques, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse. Télécopie: +41 22 791 4189 ; téléphone : + 41 22 791 4447 ; mél.: rhrpublications@who.int. Le document est également disponible sur le site web de l'OMS (www.who.int/reproductive-health). Toute actualisation des informations contenues dans ce document paraîtra en premier lieu sur ce site.

Liste des abréviations

AINS	Anti-inflammatoires non stéroïdiens
AL	Méthode de l'aménorrhée lactationnelle
AMPR	Acétate de médroxyprogestérone-retard
CIC	Contraceptifs injectables combinés
COC	Contraceptifs oraux combinés minidosés
DIU	Dispositif intra-utérin
DIU-LNG	DIU libérant du lévonorgestrel
NET-EN	Enantate de noréthistérone
FIPF	Fédération internationale pour la planification familiale
IST	Infection sexuellement transmissible
MIP	Maladie inflammatoire pelvienne
MJF	Méthode des Jours Fixes
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PCU	Pilules pour la contraception d'urgence
PPP	Pilule progestative pure
PS	Progestatifs seuls
PSI	Progestatifs seuls injectables
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Tables des matières

Résumé d'orientation	1
Vue d'ensemble	2
Finalité	3
Toile de fond	3
Soins de santé sexuelle et génésique	4
Questions en rapport avec la qualité et l'accessibilité des services.....	5
Efficacité des méthodes	5
Considérations particulières	8
Retour de la fécondité	8
IST et contraception : la double protection	8
Adolescents	8
Clients ayant des besoins particuliers	9
Méthode de travail.....	12
Comment utiliser le présent ouvrage	14
Incidences programmatiques	15
Récapitulatif des mises à jour par rapport à la 1ère édition	16

Résumé d'orientation

Ce document constitue l'un des deux documents fondamentaux de la nouvelle initiative de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) visant à élaborer et à mettre en application des directives relatives à la planification familiale qui soient fondées sur l'évidence scientifique. Le premier, *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* (troisième édition) publié en 2004, indique à qui il est médicalement possible de proposer l'utilisation en toute sécurité de telle ou telle méthode contraceptive. La présente publication *Une Sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives* (deuxième édition) offre des conseils sur l'utilisation efficace et sûre des méthodes contraceptives, une fois jugées appropriées sur le plan médical. Les recommandations figurant dans ce document sont le résultat de tout un processus qui a abouti à la réunion d'un Groupe de travail scientifique, du 13 au 16 avril 2004 à l'Organisation mondiale de la santé. Cette réunion a rassemblé 29 participants, dont 10 représentants d'organisations, venus de 15 pays pour formuler des recommandations pratiques relatives à l'utilisation des méthodes contraceptives. La liste des participants est présentée à la fin du document. Ces recommandations constituent la réponse apportée par le Groupe de travail scientifique à 33 questions précises choisies par l'OMS, dont 10 nouvelles dans cette 2ème édition. Les questions ont été choisies compte tenu: 1) des contradictions ou des disparités importantes relevées dans les éléments d'orientation existants, 2) de la probabilité que des données pertinentes soient disponibles et 3) des propositions faites par les participants au Groupe de travail scientifique et par les organisations de planification familiale.

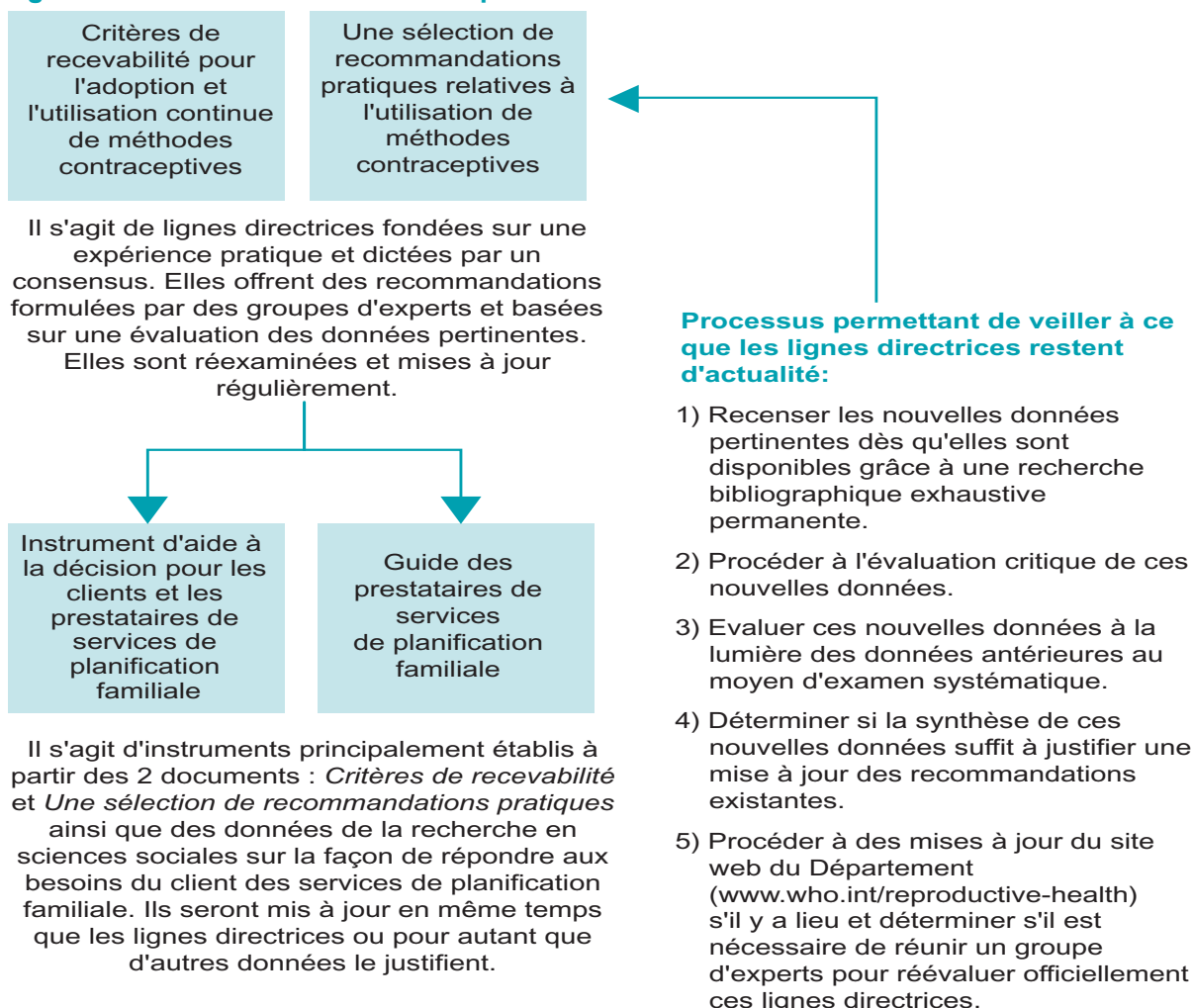
Ce document offre une sélection de recommandations pratiques fondées sur les meilleures données dont on dispose, et s'adresse aux responsables de l'élaboration des politiques, aux responsables des programmes et à la communauté scientifique. Il vise à fournir des éléments d'orientation aux programmes nationaux de planification familiale/santé génésique pour la préparation de lignes directrices applicables à la prestation de services en matière de contraception. Les méthodes de planification familiale suivantes y sont évoquées : contraceptifs oraux combinés (COC), contraceptifs injectables combinés (CIC), pilules progestatives pures (PPP), acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR), énantate de noréthistérone (NET-EN), implants libérant du lévonorgestrel, pilules contraceptives d'urgence (PCU), dispositifs intra-utérins au cuivre (DIU au cuivre), dispositifs intra-utérins libérant du lévonorgestrel (DIU-LNG), méthodes naturelles, et stérilisation.

L'OMS a prévu d'actualiser et d'étoffer à intervalles réguliers les recommandations incluses dans ce document, en intégrant les conclusions des réunions de groupes d'experts organisées tous les 3 ou 4 ans, et l'apport sur une base ponctuelle du Groupe d'orientation pour les principes directeurs en matière de planification familiale. Ces recommandations seront disponibles sur le site web de l'OMS (www.who.int/reproductive-health), où l'on trouvera également d'autres informations jugées en rapport avec ces recommandations par l'OMS, en attendant la prochaine réunion officielle du Groupe de travail de consensus. Ces mises à jour se justifient particulièrement, lorsqu'il s'agit de questions pour lesquelles la base de données est à même d'évoluer rapidement. L'OMS encourage les recherches visant à apporter des réponses aux questions non résolues, en vue d'établir des critères de recevabilité relatifs à l'utilisation de méthodes contraceptives. L'OMS invite également à formuler des commentaires et des suggestions visant à améliorer ces éléments d'orientation.

Vue d'ensemble

En 1999, l'OMS a analysé les éléments d'orientation qu'elle offrait en matière de planification familiale, et estimé que la création de nouvelles lignes directrices basées sur l'évidence scientifique était justifiée. En conséquence, l'OMS a entrepris d'étoffer sa série de lignes directrices pour la planification familiale, en commençant par la deuxième édition du document *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, publié en 2000. Les deux documents fondamentaux de cette nouvelle série (Figure 1) sont : *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* – où l'on indique qui peut utiliser sans danger telle ou telle méthode contraceptive, et le présent document : *Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives*, qui précise comment utiliser sûrement et efficacement ces méthodes. Ces deux documents fournissent des éléments d'orientation fondés sur des données concrètes, pour le choix (les *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*) et l'utilisation (*Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives*) de méthodes contraceptives. Les troisième et quatrième documents fondamentaux de la série, à savoir : *Instrument d'aide à la décision pour les clients et les prestataires de services de planification familiale* et le *Guide des prestataires de services de planification familiale* sont en préparation. Ils visent à améliorer la qualité du conseil et des services en matière de planification familiale, et intégreront les éléments d'orientation contenus dans les documents *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* et *Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives*. C'est dans le contexte plus large des soins relatifs à la santé sexuelle et génésique que l'on fera la meilleure interprétation et le meilleur usage de ces quatre documents fondamentaux.

Figure 1. Guides essentiels OMS de planification familiale



Finalité

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 à l'utilisation des méthodes contraceptives.

Le présent document s'intéresse aux contradictions et aux disparités actuelles concernant la façon d'utiliser avec un maximum d'efficacité les méthodes contraceptives et de gérer les effets secondaires et autres problèmes survenant en cours d'utilisation. Les méthodes pour lesquelles les éléments d'orientation existants ont été les plus contradictoires sont les méthodes suivantes : contraceptifs oraux combinés (COC), contraceptifs injectables combinés (CIC), pilules progestatives pures (PPP), acétate de médroxyprogestérone-retard (AMPR), énantate de noréthistérone (NET-EN), implants libérant du lévonorgestrel, pilule contraceptive d'urgence (PCU), dispositifs intra-utérins au cuivre, dispositifs intra-utérins libérant du lévonorgestrel (DIU-LNG), méthodes naturelles, et stérilisation.

Ce document ne prétend pas fournir des directives strictes mais plutôt des recommandations qui devraient permettre de rationaliser l'offre de moyens contraceptifs grâce aux données les plus actuelles dont on dispose.

Compte tenu de l'extrême variabilité des situations nationales et des contextes programmatiques, il semble inopportun de fixer des directives strictes pour l'utilisation des moyens contraceptifs. Il convient plutôt que les programmes nationaux utilisent ces éléments d'orientation et recommandations pour actualiser ou définir leurs propres principes directeurs dans ce domaine à la lumière des politiques, des besoins, des priorités et des ressources nationales en matière de santé. L'intention est de permettre d'améliorer l'accès aux services de planification familiale et la qualité des services qu'ils offrent, à la fois sous l'angle du choix éclairé des utilisateurs et sous celui de la sécurité médicale. Ce travail d'adaptation n'est pas toujours facile, et le mieux est de le confier à des personnes qui sont bien au fait du contexte sanitaire, des comportements et de la culture au niveau local.

Toile de fond

Ces trente dernières années, les techniques contraceptives ont beaucoup évolué, notamment avec le passage des contraceptifs oraux combinés fortement dosés à des formules mini-dosées, et celui des DIU inertes aux DIU au cuivre ou libérant du lévonorgestrel. En outre, les contraceptifs injectables combinés, les contraceptifs œstroprogestatifs sous forme d'anneau et de patch, ainsi que les progestatifs seuls injectables ou sous forme d'implant, ont fait leur apparition sur le marché. Toutefois, dans certains pays, les politiques et les pratiques actuelles en matière de soins de santé reposent sur des études scientifiques de produits contraceptifs qui ne sont plus guère utilisés, sur des préoccupations anciennes concernant des risques théoriques dont le bien-fondé n'a jamais pu être démontré, ou bien encore sur les préférences ou les à priori personnels des prestataires de services. Bien souvent, ces politiques ou ces pratiques périmées ont pour effet de limiter la qualité des services de planification familiale, et leur accessibilité. Ce document vise à mettre à jour la sélection de recommandations pratiques utilisées pour l'offre de méthodes contraceptives, en insistant sur les méthodes hormonales, les DIU, la contraception d'urgence, les méthodes naturelles, et la stérilisation.

Soins de santé sexuelle et génésique

« Les droits en matière de procréation correspondent à certains droits de l'homme déjà consacrés dans des législations nationales, dans des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et dans d'autres textes adoptés par consensus. Ces droits reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et de toutes les personnes de décider librement et de façon responsable du nombre et de l'espacement des naissances et d'être informés sur les moyens d'y parvenir, ainsi que le droit aux meilleurs conditions de santé possibles tant sur le plan de la sexualité que sur le plan de la procréation ». (paragraphe 95, Programme d'action de Beijing, 1995)

Les soins liés à la santé sexuelle et génésique, notamment l'information et les services de planification familiale sont reconnus non seulement comme une intervention essentielle permettant d'améliorer la santé des femmes et des enfants, mais également comme un droit fondamental. Tout individu a le droit d'avoir accès aux progrès scientifiques et d'en bénéficier pour choisir une méthode de planification familiale. En matière d'offre de moyens contraceptifs, l'approche qui respecte ce droit est celle qui prend en charge le client dans sa globalité, en tenant compte de ses besoins sur le plan des soins de santé sexuelle et génésique mais aussi de l'ensemble des critères de recevabilité et des recommandations pratiques, afin de l'aider à choisir et à utiliser la méthode de planification familiale qui lui conviendra le mieux.

Le présent document énonce principalement des recommandations pratiques relatives à l'utilisation des méthodes contraceptives ; toutefois, les critères de recevabilité doivent être pris en compte, de même que les critères sociaux, comportementaux ou autres, et en particulier la préférence montrée par les clients. Pour fournir un choix de méthodes contraceptives aux clients dans le respect des droits de la personne humaine, il faut leur permettre d'effectuer un choix éclairé. Cependant, le choix des femmes est souvent dicté ou limité par des facteurs sociaux, économiques et culturels directs ou indirects. Du point de vue des femmes, il s'agit là de choix qui sont faits à un moment, dans une société et un contexte culturel donnés ; ils sont complexes, multifactoriels et sujets à modification. En matière de contraception, la prise de décision exige en général qu'on analyse le pour et le contre des différentes méthodes, en pesant les avantages et les inconvénients de chacune en fonction de la situation, de la façon de voir et de l'interprétation de chaque personne.

Il est essentiel pour la qualité des soins qu'ils soient fournis dans le respect des droits de la personne humaine en matière de santé génésique. L'élaboration de normes internationales pour les critères d'acceptabilité médicale et les recommandations pratiques concernant l'utilisation des méthodes contraceptives n'est qu'une façon d'améliorer la qualité des soins dans le domaine de la santé génésique. De nombreux programmes de planification familiale comportent des services de dépistage, de traitement et de suivi qui, s'ils reflètent des niveaux élevés de prestations de soins de santé publique et de pratiques cliniques, ne devraient pas être considérés comme des critères d'acceptabilité ou de rejet de méthodes contraceptives données. Il s'agit notamment du dépistage et du traitement du cancer du col utérin, de l'anémie et des infections sexuellement transmissibles (IST), ainsi que de la promotion de l'allaitement maternel et de l'arrêt du tabac. De tels services doivent être vivement encouragés lorsque l'on dispose des ressources humaines et matérielles nécessaires, mais l'acceptation ou le refus de méthodes de planification familiale ne devrait pas leur être assujéti, quand ils ne sont pas nécessaires pour déterminer si l'adoption ou l'utilisation prolongée d'une méthode donnée est médicalement acceptable.

Questions en rapport avec la qualité et l'accessibilité des services

Ce document énonce principalement toute une série de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives, mais il existe de nombreux autres facteurs dont il faut également tenir compte pour fournir une méthode adaptée, notamment les critères suivants de prestation de services qui s'appliquent systématiquement à l'adoption et au suivi de toutes les méthodes contraceptives employées.

- a) Les clients doivent être informés de manière adéquate afin de pouvoir choisir une méthode de contraception déterminée librement et en toute connaissance de cause. Cette information doit porter au minimum sur les aspects suivants : compréhension de l'efficacité relative de la méthode; utilisation correcte de cette méthode ; manière dont elle opère ; effets secondaires courants ; risques et bénéfices pour la santé de cette méthode ; signes et symptômes nécessitant une consultation au dispensaire ; retour de la fécondité après arrêt de la méthode ; et protection contre les IST.
- b) Il faut disposer d'un personnel correctement formé et d'installations suffisamment équipées pour les méthodes qui nécessitent une intervention chirurgicale, une insertion, et/ou un retrait (stérilisation, implants, DIU, diaphragme, cape cervicale) et observer des mesures de prévention des infections appropriées.
- c) Il convient de gérer et de stocker un matériel et des fournitures appropriés en quantité suffisante (par exemple, moyens contraceptifs, matériel et fournitures pour la prévention des infections).
- d) Il convient de fournir des directives (ou des fiches clients et autres dispositifs de dépistage) aux prestataires de service de manière à ce qu'ils puissent détecter les pathologies pour lesquelles l'emploi de certaines méthodes contraceptives est susceptible de présenter des risques inacceptables pour la santé.
- e) Les prestataires de service doivent être entraînés au conseil en matière de planification familiale pour aider leurs clients à prendre librement des décisions en matière de contraception en toute connaissance de cause. Élément clef de la qualité des soins, le conseil joue également un rôle important lors de l'adoption d'une méthode contraceptive et au cours des visites de suivi ; il doit répondre aux attentes des clients non seulement pour ce qui est de la contraception, mais aussi sur le plan de la sexualité et de la prévention des IST, notamment de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

Efficacité de la méthode

Le choix d'une méthode déterminée dépend en partie de son efficacité contraceptive, laquelle est elle-même fonction non seulement de la protection conférée par la méthode, mais aussi de la régularité et de la rigueur avec lesquelles elle est employée. Le Tableau 1 compare le pourcentage de femmes concernées par une grossesse non intentionnelle dans la première année d'utilisation de la méthode contraceptive, en cas d'utilisation parfaite (régulièrement et correctement) et en cas d'emploi typique. L'aspect relatif à la rigueur et à la régularité d'utilisation varie considérablement en fonction de caractéristiques telles que l'âge, le revenu, le désir des utilisateurs d'empêcher ou de retarder une grossesse et l'environnement culturel. Ainsi, l'efficacité des méthodes qui doivent être utilisées régulièrement et correctement est très variable ; d'une manière générale, plus les utilisateurs et utilisatrices sont familiarisés avec l'emploi de leur méthode, plus ils et elles en font un usage efficace. Cependant, les aspects programmatiques influent également considérablement sur l'utilisation efficace d'une méthode contraceptive.

Tableau 1. Pourcentage de femmes concernées par une grossesse non intentionnelle dans la première année d'utilisation de la contraception, et pourcentage de celles qui poursuivent la contraception à la fin de la première année, Etats-Unis d'Amérique.

Méthode	% de femmes concernées par une grossesse non intentionnelle durant la première année d'utilisation		% de femmes poursuivant leur méthode contraceptive après un an d'utilisation ³
	Emploi typique ¹	Utilisation parfaite ²	
(1)	(2)	(3)	(4)
Aucune méthode ⁴	85	85	
Spermicides ⁵	29	18	42
Retrait	27	4	43
Abstinence périodique	25		51
Calendrier		9	
Ovulation		3	
Symptothermique ⁶		2	
Après ovulation		1	
Cape ⁷			
Femmes uni/multipares	32	26	46
Femmes nullipares	16	9	57
Eponge			
Femmes uni/multipares	32	20	46
Femmes nullipares	16	9	57
Diaphragme ⁷	16	6	57
Préservatif ⁸			
Féminin (Reality)	21	5	49
Masculin	15	2	53
Pilule combinée et minipilule	8	0.3	68
Patch œstroprogestatif (Evra)	8	0.3	68
Anneau œstroprogestatif (NuvaRing)	8	0.3	68
AMPR (Depo-Provera)	3	0.3	56
Contraceptifs injectables combinés (Lunelle)	3	0.05	56
DIU			
ParaGard (T au cuivre)	0.8	0.6	78
Mirena (LNG-SIU)	0.1	0.1	81
Implants LNG (Norplant, Norplant-2/Jadelle)	0.05	0.05	84
Stérilisation féminine	0.5	0.5	100
Stérilisation masculine	0.15	0.10	100

Pilules pour la contraception d'urgence : Instauré dans les 72 heures qui suivent un rapport non protégé, ce traitement réduit d'au moins 75% le risque de grossesse.

Méthode de l'aménorrhée lactationnelle : méthode *temporaire* de contraception, très efficace.⁹

Source: Trussell J. Contraceptive efficacy. Dans : Hatcher RA, et al., *Contraceptive technology: eighteenth revised edition*. New York NY: Ardent Media, 2004.

Note: Tableau adapté du document d'origine. Le titre du tableau a été changé, les appellations commerciales ont été remplacées par les noms génériques, et les notes ont été modifiées.

Notes:

- 1 Chez les couples *typiques* qui adoptent une méthode (pas forcément pour la première fois), pourcentage de survenue d'une grossesse accidentelle au cours de la première année d'utilisation en l'absence d'interruption de la contraception pour n'importe quelle autre raison. Les estimations de la probabilité d'une grossesse au cours de la première année d'une utilisation normale de spermicides, de la méthode du retrait, de l'abstinence périodique, du diaphragme, du préservatif masculin, de la pilule, et de Depo-Provera, sont extraites de l'étude réalisée en 1995 : National Survey of Family Growth, corrigées de façon à tenir compte de la sous-notification des avortements; se reporter au document source (Trussel, 2004) cité ci-dessus pour avoir l'origine des estimations relatives aux autres méthodes.
- 2 Chez les couples qui adoptent une méthode (pas forcément pour la première fois), et qui l'utilisent *parfaitement* (c'est à dire, de manière à la fois systématique et correcte), pourcentage de survenue d'une grossesse accidentelle au cours de la première année d'utilisation en l'absence d'interruption de la contraception pour n'importe quelle autre raison ; se reporter au document source (Trussel, 2004) cité ci-dessus pour avoir l'origine des estimations relatives aux autres méthodes.
- 3 Chez les couples voulant éviter une grossesse, pourcentage de ceux qui continuent d'utiliser une méthode pendant 1 an.
- 4 Le pourcentage des femmes concernées par une grossesse, figurant aux colonnes (2) et (3), est fondé sur les données se rapportant aux populations n'utilisant pas de contraception, et aux femmes qui interrompent leur contraception, car elles désirent une grossesse. Parmi les populations n'utilisant pas la contraception, environ 89% sont enceintes dans un délai d'1 an. Cette estimation a été légèrement abaissée (à 85%) de façon à prendre en compte le pourcentage de grossesses intervenant dans ce délai d'1 an chez les femmes passées à des méthodes réversibles de contraception, en cas d'abandon de la contraception.
- 5 Mousses, crèmes, gels, suppositoires vaginaux, et film vaginal.
- 6 Méthode de la glaire cervicale (ovulation), complétée par la méthode du calendrier dans la période pré-ovulatoire et par la méthode de la température corporelle dans la période post-ovulatoire.
- 7 Avec crème ou gel spermicide.
- 8 Sans spermicides.
- 9 Toutefois, afin de rester efficacement protégée contre la grossesse, il convient d'utiliser une autre méthode de contraception dès le retour des règles, la réduction de la fréquence ou de la durée des tétées, l'introduction de l'alimentation au biberon, ou dès que le nourrisson parvient à l'âge de 6 mois.

Considérations particulières

Retour de la fécondité

A l'exception de la stérilisation masculine et féminine, l'emploi de méthodes contraceptives n'entraîne pas une disparition irréversible de la fécondité. Le retour de la fécondité est immédiat pour toutes les méthodes dès qu'on les interrompt, à l'exception de l'AMPR et du NET-EN pour lesquels le retour de la fécondité se fait dans un délai médian de 10 et de 6 mois, respectivement, après la dernière injection, quelle que soit la durée d'utilisation. La stérilisation masculine ou féminine doit être considérée comme une méthode irréversible, et tout individu ou couple envisageant le recours à cette méthode doit être conseillé comme il convient. Aucune autre méthode n'entraîne une infécondité définitive.

IST et contraception : la double protection

Si la mise au point de normes internationales relatives à l'offre de méthodes contraceptives est importante pour la qualité des services, il faut également tenir compte du profil socioculturel et comportemental de chaque client. A cet égard, les problèmes que pose l'exposition aux IST, notamment au VIH, méritent une attention particulière puisqu'il est tout aussi important de prévenir la grossesse que d'empêcher la transmission de l'infection. Lorsqu'il existe un risque de transmission d'une IST/du VIH, il est important que les prestataires de soins de santé recommandent vivement la double protection à toutes les personnes à haut risque, qu'il s'agisse d'associer l'utilisation du préservatif à d'autres méthodes ou d'employer correctement ce dernier seul à la fois comme méthode contraceptive et comme méthode de prévention de la maladie. Il convient de toujours rappeler aux hommes et aux femmes qui recherchent des informations sur la contraception l'importance des préservatifs pour la prévention de la transmission des IST/du VIH, et d'en encourager et d'en faciliter l'emploi le cas échéant. Lorsqu'ils sont employés systématiquement et correctement, les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.

Adolescents

En général, les adolescents peuvent utiliser n'importe quelle méthode de contraception et doivent avoir accès à un choix étendu. L'âge ne constitue pas à lui seul une raison médicale pour refuser une méthode à un adolescent. Si certaines inquiétudes ont été exprimées concernant l'utilisation de certaines méthodes contraceptives chez l'adolescent (par ex., l'emploi des progestatifs seuls injectables par les moins de 18 ans), elles doivent être pesées en regard des avantages présentés par le fait d'éviter une grossesse. Il est clair que bon nombre des critères d'acceptabilité qui s'appliquent aux clients plus âgés s'appliquent également aux jeunes. Toutefois, certaines affections (par ex., troubles cardio vasculaires) qui peuvent limiter l'utilisation de certaines méthodes chez les femmes plus âgées ne touchent en général pas les personnes jeunes puisqu'elles sont rares dans cette classe d'âge. Les considérations d'ordre social et comportemental sont importantes pour le choix des méthodes contraceptives chez l'adolescent. Par exemple, dans certaines situations, les adolescents courent un risque accru d'IST, notamment d'infection par le VIH. Si les adolescents peuvent choisir d'utiliser n'importe laquelle des méthodes disponibles dans leurs communautés, dans certains cas, le fait d'utiliser des méthodes qui n'exigent pas une prise quotidienne peut être plus approprié. On a montré que les adolescents, qu'ils soient mariés ou non, toléraient moins bien les effets secondaires et présentaient donc des taux d'abandon importants. Le choix de la méthode peut également être influencé chez eux par des facteurs tels que le caractère sporadique des rapports et la nécessité de dissimuler une activité sexuelle et le recours à une contraception. Par exemple, les adolescents sexuellement actifs qui ne sont pas mariés ont des besoins très différents de ceux qui sont mariés et qui veulent différer, espacer ou limiter les naissances. Le fait d'accroître le nombre de méthodes offertes fera que la contraception satisfera mieux les besoins, sera mieux acceptée et davantage utilisée. Un enseignement et des conseils prodigués avant et au moment de choisir une méthode permettront aux adolescents de répondre à leurs problèmes particuliers

et de prendre des décisions volontairement en toute connaissance de cause. Il faut tout faire pour éviter que le coût des services et des méthodes limite les possibilités de choix.

Clients ayant des besoins particuliers

Les critères de recevabilité médicale concernent également l'utilisation de moyens contraceptifs chez les personnes atteintes d'affections particulières ou ayant des besoins spéciaux, tels les individus souffrant d'une incapacité physique. Avant de prescrire une contraception, il faut tenir compte de la nature de l'incapacité, des désirs exprimés par la personne et de la spécificité de la méthode. La décision doit reposer sur un choix éclairé. Il doit en aller de même pour les sujets qui présentent un handicap mental ou des troubles psychiatriques graves. Si la nature de l'incapacité est telle que la personne ne peut pas faire un choix éclairé, on ne prescrira un moyen contraceptif qu'après avoir dûment consulté toutes les parties intéressées, notamment les tuteurs et les pourvoyeurs de soins. Pour toute décision de ce type, il faut tenir compte des droits de la personne en matière de santé génésique.

Tableau 2. Questions pour lesquelles le Groupe de travail scientifique a formulé des recommandations

1. Quand une femme peut-elle démarrer les contraceptifs oraux combinés (COC) ?
2. Quand une femme peut-elle démarrer les contraceptifs injectables combinés (CIC) ?
3. Quels sont les délais à respecter pour le renouvellement de l'injection de contraceptif injectable combiné (CIC) ?
4. Quand une femme peut-elle démarrer la pilule progestative pure (PPP) ?
5. Quand une femme peut-elle démarrer les progestatifs seuls injectables (PSI) – acétate de médroxyprogestérone-retard (AMPR) ou énantate de noréthistérone (NET-EN) ?
6. Quels sont les délais à respecter pour le renouvellement de l'injection de progestatif seul (PSI) – acétate de médroxyprogestérone-retard (AMPR) ou énantate de noréthistérone (NET-EN) ?
7. Quand une femme peut-elle se faire poser un implant ?
8. Combien de temps peut-on laisser en place les implants libérant du lévonorgestrel ?
9. Quand une femme peut-elle se faire poser un DIU au cuivre ?
10. Faut-il administrer des antibiotiques à titre prophylactique lors de la pose d'un DIU au cuivre ?
11. Quand une femme peut-elle se faire poser un DIU libérant du lévonorgestrel (DIU-LNG) ?
12. Faut-il administrer des antibiotiques à titre prophylactique lors de la pose d'un DIU libérant du lévonorgestrel (DIU-LNG) ?
13. Comment se prend la pilule pour la contraception d'urgence (PCU) ?
14. Peut-on délivrer par avance à une femme des pilules pour la contraception d'urgence (PCU) ?
15. Dans quel délai la vasectomie assure-t-elle la contraception de façon fiable ?
16. Que peut faire la femme qui utilise la méthode des jours fixes (MJF), si ses cycles se situent en dehors de la fourchette des 26-32 jours ?
17. Que peut faire une femme qui oublie de prendre son contraceptif oral combiné (COC) ?
18. Que peut faire une femme qui a oublié de prendre sa pilule progestative pure (PPP) ?
19. Que peut faire l'utilisatrice de contraceptifs oraux combinés (COC) ou de la pilule progestative pure (PPP), en cas de vomissements et/ou de diarrhées sévères ?
20. Que faire pour prévenir les nausées et les vomissements, en cas de recours à la pilule pour la contraception d'urgence (PCU) ?
21. Que peut faire la femme qui vomit après avoir pris des pilules pour la contraception d'urgence (PCU) ?
22. Que peut-on faire en cas d'anomalies du cycle chez l'utilisatrice d'un progestatif seul injectable (PSI) – acétate de médroxyprogestérone-retard (AMPR) ou énantate de noréthistérone (NET-EN) ?
23. Que peut-on faire en cas d'anomalies du cycle chez l'utilisatrice d'implants ?

24. Que peut-on faire en cas d'anomalies du cycle chez l'utilisatrice du DIU au cuivre ?
25. Que peut-on faire en cas d'anomalies du cycle chez l'utilisatrice du DIU libérant du lévonorgestrel (DIU-LNG) ?
26. Quelle est la conduite à tenir en cas de maladie inflammatoire pelvienne (MIP) chez l'utilisatrice d'un DIU au cuivre ?
27. Quelle est la conduite à tenir en cas de maladie inflammatoire pelvienne (MIP) chez l'utilisatrice d'un DIU libérant du lévonorgestrel (DIU-LNG) ?
28. Que faut-il faire si l'utilisatrice d'un DIU au cuivre se trouve enceinte ?
29. Que faut-il faire si l'utilisatrice d'un DIU libérant du lévonorgestrel (DIU-LNG) se trouve enceinte ?
30. Quels examens ou tests faut-il faire à titre systématique avant de fournir une méthode de contraception ?
31. Combien de plaquettes de pilules (contraceptifs oraux combinés ou progestatifs seuls) faut-il donner lors de la première consultation, et lors des suivantes ?
32. Quel est le suivi recommandé pour les utilisatrices de contraceptifs oraux combinés (COC), de pilules progestatives pures (PPP), d'implants et du DIU ?
33. Sur quels éléments le prestataire peut-il se baser pour considérer que la femme n'est pas enceinte ?

Méthode de travail

Ce document est le résultat de tout un processus qui a abouti à la réunion du Groupe de travail scientifique qui s'est tenue à l'Organisation mondiale de la Santé, à Genève, du 13 au 16 avril 2004, et lors de laquelle 29 spécialistes venus de 15 pays différents se sont retrouvés pour formuler une série de recommandations relatives à l'utilisation des méthodes contraceptives. La liste des participants à cette réunion est présentée à la fin du document. Le Groupe de travail scientifique était composé d'experts en matière de planification familiale – cliniciens, épidémiologistes, décideurs, et administrateurs de programmes – mais également de spécialistes du recensement et de la synthèse des données, et d'utilisateurs du guide. Un Comité d'orientation a été spécialement créé pour cette édition. Il a été demandé à l'ensemble des membres du Groupe de travail scientifique de déclarer tout conflit d'intérêts et il n'en a été déclaré aucun.

Les recommandations figurant dans le présent document constituent les réponses du Groupe de travail scientifique à l'issue de l'examen de 33 questions bien précises sélectionnées par l'OMS, compte tenu 1) des contradictions et disparités importantes relevées dans les éléments d'orientation existants, 2) de la probabilité que les données pertinentes soient disponibles, et 3) des propositions des participants au Groupe de travail scientifique et d'organisations/institutions de planification familiale. La liste des questions qui ont été posées au Groupe de travail scientifique est présentée au Tableau 2.

Le présent document correspond à la version révisée de la première édition de *Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation des méthodes contraceptives* publiée en 2002 à l'issue de la réunion d'un groupe d'experts organisée par l'OMS. Cette réunion s'était déroulée à Londres, du 3 au 6 octobre 2001, avec le soutien de la Fédération internationale pour la planification familiale (FIPF), afin de faciliter la participation du Groupe consultatif médical international de la FIPF. La réunion de 2001 avait rassemblé 33 participants venus de 16 pays différents, pour formuler des recommandations pratiques à partir des réponses du Groupe de travail scientifique à 23 questions précises choisies par l'OMS, sur la base des critères énoncés ci-dessus.

Utilisant un système d'inventaire en continu des nouvelles données (the Continuous Identification of Research Evidence – CIRE, www.inforhealth.org/cire/cire_pub.pl), l'OMS a recensé 7 recommandations pour lesquelles des données nouvelles étaient apparues depuis la publication de la première édition. L'Organisation a en outre décidé de formuler 10 nouvelles recommandations pratiques. Les données ayant trait à ces 17 recommandations ont toutes été systématiquement examinées pour en évaluer l'intérêt.

Le Groupe de travail scientifique de 2004 a été chargé d'examiner les données obtenues principalement à partir d'examens systématiques de la littérature disponible à la date de février 2004. Pour la première édition, l'examen des données avait consisté uniquement en une recherche sur MEDLINE et POPLINE de la littérature publiée de 1980 à 2000 ; tandis que pour la seconde édition, il a été fait appel à d'autres bases de données bibliographiques et les recherches ont été étendues à d'autres années de publication, selon le thème. Des rapports supplémentaires ont été identifiés à partir des références bibliographiques données dans des articles retrouvés au moyen de cette recherche. Cette exploration exhaustive et systématique des bases de données bibliographiques a permis d'obtenir toutes les études essentielles ayant trait à la recommandation en question. Chaque article a été examiné par l'OMS qui en a évalué l'intérêt par rapport à la question posée, ainsi que la qualité des données fournies, et qui a déterminé si ces données étaient directement ou indirectement utilisables pour répondre aux questions (Tableau 3). Les données issues de chaque article ont ensuite été synthétisées dans des examens systématiques, qui ont servi de base aux délibérations du Groupe de travail scientifique.

Le but des examens systématiques était de recenser les données permettant de traiter les aspects biomédicaux et comportementaux des problèmes courants rencontrés en clinique

et représentés par les questions 1-29. Les questions 30-33, correspondant à des questions programmatiques d'ordre plus général, n'ont pas donné lieu à des examens systématiques. Les examens systématiques ont été remis au Groupe de travail scientifique avant la réunion. En outre, il a été demandé à certaines membres du Groupe de travail scientifique de faire office de conseiller technique pour certaines questions.

Lorsque le Groupe de travail scientifique disposait d'un examen systématique des données à prendre en compte pour la formulation d'une recommandation, ces données sont citées dans la bibliographie à la fin de chaque recommandation. Les recommandations pour lesquelles aucune donnée n'est citée sont fondées sur l'avis des experts et/ou sur les données obtenues de sources autres que les examens systématiques. La première édition contenait 23 recommandations qui sont largement utilisées à l'échelle mondiale. Le Groupe d'orientation sur les principes directeurs, qui s'est réuni le 13 avril 2004, a convenu avec le Secrétariat que le Groupe de travail scientifique examinerait uniquement les recommandations de la première édition pour lesquelles il y avait soit des données nouvelles soit une raison importante de les modifier. Le Groupe de travail scientifique s'est rallié à cette suggestion le 14 avril, et, en conséquence, le reste de la réunion a été axé sur 7 recommandations actuelles pour lesquelles il y avait apport de données nouvelles et sur 10 nouvelles recommandations. Les 33 recommandations finales (23 recommandations de l'édition précédente + 10 nouvelles recommandations) ont été approuvées par l'ensemble des membres du Groupe d'orientation sur les principes directeurs et par le Groupe de travail scientifique à la fin de la réunion du 16 avril 2004.

Les 10 nouvelles recommandations de cette deuxième édition ainsi que les changements apportés aux recommandations de la première édition, sont énoncés dans le récapitulatif des mises à jour à la page 16.

Tableau 3. Hiérarchie des éléments d'appréciation*

La hiérarchie des éléments d'appréciation sur lesquels les recommandations ont été basées est la suivante:

- Niveau I :** Eléments d'appréciation obtenus à partir d'au moins un essai randomisé contrôlé correctement conçu.
- Niveau II-1 :** Eléments d'appréciation obtenus à partir d'essais contrôlés bien conçus sans randomisation.
- Niveau II-2 :** Eléments d'appréciation obtenus à partir d'études analytiques de cohortes ou cas-témoin bien conçues, de préférence par plusieurs centres ou groupes de recherche.
- Niveau II-3 :** Eléments d'appréciation obtenus à partir de plusieurs séries chronologiques avec ou sans l'intervention. Les résultats spectaculaires obtenus lors d'expériences non contrôlées peuvent également être considérés comme appartenant à ce type de données.
- Niveau III :** Opinions d'autorités respectées, basées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.

Qualité des éléments d'appréciation

Les études ont aussi été classées « bonnes », « moyennes » ou « mauvaises » en fonction de leur validité interne.

* Harris RP et al. Methods Work Group, Third US Preventive Services Task Force. Current methods of the US Preventive Services Task Force: a review of the process. *American Journal of Preventive Medicine*, 2001, 20(Suppl. 3):21–35.

Types d'éléments d'appréciation

Direct : Les éléments d'appréciation ont été basés sur des données touchant directement la question.

Indirect: Les éléments d'appréciation ont été extrapolés à partir d'autres données pertinentes.

Comment utiliser le présent ouvrage

Ce document s'adresse aux responsables de l'élaboration des politiques, aux directeurs des programmes de planification familiale et aux membres de la communauté scientifique. Son but est de faciliter l'élaboration de lignes directrices pour la fourniture de moyens contraceptifs dans le cadre des programmes nationaux de planification familiale/santé génésique. Ce document ne doit pas être vu ni utilisé comme un ensemble de lignes directrices proprement dites, mais plutôt comme un document de référence.

A l'échelon pays et au sein des programmes, les éléments d'orientation consignés dans ce document devront être interprétés de façon à tenir compte de la diversité des situations et des contextes dans lesquels les contraceptifs sont fournis.

Les questions contenues dans ce document s'articulent autour de quatre axes principaux pour présenter la façon d'utiliser en toute sécurité et efficacement telle ou telle méthode contraceptive : adoption/poursuite, utilisation incorrecte, problèmes en cours d'utilisation, et

aspects programmatiques. Chaque question s'assortit des recommandations du Groupe de travail scientifique face à tel ou tel cas de figure bien précis, ainsi que des « Observations », et de l'énoncé des « Questions importantes non résolues ». En outre, en ce qui concerne les questions traitées dans le cadre des examens systématiques (Questions 1-29), sont également indiqués : 1) le libellé de la question à partir duquel ont été tirés les termes recherchés dans la littérature, 2) le niveau des éléments d'appréciation, et s'il s'agit d'éléments en rapport direct ou indirect avec la question, et 3) les références bibliographiques recensées lors de l'examen systématique et fournies au Groupe de travail scientifique.

Chaque question donne lieu à des recommandations indiquant ce que peut faire une femme dans telle ou telle situation. Pour certains sous-groupes de femmes la recommandation peut être inappropriée d'un point de vue médical. Dans ces cas, la recommandation s'accompagne d'avertissements fondés sur les *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, troisième édition* ; ces avertissements sont en italique et portent un astérisque, selon la pathologie concernée, constituant un élément d'orientation complémentaire.

Incidences programmatiques

Les questions programmatiques à prendre en compte sont les suivantes :

- ◆ choix éclairé
- ◆ éléments ayant trait à la qualité des soins
- ◆ principales méthodes de dépistage employées avant la fourniture des méthodes
- ◆ formation et compétences du prestataire
- ◆ orientation-recours et suivi en matière de contraception, s'il y a lieu.

Lors de l'application des recommandations pratiques aux programmes, il convient d'établir une distinction entre les prestations qui sont essentielles pour l'utilisation sans risque des méthodes contraceptives et celles qui font partie d'une gamme de soins de santé de qualité, mais qui sont sans rapport avec l'utilisation de la méthode. La promotion des bonnes pratiques en matière de soins de santé n'ayant aucun rapport avec l'utilisation sans risque de la contraception ne doit pas être considérée comme un préalable ni comme un obstacle à l'accès à une méthode contraceptive, mais plutôt comme complémentaire.

L'étape suivante consistera à adapter les recommandations pratiques figurant dans ce document aux conditions propres à chaque pays de sorte que le prestataire de service puisse les appliquer à tous les niveaux du système. Les pays devront déterminer dans quelle mesure et par quel moyen il leur sera possible d'étendre leurs services vers la périphérie. Ils pourront par exemple accorder des promotions au personnel et moderniser des installations s'ils en ont les moyens, ou bien élargir les compétences de certaines catégories de personnel, ou encore procéder à une adjonction modeste de matériel et de produits, ainsi qu'à une réorganisation des locaux. Il faudra également s'attaquer aux idées fausses qu'ont parfois les prestataires et les utilisateurs sur les risques et les effets secondaires des méthodes contraceptives et s'intéresser de près aux besoins et aux attentes des femmes et des hommes qui désirent choisir une méthode en toute connaissance de cause.

Récapitulatif des mises à jour par rapport à la 1^{ère} édition

Cette seconde édition comporte dix recommandations nouvelles :

- ◆ Comment se prend la pilule pour la contraception d'urgence ?
- ◆ Peut-on fournir par avance à une femme des pilules pour la contraception d'urgence ?
- ◆ Que faire pour prévenir les nausées et les vomissements, en cas de recours à la pilule pour la contraception d'urgence ?
- ◆ Combien de temps peut-on laisser en place les implants libérant du lévonorgestrel ?
- ◆ Quand une femme peut-elle se faire poser un DIU libérant du lévonorgestrel ?
- ◆ Que peut-on faire en cas d'anomalies du cycle chez l'utilisatrice du DIU libérant du lévonorgestrel ?
- ◆ Quelle est la conduite à tenir en cas de maladie inflammatoire pelvienne (MIP) chez l'utilisatrice d'un DIU libérant du lévonorgestrel ?
- ◆ Que faut-il faire si l'utilisatrice d'un DIU libérant du lévonorgestrel se trouve enceinte ?
- ◆ Faut-il administrer des antibiotiques à titre prophylactique lors de la pose d'un DIU libérant du lévonorgestrel ?
- ◆ Dans quel délai la vasectomie assure-t-elle la contraception de façon fiable?

Sur les 23 recommandations reprises de la première édition, ce sont les éléments d'orientation concernant la gestion du problème d'oubli de la pilule (Question 17 de la présente édition) qui ont été le plus modifiés ; ils ont en outre été nettement simplifiés. Des changements mineurs ont été apportés à 11 questions (Questions Nos 1, 2, 4, 5, 7, 9, 10, 22, 23, 28 et 30 de la présente édition) ; ils consistent essentiellement en indications complémentaires pour les femmes démarrant une méthode contraceptive après un accouchement ou après un avortement. Les 11 questions restantes demeurent inchangées. La structure du document a également été modifiée, de façon à regrouper les recommandations par type de question.

Certaines des recommandations pratiques figurant dans ce rapport devront bien entendu être revues à la lumière des résultats des dernières recherches. L'OMS les actualisera et les complétera donc à intervalle régulier. Ces recommandations sont disponibles sur le site web du service de santé génésique de l'OMS (www.who.int/reproductive-health). Ce site fournira également des informations complémentaires que l'OMS aura jugées en rapport avec ces recommandations pratiques, en attendant la prochaine réunion officielle du Groupe de travail de consensus. L'OMS encourage les chercheurs à se pencher sur les grandes questions non résolues figurant dans ce document.

Questions pour lesquelles le Groupe de travail scientifique a formulé des recommandations

Adoption/poursuite

1. Quand une femme peut-elle démarrer les contraceptifs oraux combinés (COC) ?
2. Quand une femme peut-elle démarrer les contraceptifs injectables combinés (CIC) ?
3. Quels sont les délais à respecter pour le renouvellement de l'injection de contraceptif injectable combiné (CIC) ?
4. Quand une femme peut-elle démarrer la pilule progestative pure (PPP) ?
5. Quand une femme peut-elle démarrer les progestatifs seuls injectables (PSI) – acétate de médroxyprogestérone-retard (AMPR) ou énantate de noréthistérone (NET-EN) ?
6. Quels sont les délais à respecter pour le renouvellement de l'injection de progestatif seul (PSI) – acétate de médroxyprogestérone-retard (AMPR) ou énantate de noréthistérone (NET-EN) ?
7. Quand une femme peut-elle se faire poser un implant ?
8. Combien de temps peut-on laisser en place les implants libérant du lévonorgestrel ?
9. Quand une femme peut-elle se faire poser un DIU au cuivre ?
10. Faut-il administrer des antibiotiques à titre prophylactique lors de la pose d'un DIU au cuivre ?
11. Quand une femme peut-elle se faire poser un DIU libérant du lévonorgestrel (DIU-LNG) ?
12. Faut-il administrer des antibiotiques à titre prophylactique lors de la pose d'un DIU libérant du lévonorgestrel (DIU-LNG) ?
13. Comment se prend la pilule pour la contraception d'urgence (PCU) ?
14. Peut-on fournir par avance à une femme des pilules pour la contraception d'urgence (PCU) ?
15. Dans quel délai la vasectomie assure-t-elle la contraception de façon fiable ?
16. Que peut faire la femme qui utilise la méthode des jours fixes (MJF), si ses cycles se situent en dehors de la fourchette des 26-32 jours ?

Utilisation incorrecte

17. Que peut faire une femme qui oublie de prendre son contraceptif oral combiné (COC) ?
18. Que peut faire une femme qui oublie de prendre sa pilule progestative pure (PPP) ?

Problèmes en cours d'utilisation

Vomissements et/ou diarrhée

19. Que peut faire l'utilisatrice de contraceptifs oraux combinés (COC) ou de la pilule progestative pure (PPP), en cas de vomissements et/ou de diarrhées sévères ?
20. Que faire pour prévenir les nausées et les vomissements, en cas de recours à la pilule pour la contraception d'urgence (PCU) ?
21. Que peut faire la femme qui vomit après avoir pris des pilules pour la contraception d'urgence (PCU) ?



Anomalies du cycle

22. Que peut-on faire en cas d'anomalies du cycle chez l'utilisatrice d'un progestatif seul injectable (PSI) – acétate de médroxyprogestérone-retard (AMPR) ou énantate de noréthistérone (NET-EN) ?
23. Que peut-on faire en cas d'anomalies du cycle chez l'utilisatrice d'implants ?
24. Que peut-on faire en cas d'anomalies du cycle chez l'utilisatrice du DIU au cuivre ?
25. Que peut-on faire en cas d'anomalies du cycle chez l'utilisatrice du DIU libérant du lévonorgestrel (DIU-LNG) ?

Maladie inflammatoire pelvienne

26. Quelle est la conduite à tenir, en cas de maladie inflammatoire pelvienne (MIP) chez l'utilisatrice d'un DIU au cuivre ?
27. Quelle est la conduite à tenir, en cas de maladie inflammatoire pelvienne (MIP) chez l'utilisatrice d'un DIU libérant du lévonorgestrel (DIU-LNG) ?

Grossesse

28. Que faut-il faire si l'utilisatrice d'un DIU au cuivre se trouve enceinte ?
29. Que faut-il faire si l'utilisatrice d'un DIU libérant du lévonorgestrel (DIU-LNG) se trouve enceinte ?

Incidences programmatiques

30. Quels examens ou tests faut-il faire à titre systématique avant de fournir une méthode de contraception ?
31. Combien de plaquettes de pilules (contraceptifs oraux combinés ou progestatifs seuls) faut-il donner lors de la première consultation, et lors des suivantes ?
32. Quel est le suivi recommandé pour les utilisatrices de contraceptifs oraux combinés (COC), de pilules progestatives pures (PPP), d'implants et du DIU ?
33. Sur quels éléments le prestataire peut-il se baser pour considérer que la femme n'est pas enceinte ?

Adoption/poursuite

1. Quand une femme peut-elle démarrer les contraceptifs oraux combinés (COC) ?
2. Quand une femme peut-elle démarrer les contraceptifs injectables combinés (CIC) ?
3. Quels sont les délais à respecter pour le renouvellement de l'injection de contraceptif injectable combiné (CIC) ?
4. Quand une femme peut-elle démarrer la pilule progestative pure (PPP) ?
5. Quand une femme peut-elle démarrer les progestatifs seuls injectables (PSI) – acétate de médroxyprogestérone-retard (AMPR) ou énantate de noréthistérone (NET-EN) ?
6. Quels sont les délais à respecter pour le renouvellement de l'injection de progestatif seul (PSI) – acétate de médroxyprogestérone-retard (AMPR) ou énantate de noréthistérone (NET-EN) ?
7. Quand une femme peut-elle se faire poser un implant ?
8. Combien de temps peut-on laisser en place les implants libérant du lévonorgestrel ?
9. Quand une femme peut-elle se faire poser un DIU au cuivre ?
10. Faut-il administrer des antibiotiques à titre prophylactique lors de la pose d'un DIU au cuivre ?
11. Quand une femme peut-elle se faire poser un DIU libérant du lévonorgestrel (DIU-LNG) ?
12. Faut-il administrer des antibiotiques à titre prophylactique lors de la pose d'un DIU libérant du lévonorgestrel (DIU-LNG) ?
13. Comment se prend la pilule pour la contraception d'urgence (PCU) ?
14. Peut-on fournir par avance à une femme des pilules pour la contraception d'urgence (PCU) ?
15. Dans quel délai la vasectomie assure-t-elle de la contraception façon fiable ?
16. Que peut faire la femme qui utilise la méthode des jours fixes (MJF), si ses cycles se situent en dehors de la fourchette des 26-32 jours ?





Quand une femme peut-elle démarrer les contraceptifs oraux combinés ?

1. Quand une femme peut-elle démarrer les contraceptifs oraux combinés (COC) ?

Note : On peut fournir par avance des COC à la femme en lui indiquant la marche à suivre pour commencer à prendre ses pilules, à condition qu'elle réponde aux critères de recevabilité médicale.

Femme ayant des cycles réguliers

- ◆ Elle peut démarrer les COC dans les 5 jours suivant le début de ses règles. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire.
- ◆ Elle peut également démarrer les COC à n'importe quel autre moment, si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte. Si plus de 5 jours se sont écoulés depuis le début de ses règles, elle devra s'abstenir de rapports sexuels ou avoir recours à un moyen de contraception complémentaire pendant les 7 jours qui suivent.

Femme présentant une aménorrhée

- ◆ Elle peut démarrer les COC à n'importe quel moment, si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte. Elle devra s'abstenir de rapports sexuels ou avoir recours à un moyen de contraception complémentaire pendant les 7 jours qui suivent.

Post-partum (femme qui allaite)*

- ◆ Si elle a accouché depuis plus de 6 mois et si elle présente une aménorrhée, elle peut démarrer les COC selon la marche à suivre conseillée pour les autres femmes présentant une aménorrhée.
- ◆ Si elle a accouché depuis plus de 6 mois et que ses règles sont revenues, elle peut démarrer les COC comme indiqué pour les femmes ayant des cycles réguliers.

* **Indications complémentaires tirées des *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. troisième édition, 2004.*** Moins de 6 semaines après l'accouchement, l'utilisation des COC est déconseillée chez la femme qui nourrit son bébé au sein principalement. Après 6 semaines, mais moins de 6 mois après l'accouchement, l'utilisation des COC n'est habituellement pas recommandée pour la femme qui nourrit son bébé au sein principalement, sauf en l'absence d'autres méthodes acceptables plus appropriées.

Post-partum (femme qui n'allait pas)*

- ◆ Si les règles ne sont pas revenues 21 jours, voire plus, après l'accouchement, la femme peut démarrer les COC immédiatement, si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte. Elle devra s'abstenir de rapports sexuels ou avoir recours à un moyen de contraception complémentaire pendant les 7 jours qui suivent.
- ◆ Si les règles sont revenues, elle peut commencer les COC comme indiqué pour les autres femmes ayant des cycles réguliers.

* **Indications complémentaires tirées des *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. troisième édition, 2004.*** Il est très improbable qu'une femme ait une ovulation et s'expose à une grossesse dans les 21 jours qui suivent l'accouchement. Toutefois, pour des raisons programmatiques, certaines méthodes contraceptives peuvent être offertes pendant cette période. Moins de 21 jours après l'accouchement, l'utilisation de COC n'est habituellement pas recommandée aux femmes, sauf en l'absence d'autres méthodes acceptables plus appropriées.

Après avortement

- ◆ Elle peut démarrer les COC immédiatement après l'avortement. Aucun autre moyen contraceptif n'est nécessaire.

Femme changeant de méthode hormonale

- ◆ Elle peut démarrer les COC immédiatement, si elle a utilisé sa méthode hormonale régulièrement et correctement, ou si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte. Il est inutile d'attendre les règles suivantes.
- ◆ Si sa méthode antérieure reposait sur des injections, elle commencera les COC à la date normalement prévue pour le renouvellement de l'injection. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire.

Femme passant d'une méthode non hormonale (autre que le DIU) aux COC

- ◆ Elle peut démarrer les COC dans les 5 jours suivant le début de ses règles. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire.
- ◆ Elle peut également démarrer immédiatement ou à n'importe quel autre moment si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte. Si plus de 5 jours se sont écoulés depuis le début de ses règles, elle devra s'abstenir de rapports sexuels ou avoir recours à un moyen de contraception complémentaire pendant les 7 jours suivants.

Femme passant d'un DIU (y compris le DIU libérant du lévonorgestrel) aux COC

- ◆ Elle peut démarrer les COC dans les 5 jours suivant le début de ses règles. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire. Le DIU peut être retiré à ce moment-là.
- ◆ Elle peut également les démarrer à n'importe quel autre moment, si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte.
 - ◇ Si elle a été sexuellement active au cours du présent cycle et que ses règles ont débuté il y a plus de 5 jours, il est recommandé de retirer le DIU lors des règles suivantes.
 - ◇ Si elle n'a pas été sexuellement active au cours de ce cycle et qu'il s'est écoulé plus de 5 jours depuis le début de ses règles, elle devra s'abstenir de rapports sexuels ou avoir recours à un moyen de contraception complémentaire pendant les 7 jours suivants. Si cette protection supplémentaire doit être assurée par le DIU qu'elle porte, il est recommandé de retirer ce dernier lors des règles suivantes.
- ◆ Si elle présente une aménorrhée ou des saignements irréguliers, elle peut démarrer les COC comme indiqué pour les autres femmes présentant une aménorrhée.



Observations

Le Groupe de travail scientifique a estimé que le risque d'ovulation au cours des 5 premiers jours des règles est faible donc acceptable. Il a en outre considéré que l'inhibition de l'ovulation est moins fiable lorsque les COC sont démarrés après le 5ème jour, et qu'il fallait 7 jours consécutifs de COC pour empêcher l'ovulation de façon fiable.

Chez les femmes qui changent de méthode hormonale, la nécessité d'avoir recours à un moyen de contraception complémentaire dépendra de la méthode utilisée précédemment.

le Groupe s'est inquiété du risque de grossesse qui existe lorsqu'on retire un DIU pendant un cycle au cours duquel il y a déjà eu des rapports sexuels. D'où la recommandation de laisser le DIU en place jusqu'aux prochaines règles.



Questions soulevées lors de l'examen systématique

En quoi le fait de démarrer les COC tel jour du cycle plutôt que tel autre influe-t-il sur l'efficacité contraceptive et sur l'observance ? **Éléments d'appréciation de niveau: I**, moyen, indirect.

En quoi le fait de fournir par avance des COC peut-il en modifier l'utilisation, l'observance, et la poursuite ? **Éléments d'appréciation de niveau : II-2**, moyen, direct.

Références bibliographiques recensées lors de l'examen systématique

1. Killick S, Eyong E, Elstein M. Ovarian follicular development in oral contraceptive cycles. *Fertility and Sterility*, 1987, 48:409–413.
2. Lara-Torre E, Schroeder B. Adolescent compliance and side effects with Quick Start initiation of oral contraceptive pills. *Contraception*, 2002, 66:81–85.
3. Molloy BG et al. "Missed pill" conception: fact or fiction? *British Medical Journal (Clinical Research Edition)*, 1985, 290:1474–1475.
4. Schwartz JL et al. Predicting risk of ovulation in new start oral contraceptive users. *Obstetrics and Gynecology*, 2002, 99:177–182.
5. Sitavarin S, Jaisamrarn U, Taneepanichskul S. A randomized trial on the impact of starting day on ovarian follicular activity in very low dose oral contraceptive pills users. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 2003, 86:442–448.
6. Smith SK et al. The effect of deliberate omission of Trinordiol or Microgynon on the hypothalamo–pituitary–ovarian axis. *Contraception*, 1986, 34:513–522.
7. Stanback J, Qureshi ZP, Sekkade–Kigonda C. Advance provision of oral contraceptives to family planning clients in Kenya. *East African Medical Journal*, 2002, 79:257–258.
8. Taylor DR, Anthony FW, Dennis KJ. Suppression of ovarian function by Microgynon 30 in day 1 and day 5 "starters." *Contraception*, 1986, 33:463–471.
9. Westhoff C et al. Quick start: novel oral contraceptive initiation method. *Contraception*, 2002, 66:141–145.
10. Westhoff C et al. Bleeding patterns after immediate vs. conventional oral contraceptive initiation: a randomized, controlled trial. *Fertility and Sterility*, 2003, 79:322–329.
11. Yeshaya A et al. A delayed starting schedule of OCs: the effect on the incidence of breakthrough bleeding and compliance in women. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 1996, 1:263–265.
12. Yeshaya A et al. Flexible starting schedule for oral contraception: effect on the incidence of breakthrough bleeding and compliance. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 1998, 3:121–123.

Autres références bibliographiques importantes

1. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the "fertile window" in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *British Medical Journal*, 2000, 321:1259–1262.
2. Wilcox AJ et al. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception*, 2001, 63:211–215.

Questions importantes non résolues

Dans quel délai la protection est-elle assurée de façon fiable par les COC?

Le fait de commencer chaque plaquette de pilules un jour donné de la semaine favorise-t-il l'utilisation régulière, correcte et durable des COC?

Avec quelle précision l'examen échographique, les dosages hormonaux et l'évaluation de la glaire cervicale permettent-ils de prévoir le risque de grossesse au cours de l'utilisation des COC?



Quand une femme peut-elle démarrer les contraceptifs injectables combinés?

2. Quand une femme peut-elle démarrer les contraceptifs injectables combinés (CIC) ?

Notes: Ces recommandations sont fondées sur l'information relative aux CIC qui contiennent de l'acétate de médroxyprogestérone et du cypionate d'estradiol (Cyclofem/Lunelle), mais elles s'appliquent également aux CIC qui contiennent de l'énanthane de noréthistérone et du valérianate d'estradiol (Mesigyna).

Si la femme ne peut pas recevoir son injection au moment de la consultation, prendre des dispositions pour qu'elle la fasse faire ultérieurement au sein d'un service compétent.

Femme ayant des cycles réguliers

- ◆ Elle peut recevoir la première injection de CIC dans les 7 jours suivant le début de ses règles. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire.
- ◆ Elle peut également recevoir la première injection à n'importe quel autre moment, si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte. Si plus de 7 jours se sont écoulés depuis le début de ses règles, elle devra s'abstenir de rapports sexuels ou avoir recours à un moyen de contraception complémentaire pendant les 7 jours qui suivent.

Femme présentant une aménorrhée

- ◆ Elle peut recevoir la première injection à tout moment, si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte. Elle devra alors s'abstenir de rapports sexuels ou avoir recours à un moyen de contraception complémentaire pendant les 7 jours qui suivent.

Post-partum (femme qui allaite)*

- ◆ Si l'accouchement remonte à plus de 6 mois et que la femme présente une aménorrhée, elle peut recevoir sa première injection comme indiqué pour les femmes présentant une aménorrhée.
- ◆ Si l'accouchement remonte à plus de 6 mois et que les règles sont revenues, elle peut recevoir la première injection comme indiqué pour les femmes ayant des cycles réguliers.

* **Indications complémentaires tirées des Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. troisième édition, 2004.** Moins de 6 semaines après l'accouchement, l'utilisation des CIC est déconseillée chez la femme qui nourrit son bébé au sein principalement. Après ces 6 semaines, mais moins de 6 mois après l'accouchement, l'utilisation des CIC n'est habituellement pas recommandée pour la femme qui nourrit son bébé au sein principalement, sauf en l'absence d'autres méthodes acceptables plus appropriées.

Post-partum (femme qui n'allait pas)*

- ◆ Si les règles ne sont pas revenues 21 jours, voire plus, après l'accouchement, la femme peut recevoir sa première injection immédiatement, si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte. Elle devra alors s'abstenir de rapports sexuels ou avoir recours à un moyen de contraception complémentaire pendant les 7 jours suivants.

- ◆ Si les règles sont revenues, elle peut recevoir sa première injection comme indiqué pour les autres femmes ayant des cycles réguliers.
- * **Indications complémentaires tirées des Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. troisième édition, 2004.** Il est très improbable qu'une femme ait une ovulation et s'expose à une grossesse dans les 21 jours qui suivent l'accouchement. Toutefois, pour des raisons programmatiques, certaines méthodes contraceptives peuvent être offertes pendant cette période. Moins de 21 jours après l'accouchement, l'utilisation de CIC n'est habituellement pas recommandée, sauf en l'absence d'autres méthodes acceptables plus appropriées.

Après avortement

- ◆ Elle peut recevoir sa première injection immédiatement après l'avortement. Aucune autre méthode de contraception n'est nécessaire.

Femme changeant de méthode hormonale

- ◆ Elle peut recevoir la première injection immédiatement, si elle a utilisé sa méthode hormonale régulièrement et correctement, ou si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte. Il n'est pas nécessaire d'attendre les règles suivantes.
- ◆ Si sa méthode antérieure reposait déjà sur des injections, on pratiquera l'injection de CIC à la date normalement prévue pour le renouvellement de l'injection. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire.

Femme passant d'une méthode non hormonale (autre que le DIU) aux CIC

- ◆ Elle peut recevoir la première injection immédiatement, si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte. Il n'est pas nécessaire d'attendre les règles suivantes.
 - ◇ Si ses règles ont débuté il y a moins de 7 jours, aucun moyen de contraception complémentaire n'est nécessaire.
 - ◇ Si ses dernières règles remontent à plus de 7 jours, elle devra s'abstenir de rapports sexuels ou avoir recours à un moyen de contraception complémentaire pendant les 7 jours qui suivent.

Femme passant d'un DIU (y compris le DIU libérant du lévonorgestrel) aux CIC

- ◆ Elle peut recevoir la première injection dans les 7 jours qui suivent le début de ses règles. Aucun moyen de contraception complémentaire n'est nécessaire. Le DIU peut être retiré à ce moment-là.
- ◆ Elle peut également les démarrer à n'importe quel autre moment, si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte.
 - ◇ Si elle a été sexuellement active au cours du présent cycle et que ses règles ont débuté il y a plus de 7 jours, il est recommandé de retirer le DIU lors des règles suivantes.
 - ◇ Si elle n'a pas été sexuellement active au cours de ce cycle et qu'il s'est écoulé plus de 7 jours depuis le début de ses règles, elle devra s'abstenir de rapports sexuels ou avoir recours à un moyen de contraception complémentaire pendant les 7 jours suivants. Si cette protection supplémentaire doit être assurée par le DIU qu'elle porte, il est recommandé de retirer ce dernier lors des règles suivantes.
- ◆ Si elle présente une aménorrhée ou des saignements irréguliers, elle peut recevoir sa première injection comme indiqué pour les autres femmes présentant une aménorrhée.

Observations

Le Groupe de travail scientifique a estimé qu'une injection de CIC administrée dans un délai maximum de 7 jours après le début des règles entraîne un faible risque d'ovulation pouvant conduire à une grossesse.

Chez les femmes qui changent de méthode hormonale, la nécessité d'avoir recours à un moyen de contraception complémentaire dépendra de la méthode utilisée précédemment.

Le Groupe s'est inquiété du risque de grossesse qui existe lorsqu'on retire un DIU pendant un cycle au cours duquel il y a déjà eu des rapports sexuels. D'où la recommandation de laisser le DIU en place jusqu'aux prochaines règles.

Questions soulevées lors de l'examen systématique

En quoi le fait de démarrer les CIC tel jour du cycle plutôt que tel autre influe-t-il sur l'efficacité contraceptive de cette méthode ? **Éléments d'appréciation de niveau** : I, moyen, indirect.

Références bibliographiques recensées lors de l'examen systématique

1. Petta CA et al. Delayed first injection of the once-a-month injectable contraceptive containing 25 mg of medroxyprogesterone acetate and 5 mg E(2) cypionate: effects on ovarian function. *Fertility and Sterility*, 2001, 75:744–748.
2. Petta CA et al. Delayed first injection of the once-a-month injectable contraceptive containing 25 mg medroxyprogesterone acetate and 5 mg estradiol-cypionate: effects on cervical mucus. *Contraception*, 2001, 64:363–368.

Autres références bibliographiques importantes

1. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the "fertile window" in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *British Medical Journal*, 2000, 321:1259–1262.
- 2 Wilcox AJ et al. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception*, 2001,63:211–215.

Questions importantes non résolues

Dans quel délai la protection est-elle assurée de façon fiable par les CIC?

Avec quelle précision l'examen échographique, les dosages hormonaux et l'évaluation de la glaire cervicale permettent-ils de prévoir le risque de grossesse au cours de l'utilisation des CIC?



Quels sont les délais à respecter pour le renouvellement de l'injection de contraceptif injectable combiné ?

3. Quels sont les délais à respecter pour le renouvellement de l'injection de contraceptif injectable combiné (CIC)?

Note: Ces recommandations sont fondées sur l'information relative aux CIC qui contiennent de l'acétate de médroxyprogestérone et du cypionate d'estradiol (Cyclofem/Lunelle), mais elles s'appliquent également aux CIC qui contiennent de l'éнанtate de noréthistérone et du valérianate d'estradiol (Mesigyna).

Intervalle habituel entre chaque injection

- ◆ Renouveler l'injection de CIC toutes les 4 semaines.

Injection renouvelée avant la date habituelle

- ◆ Lorsqu'on ne peut respecter l'intervalle entre les injections, le renouvellement de l'injection est encore possible 7 jours avant la date prévue, mais cela risque de perturber la régularité des saignements.

Injection renouvelée tardivement

- ◆ Lorsqu'on ne peut respecter l'intervalle entre les injections, il est possible de donner l'injection jusqu'à 7 jours plus tard que prévu, sans nécessité d'une protection supplémentaire pour assurer la contraception.
- ◆ Si la femme a plus de 7 jours de retard par rapport au calendrier d'injection prévu, elle peut recevoir son injection si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte. Elle devra alors s'abstenir de rapports sexuels ou avoir recours à un moyen de contraception complémentaire pendant les 7 jours qui suivent. Elle peut envisager de recourir à la contraception d'urgence, le cas échéant.



Observations

Le Groupe d'experts a estimé que le risque d'ovulation était faible au cours de la première partie du deuxième mois suivant la dernière injection.



Question soulevée lors de l'examen systématique

Dans quel délai après la dernière injection de CIC l'ovulation et la fécondité se rétablissent-elles? **Éléments d'appréciation de niveau:** II-3, moyen, indirect.

Références bibliographiques recensées lors de l'examen systématique

1. Aedo AR et al. Pharmacokinetic and pharmacodynamic investigations with monthly injectable contraceptive preparations. *Contraception*, 1985, 31:453–469.
2. Bahamondes L et al. Return to fertility after discontinuation of the once a month injectable contraceptive Cyclofem. *Contraception*, 1997, 55:307–310.
3. Bassol S et al. A comparative study on the return to ovulation following chronic use of once-a-month injectable contraceptives. *Contraception*, 1995, 51:307–311.
4. Garza-Flores J. A multi-centered pharmacokinetic, pharmacodynamic study of once-a-month injectable contraceptives. I. Different doses of HRP112 and of DepoProvera. *Contraception*, 1987, 36:441–457.

5. Rahimy MH, Ryan KK. Lunelle monthly contraceptive injection (medroxyprogesterone acetate and estradiol cypionate injectable suspension): assessment of return of ovulation after three monthly injections in surgically sterile women. *Contraception*, 1999, 60:189–200.

 **Questions importantes non résolues**

Entre deux injections, quel est le délai maximum au-delà duquel l'effet contraceptif des CIC n'est plus garanti ?

Quelles sont les stratégies de conseil et de communication les plus efficaces pour améliorer l'observance du calendrier des injections de CIC ?

Avec quelle précision l'examen échographique, les dosages hormonaux et l'évaluation de la glaire cervicale permettent-ils de prévoir le risque de grossesse au cours de l'utilisation de CIC ?





Quand une femme peut-elle démarrer la pilule progestative seule ?

4. Quand une femme peut-elle démarrer la pilule progestative seule (PPP) ?

Note : On peut fournir par avance des PPP à la femme en lui indiquant la marche à suivre pour commencer à prendre ses pilules, à condition qu'elle réunisse les critères de recevabilité médicale.

Femme ayant des cycles réguliers

- ◆ Elle peut démarrer la PPP dans les 5 jours suivant le début de ses règles. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire.
- ◆ Elle peut également démarrer la PPP à n'importe quel moment, si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte. Si plus de 5 jours se sont écoulés depuis le début de ses règles, elle devra s'abstenir de rapports sexuels ou avoir recours à un moyen de contraception complémentaire pendant les 2 jours suivants.

Femme présentant une aménorrhée

- ◆ Elle peut démarrer la PPP à n'importe quel moment, si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte. Elle devra s'abstenir de rapports sexuels ou avoir recours à un moyen de contraception complémentaire pendant les 2 jours suivants.

Post-partum (femme qui allaite)*

- ◆ Entre 6 semaines et 6 mois après l'accouchement et en l'absence de règles, la femme peut démarrer la PPP à n'importe quel moment. Si elle nourrit son bébé exclusivement au sein, ou presque, aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire.
- ◆ Si l'accouchement remonte à plus de 6 semaines et que les règles sont revenues, elle peut démarrer la PPP comme indiqué pour les autres femmes ayant des cycles réguliers.

* **Indications complémentaires tirées des *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. troisième édition, 2004.*** Moins de 6 semaines après l'accouchement, l'utilisation de la PPP n'est habituellement pas recommandée chez la femme qui nourrit son bébé principalement au sein, sauf en l'absence d'autres méthodes acceptables plus appropriées.

Post-partum (femme qui n'allait pas)

- ◆ Si l'accouchement remonte à moins de 21 jours, elle peut démarrer la PPP à n'importe quel moment. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire*.
- ◆ Si l'accouchement remonte à 21 jours ou plus, et que les règles ne sont pas revenues, elle peut démarrer la PPP à n'importe quel moment, si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte. Elle devra s'abstenir de rapport sexuel ou avoir recours à un moyen de contraception complémentaire pendant les 2 jours suivants.
- ◆ Si ses règles sont revenues, elle peut démarrer la PPP comme indiqué pour les autres femmes ayant des cycles.

* Il est très improbable qu'une femme ait une ovulation et s'expose à une grossesse dans les 21 jours qui suivent l'accouchement. Toutefois, pour des raisons programmatiques, certaines méthodes contraceptives peuvent être offertes pendant cette période.

Après avortement

- ◆ Elle peut démarrer la PPP immédiatement après l'avortement. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire.

Femme changeant de méthode hormonale

- ◆ Elle peut démarrer la PPP immédiatement, si elle a utilisé sa méthode hormonale antérieure régulièrement et correctement, ou si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte. Il est inutile d'attendre les règles suivantes.
- ◆ Si sa méthode antérieure reposait sur des injections, elle démarrera la PPP à la date normalement prévue pour le renouvellement de l'injection. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire.

Femme passant d'une méthode non hormonale (autre que le DIU) à la PPP

- ◆ Elle peut démarrer la PPP dans les 5 jours qui suivent le début des règles. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire.
- ◆ Elle peut également démarrer immédiatement ou à n'importe quel autre moment si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte. Si plus de 5 jours se sont écoulés depuis le début de ses règles, elle devra s'abstenir de rapports sexuels ou avoir recours à un moyen de contraception complémentaire pendant les 2 jours suivants.

Femme passant d'un DIU (y compris le DIU libérant du lévonorgestrel) à la PPP

- ◆ Elle peut démarrer la PPP dans les 5 jours suivant le début de ses règles. Aucun autre mode de contraception n'est nécessaire. Le DIU peut être retiré à ce moment-là.
- ◆ Elle peut également les démarrer à n'importe quel autre moment, si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte.
 - ◇ Si elle a été sexuellement active au cours du présent cycle et que le début des règles remonte à plus de 5 jours, il est recommandé de retirer le DIU lors des règles suivantes.
 - ◇ Si elle n'a pas été sexuellement active au cours de ce cycle et qu'il s'est écoulé plus de 5 jours depuis le début de ses règles, elle devra s'abstenir de rapports sexuels ou avoir recours à un moyen de contraception complémentaire pendant les 2 jours suivants. Si cette protection supplémentaire doit être assurée par le DIU qu'elle porte, il est recommandé de retirer ce dernier lors des règles suivantes.
- ◆ Si elle présente une aménorrhée ou des saignements irréguliers, elle peut démarrer la PPP comme indiqué pour les autres femmes présentant une aménorrhée.



Observations

Le Groupe de travail scientifique a estimé que lorsqu'on démarre la PPP dans les 5 jours suivant le début des règles, le risque d'ovulation est faible, donc acceptable. L'inhibition de l'ovulation a été considérée comme moins fiable après le cinquième jour. On a estimé à 48 heures la durée nécessaire pour que la PPP ait un effet contraceptif sur la glaire cervicale.

Chez les femmes qui changent de méthode hormonale, la nécessité d'avoir recours à un moyen de contraception complémentaire dépendra de la méthode utilisée précédemment.

Le Groupe s'est inquiété du risque de grossesse qui existe lorsqu'on retire un DIU pendant un cycle au cours duquel il y a déjà eu des rapports sexuels. D'où la recommandation de laisser le DIU en place jusqu'aux prochaines règles.



Question soulevée lors de l'examen systématique

En quoi le fait de commencer la PPP tel jour du cycle plutôt que tel autre influe-t-il sur l'efficacité contraceptive de cette méthode ?

Références bibliographiques recensées lors de l'examen systématique

Aucune étude n'a été recensée.

Autres références bibliographiques importantes

1. McCann MF, Potter LS. Progestin-only oral contraception: a comprehensive review. *Contraception*, 1994, 50(6 Suppl. 1):S1–195.
2. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the "fertile window" in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *British Medical Journal*, 2000, 321:1259–1262.
3. Wilcox et al. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception*, 2001, 63:211–215.



Questions importantes non résolues

Dans quel délai la protection est-elle assurée de façon fiable par la PPP ?

Le fait de commencer chaque plaquette de pilules un jour donné de la semaine favorise-t-il l'utilisation régulière, correcte et durable de la PPP ?

Avec quelle précision l'examen échographique, les dosages hormonaux et l'évaluation de la glaire cervicale permettent-ils de prévoir le risque de grossesse au cours de l'utilisation de la PPP ?





Quand une femme peut-elle démarrer les progestatifs seuls injectables - acétate de médroxyprogestérone-retard ou énantate de noréthistérone ?



5. Quand une femme peut-elle démarrer les progestatifs seuls injectables (PSI) - acétate de médroxyprogestérone-retard (AMPR) ou énantate de noréthistérone (NET-EN) ?

Notes : Ces recommandations sont fondées sur des informations relatives à un contraceptif injectable contenant de l'AMPR, mais valent également pour le NET-EN.

Si la femme ne peut pas recevoir son injection au moment de la consultation, prendre des dispositions pour qu'elle la fasse faire ultérieurement au sein d'un service compétent.

Femme ayant des cycles réguliers

- ◆ Elle peut recevoir la première injection de progestatif seul dans les 7 jours qui suivent le début de ses règles. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire.
- ◆ Elle peut également recevoir la première injection à n'importe quel autre moment du cycle, si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte. Si plus de 7 jours se sont écoulés depuis le début de ses règles, elle devra s'abstenir de rapports sexuels ou avoir recours à un moyen de contraception complémentaire pendant les 7 jours qui suivent.

Femme présentant une aménorrhée

- ◆ Elle peut recevoir la première injection à n'importe quel moment, si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte. Elle devra s'abstenir de rapports sexuels ou avoir recours à un moyen de contraception complémentaire pendant les 7 jours qui suivent.

Post-partum (femme qui allaite)*

- ◆ Entre 6 semaines et 6 mois après l'accouchement, et en l'absence de règles, elle peut recevoir sa première injection à n'importe quel moment. Si elle nourrit son enfant exclusivement au sein, ou presque, aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire.
- ◆ Si elle a accouché depuis plus de 6 semaines et que ses règles sont revenues, elle peut recevoir sa première injection comme indiqué pour les autres femmes ayant des cycles réguliers.

* **Indications complémentaires tirées des *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. troisième édition, 2004.*** Moins de 6 semaines après l'accouchement, l'utilisation des PSI n'est habituellement pas recommandée pour les femmes qui nourrissent leur bébé principalement au sein, sauf en l'absence d'autres méthodes acceptables plus appropriées.

Post-partum (femme qui n'allait pas)

- ◆ Moins de 21 jours après l'accouchement, elle peut recevoir sa première injection à n'importe quel moment. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire. *
- ◆ Si l'accouchement remonte à 21 jours, voire plus, et que ses règles ne sont pas revenues, elle peut recevoir sa première injection à n'importe quel moment, si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte. Elle devra alors s'abstenir de rapports sexuels ou avoir recours à un moyen de contraception complémentaire pendant les 7 jours qui suivent.
- ◆ Si ses règles sont revenues, elle peut recevoir sa première injection comme indiqué pour les autres femmes ayant des cycles réguliers.

* Il est très improbable qu'une femme ait une ovulation et s'expose à une grossesse dans les 21 jours qui suivent l'accouchement. Toutefois, pour des raisons programmatiques, certaines méthodes contraceptives peuvent être offertes pendant cette période.

Après avortement

- ◆ Elle peut recevoir sa première injection immédiatement après l'avortement. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire.

Femme changeant de méthode hormonale

- ◆ Elle peut recevoir sa première injection immédiatement, si elle a utilisé sa méthode hormonale antérieure régulièrement et correctement, ou si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte. Il est inutile d'attendre les règles suivantes.
- ◆ Si sa méthode antérieure reposait sur des injections, on lui administrera son PSI à la date normalement prévue pour le renouvellement de l'injection. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire.

Femme passant d'une méthode non hormonale (autre que le DIU) aux PSI

- ◆ Elle peut recevoir la première injection immédiatement, si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte. Il n'est pas nécessaire d'attendre les règles suivantes.
 - ◇ Si le début des règles remonte à moins de 7 jours, aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire.
 - ◇ Si ses dernières règles remontent à plus de 7 jours, elle devra s'abstenir de rapports sexuels ou avoir recours à un moyen de contraception complémentaire pendant les 7 jours qui suivent.

Femme passant d'un DIU (y compris ceux libérant du lévonorgestrel) aux PSI

- ◆ Elle peut recevoir la première injection dans les 7 jours suivant le début des règles. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire. Le DIU peut être retiré à ce moment-là.
- ◆ Elle peut également les démarrer à n'importe quel autre moment, si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte.
 - ◇ Si elle a été sexuellement active au cours du présent cycle et que ses règles ont débuté il y a plus de 7 jours, il est recommandé de retirer le DIU lors des règles suivantes.

- ◇ Si elle n'a pas été sexuellement active au cours de ce cycle et qu'il s'est écoulé plus de 7 jours depuis le début de ses règles, elle devra s'abstenir de rapports sexuels ou avoir recours à un moyen de contraception complémentaire pendant les 7 jours suivants. Si cette protection supplémentaire doit être assurée par le DIU qu'elle porte, il est recommandé de retirer ce dernier lors des règles suivantes.
- ◆ Si elle présente une aménorrhée ou des saignements irréguliers, elle peut recevoir sa première injection comme indiqué pour les autres femmes présentant une aménorrhée.

◆ Observations

Le Groupe de travail scientifique a estimé qu'une injection de PSI administrée dans un délai maximum de 7 jours après le début des règles entraîne un faible risque d'ovulation pouvant conduire à une grossesse.

Chez les femmes qui changent de méthode hormonale, la nécessité d'avoir recours à un moyen de contraception complémentaire dépendra de la méthode utilisée précédemment.

Le Groupe s'est inquiété du risque de grossesse qui existe lorsqu'on retire un DIU pendant un cycle au cours duquel il y a déjà eu des rapports sexuels. D'où la recommandation de laisser le DIU en place jusqu'aux prochaines règles.

Si on estime qu'il faut environ 48 heures pour que les PPP aient un effet contraceptif sur la glaire cervicale, on ne saurait dire avec certitude quelle est la durée nécessaire pour que les PSI exercent un tel effet.

Question soulevée lors de l'examen systématique

En quoi le fait de démarrer les PSI tel jour du cycle plutôt que tel autre influe-t-il sur l'efficacité contraceptive de cette méthode ? **Éléments d'appréciation de niveau** : II-1, bon, indirect.

Références bibliographiques recensées lors de l'examen systématique

1. Petta CA et al. Timing of onset of contraceptive effectiveness in Depo-Provera users: Part I. Changes in cervical mucus. *Fertility and Sterility*, 1998, 69:252–257.
2. Petta CA et al. Timing of onset of contraceptive effectiveness in Depo-Provera users. II. Effects on ovarian function. *Fertility and Sterility*, 1998, 70:817–820.
3. Siri Wongse T et al. Effect of depo-medroxyprogesterone acetate on serum progesterone levels when administered on various cycle days. *Contraception*, 1982, 26:487–493.

Autres références importantes

1. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the "fertile window" in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *British Medical Journal*, 2000, 321:1259–1262.
2. Wilcox AJ et al. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception*, 2001, 63:211–215.



Questions importantes non résolues

Dans quel délai la protection est-elle assurée de façon fiable par les injections d'AMPR et de NET-EN ?

Avec quelle précision l'examen échographique, les dosages hormonaux et l'évaluation de la glaire cervicale permettent-ils de prévoir le risque de grossesse au cours de l'utilisation des PSI ?





Quels sont les délais à respecter pour le renouvellement de l'injection de progestatif seul — acétate de médroxyprogestérone-retard ou énantate de noréthistérone ?



6. Quels sont les délais à respecter pour le renouvellement de l'injection de progestatif seul (PSI) — acétate de médroxyprogestérone-retard (AMPR) ou énantate de noréthistérone (NET-EN) ?

Intervalle habituel entre chaque injection

- ◆ Renouveler tous les 3 mois l'injection d'AMPR.
- ◆ Renouveler tous les 2 mois l'injection de NET-EN.

Injection renouvelée avant la date habituelle

- ◆ L'injection peut être donnée avec 2 semaines d'avance maximum par rapport au délai requis.

Injection renouvelée tardivement

- ◆ Le renouvellement de l'injection d'AMPR et de NET-EN est encore possible deux semaines maximum après le délai requis, sans nécessité d'utiliser un moyen de contraception complémentaire.
- ◆ Au-delà de 2 semaines de retard par rapport au calendrier d'injection prévu, la femme peut se faire donner son PSI, si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte. Elle devra alors s'abstenir de rapports sexuels ou avoir recours à un moyen de contraception complémentaire pendant les 7 jours qui suivent. Elle peut à envisager de recourir à la contraception d'urgence, le cas échéant.

Femme passant de l'AMPR à l'NET-EN, et vice-versa

- ◆ Il n'est pas recommandé d'utiliser en alternance l'AMPR et le NET-EN.
- ◆ S'il devient nécessaire de passer de l'un à l'autre, le changement doit avoir lieu au moment où l'injection doit être renouvelée.

Femme venant pour un renouvellement d'injection de PSI, lorsqu'on ignore le type de contraceptif injectable utilisé précédemment, et/ou à quelle date l'injection a été donnée

- ◆ Elle peut recevoir l'injection si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte. Elle devra alors s'abstenir de rapports sexuels ou avoir recours à un moyen de contraception complémentaire pendant les 7 jours qui suivent.
- ◆ Elle peut envisager de recourir à la contraception d'urgence, le cas échéant.



Observations

Le Groupe de travail a estimé que le risque d'ovulation était minime dans un intervalle de 2 semaines entre la date normalement prévue pour le renouvellement de l'injection (tous les 3 mois pour l'AMPR, et tous les 2 mois pour le NET-EN) et la date effective de l'injection.

Les mécanismes d'action, les critères de recevabilité médicale, ainsi que les effets secondaires de l'AMPR et de le NET-EN sont similaires. Par conséquent, on peut sans danger arrêter l'un pour utiliser l'autre.

Si on estime qu'il faut environ 48 heures pour que les PPP aient un effet contraceptif sur la glaire cervicale, on ne saurait dire avec certitude quelle est la durée nécessaire pour que les PSI exercent un tel effet.



Question soulevée lors de l'examen systématique

Dans quel délai après la dernière injection d'un progestatif seul l'ovulation et la fécondité se rétablissent-elles? **Éléments d'appréciation de niveau:** II-3, moyen, indirect.

Références bibliographiques recensées lors de l'examen systématique

1. Anonymous. ICMR (Indian Council of Medical Research) Task Force on Hormonal Contraception. Return of fertility following discontinuation of an injectable contraceptive—norethisterone oenanthate (NET-EN) 200 mg dose. *Contraception*, 1986, 34:573–582.
2. Bassol S et al. Ovarian function following a single administration of depo-medroxy progesterone acetate (DMPA) at different doses. *Fertility and Sterility*, 1984, 42:216–222.
3. Fotherby K et al. A preliminary pharmacokinetic and pharmacodynamic evaluation of depot-medroxyprogesterone acetate and norethisterone oenanthate. *Fertility and Sterility*, 1980, 34:131–139.
4. Garza-Flores J et al. Return to ovulation following the use of long-acting injectable contraceptives: a comparative study. *Contraception*, 1985, 31:361–366.
5. Lan PT et al. Return of ovulation following a single injection of depo-medroxyprogesterone acetate: a pharmacokinetic and pharmacodynamic study. *Contraception*, 1984, 29:1–18.
6. Ortiz A et al. Serum medroxyprogesterone acetate (MPA) concentrations and ovarian function following intramuscular injection of Depo-MPA. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 1977, 44:32–38.
7. Pardthaisong T. Return of fertility after the use of the injectable contraceptive Depo-Provera: updated data analysis. *Journal of Biosocial Science*, 1984, 16:23–34.
8. Saxena BN et al. Return of ovulation after the cessation of depot-medroxy progesterone acetate treatment in Thai women. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 1980, 63:66–69.



Questions importantes non résolues

Avec quelle fréquence les utilisatrices passent-elles de l'AMPR au NET-EN ou inversement, et pour quelles raisons ?

Avec quelle précision l'examen échographique, les dosages hormonaux et l'évaluation de la glaire cervicale permettent-ils de prévoir le risque de grossesse au cours de l'utilisation des PSI ?

Entre deux injections, quel est le délai maximum au-delà duquel l'effet contraceptif des PSI n'est plus garanti ?

Quelles sont les stratégies de conseil et de communication les plus efficaces pour améliorer l'observance du calendrier des injections de PSI ?





Quand une femme peut-elle se faire poser un implant?

7. Quand une femme peut-elle se faire poser un implant?

Note: Ces recommandations sont fondées sur la notice des implants homologués qui libèrent du lévonorgestrel (Norplant et Jadelle), et portent sur ces mêmes implants. On ignore dans quelle mesure elles peuvent s'appliquer aux implants à l'étonogestrel. La notice d'un implant d'étonogestrel (Implanon) indique que l'implant doit être posé entre le 1er et le 5ème jour, mais au plus tard le 5ème jour, du cycle naturel de la femme.

Femme ayant des cycles réguliers

- ◆ Elle peut se faire poser l'implant dans les 7 jours qui suivent le début de ses règles. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire.
- ◆ Elle peut également se le faire poser à n'importe quel autre moment du cycle, si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte. Si plus de 7 jours se sont écoulés depuis le début de ses règles, elle devra s'abstenir de rapports sexuels ou avoir recours à un moyen de contraception complémentaire pendant les 7 jours qui suivent.

Femme présentant une aménorrhée

- ◆ Elle peut se faire poser l'implant à n'importe quel moment, si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte. Elle devra s'abstenir de rapports sexuels ou avoir recours à un moyen de contraception complémentaire pendant les 7 jours qui suivent.

Post-partum (femme qui allaite)*

- ◆ Entre 6 semaines et 6 mois après l'accouchement, et en l'absence de règles, elle peut se faire poser l'implant à n'importe quel moment. Si elle nourrit son bébé au sein exclusivement ou presque, aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire.
- ◆ Entre 6 semaines et 6 mois après l'accouchement, et si les règles sont revenues, elle peut se faire poser l'implant comme indiqué pour les autres femmes ayant des cycles réguliers.

* **Indications complémentaires tirées des Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. troisième édition, 2004.** Moins de 6 semaines après l'accouchement, l'utilisation des implants libérant des progestatifs seuls n'est habituellement pas recommandée pour les femmes qui nourrissent leur bébé principalement au sein, sauf en l'absence d'autres méthodes acceptables plus appropriées.

Post-partum (femme qui n'allait pas)*

- ◆ Moins de 21 jours après l'accouchement, elle peut se faire poser l'implant à n'importe quel moment. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire.*
- ◆ Si l'accouchement remonte à 21 jours, voire plus, et que ses règles ne sont pas revenues, elle peut se faire poser l'implant à n'importe quel moment, si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte. Elle devra s'abstenir de rapports sexuels ou avoir recours à un moyen de contraception complémentaire pendant les 7 jours qui suivent.

- ◆ Si les règles sont revenues, elle peut se faire poser l'implant comme indiqué pour les autres femmes ayant des cycles réguliers.

* Il est très improbable qu'une femme ait une ovulation et s'expose à une grossesse dans les 21 jours qui suivent l'accouchement. Toutefois, pour des raisons programmatiques, certaines méthodes contraceptives peuvent être offertes pendant cette période.

Après avortement

- ◆ Elle peut se faire poser l'implant immédiatement après l'avortement. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire.

Femme changeant de méthode hormonale

- ◆ Elle peut se faire poser l'implant immédiatement, si elle a utilisé correctement et régulièrement sa méthode hormonale antérieure, ou si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte. Il est inutile d'attendre les règles suivantes.
- ◆ Si sa méthode antérieure reposait sur des injections, elle se fera poser l'implant à la date normalement prévue pour le renouvellement de l'injection. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire.

Femme passant d'une méthode non hormonale (autre que le DIU) à l'implant

Elle peut se faire poser l'implant immédiatement, si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte. Il n'est pas nécessaire d'attendre les prochaines règles.

- ◇ Si le début des règles remonte à moins de 7 jours, aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire.
- ◇ Si ses dernières règles remontent à plus de 7 jours, elle devra s'abstenir de rapports sexuels ou avoir recours à un moyen de contraception complémentaire pendant les 7 jours qui suivent.

Femme passant d'un DIU (y compris le DIU libérant du lévonorgestrel) à l'implant

Elle peut se faire poser l'implant dans les 7 jours qui suivent le début de ses règles. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire. Le DIU peut être retiré à ce moment-là.

Elle peut également se le faire poser à n'importe quel autre moment, si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte.

- ◇ Si elle a été sexuellement active au cours du présent cycle et que ses règles ont débuté il y a plus de 7 jours, il est recommandé de retirer le DIU lors des règles suivantes.
- ◇ Si elle n'a pas été sexuellement active au cours de ce cycle et qu'il s'est écoulé plus de 7 jours depuis le début de ses règles, elle devra s'abstenir de rapports sexuels ou avoir recours à un moyen de contraception complémentaire pendant les 7 jours suivants. Si cette protection supplémentaire doit être assurée par le DIU qu'elle porte, il est recommandé de retirer ce dernier lors des règles suivantes.

Si elle présente une aménorrhée ou des saignements irréguliers, elle peut se faire poser l'implant comme indiqué pour les autres femmes présentant une aménorrhée.



Observations

Le Groupe de travail scientifique a estimé que l'insertion d'un implant réalisée dans un délai maximum de 7 jours après le début des règles entraîne un faible risque d'ovulation pouvant conduire à une grossesse.

Chez les femmes qui changent de méthode hormonale, la nécessité d'avoir recours à un moyen de contraception complémentaire dépendra de la méthode utilisée précédemment.

Le Groupe s'est inquiété du risque de grossesse qui existe lorsqu'on retire un DIU pendant un cycle au cours duquel il y a déjà eu des rapports sexuels. D'où la recommandation de laisser le DIU en place jusqu'aux prochaines règles.

Si on estime qu'il faut environ 48 heures pour que les PPP aient un effet contraceptif sur la glaire cervicale, on ne saurait dire avec certitude quelle est la durée nécessaire pour que les implants libérant du lévonorgestrel exercent un tel effet.



Question soulevée lors de l'examen systématique

En quoi le fait de poser les implants tel jour du cycle plutôt que tel autre influe-t-il sur l'efficacité contraceptive de cette méthode ? **Éléments d'appréciation de niveau:** II-3, moyen, indirect.

Références bibliographiques recensées lors de l'examen systématique

1. Brache V et al. Effect of preovulatory insertion of Norplant implants over luteinizing hormone secretion and follicular development. *Fertility and Sterility*, 1996, 65:1110–1114.
2. Brache V et al. Timing of onset of contraceptive effectiveness in Norplant implant users. II. Effect on the ovarian function in the first cycle of use. *Contraception*, 1999, 59:245–251.
3. Dunson TR et al. Timing of onset of contraceptive effectiveness in Norplant implant users. Part I. Changes in cervical mucus. *Fertility and Sterility*, 1998, 69:258–266.

Autres références importantes

1. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the "fertile window" in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *British Medical Journal*, 2000, 321:1259–1262.
2. Wilcox AJ et al. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception*, 2001, 63:211–215.



Questions importantes non résolues

Combien de jours après le début du cycle les implants d'étonogestrel peuvent-ils être posés et être efficaces au cours de ce cycle ?

Dans quel délai les implants d'étonogestrel assurent-ils une protection fiable?

Dans quel délai le retour à la fécondité se fait-il une fois les implants d'étonogestrel retirés?





**Combien de temps peut-on laisser en place les implants libérant du
lévonorgestrel ?**

8. Combien de temps peut-on laisser en place les implants libérant du lévonorgestrel ?

Note: Ces recommandations sont fondées sur la notice des implants homologués qui libèrent du lévonorgestrel (Norplant et Jadelle), et portent sur ces mêmes implants. La notice d'un implant d'étonogestrel (Implanon) indique que ce dispositif peut rester en place pendant 3 ans.

Norplant

Pour une femme pesant moins de 70 kg

- ◆ La femme d'un poids inférieur à 70 kg au moment de l'insertion et qui se maintient à ce poids peut garder ses implants pendant 7 années complètes.
- ◆ Il faut lui signaler que la prise de poids (dépassant les 70 kg) peut diminuer l'efficacité de Norplant au bout de 4 ou 5 ans (en fonction de la prise de poids).

Pour une femme pesant entre 70 et 79 kg

- ◆ Conseiller à la femme dont le poids se situe entre 70 et 79 kg au moment de l'insertion que ses implants seront moins efficaces au-delà de la 5ème année d'utilisation si elle se maintient dans cette fourchette de poids.
- ◆ Elle doit revenir consulter au terme de 4 années d'utilisation.
 - ◇ Si elle pèse toujours entre 70 et 79 kg, c'est à elle et à son prestataire de décider d'aller ou non jusqu'au terme des 7 années de pose.
 - ◇ Si son poids est égal ou supérieur à 80 kg au moment de la consultation de suivi, elle doit sérieusement envisager le retrait des implants après ces 4 années d'utilisation, en raison de leur perte d'efficacité.

Pour une femme pesant 80 kg ou plus

- ◆ Elle doit revenir consulter au terme de 4 années d'utilisation. Si son poids est toujours égal ou supérieur à 80 kg, elle doit sérieusement envisager le retrait des implants après 4 années d'utilisation, en raison de leur perte d'efficacité.

Jadelle

Elle peut garder les implants pendant un maximum de 5 ans, sauf si son poids est égal ou supérieur à 80 kg. Si son poids est égal ou supérieur à 80 kg, elle doit sérieusement envisager le retrait des implants après 4 années d'utilisation, en raison de leur perte d'efficacité.



Observations

Le Groupe de travail scientifique a examiné les données publiées montrant que la grossesse est rare jusqu'à 7 ans d'utilisation chez les utilisatrices de Norplant pesant moins de 70 kg au moment de l'insertion, et jusqu'à 4 ans chez celles d'un poids égal ou supérieur à 70 kg au moment de l'insertion. L'effet contraceptif diminue au bout de la quatrième année dans le cas des femmes d'un poids égal ou supérieur à 70 kg au moment de l'insertion, et est considérablement réduit dans le cas des femmes d'un poids égal ou supérieur à 80 kg au moment de l'insertion. Le Groupe de travail a également examiné des données non publiées portant à croire qu'après 5 années d'utilisation les femmes dont le poids se situe entre 70 et 79 kg sont à risque accru de grossesse non intentionnelle, et que chez celles dont le poids est égal ou supérieur à 80 kg, ce risque est d'environ 6% dans la 5ème année d'utilisation. Compte tenu de ces données, les femmes pesant entre 70 et 79 kg lors de la 5ème année d'utilisation, qui choisiraient de conserver cette méthode contraceptive pendant une année encore, voire deux, doivent être informées que l'efficacité de leurs implants sera moindre. On conseillera vivement aux femmes d'un poids égal ou supérieur à 80 kg d'envisager le retrait de leurs implants après 4 années d'utilisation. Les tous derniers taux de grossesse publiés concernant les 5ème, 6ème, et 7ème années en fonction du poids au moment de l'insertion sont présentés dans l'article portant la référence bibliographique 3 ci-dessous. Si l'on peut observer des taux de grossesse plus élevés chez les femmes d'un poids se situant entre 70 et 79 kg après la 5ème année d'utilisation, on peut également constater que les taux de grossesse au cours des 6ème et 7ème années ne sont aucunement plus élevés qu'avec nombre d'autres méthodes contraceptives. Les femmes utilisant Norplant et Jadelle sont beaucoup moins à risque de grossesse extra-utérine que les femmes n'utilisant aucun moyen de contraception. Toutefois, dans l'hypothèse improbable où une grossesse surviendrait, le risque d'implantation de l'œuf en dehors de l'utérus est majoré.

La femme qui pèse entre 70 et 79 kg peut se faire retirer son Norplant à n'importe quel moment avant 7 ans, si elle a des craintes concernant son efficacité au-delà de 5 années d'utilisation. Elle peut alors se faire poser un nouveau jeu d'implants, si elle le souhaite. Elle peut également, comme toute femme utilisant les implants, se le(s) faire retirer à tout moment quelle que soit la raison de ce choix.



Question soulevée lors de l'examen systématique

Peut-on laisser en place au-delà de 5 ans, des implants libérant du lévonorgestrel ?

Éléments d'appréciation de niveau: II-1, bon, direct.

Références bibliographiques recensées lors de l'examen systématique

1. Gu S et al. Effectiveness of Norplant implants through seven years: a large-scale study in China. *Contraception*, 1995, 52:99–103.
2. Nour El-Dine NM et al. Extension of use of the contraceptive implants, Norplant and levonorgestrel rods to seven years. *Egyptian Society of Obstetrics and Gynecology*, 2000, 26:377–393.

3. Sivin I et al. Prolonged effectiveness of Norplant® capsule implants: a 7-year study. *Contraception*, 2000, 61:187–194.
4. Sivin I et al. Levonorgestrel concentrations during 7 years of continuous use of Jadelle contraceptive implants. *Contraception*, 2001, 64:43–49.
5. Wan LS, Stiber A, Lam L. The levonorgestrel two-rod implant for long-acting contraception: 10 years of clinical experience. *Obstetrics and Gynecology*, 2003, 102:24–26



Question importante non résolue

En quoi l'âge et l'obésité influent-ils sur l'efficacité du Norplant pendant les 5ème, 6ème, et 7ème années d'utilisation ?





Quand une femme peut-elle se faire poser un DIU au cuivre?

9. Quand une femme peut-elle se faire poser un DIU au cuivre?

Femme ayant des cycles réguliers

- ◆ Elle peut se faire poser un DIU au cuivre à tout moment dans les 12 jours qui suivent le début de ses règles, à sa convenance, pas seulement pendant les règles. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire.
- ◆ Elle peut également se faire poser le DIU au cuivre à tout autre moment du cycle, selon ce qui lui convient, si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire.

Femme présentant une aménorrhée (non post-partum)

- ◆ Elle peut se faire poser un DIU au cuivre à n'importe quel moment, *s'il est possible de déterminer qu'elle n'est pas enceinte*. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire.

Post-partum, femme qui allaite (y compris après une césarienne)*

- ◆ Moins de 48 heures après l'accouchement, elle peut en général se faire poser un DIU au cuivre.
- ◆ Si l'accouchement remonte à 4 semaines ou plus, et que la femme présente une aménorrhée, elle peut se faire poser un DIU au cuivre, si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire.
- ◆ Si l'accouchement remonte à 4 semaines ou plus, et que les règles sont revenues, elle peut se faire poser un DIU au cuivre comme indiqué pour les autres femmes ayant des cycles réguliers.

* **Indications complémentaires tirées des Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. troisième édition, 2004.** En cas de septicémie puerpérale, ne pas poser de DIU au cuivre. De 48 heures à moins de 4 semaines après l'accouchement, l'utilisation du DIU au cuivre n'est habituellement pas recommandée, sauf en l'absence d'autres méthodes acceptables plus appropriées.

Post-partum, femme qui n'allait pas (y compris après une césarienne)*

- ◆ Moins de 48 heures après l'accouchement, elle peut en général se faire poser un DIU au cuivre.
- ◆ Si l'accouchement remonte à 4 semaines ou plus, et que la femme présente une aménorrhée, elle peut se faire poser un DIU au cuivre, *si l'on peut déterminer qu'elle n'est pas enceinte*. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire.
- ◆ Si l'accouchement remonte à 4 semaines ou plus, et que les règles sont revenues, elle peut se faire poser un DIU au cuivre comme indiqué pour les autres femmes ayant des cycles réguliers.

* **Indications complémentaires tirées des Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. troisième édition, 2004.** En cas de septicémie puerpérale, ne pas poser de DIU au cuivre. De 48 heures à moins de 4 semaines après l'accouchement, l'utilisation du DIU au cuivre n'est habituellement pas recommandée, sauf en l'absence d'autres méthodes acceptables plus appropriées.

Après avortement*

- ◆ La pose d'un DIU au cuivre est possible immédiatement après un avortement pratiqué dans le 1er trimestre de gestation.

- ◆ Si l'avortement intervient au cours du 2ème trimestre de gestation, la femme peut généralement se faire poser un DIU au cuivre immédiatement après l'intervention.
- * **Indications complémentaires tirées des *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. troisième édition, 2004.*** Ne pas poser un DIU au cuivre immédiatement après un avortement septique.

Femme changeant de méthode contraceptive

- ◆ Elle peut se faire poser un DIU au cuivre immédiatement, si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte. Il est inutile d'attendre les règles suivantes. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire.

Pour la contraception d'urgence *

- ◆ Elle peut se faire poser un DIU au cuivre dans les 5 jours qui suivent le rapport sexuel non protégé, pour assurer une contraception d'urgence.
- ◆ En outre, lorsqu'il est possible d'estimer le moment de l'ovulation, elle peut se faire poser un DIU au cuivre au-delà de 5 jours après le rapport sexuel non protégé, à condition que la pose n'intervienne pas plus de 5 jours après l'ovulation.
- * **Indications complémentaires tirées des *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. troisième édition, 2004.*** L'utilisation d'un DIU au cuivre comme moyen de contraception d'urgence est soumise aux critères de recevabilité médicale relatifs à cette méthode.



Observations

Le Groupe de travail scientifique a établi que 7 jours maximum après le début des règles, le risque d'ovulation est suffisamment faible pour être acceptable. En outre, avec l'effet contraceptif d'urgence assuré par la pose d'un DIU au cuivre dans le délai de 5 jours qui suit le rapport non protégé, la probabilité d'une grossesse en cours est faible avant le 12ème jour du cycle.

La recommandation du Groupe scientifique relative à la pose d'un DIU au cuivre ne s'applique pas au DIU-LNG, car il est impossible d'avancer que l'effet contraceptif d'urgence du DIU au cuivre vaut également pour le DIU-LNG. En conséquence, l'utilisation du DIU-LNG aux fins de la contraception d'urgence n'est pas recommandée. En outre, en cas de grossesse, on peut théoriquement craindre une éventuelle majoration des risques pour le fœtus en raison de l'exposition à des hormones. Toutefois, on ignore si cette exposition majore le risque d'anomalies au niveau du fœtus.

Comme stipulé dans les *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, le DIU n'est pas indiqué pendant la grossesse et ne doit pas être utilisé en raison du risque d'infection pelvienne grave et d'avortement spontané septique. Le Groupe de travail scientifique a estimé que les 6 critères énoncés sous la Question 33 (« Sur quels éléments le prestataire peut-il se baser pour considérer que la femme n'est pas enceinte ? ») aideront le prestataire à déterminer l'existence d'une grossesse chez une femme en post-partum et allaitante. Toutefois, à cette même fin, ces critères ne sont d'aucune aide quand il s'agit d'une femme en post-partum et non allaitante, ou qui présente une aménorrhée (non post-partum). En pareil cas, il faudra utiliser d'autres moyens pour déterminer si elle est enceinte ou non.



Question soulevée lors de l'examen systématique

En quoi la pose d'un DIU tel jour du cycle plutôt que tel autre influe-t-elle sur l'efficacité contraceptive, la sécurité de la méthode, et l'observance ? **Éléments d'appréciation de niveau: II-2**, moyen, indirect.

Références bibliographiques recensées lors de l'examen systématique

1. Goldstuck ND. Pain response following insertion of a Gravigard (Copper-7) intrauterine contraceptive device in nulliparous women. *International Journal of Fertility*, 1981, 26:53–56.
2. Goldstuck ND, Matthews ML. A comparison of the actual and expected pain response following insertion of an intrauterine contraceptive device. *Clinical Reproduction and Fertility*, 1985, 3:65–71.
3. White MK et al. Intrauterine device termination rates and the menstrual cycle day of insertion. *Obstetrics and Gynecology*, 1980, 55:220–224.

Autres références bibliographiques importantes

1. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the "fertile window" in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *British Medical Journal*, 2000, 321:1259–1262.
2. Wilcox AJ et al. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception*, 2001, 63:211–215.

Question importante non résolue

Dans quel délai les DIU au cuivre assurent-ils une protection fiable ?



Faut-il administrer des antibiotiques à titre prophylactique lors de la pose d'un DIU au cuivre ?

10. Faut-il administrer des antibiotiques à titre prophylactique lors de la pose d'un DIU au cuivre ?

Pose du DIU au cuivre, en routine

- ◆ En général, on ne recommande pas l'administration d'antibiotiques à titre prophylactique lors de la pose d'un DIU au cuivre. Toutefois, dans les endroits à forte prévalence d'infections cervicales à gonocoque et à chlamydia, et où le dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) est peu accessible, on peut envisager une telle prophylaxie.
- ◆ Conseiller à l'utilisatrice du DIU au cuivre d'être attentive aux symptômes de maladie inflammatoire pelvienne (MIP), en particulier au cours du premier mois.

Observations

Le Groupe de travail scientifique a établi que l'administration d'antibiotiques à titre prophylactique lors de la pose d'un DIU au cuivre ne présente guère d'intérêt, pour les femmes à risque faible d'IST.

Cette recommandation vaut pour les femmes en bonne santé ; la présence d'une pathologie particulière (par exemple, une valvulopathie cardiaque) qui justifie l'utilisation d'antibiotiques à titre prophylactique lors d'interventions invasives, peut amener à recourir à cette même prophylaxie également lors de la pose d'un DIU au cuivre.

Question soulevée lors de l'examen systématique

L'administration d'antibiotiques à titre prophylactique diminue-t-elle le risque d'infection lors de la pose d'un DIU ? **Éléments d'appréciation de niveau:** I, bon, direct.

Référence bibliographique recensée lors de l'examen systématique

1. Grimes DA, Schulz KF. Prophylactic antibiotics for intrauterine device insertion: a meta-analysis of the randomized controlled trials. *Contraception*, 1999, 60:57–63.

Question importante non résolue

L'administration d'antibiotiques à titre prophylactique lors de l'insertion d'un DIU présente-t-elle un intérêt pour la prévention de la maladie inflammatoire pelvienne dans les endroits où la prévalence des IST est élevée?



**Quand une femme peut-elle se faire poser un DIU libérant du
lévonorgestrel?**

11. Quand une femme peut-elle se faire poser un DIU libérant du lévonorgestrel (DIU-LNG) ?

Femme ayant des cycles réguliers

- ◆ Elle peut se faire poser un DIU-LNG à tout moment dans les 7 jours qui suivent le début de ses règles, à sa convenance, pas seulement pendant les règles. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire.
- ◆ Elle peut également se faire poser le DIU-LNG à tout autre moment du cycle, selon ce qui lui convient, si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte. Si les règles remontent à plus de 7 jours, elle devra s'abstenir de rapports sexuels ou avoir recours à un moyen de contraception complémentaire pendant les 7 jours qui suivent.

Femme présentant une aménorrhée (non post-partum)

- ◆ Elle peut se faire poser un DIU-LNG à n'importe quel moment, *s'il est possible de déterminer qu'elle n'est pas enceinte*. Elle devra s'abstenir de rapports sexuels ou avoir recours à un moyen de contraception complémentaire pendant les 7 jours qui suivent.

Post-partum, femme qui allaite (y compris après une césarienne)*

- ◆ Si l'accouchement remonte à 4 semaines ou plus, et que la femme présente une aménorrhée, elle peut se faire poser un DIU-LNG, si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire.
- ◆ Si l'accouchement remonte à 4 semaines ou plus, et que les règles sont revenues, elle peut se faire poser un DIU-LNG comme indiqué pour les autres femmes ayant des cycles réguliers.

* **Indications complémentaires tirées des Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. troisième édition, 2004.** En cas de septicémie puerpérale, ne pas poser de DIU-LNG. De 48 heures à moins de 4 semaines après l'accouchement, l'utilisation du DIU-LNG n'est habituellement pas recommandée, sauf en l'absence d'autres méthodes acceptables plus appropriées.

Post-partum, femme qui n'allait pas (y compris après une césarienne)*

- ◆ Si l'accouchement remonte à 4 semaines ou plus, et que la femme présente une aménorrhée, elle peut se faire poser un DIU-LNG, *si l'on peut déterminer qu'elle n'est pas enceinte*. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire.
- ◆ Si l'accouchement remonte à 4 semaines ou plus, et que les règles sont revenues, elle peut se faire poser un DIU-LNG comme indiqué pour les autres femmes ayant des cycles réguliers.

* **Indications complémentaires tirées des Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. troisième édition, 2004.** En cas de septicémie puerpérale, ne pas poser de DIU-LNG. De 48 heures à moins de 4 semaines après l'accouchement, l'utilisation du DIU-LNG n'est habituellement pas recommandée, sauf en l'absence d'autres méthodes acceptables plus appropriées.

Après avortement*

- ◆ La pose d'un DIU-LNG est possible immédiatement après un avortement pratiqué dans le 1^{er} trimestre de gestation.
- ◆ Si l'avortement intervient au cours du 2^{ème} trimestre de gestation, elle peut généralement se faire poser un DIU-LNG immédiatement après l'intervention.

* **Indications complémentaires tirées des *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. troisième édition, 2004.*** Ne pas poser un DIU-LNG immédiatement après un avortement septique.

Femme changeant de méthode contraceptive

- ◆ Si ses règles sont revenues, elle peut se faire poser un DIU-LNG immédiatement, si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte. Si elle présente une aménorrhée, elle peut quand même se le faire poser immédiatement, *si l'on peut déterminer qu'elle n'est pas enceinte*. Il est inutile d'attendre les règles suivantes.
 - ◇ Si ses règles ont débuté il y a moins de 7 jours, aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire.
 - ◇ Si ses dernières règles remontent à plus de 7 jours, elle devra s'abstenir de rapports sexuels ou avoir recours à un moyen de contraception complémentaire pendant les 7 jours qui suivent.
 - ◇ Si sa méthode antérieure reposait sur des injections, on lui posera le DIU-LNG à la date normalement prévue pour le renouvellement de l'injection. Dans ces conditions, aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire.

Observations

Le Groupe de travail scientifique a établi que 7 jours maximum après le début des règles, le risque d'ovulation est suffisamment faible pour être acceptable et par conséquent, que la probabilité d'une grossesse avant le 8^{ème} jour du cycle est faible.

La recommandation du Groupe scientifique relative à la pose d'un DIU au cuivre ne s'applique pas au DIU-LNG, car il est impossible d'avancer que l'effet contraceptif d'urgence du DIU au cuivre vaut également pour le DIU-LNG. En conséquence, l'utilisation du DIU-LNG aux fins de la contraception d'urgence n'est pas recommandée. En outre, en cas de grossesse, on peut théoriquement craindre une éventuelle majoration des risques pour le fœtus en raison de l'exposition à des hormones. Toutefois, on ignore si cette exposition majore le risque d'anomalies au niveau du fœtus.

Comme stipulé dans les *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, le DIU n'est pas indiqué pendant la grossesse et ne doit pas être utilisé en raison du risque d'infection pelvienne grave et d'avortement spontané septique. Le Groupe de travail scientifique a établi que les 6 critères énoncés sous la Question 33 («Sur quels éléments le prestataire peut-il se baser pour considérer que la femme n'est pas enceinte ?») aideront le prestataire à déterminer l'existence d'une grossesse chez une femme en post-partum et allaitante. Toutefois, à cette même fin, ces critères ne sont d'aucune aide quand il s'agit d'une femme en post-partum et non allaitante, ou qui présente une aménorrhée (non post-partum). En pareil cas, il faudra utiliser d'autres moyens pour déterminer si elle est enceinte ou non.

Question soulevée lors de l'examen systématique

En quoi la pose d'un DIU tel jour du cycle plutôt que tel autre influe-t-elle sur l'efficacité contraceptive, la sécurité de la méthode, et l'observance ? **Éléments d'appréciation de niveau:** I, bon, indirect.

Références bibliographiques recensées lors de l'examen systématique

1. Harrison-Woolrych M, Zhou L, Coulter D. Insertion of intrauterine devices: a comparison of experience with Mirena and Multiload Cu 375 during post-marketing monitoring in New Zealand. *New Zealand Medical Journal*, 2003, 116: 538–544.
2. Luukkainen T et al. Effective contraception with the levonorgestrel-releasing intrauterine device: 12-month report of a European multicenter study. *Contraception*, 1987, 36:169–179.
3. Sivin I et al. Long term contraception with the levonorgestrel 20 µg/day (LNG 20) and the copper T 380 Ag intrauterine devices: a five-year randomized study. *Contraception*, 1990, 42:361–378.



Questions importantes non résolues

Dans quel délai le DIU-LNG assure-t-il une protection fiable ?

A quels effets secondaires se trouve exposé l'enfant nourri au sein par une mère ayant démarré, moins de 6 semaines après l'accouchement, une contraception reposant sur un progestatif seul ?





Faut-il administrer des antibiotiques à titre prophylactique lors de la pose d'un DIU libérant du lévonorgestrel ?

12. Faut-il administrer des antibiotiques à titre prophylactique lors de la pose d'un DIU libérant du lévonorgestrel (DIU-LNG) ?

Pose du DIU-LNG, en routine

- ◆ En général, on ne recommande pas l'administration d'antibiotiques à titre prophylactique lors de la pose d'un DIU-LNG. Toutefois, dans les endroits à forte prévalence d'infections cervicales à gonocoque et à chlamydia, et où le dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) est peu accessible, on peut envisager une telle prophylaxie.
- ◆ Conseiller à l'utilisatrice du DIU-LNG d'être attentive aux symptômes de maladie inflammatoire pelvienne (MIP), en particulier au cours du premier mois.

Observations

Le Groupe de travail scientifique a établi que l'administration d'antibiotiques à titre prophylactique lors de la pose d'un DIU-LNG ne présente guère d'intérêt, pour les femmes à risque faible d'IST.

Cette recommandation vaut pour les femmes en bonne santé ; la présence d'une pathologie particulière (par exemple, une valvulopathie cardiaque) qui justifie l'utilisation d'antibiotiques à titre prophylactique lors d'interventions invasives, peut amener à recourir à cette même prophylaxie également lors de la pose d'un DIU-LNG.

Ces recommandations se fondent sur des données s'appliquant aux DIU au cuivre.

Question soulevée lors de l'examen systématique

L'administration d'antibiotiques à titre prophylactique diminue-t-elle le risque d'infection lors de la pose d'un DIU-LNG ?

Références bibliographiques recensées lors de l'examen systématique

Aucune étude n'a été recensée.

Autre référence bibliographique importante

Se reporter aux références énoncées sous Question 10 (« Faut-il administrer des antibiotiques à titre prophylactique lors de la pose d'un DIU au cuivre ? »)

Question importante non résolue

L'administration d'antibiotiques à titre prophylactique lors de l'insertion d'un DIU-LNG présente-t-elle un intérêt pour la prévention de la maladie inflammatoire pelvienne dans les endroits où la prévalence des IST est élevée?



Comment se prend la pilule pour la contraception d'urgence ?

13. Comment se prend la pilule pour la contraception d'urgence (PCU) ?

Délai de la prise

- ◆ Dans l'idéal, la femme doit prendre des PCU contenant uniquement du lévonorgestrel ou des PCU œstroprogestatives dès que possible dans les 72 heures suivant un rapport non protégé.
- ◆ Elle peut aussi prendre des PCU contenant uniquement du lévonorgestrel ou des PCU œstroprogestatives entre 72 h et 120 h après le rapport non protégé. Il convient néanmoins de l'avertir que plus l'intervalle entre ce rapport et la prise de la PCU est long, plus l'efficacité de ces pilules diminue.

Schémas posologiques

- ◆ Il est préférable qu'elle ingère 1,50 mg de lévonorgestrel en une prise unique.
- ◆ Il est également possible qu'elle ingère le lévonorgestrel en deux prises (1 dose de 0,75 mg de lévonorgestrel, suivie d'une seconde dose de 0,75 mg de lévonorgestrel 12 h après).
- ◆ La troisième option qui s'offre à elle consiste à ingérer une PCU œstroprogestative en deux prises (une dose de 100 µg d'éthinylestradiol, plus 0,50 mg de lévonorgestrel, suivie d'une seconde dose de 100 µg d'éthinylestradiol, plus 0,50 mg de lévonorgestrel 12 h après).



Observations

Le Groupe de travail a examiné les données attestant que les PCU sont d'autant plus efficaces qu'elle sont prises tôt après le rapport non protégé, idéalement dans les 72 heures. Les données indiquent aussi que les PCU présentent encore une certaine efficacité entre 72 h et 120 h après le rapport, mais que cette efficacité est moindre, en particulier au-delà de 96 h. L'efficacité au-delà de 120 h n'est pas connue.

Le Groupe de travail a pris en compte les éléments indiquant que les PCU contenant uniquement du lévonorgestrel sont préférables aux PCU œstroprogestatives car elles provoquent moins de nausées et de vomissements.

Le Groupe de travail a pris en compte les éléments attestant qu'une dose unique de 1,50 mg de lévonorgestrel (soit 2 comprimés à 0,75 mg, à prendre en même temps) est au moins aussi efficace qu'un schéma posologique prévoyant deux prises de lévonorgestrel (une dose de 0,75 mg de lévonorgestrel, suivie d'une seconde dose de 0,75 mg de lévonorgestrel 12 h après). Selon les préparations disponibles, les programmes peuvent proposer l'option dose unique ou double dose. Le Groupe de travail considère cependant l'option dose unique comme préférable à l'option double dose pour des raisons d'observance.



Questions soulevées lors de la revue systématique

Les pilules pour la contraception d'urgence peuvent-elles être prises plus de 72 h après un rapport non protégé ? **Éléments d'appréciation de niveau** : II-2, bon, direct.

Les pilules pour la contraception d'urgence peuvent-elles être prises en dose unique ?
Éléments d'appréciation de niveau : I, bon, direct.

Références bibliographiques recensées lors de l'examen systématique

1. Arowojolu AO, Okewole IA, Adekunle AO. Comparative evaluations of the effectiveness and safety of two regimens of levonorgestrel for emergency contraception in Nigerians. *Contraception*, 2002, 66:269–273.
2. Ellertson C et al. Extending the time limit for starting the Yuzpe regimen of emergency contraception to 120 hours. *Obstetrics and Gynecology*, 2003, 101:1168–1171.
3. Johansson E et al. Pharmacokinetic study of different dosing regimens of levonorgestrel for emergency contraception in healthy women. *Human Reproduction*, 2002, 17:1472–1476.
4. Piaggio G, von Hertzen H. *Effect of delay in the administration of levonorgestrel for emergency contraception*. Presented at the XVII FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics, 2–7 November 2003, Santiago, Chile.
5. Rodrigues I, Grou F, Joly J. Effectiveness of emergency contraceptive pills between 72 and 120 hours after unprotected sexual intercourse. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2001, 184:531–537.
6. von Hertzen H et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *Lancet*, 2002, 360:1803–1810.



Questions importantes non résolues

Quelle est la dose minimale à prendre pour que la PCU soit efficace ?

De combien l'efficacité des PCU diminue-t-elle par jour supplémentaire au-delà des 72 h suivant le rapport non protégé ?





**Peut-on fournir par avance à une femme des pilules pour la
contraception d'urgence ?**

14. Peut-on fournir par avance à une femme des pilules pour la contraception d'urgence (PCU) ?

- ◆ On peut lui délivrer par avance des PCU de sorte qu'elle puisse en disposer en cas de nécessité et qu'elle puisse les prendre dès que possible après un rapport non protégé.



Observations

Le Groupe de travail a pris note du fait qu'on ne peut fournir par avance des PCU dans certains pays et que, dans ces conditions, il est possible de prescrire ce contraceptif de manière anticipée.

Le Groupe de travail a examiné les éléments indiquant qu'une femme a plus de chance d'utiliser des PCU après un rapport non protégé si on lui en a fourni par avance, et que cette façon de procéder n'influe pas sur les schémas d'utilisation des moyens contraceptifs, ni n'augmente la fréquence du recours à la PCU ou des rapports non protégés.



Question soulevée lors de la revue systématique

Est-il possible de fournir par avance à une femme des pilules pour la contraception d'urgence en prévision d'un besoin éventuel ? **Éléments d'appréciation de niveau** : I, moyen, direct.

Références bibliographiques recensées lors de l'examen systématique

1. Belzer M et al. Advanced supply of emergency contraception for adolescent mothers increased utilization without reducing condom or primary contraception use. *Journal of Adolescent Health*, 2003, 32:122–123.
2. Ellertson C et al. Emergency contraception: randomized comparison of advance provision and information only. *Obstetrics and Gynecology*, 2001, 98:570–575.
3. Glasier A, Baird D. The effects of self-administering emergency contraception. *New England Journal of Medicine*, 1998, 339:1–4.
4. Jackson RA et al. Advance supply of emergency contraception: effect on use and usual contraception – a randomized trial. *Obstetrics and Gynecology*, 2003, 102:8–16.
5. Lovvorn A et al. Provision of emergency contraceptive pills to spermicide users in Ghana. *Contraception*, 2000, 61:287–293.
6. Raine T et al. Emergency contraception: advance provision in a young, high-risk clinic population. *Obstetrics and Gynecology*, 2000, 96:1–7.
7. Roye CF. Routine provisions of emergency contraception to teens and subsequent condom use: a preliminary study. *Journal of Adolescent Health*, 2001, 28:165–166.



Question importante non résolue

Le fait de fournir par avance la PCU entraîne-t-elle une modification des taux de grossesse et des taux d'infections sexuellement transmissibles ?





Dans quel délai la vasectomie assure-t-elle la contraception de façon fiable ?

15. Dans quel délai la vasectomie assure-t-elle la contraception de façon fiable ?

- ◆ L'homme devra attendre 3 mois avant de compter sur la vasectomie pour la contraception.
- ◆ Pendant ces trois premiers mois, il peut reprendre une activité sexuelle mais sa partenaire ou lui devront utiliser une contraception supplémentaire.
- ◆ A l'issue de ces 3 mois, un spermogramme, lorsque cet examen est disponible, peut confirmer l'efficacité contraceptive.



Observations

Le Groupe de travail a considéré que la vasectomie était hautement efficace lorsqu'elle était exécutée correctement et que l'homme attendait 3 mois après l'opération avant d'avoir des rapports non protégés. Le Groupe de travail a examiné des éléments attestant qu'une période d'attente de 3 mois après la vasectomie constituait une durée assez longue pour garantir l'efficacité de cette opération chez la plupart des hommes, mais il a pris note du fait qu'un spermogramme, lorsque cet examen est disponible, représentait le moyen le plus fiable pour prouver cette efficacité.

Le Groupe de travail a également examiné des données indiquant que le fait d'avoir eu 20 éjaculations après la vasectomie et avant l'échéance de 3 mois sus-mentionnée, ne constituait pas un déterminant fiable de l'efficacité de la vasectomie. L'homme peut cependant reprendre une activité sexuelle (en utilisant un moyen contraceptif) pendant cette période afin de débarrasser son sperme de tout spermatozoïde résiduel.



Question soulevée lors de l'examen systématique

Combien de mois doit-il s'écouler après la vasectomie ou combien d'éjaculations l'homme vasectomisé doit-il avoir pour que l'efficacité contraceptive de cette intervention soit établie ? **Éléments d'appréciation de niveau** : I, bon, direct.

Références bibliographiques recensées lors de l'examen systématique

1. Albert PS, Mininberg DT, Davis JE. The nitrofurans as sperm immobilising agents: their tissue toxicity and their clinical application. *British Journal of Urology*, 1975, 47:459–462.
2. Albert PS, Seebode J. Nitrofurazone: vas irrigation as adjunct in vasectomy. *Urology*, 1977, 10:450–451.
3. Albert PS, Seebode J. Nitrofurazone: vas irrigation as an adjunct in vasectomy. *Fertility and Sterility*, 1978, 29:442–443.
4. Albert PS et al. The nitrofurans as sperm immobilizing agents. *Journal of Urology*, 1975, 113:69–70.
5. Albert PS et al. The nitrofurans as sperm-immobilizing agents, their tissue toxicity, and

their clinical application in vasectomy. *Fertility and Sterility*, 1975, 26:485–491.

6. Alderman PM. The lurking sperm. A review of failures in 8879 vasectomies performed by one physician. *Journal of the American Medical Association*, 1988, 259:3142–3144.
7. Alderman PM. General and anomalous sperm disappearance characteristics found in a large vasectomy series. *Fertility and Sterility*, 1989, 51:859–862.
8. Anonymous. One thousand vasectomies. *British Medical Journal*, 1973, 4(5886): 216–221.
9. Arellano LS et al. No-scalpel vasectomy: review of the first 1,000 cases in a family medicine unit. *Archives of Medical Research*, 1997, 28:517–522.
10. Badrakumar C, Gogoi NK, Sundaram SK. Semen analysis after vasectomy: when and how many? *British Journal of Urology International*, 2000, 86:479–481.
11. Barone MA et al. A prospective study of time and number of ejaculations to azoospermia after vasectomy by ligation and excision. *Journal of Urology*, 2003, 170:892–896.
12. Barros D'Sa IJ, Guy PJ. No-scalpel vasectomy: a cautionary tale of failure. *British Journal of Urology International*, 2003, 92:331–332.
13. Bedford JM, Zelikovsky G. Viability of spermatozoa in the human ejaculate after vasectomy. *Fertility and Sterility*, 1979, 32:460–463.
14. Belker AM et al. The high rate of noncompliance for post-vasectomy semen examination: medical and legal considerations. *Journal of Urology*, 1990, 144(2 Pt 1): 284–286.
15. Berthelsen JG. [Irrigation of the vas deferens during vasectomy]. *Ugeskrift for Laeger*, 1975, 137:1527–1529.
16. Berthelsen JG. Perioperative irrigation of the vas deferens during vasectomy. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 1976, 10:100–102.
17. Berthelsen JG, Gandrup P. [Investigation of fertility after vasectomy by means of eosin differential staining (vital staining) of the spermatozoa]. *Ugeskrift for Laeger*, 1979, 141:2116–2118.
18. Bradshaw HD et al. Review of current practice to establish success after vasectomy. *British Journal of Surgery*, 2001, 88:290–293.
19. Chan J, Anderson R, Glasier A. Post-vasectomy semen analysis: unnecessary delay or belt and braces? *British Journal of Family Planning*, 1997, 23:77–79.
20. Cortes M et al. Results of a pilot study of the time to azoospermia after vasectomy in Mexico City. *Contraception*, 1997, 56:215–222.
21. Craft I. Irrigation at vasectomy and the onset of "sterility." *British Journal of Urology*, 1973, 45:441–442.
22. Craft I, McQueen J. Effect of irrigation of the vas on post-vasectomy semen-counts. *Lancet*, 1972, 1(7749):515–516.
23. Davies AH et al. The long-term outcome following "special clearance" after vasectomy. *British Journal of Urology*, 1990, 66:211–212.

24. De Knijff DW et al. Persistence or reappearance of nonmotile sperm after vasectomy: does it have clinical consequences? *Fertility and Sterility*, 1997, 67:332–335.
25. Edwards IS. Vasectomy: elimination of motile sperm [letter]. *Medical Journal of Australia*, 1976, 1(25):978.
26. Edwards IS. Vasectomy: a simple postoperative regimen. *Medical Journal of Australia*, 1977, 1:814–817.
27. Edwards IS. Vasectomy: irrigation with euflavine. *Medical Journal of Australia*, 1977, 1:847–849.
28. Edwards IS. Postvasectomy testing: reducing the delay [letter]. *Medical Journal of Australia*, 1981, 1:649.
29. Edwards IS. Earlier testing after vasectomy, based on the absence of motile sperm. *Fertility and Sterility*, 1993, 59:431–436.
30. Edwards IS, Farlow JL. Non-motile sperms persisting after vasectomy: do they matter? *British Medical Journal*, 1979, 1(6156):87–88.
31. Esho JO, Cass AS. Recanalization rate following methods of vasectomy using interposition of fascial sheath of vas deferens. *Journal of Urology*, 1978, 120:178–179.
32. Esho JO, Cass AS, Ireland GW. Morbidity associated with vasectomy. *Journal of Urology*, 1973, 110: 413–415.
33. Esho JO, Ireland GW, Cass AS. Recanalization following vasectomy. *Urology*, 1974, 3: 211–214.
34. Esho JO, Ireland GW, Cass AS. Vasectomy: comparison of ligation and fulguration methods. *Urology*, 1974, 3:337–338.
35. Freund M, Davis JE. Disappearance rate of spermatozoa from the ejaculate following vasectomy. *Fertility and Sterility*, 1969, 20:163–170.
36. Gandrup P, Berthelsen JG, Nielsen OS. Irrigation during vasectomy: a comparison between sterile water and the spermicide euflavine. *Journal of Urology*, 1982, 127:60–61.
37. Goldstein M. Vasectomy failure using an open-ended technique. *Fertility and Sterility*, 1983, 40:699–700.
38. Gupta AS, Kothari LK, Devpura TP. Vas occlusion by tantalum clips and its comparison with conventional vasectomy in man: reliability, reversibility, and complications. *Fertility and Sterility*, 1977, 28:1086–1089.
39. Haldar N et al. How reliable is a vasectomy? Long-term follow-up of vasectomised men. *Lancet*, 2000, 356(9223):43–44.
40. Hamilton DW. Immediate sterility after vasectomy. *Medical Journal of Australia*, 1977, 1:402–403.
41. Jackson P et al. A male sterilization clinic. *British Medical Journal*, 1970, 4:295–297.
42. Jensen UH, Siemsen SJ. [Vasectomy with immediate sterility]. *Ugeskrift for Laeger*, 1978, 140:916–917.

43. Jones JS. Percutaneous vasectomy: a simple modification eliminates the steep learning curve of no-scalpel vasectomy. *Journal of Urology*, 2003, 169:1434–1436.
44. Jouannet P, David G. Evolution of the properties of semen immediately following vasectomy. *Fertility and Sterility*, 1978, 29:435–441.
45. Klapproth HJ, Young IS. Vasectomy, vas ligation and vas occlusion. *Urology*, 1973, 1:292–300.
46. Koneitzko D, Reinecke F. [Prolonged demonstration of spermatozoa after vasectomy]. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1973, 98:1221–1223.
47. Kumar V, Kaza RM. A combination of check tug and fascial interposition with no-scalpel vasectomy. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2001, 27:100.
48. Labrecque M et al. Effectiveness and complications associated with 2 vasectomy occlusion techniques. *Journal of Urology*, 2002, 168:2495–2498.
49. Lauritsen NP, Klove-Mogensen M, Glavind K. Vasectomy with rivanol injection and fertility control by vital staining with eosin. *International Urology and Nephrology*, 1987, 19:419–422.
50. Lee C, Paterson IS. Review of current practice to establish success after vasectomy. *British Journal of Surgery*, 2001, 88:1267–1268.
51. Lehtonen T. Effect of irrigation of vas deferens on sperm analyses after vasectomy. *Annales Chirurgiae et Gynaecologiae Fenniae*, 1975, 64:224–226.
52. Lehtonen T. Vasectomy for voluntary male sterilisation. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 1975, 9:174–176.
53. Lemack GE, Goldstein M. Presence of sperm in the pre-vasectomy reversal semen analysis: incidence and implications. *Journal of Urology* 1996, 155:167–169.
54. Leungwattanakij S, Lertsuwannaroj A, Ratana-Olarn K. Irrigation of the distal vas deferens during vasectomy: does it accelerate the post-vasectomy sperm-free rate? *International Journal of Andrology*, 2001, 24:241–245.
55. Lewis EL, Brazil CK, Overstreet JW. Human sperm function in the ejaculate following vasectomy. *Fertility and Sterility*, 1984, 42:895–898.
56. Linnet L. [Control of vasectomy. A prospective study of the semen of 45 vasectomized patients and experience from control study of 197 patients in whom vasectomy was undertaken employing fascial interposition]. *Ugeskrift for Laeger*, 1977, 139:1708–1714.
57. Linnet L, Linnet-Jepsen P. [Acceptability of offers of vasectomy control]. *Ugeskrift for Laeger*, 1980, 142:637–640.
58. Maatman TJ, Aldrin L, Carothers GG. Patient noncompliance after vasectomy. *Fertility and Sterility*, 1997, 68:552–555.
59. McEwan J, Newton J, Yates-Bell A. Hospital family planning: a vasectomy service. *Contraception*, 1974, 9:177–192.
60. Madrigal V, Edelman DA, Goldsmith A. Male sterilization in El Salvador: a preliminary report. *Journal of Reproductive Medicine*, 1975, 14:167–170.

61. Marshall S, Lyon RP. Transient reappearance of sperm after vasectomy. *Journal of the American Medical Association*, 1972, 219:1753–1754.
62. Marshall S, Lyon RP. Variability of sperm disappearance from the ejaculate after vasectomy. *Journal of Urology*, 1972, 107:815–817.
63. Marwood RP, Beral V. Disappearance of spermatozoa from ejaculate after vasectomy. *British Medical Journal*, 1979, 1(6156):87.
64. Mason RG, Dodds L, Swami SK. Sterile water irrigation of the distal vas deferens at vasectomy: does it accelerate clearance of sperm? A prospective randomized trial. *Urology*, 2002, 59:424–427.
65. Nazerali H et al. Vasectomy effectiveness in Nepal: a retrospective study. *Contraception*, 2003, 67:397–401.
66. O'Brien TS et al. Temporary reappearance of sperm 12 months after vasectomy clearance. *British Journal of Urology*, 1995, 76:371–372.
67. Orr D, Moore B. Vasectomy as a contraceptive method. *Irish Medical Journal*, 1989, 82:19–20.
68. Pearce I et al. The effect of perioperative distal vasal lavage on subsequent semen analysis after vasectomy: a prospective randomized controlled trial. *British Journal of Urology International*, 2002, 90:282–285.
69. Penna RM, Potash J, Penna SM. Elective vasectomy: a study of 843 patients. *Journal of Family Practice*, 1979, 8:857–858.
70. Philp T, Guillebaud J, Budd D. Late failure of vasectomy after two documented analyses showing azoospermic semen. *British Medical Journal (Clinical Research Edition)*, 1984, 289(6437):77–79.
71. Poddar AK, Roy S. Disappearance of spermatozoa from semen after vasectomy. *Journal of Population Research*, 1976, 3:61–70.
72. Rees RW. Vasectomy: problems of follow up. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 1973, 66:2–4.
73. Rhodes DB, Mumford SD, Free MJ. Vasectomy: efficacy of placing the cut vas in different fascial planes. *Fertility and Sterility*, 1980, 33:433–438.
74. Richardson DW, Aitken RJ, Loudon NB. The functional competence of human spermatozoa recovered after vasectomy. *Journal of Reproduction and Fertility*, 1984, 70:575–579.
75. Robson AJ, Hunt PK. Flushing of the vas deferens during vasectomy. *Canadian Medical Association Journal*, 1978, 118:770–771.
76. Santiso R et al. Vasectomy in Guatemala: a follow-up study of five hundred acceptors. *Social Biology*, 1981, 28:253–264.
77. Schmidt SS. Vasectomy by section, luminal fulguration and fascial interposition: results from 6248 cases. *British Journal of Urology*, 1995, 76:373–374.
78. Schraibman IG. One thousand vasectomies. *British Medical Journal*, 1973, 4:418.
79. Sekhon GS. Percutaneous vasectomy: a comparative study using a new instrument and technique. *Indian Journal of Medical Research*, 1970, 58:1433–1442.

80. Sivanesaratnam V. Onset of azoospermia after vasectomy. *New Zealand Medical Journal*, 1985, 98(778):331–333.
81. Smith AG et al. Is the timing of post-vasectomy seminal analysis important? *British Journal of Urology*, 1998, 81:458–460.
82. Sokal DC et al. Vasectomy by ligation and excision, with versus without fascial interposition: a randomized controlled trial. *BioMed Central Medicine*, 2004, 2:6.
83. Sorensen TT, Knudsen PR, Hangaard J. [Outpatient vasectomy]. *Ugeskrift for Laeger*, 1980, 143:26–27.
84. Stamm H, Acheampong A. [Vasectomy within the scope of contraception]. *Gynakologische Rundschau*, 1984, 24:85–97.
85. Tally G, Vereecken RL, Verduyn H. A review of 357 bilateral vasectomies for male sterilization. *Fertility and Sterility*, 1984, 41:424–427.
86. Temmerman M et al. Evaluation of one-hundred open-ended vasectomies. *Contraception*, 1986, 33:529–532.
87. Thompson B et al. Experience with sperm counts following vasectomy. *British Journal of Urology*, 1991, 68:230–233.
88. Urquhart-Hay D. Immediate sterility after vasectomy. *British Medical Journal*, 1973, 3(5876):378–379.
89. Varela Rico J et al. Vasectomy with immediate sterilization using intraductal phenylmercuric acetate. *Current Therapeutic Research, Clinical and Experimental*, 1979, 26:881–884.
90. Yu HY, Halim A, Evans PR. Chlorhexidine for irrigation of vas: a clinical trial and the study of viability of non-motile sperms in post-vasectomy patients with trypan blue uptake. *British Journal of Urology*, 1976, 48:371–375.



Questions importantes non résolues

Existe-t-il un nombre précis d'éjaculations après lequel l'homme peut être assuré de l'efficacité contraceptive de sa vasectomie ?

En quoi l'efficacité de la vasectomie varie-t-elle selon la méthode d'occlusion des canaux déférents utilisée, notamment dans les pays à faibles ressources ?

Est-il possible de mettre au point des tests fiables à l'intention des pays à faibles ressources pour déterminer l'efficacité de la vasectomie (y compris un spermogramme) ?





Que peut faire la femme qui utilise la méthode des jours fixes, si ses cycles se situent en dehors de la fourchette des 26-32 jours ?

16. Que peut faire la femme qui utilise la méthode des jours fixes (MJF), si ses cycles se situent en dehors de la fourchette des 26-32 jours ?

Note: la MJF est une méthode basée sur la connaissance de la fécondité, qui consiste à s'abstenir de rapports sexuels non protégés entre le 8ème et le 19ème jour du cycle.

Utilisatrices de la MJF, ayant eu au moins 2 cycles situés en dehors de la fourchette des 26-32 jours au cours d'une année d'utilisation

- ◆ Indiquer à la femme que la MJF n'est peut-être pas la méthode qui lui convient, en raison d'un risque de grossesse relativement élevé. L'amener à envisager une autre méthode.

La MJF proposée dans un premier temps à la femme dont les cycles se situent dans la fourchette des 26-32 jours

- ◆ Lui fournir une autre méthode de contraception qui la protège entre le 8ème et le 19ème jour du cycle, si elle le souhaite. Lui en donner d'avance une réserve.

Utilisatrice de la MJF, qui a des rapports sexuels entre le 8ème et le 19ème jour

- ◆ Envisager le recours à la contraception d'urgence, le cas échéant.



Observations

Le Groupe de travail a conclu que la probabilité d'une grossesse augmente lorsque le cycle se situe en dehors de la fourchette des 26-32 jours, même si l'on évite les rapports sexuels non protégés entre le 8ème et le 19ème jour.



Question soulevée lors de l'examen systématique

Quelle est l'efficacité de la méthode de l'observation du cycle pour les femmes dont les cycles sont soit trop courts, soit trop longs, par rapport à la fourchette des 26-32 jours ?

Éléments d'appréciation de niveau: II-3, moyen, direct.

Référence bibliographique recensée lors de l'examen systématique

1. Arevalo M, Sinau I, Jennings V. A fixed formula to define the fertile window of the menstrual cycle as the basis of a simple method of natural family planning. *Contraception*, 2000, 60:357–360.

Autres références importantes

1. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the "fertile window" in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *British Medical Journal*, 2000, 321:1259–1262.
2. Wilcox AJ et al. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception*, 2001, 63:211–215.



Question importante non résolue

Quelles sont les stratégies de communication et de conseil les plus efficaces pour développer au maximum l'utilisation régulière, correcte et suivie des méthodes basées sur la connaissance de la fécondité ?



Utilisation incorrecte

17. Que peut faire une femme qui oublie de prendre son contraceptif oral combiné (COC) ?
18. Que peut faire une femme qui oublie de prendre sa pilule progestative pure (PPP) ?





Que peut faire une femme qui oublie de prendre son contraceptif oral combiné ?

17. Que peut faire une femme qui oublie de prendre son contraceptif oral combiné (COC) ?

Dans le cas des pilules contenant 30 à 35 µg d'éthinylestradiol :

Elle a oublié 1 ou 2 pilules actives (hormonales) ou elle a débuté une plaquette avec 1 ou 2 jours de retard.

- ◆ Elle doit prendre une pilule active (hormonale) dès que possible* et continuer ensuite à prendre ses pilules chaque jour, à raison d'une par jour.
- ◆ Elle n'a pas besoin de moyen de contraception supplémentaire.

Elle a oublié 3 pilules actives (hormonales) ou plus ou elle a débuté une plaquette avec 3 jours de retard ou plus.

- ◆ Elle doit prendre une pilule active (hormonale) dès que possible* et continuer ensuite à prendre ses pilules chaque jour, à raison d'une par jour.
- ◆ Elle doit aussi avoir recours à des préservatifs ou s'abstenir de rapports sexuels jusqu'à ce qu'elle ait ingéré une pilule active (hormonale) pendant 7 jours successifs.
- ◆ Si elle a oublié de prendre ses pilules au cours de la troisième semaine, elle doit finir les pilules actives (hormonales) de la plaquette en cours et débuter une nouvelle plaquette le jour suivant. Elle ne doit pas prendre les 7 pilules inactives.
- ◆ Si elle a oublié de prendre ses pilules au cours de la première semaine et a eu des rapports non protégés, elle peut envisager de recourir à la contraception d'urgence.

Dans le cas des pilules contenant 20 µg ou moins d'éthinylestradiol :

- ◆ Si elle a oublié de prendre 1 pilule active (hormonale), ou si elle a commencé 1 plaquette avec un jour de retard, elle doit suivre les instructions ci-dessus s'appliquant à l'oubli d' 1 ou 2 pilules actives (hormonales) ou au démarrage d'une plaquette avec 1 ou 2 jours de retard.
- ◆ Si elle a oublié de prendre 2 pilules actives (hormonales) ou plus ou si elle débute une plaquette avec au moins 2 jours de retard, elle doit suivre les instructions ci-dessus s'appliquant à l'oubli de 3 pilules actives (hormonales) ou plus ou au démarrage d'une plaquette avec 3 jours de retard ou plus.

Dans le cas des pilules contenant 30 à 35 µg d'éthinylestradiol, comme dans celui des pilules contenant 20 µg ou moins d'éthinylestradiol :

Oubli de l'une quelconque des pilules inactives (non hormonales)

- ◆ Elle doit jeter la ou les pilules inactives (non hormonales) oubliées, puis continuer à prendre les pilules chaque jour, à raison d'une par jour.

* Si une femme a oublié de prendre plus d'une pilule active (hormonale), elle peut prendre la première pilule oubliée, puis continuer à prendre le reste des pilules oubliées ou les jeter pour maintenir son calendrier.

Selon le moment où elle se rappelle avoir oublié une ou plusieurs pilules, elle peut devoir prendre 2 pilules le même jour (une à l'instant où elle se rappelle de l'oubli et une autre à l'heure habituelle), ou même simultanément.



Observations

Le Groupe de travail a estimé que l'irrégularité des prises ou la mauvaise utilisation des pilules constituait une raison majeure de grossesse non intentionnelle. Il a jugé qu'il fallait 7 jours de COC consécutifs pour inhiber de manière fiable l'ovulation. Les femmes qui oublient souvent leur pilule devraient envisager un autre mode de contraception.

Le Groupe de travail a pris note du fait que les données ayant servi à l'élaboration des recommandations relatives à l'oubli de pilules provenaient principalement d'études menées sur des femmes utilisant des pilules dosées à 30 à 35 µg d'éthinylestradiol.

De nombreuses femmes (y compris celles dont les plaquettes de pilules comportent les jours de la semaine) prennent leurs pilules selon un calendrier prévoyant de commencer un jour donné de la semaine. En cas d'oubli de pilule(s), ces femmes doivent jeter les pilules oubliées, si elles veulent maintenir leur calendrier. D'autres préféreront ne pas jeter les pilules oubliées, mais leurs règles risquent d'arriver au moment où elles ne s'y attendent pas.

Les quatre principes suivants sous-tendent les recommandations du Groupe de travail :

- ◆ Il est important de prendre une pilule active (hormonale) dès que possible lorsqu'on s'aperçoit qu'on en a oublié une ou plusieurs.
- ◆ Si l'on oublie de prendre des pilules, le risque de grossesse dépend non seulement du nombre de pilules oubliées, mais aussi de la période pendant laquelle elles l'ont été. D'après les données relatives à l'ovulation, le Groupe de travail a déterminé que l'oubli de 3 pilules actives (hormonales) ou plus (2 pilules ou plus pour les pilules contenant 20 µg ou moins d'éthinylestradiol) à un stade quelconque du cycle justifiait des précautions supplémentaires. Le risque de grossesse est majoré lorsqu'on oublie des pilules actives au début ou à la fin de la période où on doit normalement les prendre, c'est-à-dire lorsque l'intervalle sans hormone est prolongé.
- ◆ Des données limitées concernant les pilules dosées à 20 µg d'éthinylestradiol laissent penser que le risque de grossesse peut être plus important lorsqu'on oublie des pilules contenant 20 µg d'éthinylestradiol que lorsque les pilules oubliées contiennent 30 à 35 µg d'éthinylestradiol. Le Groupe de travail a donc recommandé de prendre davantage de précautions en cas d'oubli de pilules contenant 20 µg ou moins d'éthinylestradiol.
- ◆ L'expérience acquise sur le terrain dans l'application de la première édition d' *Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives* a fait ressortir la nécessité de disposer de recommandations simples concernant les oublis de pilules.



Question soulevée lors de l'examen systématique

En quoi l'oubli de pilules tel ou tel jour du cycle influe-t-il sur l'efficacité contraceptive?

Éléments d'appréciation de niveau : I, moyen, indirect.

Références bibliographiques recensées lors de l'examen systématique

1. Chowdhury V et al. "Escape" ovulation in women due to the missing of low-dose combination oral contraceptive pills. *Contraception*, 1980, 22:241–247.
2. Creinin MD et al. The effect of extending the pill-free interval on follicular activity: triphasic norgestimate/35 micro g ethinyl estradiol versus monophasic levonorgestrel/20 micro g ethinyl estradiol. *Contraception*, 2002, 66:147–152.
3. Elomaa K, Lahteenmaki P. Ovulatory potential of preovulatory sized follicles during oral contraceptive treatment. *Contraception*, 1999, 60:275–279.
4. Elomaa K et al. Omitting the first oral contraceptive pills of the cycle does not automatically lead to ovulation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1998, 179:41–46.
5. Hamilton CJ, Hoogland HJ. Longitudinal ultrasonographic study of the ovarian suppressive activity of a low-dose triphasic oral contraceptive during correct and incorrect pill intake. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1989, 161:1159–1162.
6. Hedon B et al. Ovarian consequences of the transient interruption of combined oral contraceptives. *International Journal of Fertility*, 1992, 37:270–276.
7. Killick SR. Ovarian follicles during oral contraceptive cycles: their potential for ovulation. *Fertility and Sterility*, 1989, 52:580–582.
8. Killick SR et al. Extending the duration of the pill-free interval during combined oral contraception. *Advances in Contraception*, 1990, 6:33–40.
9. Landgren BM, Csemiczky G. The effect of follicular growth and luteal function of "missing the pill." A comparison between a monophasic and a triphasic combined oral contraceptive. *Contraception*, 1991, 43:149–159.
10. Landgren BM, Diczfalusy E. Hormonal consequences of missing the pill during the first two days of three consecutive artificial cycles. *Contraception*, 1984, 29:437–446.
11. Letterie GS. A regimen of oral contraceptives restricted to the periovulatory period may permit folliculogenesis but inhibit ovulation. *Contraception*, 1998, 57:39–44.
12. Letterie GS, Chow GE. Effect of "missed" pills on oral contraceptive effectiveness. *Obstetrics and Gynecology*, 1992, 79:979–982.
13. Molloy BG et al. "Missed pill" conception: fact or fiction? *British Medical Journal (Clinical Research Edition)*, 1985, 290:1474–1475.
14. Morris SE et al. Studies on low dose oral contraceptives: plasma hormone changes in relation to deliberate pill ('Microgynon 30') omission. *Contraception*, 1979, 20:61–69.
15. Nuttall ID et al. The effect of ethinyl estradiol 20 µg and levonorgestrel 250 µg on the pituitary-ovarian function during normal tablet-taking and when tablets are missed. *Contraception*, 1982, 26:121–135.
16. Spona J et al. Shorter pill-free interval in combined oral contraceptives decreases follicular development. *Contraception*, 1996, 54:71–77.

17. Sullivan H et al. Effect of 21-day and 24-day oral contraceptive regimens containing gestodene (60 microg) and ethinyl estradiol (15 microg) on ovarian activity. *Fertility and Sterility*, 1999, 72:115–120.
18. Tayob Y et al. Ultrasound appearance of the ovaries during the pill-free interval. *British Journal of Family Planning*, 1990, 16:94–96.
19. van der Spuy ZM et al. Gonadotropin and estradiol secretion during the week of placebo therapy in oral contraceptive pill users. *Contraception*, 1990, 42:597–609.
20. van Heusden AM, Fauser BC. Activity of the pituitary-ovarian axis in the pill-free interval during use of low-dose combined oral contraceptives. *Contraception*, 1999, 59:237–243.
21. Wang E et al. Hormonal consequences of "missing the pill." *Contraception*, 1982, 26:545–566.

Autres références bibliographiques importantes

1. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the "fertile window" in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *British Medical Journal*, 2000, 321:1259–1262.
2. Wilcox AJ et al. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception*, 2001, 63:211–215.



Questions importantes non résolues

En quoi le nombre de COC oubliés et le moment où on les a oubliés modifie-t-il le risque de grossesse, et y a-t-il des variations importantes d'une personne ou d'une population à une autre ?

Dans quelle mesure les utilisatrices de COC comprennent-elles et suivent-elles les instructions relatives à la prise des pilules, notamment en ce qui concerne le recours à un moyen contraceptif complémentaire en cas d'oubli ?

Un raccourcissement de l'intervalle sans hormone contribuerait-il sensiblement à réduire les taux de grossesse ?

Les schémas préconisés en cas d'oubli de COC contenant 30 à 35 µg d'éthinylestradiol sont-ils appropriés pour des COC renfermant des doses inférieures d'œstrogènes, et en particulier en ce qui concerne la nécessité d'une protection complémentaire ?

Avec quelle précision l'examen échographique, les dosages hormonaux et l'évaluation de la glaire cervicale permettent-ils de prévoir le risque de grossesse sous COC ?

Quelles sont les stratégies de conseil et de communication les plus efficaces pour développer au maximum l'utilisation régulière, correcte et continue des COC ?





**Que peut faire une femme qui a oublié de prendre sa pilule
progestative pure ?**

18. Que peut faire une femme qui a oublié de prendre sa pilule progestative pure (PPP) ?

Femme ayant des cycles réguliers (y compris celle qui allaite) ET qui a plus de 3 heures de retard dans la prise d'1 ou de plusieurs pilules

- ◆ Elle doit:
 - ◇ Prendre 1 pilule dès que possible
 - ◇ Continuer de prendre quotidiennement ses pilules, 1 par jour
 - ◇ S'abstenir de rapports sexuels ou avoir recours à un moyen de contraception complémentaire pendant les 2 jours qui suivent.
- ◆ Elle peut envisager de recourir à la contraception d'urgence, le cas échéant.

Femme qui allaite et qui présente une aménorrhée ET qui a plus de 3 heures de retard dans la prise d'au moins 1 pilule

- ◆ Elle doit:
 - ◇ Prendre 1 pilule dès que possible
 - ◇ Continuer de prendre quotidiennement ses pilules, 1 par jour
- ◆ Si l'accouchement remonte à moins de 6 mois, aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire.

Observations

Le Groupe de travail a estimé que l'irrégularité des prises et la mauvaise utilisation des pilules constituent une raison majeure de grossesse non désirée et a souligné l'importance qu'il y avait à prendre les PPP à peu près à la même heure chaque jour. Il a estimé qu'il fallait 48 heures d'utilisation des PPP pour obtenir l'effet contraceptif voulu sur la glaire cervicale.

Question soulevée lors de l'examen systématique

En quoi l'oubli de PPP tel ou tel jour du cycle influe-t-il sur l'efficacité contraceptive ?

Références bibliographiques recensées lors de l'examen systématique

Aucune étude n'a été recensée

Autre référence bibliographique importante

1. McCann MF, Potter LS. Progestin-only oral contraception: a comprehensive review. *Contraception*, 1994, 50(6 Suppl. 1):S1–195.



Questions importantes non résolues

En quoi le nombre de pilules oubliées et le moment où on les a oubliées modifie-t-il le risque de grossesse ?

Lorsqu'on oublie de prendre des PPP, 48 heures de protection complémentaire suffisent-elles réellement pour rétablir l'effet contraceptif, et la nécessité d'un contraceptif complémentaire dépend-elle du nombre de pilules oubliées ?

Dans quelle mesure les utilisatrices de PPP comprennent-elles et suivent-elles les instructions relatives à la prise des pilules, notamment en ce qui concerne le recours à un moyen contraceptif complémentaire en cas d'oubli ?

Avec quelle précision l'examen échographique, les dosages hormonaux et l'évaluation de la glaire cervicale permettent-ils de prévoir le risque de grossesse au cours de l'utilisation des PPP ?

Quelles sont les stratégies de conseil et de communication les plus efficaces pour développer au maximum l'utilisation régulière, correcte et continue des PPP ?



Problèmes en cours d'utilisation

Vomissements et/ou diarrhée

19. Que peut faire l'utilisatrice de contraceptifs oraux combinés (COC) ou de la pilule progestative pure (PPP), en cas de vomissements et/ou de diarrhées sévères ?
20. Que faire pour prévenir les nausées et les vomissements, en cas de recours à la pilule pour la contraception d'urgence (PCU) ?
21. Que peut faire la femme qui vomit après avoir pris des pilules pour la contraception d'urgence (PCU) ?

Anomalies du cycle

22. Que peut-on faire en cas d'anomalies du cycle chez l'utilisatrice d'un progestatif seul injectable (PSI)– acétate de médroxyprogestérone-retard (AMPR) ou énantate de noréthistérone (NET-EN) ?
23. Que peut-on faire en cas d'anomalies du cycle chez l'utilisatrice d'implants ?
24. Que peut-on faire en cas d'anomalies du cycle chez l'utilisatrice du DIU au cuivre ?
25. Que peut-on faire en cas d'anomalies du cycle chez l'utilisatrice du DIU libérant du lévonorgestrel (DIU-LNG) ?

Maladie inflammatoire pelvienne

26. Quelle est la conduite à tenir en cas de maladie inflammatoire pelvienne (MIP) chez l'utilisatrice d'un DIU au cuivre ?
27. Quelle est la conduite à tenir en cas de maladie inflammatoire pelvienne (MIP) chez l'utilisatrice d'un DIU libérant du lévonorgestrel (DIU-LNG) ?

Grossesse

28. Que faut-il faire si une femme utilisant un DIU au cuivre se trouve enceinte ?
29. Que faut-il faire si l'utilisatrice d'un DIU libérant du lévonorgestrel (DIU-LNG) se trouve enceinte ?





Que peut faire l'utilisatrice de contraceptifs oraux combinés ou de la pilule progestative pure en cas de vomissements et/ou de diarrhées sévères ?

19. Que peut faire l'utilisatrice de contraceptifs oraux combinés (COC) ou de la pilule progestative pure (PPP) en cas de vomissements et/ou de diarrhées sévères ?

Vomissements (quelle qu'en soit la cause) dans les heures qui suivent la prise d'une pilule active (hormonale)

- ◆ Elle doit prendre une autre pilule active.

Vomissements ou diarrhées sévères pendant plus de 24 heures

- ◆ Elle doit continuer à prendre ses pilules (si elle est en mesure de le faire) malgré son inconfort.
- ◆ Si les vomissements ou les diarrhées sévères persistent pendant au moins 2 jours, elle doit se conformer à la marche à suivre indiquée en cas d'oubli de pilule(s).



Observations

Le Groupe de travail n'a trouvé aucun élément d'appréciation direct pour traiter cette question, mais il a estimé que les effets des vomissements ou des diarrhées étaient analogues à ceux d'un oubli de pilule.



Question soulevée lors de l'examen systématique

En quoi les vomissements ou les diarrhées chez l'utilisatrice de COC ou de la PPP modifient-ils l'efficacité de la contraception ? **Éléments d'appréciation de niveau:** I, moyen, indirect.

Référence bibliographique recensée lors de l'examen systématique

1. Elomaa et al. Charcoal treatment and risk of escape ovulation in oral contraceptive users. *Human Reproduction*, 2001, 16:76–81.



Question importante non résolue

Les vomissements et/ou les diarrhées sévères ont-ils un effet tel qu'ils justifient le recours au schéma indiqué en cas d'oubli ?





Que faire pour prévenir les nausées et les vomissements en cas de recours à la pilule pour la contraception d'urgence ?

20. Que faire pour prévenir les nausées et les vomissements en cas de recours à la pilule pour la contraception d'urgence (PCU) ?

- ◆ Les PCU contenant uniquement du lévonorgestrel sont préférables aux PCU œstroprogestatives, car elles provoquent moins de nausées et de vomissements.
- ◆ Il n'est pas recommandé d'absorber systématiquement un anti-émétique avant la prise de PCU. On peut envisager un prétraitement avec certains anti-émétiques en fonction de leur disponibilité et du jugement clinique.



Observations

Le Groupe de travail a estimé que nombre de femmes ne souffriront pas de nausées ou de vomissements lors de la prise de PCU, et qu'il est difficile de prédire lesquelles sont susceptibles de présenter ces troubles. Bien qu'il ne recommande pas l'usage systématique d'anti-émétiques avant la prise de PCU, le Groupe de travail a pris note du fait que ces produits étaient efficaces chez certaines femmes et qu'ils pouvaient être proposés dans les cas appropriés.

Lorsqu'ils décident de proposer ou non des anti-émétiques aux femmes prenant des PCU, les dispensateurs doivent prendre en compte les éléments suivants :

- ◆ La probabilité de nausées et de vomissements est plus grande chez les femmes prenant des PCU œstroprogestatives que chez celles prenant des PCU contenant uniquement du lévonorgestrel.
- ◆ Les données indiquent que la prise d'anti-émétiques réduit la fréquence des nausées et des vomissements chez les femmes prenant des PCU œstroprogestatives.
- ◆ Les femmes prenant des anti-émétiques peuvent subir d'autres effets secondaires dus à ces produits.
- ◆ Dans certains contextes, la disponibilité des anti-émétiques peut être limitée.

D'après les données restreintes qu'il a examinées, le Groupe de travail n'a pas été en mesure d'établir si la prise des PCU avec des aliments modifiait le risque de nausées ou de vomissements.



Question soulevée lors de l'examen systématique

De quelles données dispose-t-on sur la prévention des nausées et des vomissements chez les femmes prenant des PCU ? **Éléments d'appréciation de niveau** : I, moyen, direct.

Références bibliographiques recensées lors de l'examen systématique

1. Anonymous. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. *Lancet*, 1998, 352:428–433.

2. Arowojolu AO, Okewole IA, Adekunle AO. Comparative evaluation of the effectiveness and safety of two regimens of levonorgestrel for emergency contraception in Nigerians. *Contraception*, 2002, 66:269–273.
3. Ellertson C et al. Modifying the Yuzpe regimen of emergency contraception: a multicenter randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*, 2003, 101: 1160-1167.
4. Ho PC, Kwan MS. A prospective randomized comparison of levonorgestrel with the Yuzpe regimen in post-coital contraception. *Human Reproduction*, 1993, 8:389–392.
5. Ragan RE, Rock RW, Buck HW. Metoclopramide pretreatment attenuates emergency contraceptive-associated nausea. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2003, 188:330–333.
6. Raymond EG et al. Meclizine for prevention of nausea associated with use of emergency contraceptive pills: a randomized trial. *Obstetrics and Gynecology*, 2000, 95:271–277.
7. Shochet T et al. Side effects of the Yuzpe regimen of emergency contraceptive pills and two modifications. *Contraception*, 2004, 69:301–307.
8. von Hertzen H et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *Lancet*, 2002, 360: 1803–1810.



Question importante non résolue

Quels sont les schémas posologiques les plus efficaces pour prévenir et traiter les nausées et les vomissements associés à l'utilisation des PCU ?





Que peut faire la femme qui vomit après avoir pris des pilules pour la contraception d'urgence ?

21. Que peut faire la femme qui vomit après avoir pris des pilules pour la contraception d'urgence (PCU) ?

Vomissements survenant dans les 2 heures suivant la prise d'une dose

- ◆ Elle doit prendre une autre dose de PCU dès que possible. Si elle prend des pilules oestroprogestatives, elle peut souhaiter prendre un anti-émétique avant d'ingérer la seconde dose.
- ◆ Si les vomissements continuent, on peut administrer une dose supplémentaire de contraceptif d'urgence par voie vaginale.

Observations

Le Groupe de travail a pris note du fait que les PCU contenant uniquement du lévonorgestrel sont moins susceptibles de provoquer des nausées et des vomissements que les PCU oestroprogestatives.

Le Groupe de travail a estimé que 2 heures suffisent pour l'absorption hormonale, et qu'il n'y a aucune mesure à prendre si la femme vomit après ce délai.

Question soulevée lors de la revue systématique

En quoi les vomissements ou les diarrhées lors de l'utilisation de PCU modifient-ils l'efficacité contraceptive de ces pilules ?

Références bibliographiques provenant de l'examen systématique

Aucune étude n'a été recensée.

Question importante non résolue

Les vomissements survenant dans les 2 heures suivant la prise de PCU entraînent-ils une diminution significative de l'efficacité de ces pilules ?



Que peut-on faire en cas d'anomalies du cycle chez l'utilisatrice d'un progestatif seul injectable - acétate de médoroxyprogéstérone-retard ou énantate de noréthistérone ?

22. Que peut-on faire en cas d'anomalies du cycle chez l'utilisatrice d'un progestatif seul injectable (PSI) - acétate de médroxyprogestérone-retard (AMPR) ou énantate de noréthistérone (NET-EN) ?

Aménorrhée

- ◆ L'aménorrhée ne nécessite aucun traitement médical. Le conseil suffit.
- ◆ Si la femme trouve cette aménorrhée intolérable, interrompre les injections. L'aider à choisir une autre méthode.

« Spotting » ou saignements légers

- ◆ Un spotting ou des saignements légers se rencontrent couramment avec des progestatifs seuls injectables, en particulier au cours du premier cycle suivant l'injection, et sont sans danger.
- ◆ Chez les femmes présentant un spotting ou des saignements persistants, ou les femmes présentant des saignements après une période d'aménorrhée, écarter tout problème gynécologique lorsque cela se justifie cliniquement. Si l'on identifie un problème gynécologique, traiter l'affection ou transférer la patiente vers une structure de soins.
- ◆ Si l'on diagnostique une IST ou une maladie inflammatoire pelvienne, la femme peut continuer à recevoir ses injections tout en recevant un traitement, ainsi que des conseils sur l'utilisation des préservatifs.
- ◆ Si l'on ne trouve aucun problème gynécologique et si ces saignements sont pour elle intolérables, interrompre les injections. L'aider à choisir une autre méthode.

Saignements importants ou prolongés (plus de 8 jours ou deux fois plus longs que ses règles normales)

- ◆ Expliquer que des saignements importants ou prolongés sont fréquents au cours du premier cycle suivant l'injection.
- ◆ Si un saignement important ou prolongé persiste, éliminer un problème gynécologique lorsque cela se justifie cliniquement. Si l'on identifie un problème gynécologique, traiter l'affection ou transférer la patiente vers une structure de soins.
- ◆ Si le saignement devient une menace pour la santé de la femme, ou s'il est inacceptable pour elle, interrompre les injections. L'aider à choisir une autre méthode. En attendant, un traitement à l'éthinylestradiol à court terme pourrait être utile.
- ◆ Pour prévenir l'anémie, fournir un complément martial et/ou conseiller la consommation d'aliments contenant du fer.



Observations

Le Groupe de travail a pris note du fait que les anomalies du cycle sont fréquentes avec l'utilisation des PSI, et qu'il est indispensable d'en avertir les femmes avant de démarrer les PSI, afin d'apaiser leurs inquiétudes et de les encourager à poursuivre la méthode.

Le Groupe de travail a examiné les quelques données disponibles concernant le traitement de ces anomalies, et il a déterminé que le traitement des saignements légers ou importants par les œstrogènes ou par les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) risque de ne présenter aucun avantages ou bien seulement quelques avantages à court terme. Pour un effet à court terme, dans les cas où les saignements constituent une menace pour la santé de la femme, et où cette dernière interrompt son calendrier d'injection, le Groupe de travail a déterminé que l'éthinylestradiol contribue modestement à réduire le nombre de jours où les saignements/spotting se produisent.



Question soulevée lors de l'examen systématique

Quelles sont les preuves de l'efficacité des schémas thérapeutiques appliqués aux anomalies du cycle observées pendant la prise de progestatifs seuls injectables ?

Éléments d'appréciation de niveau : I ; moyen, direct

Références bibliographiques recensées lors de l'examen systématique

1. Goldberg AB et al. Postabortion depot medroxyprogesterone acetate continuation rates: a randomized trial of cyclic estradiol. *Contraception*, 2002, 66:215–220.
2. Harel Z et al. Supplementation with vitamin C and/or vitamin B(6) in the prevention of Depo-Provera side effects in adolescents. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 2002, 15:153–158.
3. Jain JK et al. Mifepristone for the prevention of breakthrough bleeding in new starters of depo-medroxyprogesterone acetate. *Steroids*, 2003, 68:1115–1119.
4. Parker RA, McDaniel EB. The use of quinesterol for the control of vaginal bleeding irregularities caused by DMPA. *Contraception*, 1980, 22:1–7.
5. Said S et al. Clinical evaluation of the therapeutic effectiveness of ethinyl oestradiol and oestrone sulphate on prolonged bleeding in women using depot medroxyprogesterone acetate for contraception. World Health Organization, Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction, Task Force on Long-acting Systemic Agents for Fertility Regulation. *Human Reproduction*, 1996, 11 (Suppl. 2):1–13.
6. Sapire KE. A study of bleeding patterns with two injectable contraceptives given postpartum and the effect of two nonhormonal treatments. *Advances in Contraception*, 1991, 7:379–387.



Questions importantes non résolues

Quels sont les mécanismes à la base des anomalies du cycle pouvant survenir chez les utilisatrices de progestatifs seuls injectables, et comment y remédier au mieux ?

Quelles sont les stratégies de conseil et de communication les plus efficaces pour aider les femmes présentant des anomalies du cycle ?





Que peut-on faire en cas d'anomalies du cycle chez l'utilisatrice d'implants ?

23. Que peut-on faire, en cas d'anomalies du cycle chez l'utilisatrice d'implants ?

Note : Ces recommandations sont basées sur des informations relatives aux implants de lévonorgestrel (Norplant/Jadelle). On ignore dans quelle mesure elles s'appliquent aux implants d'étonogestrel (Implanon).

Aménorrhée

- ◆ L'aménorrhée n'exige aucun traitement médical. Le conseil suffit.
- ◆ Si la femme trouve cette aménorrhée intolérable, retirer l'implant. L'aider à choisir une autre méthode contraceptive.

« Spotting » ou saignements légers

- ◆ Un spotting ou des saignements légers sont courants avec les implants, en particulier au cours de la première année et ils sont sans danger.
- ◆ Chez les femmes présentant un spotting ou des saignements persistants ou des saignements après une période d'aménorrhée, éliminer tout problème gynécologique lorsque cela se justifie cliniquement. Si l'on identifie un problème gynécologique, le traiter ou transférer la personne vers une structure de soins.
- ◆ Si l'on diagnostique une IST ou une MIP, la femme peut continuer à utiliser des implants tout en recevant un traitement, ainsi que des conseils sur l'utilisation des préservatifs.
- ◆ Si l'on ne trouve aucun problème gynécologique et si elle souhaite un traitement, on dispose de solutions non-hormonales et hormonales.
 - ◇ Non-hormonales : anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)
 - ◇ Hormonales (si elles sont médicalement appropriées) : COC minidosés ou éthinyloestradiol
- ◆ Si elle ne souhaite pas de traitement ou si le traitement n'est pas efficace et si le saignement est pour elle intolérable, retirer l'implant. L'aider à choisir une autre méthode.

Saignements importants ou prolongés (plus de 8 jours ou deux fois plus abondants que ses règles normales)

- ◆ Éliminer un problème gynécologique si cela se justifie cliniquement. Si l'on identifie un problème de cette nature, le traiter ou transférer la patiente vers une structure de soins.
- ◆ Si l'on ne trouve aucun problème gynécologique et si la personne souhaite un traitement, on dispose de solutions non-hormonales et hormonales:
 - ◇ Non-hormonales : anti-inflammatoires non stéroïdien (AINS)
 - ◇ Hormonales (si elles sont médicalement appropriées) : COC ou éthinyloestradiol
- ◆ Si elle ne souhaite pas de traitement ou si celui-ci est inefficace, et si le saignement devient une menace pour sa santé ou lui paraît intolérable, retirer l'implant. L'aider à choisir une autre méthode.



Observations

Le Groupe de travail a noté que les anomalies du cycle sont fréquentes avec les implants et qu'il est indispensable d'en avertir la femme avant insertion, afin d'apaiser ses inquiétudes et de l'encourager à poursuivre la méthode.

Le Groupe de travail a examiné le peu de données qui existent concernant le traitement des saignements légers ou importants, et il a estimé que les médicaments ci-après sont modérément efficaces:

- ◆ Traitement non-hormonal: anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS):
 - ◇ Ibuprofène
 - ◇ Acide méfénamique
- ◆ Traitement hormonal:
 - ◇ COC
 - ◇ Ethinylestradiol



Question soulevée lors de l'examen systématique

Quelles sont les éléments d'appréciation disponibles concernant les traitements efficaces des anomalies du cycle lors de l'utilisation d'implants ? **Éléments d'appréciation de niveau** : I ; bon, direct.

Références bibliographiques recensées lors de l'examen systématique

1. Alvarez-Sanchez F et al. Hormonal treatment for bleeding irregularities in Norplant implant users. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1996, 174:919–922.
2. Boonkasemsanti W et al. The effect of transdermal oestradiol on bleeding pattern, hormonal profiles and sex steroid receptor distribution in the endometrium of Norplant users. *Human Reproduction*, 1996, 11(Suppl 2):115–123.
3. Cheng L et al. Once a month administration of mifepristone improves bleeding patterns in women using subdermal contraceptive implants releasing levonorgestrel. *Human Reproduction*, 2000, 15:1969–1972.
4. d'Arcangues C et al. Effectiveness and acceptability of vitamin E and low-dose aspirin, alone or in combination, on Norplant-induced prolonged bleeding. *Contraception*, 2004 (in press).
5. Diaz S et al. Clinical assessment of treatments for prolonged bleeding in users of Norplant implants. *Contraception*, 1990, 42:97–109.
6. Glasier AF et al. Administration of an antiprogestone up-regulates estrogen receptors in the endometrium of women using Norplant: a pilot study. *Fertility and Sterility*, 2002, 77:366–372.

7. Kaewrudee S et al. The effect of mefenamic acid on controlling irregular uterine bleeding secondary to Norplant use. *Contraception*, 1999, 60:25–30.
8. Subakir SB et al. Benefits of vitamin E supplementation to Norplant users--in vitro and in vivo studies. *Toxicology*, 2000, 148:173–178.
9. Witjaksono J et al. Oestrogen treatment for increased bleeding in Norplant users: preliminary results. *Human Reproduction*, 1996, 11(Suppl. 2):109–114.



Questions importantes non résolues

Quels sont les mécanismes à la base des anomalies du cycle pouvant survenir chez l'utilisatrice d'implants libérant de l'étonogestrel ou du lévonorgestrel, et comment y remédier au mieux ?

Quelles sont les stratégies de conseil et de communication les plus efficaces pour aider les femmes présentant des anomalies du cycle ?





Que peut-on faire en cas d'anomalies du cycle chez l'utilisatrice du DIU au cuivre ?

24. Que peut-on faire en cas d'anomalies du cycle chez l'utilisatrice du DIU au cuivre?

« Spotting » ou saignements légers entre les règles

- ◆ Un spotting ou des saignements légers sont courants au cours des 3 à 6 premiers mois d'utilisation d'un DIU au cuivre. Ils sont sans danger et diminuent au fil du temps.
- ◆ Si la femme souhaite un traitement, on peut lui donner une courte cure d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) les jours où ces saignements se produisent.
- ◆ Chez les femmes présentant un spotting ou des saignements persistants, éliminer un problème gynécologique lorsque cela se justifie sur le plan clinique. Si l'on rencontre un problème gynécologique, le traiter ou transférer la patiente vers une structure de soins.
- ◆ Si l'on ne trouve pas de problème gynécologique et si la femme estime que ce saignement est inacceptable, retirer le DIU et l'aider à choisir une autre méthode.

Règles plus abondantes ou plus longues que la normale

- ◆ Des règles plus abondantes et plus longues sont courantes au cours des 3 à 6 premiers mois d'utilisation du DIU au cuivre. En général, elles sont sans danger et le saignement s'atténue au fil du temps.
- ◆ Le traitement suivant peut être offert pendant les règles :
 - ◇ Anti-inflammatoires non stéroïdiens
 - ◇ Acide tranexamique (hémostatique)L'aspirine est à PROSCRIRE.
- ◆ Éliminer tout problème gynécologique lorsque cela se justifie cliniquement. Si l'on trouve un problème gynécologique, le traiter ou transférer la patiente vers une structure de soins.
- ◆ Si le saignement continue à être très abondant ou prolongé, en particulier s'il y a des signes cliniques d'anémie, ou si la femme trouve ces saignements intolérables, retirer le DIU et l'aider à choisir une autre méthode.
- ◆ Pour prévenir l'anémie, fournir un complément martial et/ou encourager la consommation d'aliments riches en fer.



Observations

Le Groupe de travail a noté que les anomalies du cycle sont fréquentes au cours des 3 à 6 premiers mois d'utilisation d'un DIU, et a conclu qu'un traitement peut parfois être efficace. Le Groupe de travail a indiqué que l'aspirine est à proscrire pour le traitement des règles abondantes associées au port d'un DIU, car ce médicament peut aggraver le problème.



Question posée lors de l'examen systématique

Quels sont les éléments permettant d'apprécier l'efficacité des schémas thérapeutiques contre les anomalies du cycle observées lors de l'utilisation des DIU ? **Éléments d'appréciation de niveau** : I ; moyen, direct

Références bibliographiques recensées lors de l'examen systématique

1. Anteby SO, Yarkoni S, Ever HP. The effect of a prostaglandin synthetase inhibitor, indomethacin, on excessive uterine bleeding. *Clinical and Experimental Obstetrics and Gynecology*, 1985, 12:60–63.
2. Bahari CM et al. Menorrhagia associated with the wearing of IUD—the results of treatment with clomiphene citrate. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 1982, 14:179–185.
3. Davies AJ. Reduction of menstrual blood loss by naproxen in intrauterine contraceptive device users. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 1980, 17:353–354.
4. Davies AJ, Anderson AB, Turnbull AC. Reduction by naproxen of excessive menstrual bleeding in women using intrauterine devices. *Obstetrics and Gynecology*, 1981, 57:74–78.
5. Di Lieto A et al. Action of a prostaglandin synthetase inhibitor on IUD associated uterine bleeding. *Clinical and Experimental Obstetrics and Gynecology*, 1987, 14:41–44.
6. Guillebaud J, Anderson AB, Turnbull AC. Reduction by mefenamic acid of increased menstrual blood loss associated with intrauterine contraception. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1978, 85:53–62.
7. Harrison RF, Campbell S. A double-blind trial of ethamsylate in the treatment of primary and intrauterine-device menorrhagia. *Lancet*, 1976, 2:283–285.
8. Makarainen L, Ylikorkala O. Ibuprofen prevents IUCD-induced increases in menstrual blood loss. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1986, 93:285–288.
9. Pedron N, Lozano M, Gallegos AJ. The effect of acetylsalicylic acid on menstrual blood loss in women with IUDs. *Contraception*, 1987, 36:295–303.
10. Randic L, Haller H. Ectopic pregnancy among past IUD users. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 1992, 38:299–304.
11. Roy S, Shaw ST, Jr. Role of prostaglandins in IUD-associated uterine bleeding—effect of a prostaglandin synthetase inhibitor (ibuprofen). *Obstetrics and Gynecology*, 1981, 58:101–106.
12. Tauber PF et al. Hemorrhage induced by intrauterine devices: control by local proteinase inhibition. *Fertility and Sterility*, 1977, 28:1375–1377.
13. Tauber PF et al. Reduced menstrual blood loss by release of an antifibrinolytic agent from intrauterine contraceptive devices. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1981, 140:322–328.
14. Topozada M et al. Management of uterine bleeding by PGs or their synthesis inhibitors. *Advances in Prostaglandin and Thromboxane Research*, 1980, 8:1459–1463.
15. Topozada M et al. Control of IUD-induced bleeding by three nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Contraceptive Delivery Systems*, 1982, 3:117–125.

16. Yarkoni S, Anteby SO. Treatment of IUD related menorrhagia by indomethacin. *Clinical and Experimental Obstetrics and Gynecology*, 1984, 11:120–122.
17. Ylikorkala O, Kauppila A, Siljander M. Anti-prostaglandin therapy in prevention of side-effects of intrauterine contraceptive devices. *Lancet*, 1978, 2:393–395.
18. Ylikorkala O, Viinikka L. Comparison between antifibrinolytic and antiprostaglandin treatment in the reduction of increased menstrual blood loss in women with intrauterine contraceptive devices. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1983, 90:78–83.
19. Wu S. Randomized multi-center study of baofuxin for treatment of bleeding side-effect induced by IUD. *Reproduction and Contraception*, 2004, 11:152–157.



Questions importantes non résolues

Quels sont les mécanismes à la base des anomalies du cycle pouvant survenir chez l'utilisatrice d'un DIU, et en quoi varient-ils selon qu'il s'agit d'un DIU libérant des hormones ou d'un DIU au cuivre ?

Quelle est la meilleure façon de traiter les saignements anormaux observés avec les dispositifs libérant des hormones et ceux au cuivre ?

Quelles sont les stratégies de conseil et de communication les plus efficaces pour aider les femmes présentant des saignements anormaux ?





**Que peut-on faire en cas d'anomalies du cycle chez l'utilisatrice
d'un DIU libérant du lévonorgestrel ?**

25. Que peut-on faire en cas d'anomalies du cycle chez l'utilisatrice d'un DIU libérant du lévonorgestrel (DIU-LNG) ?

Aménorrhée

- ◆ L'aménorrhée n'exige aucun traitement médical. Le conseil suffit.
- ◆ Si la femme trouve tout de même cette aménorrhée intolérable, retirer le DIU-LNG. L'aider à choisir une autre méthode contraceptive.

« Spotting » ou saignements légers entre les règles

- ◆ Un spotting ou des saignements légers sont courants au cours de l'utilisation d'un DIU-LNG. Ils sont sans danger et diminuent au fil du temps.
- ◆ Chez les femmes présentant un spotting ou des saignements persistants, éliminer un problème gynécologique lorsque cela se justifie sur le plan clinique. Si l'on rencontre un problème gynécologique, le traiter ou transférer la patiente vers une structure de soins.
- ◆ Si l'on ne trouve pas de problème gynécologique et si la femme estime que ce saignement est inacceptable, retirer le DIU et l'aider à choisir une autre méthode.

Règles plus abondantes ou plus longues que la normale

- ◆ Des règles plus abondantes et plus longues sont courantes au cours des 3 à 6 premiers mois d'utilisation du DIU-LNG. En général, elles sont sans danger et le saignement s'atténue au fil du temps.
- ◆ Éliminer tout problème gynécologique lorsque cela se justifie cliniquement. Si l'on trouve un problème gynécologique, le traiter ou transférer la patiente vers une structure de soins.
- ◆ Si le saignement continue à être très abondant ou prolongé, en particulier s'il y a des signes cliniques d'anémie, ou si la femme trouve ces saignements intolérables, retirer le DIU-LNG et l'aider à choisir une autre méthode.
- ◆ Pour prévenir l'anémie, fournir un complément martial et/ou encourager la consommation d'aliments riches en fer.

◆ Observations

Le Groupe de travail a noté que le risque de règles plus abondantes ou plus longues se situe principalement dans les 3 à 6 premiers mois d'utilisation du DIU-LNG. Aucune étude n'a été trouvée concernant les solutions thérapeutiques.

Question soulevée lors de l'examen systématique

Quels sont les éléments de preuves relatif à l'efficacité des traitements contre les anomalies du cycle au cours de l'utilisation des DIU-LNG ?

Références bibliographiques recensées lors de l'examen systématique

Aucune étude n'a été recensée.



Questions importantes non résolues

Quels sont les mécanismes à la base des anomalies du cycle pouvant survenir chez l'utilisatrice d'un DIU, et en quoi varient-ils selon qu'il s'agit d'un DIU libérant des hormones ou d'un DIU au cuivre ?

Quelle est la meilleure façon de traiter les saignements anormaux observés avec les dispositifs libérant des hormones et ceux au cuivre ?

Quelles sont les stratégies de conseil et de communication les plus efficaces pour aider les utilisatrices du DIU-LNG qui présentent des saignements anormaux ?





Quelle est la conduite à tenir en cas de maladie inflammatoire pelvienne chez l'utilisatrice d'un DIU au cuivre ?

26. Quelle est la conduite à tenir en cas de maladie inflammatoire pelvienne (MIP) chez l'utilisatrice d'un DIU au cuivre ?

Maladie inflammatoire pelvienne (MIP)

- ◆ Traiter la MIP au moyen des antibiotiques appropriés.
- ◆ Il n'est pas nécessaire de retirer le DIU au cuivre si la femme souhaite continuer à l'utiliser.
- ◆ Si la femme ne souhaite pas garder le DIU, le retirer après avoir démarré le traitement antibiotique.
- ◆ Si l'on retire le DIU, la femme peut envisager d'avoir recours aux pilules pour la contraception d'urgence, le cas échéant.
- ◆ Si son état ne présente aucune amélioration, en général la conduite à tenir consiste à retirer le DIU et à continuer les antibiotiques. Si l'on ne retire pas le DIU, on continuera aussi les antibiotiques. Dans les deux cas, l'état de l'utilisatrice doit faire l'objet d'un suivi attentif.
- ◆ Assurer une prise en charge complète des IST, y compris une séance de conseil sur l'utilisation des préservatifs.



Observations

Le Groupe de travail a conclu que le fait de retirer le DIU n'offre aucun avantage supplémentaire dès l'instant où la MIP est traitée par les antibiotiques appropriés.



Observations

Le Groupe de travail a conclu que le fait de retirer le DIU n'offre aucun avantage supplémentaire dès l'instant où la MIP est traitée par les antibiotiques appropriés.

Question soulevée lors de l'examen systématique

Si l'on diagnostique une MIP chez l'utilisatrice d'un DIU, faut-il retirer ce dispositif ou le laisser en place ? **Éléments d'appréciation de niveau:** I, moyen, direct

Références bibliographiques recensées lors de l'examen systématique

1. Altunyurt S, Demir N, Posaci C. A randomized controlled trial of coil removal prior to treatment of pelvic inflammatory disease. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 2003, 107:81–84.
2. Larsson B, Wennergren M. Investigation of a copper-intrauterine device (Cu-IUD) for possible effect on frequency and healing of pelvic inflammatory disease. *Contraception*, 1977, 15:143–149.
3. Söderberg G, Lindgren S. Influence of an intrauterine device on the course of an acute salpingitis. *Contraception*, 1981, 24:137–143.
4. Teisala K. Removal of an intrauterine device and the treatment of acute pelvic inflammatory disease. *Annals of Medicine*, 1989, 21:63–65.



Question importante non résolue

Dès l'instant où la MIP est diagnostiquée et correctement traitée, la décision de retirer ou non le DIU a-t-elle une incidence sur l'évolution clinique et les séquelles à long terme de cette maladie (stérilité, grossesse extra-utérine et douleur chronique) ?





Quelle est la conduite à tenir en cas de maladie inflammatoire pelvienne chez l'utilisatrice d'un DIU libérant du lévonorgestrel ?

27. Quelle est la conduite à tenir en cas de maladie inflammatoire pelvienne (MIP) chez l'utilisatrice d'un DIU libérant du lévonorgestrel (DIU-LNG) ?

Maladie inflammatoire pelvienne (MIP)

- ◆ Traiter la MIP au moyen des antibiotiques appropriés.
- ◆ Il n'est pas nécessaire de retirer le DIU-LNG si la femme souhaite continuer à l'utiliser.
- ◆ Si la femme ne souhaite pas garder le DIU-LNG, le retirer après avoir démarré le traitement antibiotique.
- ◆ Si l'on retire le DIU, la femme peut envisager d'avoir recours aux pilules pour la contraception d'urgence, le cas échéant.
- ◆ Si son état ne présente aucune amélioration, en général la conduite à tenir consiste à retirer le DIU-LNG et à continuer les antibiotiques. Si l'on ne retire pas le DIU-LNG, on continuera aussi les antibiotiques. Dans les deux cas, l'état de l'utilisatrice doit faire l'objet d'un suivi attentif.
- ◆ Assurer une prise en charge complète des IST, y compris une séance de conseil sur l'utilisation des préservatifs.



Observations

Le Groupe de travail a conclu que le fait de retirer le DIU-LNG n'offre aucun avantage supplémentaire dès l'instant où la MIP est traitée par les antibiotiques appropriés.

Les recommandations sont fondées sur les éléments d'appréciation concernant le DIU au cuivre.



Question soulevée lors de l'examen systématique

Si l'on diagnostique une MIP chez l'utilisatrice d'un DIU-LNG, faut-il retirer ce dispositif ou le laisser en place ? **Éléments d'appréciation de niveau:** I, moyen, direct

Références bibliographiques recensées lors de l'examen systématique

Aucune étude n'a été recensée

Autres références bibliographiques importantes

1. Altunyurt S, Demir N, Posaci C. A randomized controlled trial of coil removal prior to treatment of pelvic inflammatory disease. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 2003, 107:81–84.
2. Larsson B, Wennergren M. Investigation of a copper-intrauterine device (Cu-IUD) for possible effect on frequency and healing of pelvic inflammatory disease. *Contraception*, 1977, 15:143–149.
3. Söderberg G, Lindgren S. Influence of an intrauterine device on the course of an acute salpingitis. *Contraception*, 1981, 24:137–143.
4. Teisala K. Removal of an intrauterine device and the treatment of acute pelvic inflammatory disease. *Annals of Medicine*, 1989, 21:63–65.



Question importante non résolue

Dès l'instant où la MIP est diagnostiquée et correctement traitée, la décision de retirer ou non le DIU-LNG a-t-elle une incidence sur l'évolution clinique et les séquelles à long terme de cette maladie (stérilité, grossesse extra-utérine et douleur chronique) ?





Que faut-il faire si l'utilisatrice d'un DIU au cuivre se trouve enceinte?

28. Que faut-il faire si l'utilisatrice d'un DIU au cuivre se trouve enceinte?

Grossesse constatée chez une utilisatrice du DIU au cuivre

- ◆ Eliminer une grossesse extra-utérine.
- ◆ Expliquer à la femme qu'en laissant le DIU en place, le risque de fausse couche au premier et au second trimestre (y compris de fausse couche avec septicémie pouvant entraîner le décès), d'accouchement prématuré et d'infection est majoré. On réduit ces mêmes risques, si l'on retire le DIU au cuivre, encore que le geste lui-même comporte un léger risque de fausse couche.
 - ◇ Si elle ne souhaite pas poursuivre cette grossesse et si une interruption de grossesse pour raison thérapeutique est légalement possible, l'en informer comme il se doit.
 - ◇ Si elle souhaite poursuivre la grossesse, bien lui expliquer qu'il y a un risque accru de fausse couche au premier et au second trimestre (y compris de fausse couche avec septicémie pouvant entraîner le décès) et d'accouchement prématuré en cas de non-retrait du DIU au cuivre. Lui conseiller de rechercher rapidement des soins si elle présente des saignements importants, des crampes, des douleurs, des pertes vaginales anormales ou de la fièvre.

Les fils du DIU sont visibles ou peuvent être extraits sans danger du canal cervical

- ◆ Indiquer à la femme qu'il vaut mieux retirer le DIU au cuivre.
- ◆ S'il doit être retiré, l'extraire en tirant doucement sur les fils.
- ◆ Expliquer à la femme qu'elle doit revenir rapidement si elle présente des saignements importants, des crampes, des douleurs, des pertes vaginales anormales ou de la fièvre.
- ◆ Si elle choisit de garder le DIU au cuivre, lui conseiller de rechercher rapidement des soins si elle présente des saignements abondants, des crampes, des douleurs, des pertes vaginales anormales ou de la fièvre.

Les fils du DIU sont invisibles et ne peuvent être extraits en toute sécurité

- ◆ Lorsqu'on dispose de l'échographie, elle peut être utile pour déterminer où se trouve le DIU au cuivre. Si l'on ne peut localiser ce dernier, cela peut vouloir dire qu'il a été expulsé.
- ◆ Si l'échographie est impossible ou si l'on s'aperçoit à l'échographie que le DIU au cuivre se trouve à l'intérieur de l'utérus, bien expliquer à la femme quels sont les risques et lui recommander de rechercher rapidement des soins si elle présente des saignements abondants, des crampes, des douleurs, des pertes vaginales anormales ou de la fièvre.



Observations

Le Groupe de travail a conclu que le fait de retirer le DIU améliore les chances d'issue favorable de la grossesse, si les fils sont visibles ou peuvent être extraits sans danger du canal cervical, et que le risque de fausse couche, d'accouchement prématuré et d'infection est important si on laisse en place le DIU au cuivre.



Question soulevée lors de l'examen systématique

Quels sont les risques de retombées négatives, en cas de retrait ou de non retrait du DIU au cuivre? **Éléments d'appréciation de niveau:** II-2, moyen, direct.

Références bibliographiques recensées lors de l'examen systématique

1. Alvioli GT, Jr. Pregnancy outcome with removal of intrauterine device. *Obstetrics and Gynecology*, 1973, 41:894–896.
2. Dreishpoon IH. Complications of pregnancy with an intrauterine contraceptive device in situ. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1975, 121:412–413.
3. Fulcheri E, di Capua E, Ragni N. Pregnancy despite IUD: adverse effects on pregnancy evolution and fetus. *Contraception*, 2003, 68:35–38.
4. Kirkinen PS. Ultrasound-controlled removal of a dislocated intrauterine device in the first trimester of pregnancy: a report of 26 cases. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 1992, 2:345–348.
5. Koetsawang S, Rachawat D, Piya-Anant M. Outcome of pregnancy in the presence of intrauterine device. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 1977, 56:479–482.
6. Mermet J, et al. Devenir des grossesses sur stérilet et conduite à tenir [Management of pregnancies occurring with an intrauterine device in place]. *Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1986, 81:233–235.
7. Shalev J et al. Continuous sonographic monitoring of IUD extraction during pregnancy: preliminary report. *American Journal of Roentgenology*, 1982, 139:521–523.
8. Skjeldestad FE, Hammervold R, Peterson DR. Outcomes of pregnancy with an IUD in situ—a population based case-control study. *Advances in Contraception*, 1988, 4: 265-270.
9. Steven JD, Fraser IS. The outcome of pregnancy after failure of an intrauterine contraceptive device. *Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Commonwealth*, 1974, 81:282–284.
10. Tatum HJ, Schmidt FH, Jain AK. Management and outcome of pregnancies associated with the Copper T intrauterine contraceptive device. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1976, 126:869–879.
11. Vessey MP et al. Outcome of pregnancy in women using an intrauterine device. *Lancet*, 1974, 1:495–498.



Question importante non résolue

Quelle est l'issue d'une grossesse survenant chez une femme alors qu'elle porte un DIU au cuivre, et en quoi cette issue diffère-t-elle selon que la femme ait fait retirer ou non le DIU ?





Que faut-il faire si l'utilisatrice d'un DIU libérant du lévonorgestrel se trouve enceinte?

29. Que faut-il faire, si l'utilisatrice d'un DIU libérant du lévonorgestrel (DIU-LNG) se trouve enceinte ?

Grossesse constatée chez une utilisatrice du DIU-LNG

- ◆ Eliminer une grossesse extra-utérine.
- ◆ Expliquer à la femme qu'en laissant le DIU-LNG en place, le risque de fausse couche au premier et au second trimestre (y compris de fausse couche avec septicémie pouvant entraîner le décès) et d'accouchement prématuré est majoré. On réduit ces mêmes risques, si l'on retire le DIU-LNG, encore que le geste lui-même comporte un léger risque de fausse couche.
 - ◇ Si elle ne souhaite pas poursuivre cette grossesse et si une interruption de grossesse pour raison thérapeutique est légalement possible, l'en informer comme il se doit.
 - ◇ Si elle souhaite poursuivre la grossesse, bien lui expliquer qu'il y a un risque accru de fausse couche au premier et au second trimestre (y compris de fausse couche avec septicémie pouvant entraîner le décès) et d'accouchement prématuré en cas de non-retrait du DIU-LNG. Lui conseiller de rechercher rapidement des soins si elle présente des saignements importants, des crampes, des douleurs, des pertes vaginales anormales ou de la fièvre.

Les fils du DIU sont visibles ou peuvent être extraits sans danger du canal cervical

- ◆ Indiquer à la femme qu'il vaut mieux retirer le DIU-LNG.
- ◆ S'il doit être retiré, l'extraire en tirant doucement sur les fils.
- ◆ Expliquer à la femme qu'elle doit revenir rapidement si elle présente des saignements importants, des crampes, des douleurs, des pertes vaginales anormales ou de la fièvre.
- ◆ Si elle choisit de garder le DIU-LNG, lui conseiller de rechercher rapidement des soins si elle présente des saignements abondants, des crampes, des douleurs, des pertes vaginales anormales ou de la fièvre.

Les fils du DIU sont invisibles et ne peuvent être extraits en toute sécurité

- ◆ Lorsqu'on dispose de l'échographie, elle peut être utile pour déterminer où se trouve le DIU-LNG. Si l'on ne peut localiser ce dernier, cela peut vouloir dire qu'il a été expulsé.
- ◆ Si l'échographie est impossible ou si l'on s'aperçoit à l'échographie que le DIU-LNG se trouve à l'intérieur de l'utérus, bien expliquer à la femme quels sont les risques et lui recommander de rechercher rapidement des soins si elle présente des saignements abondants, des crampes, des douleurs, des pertes vaginales anormales ou de la fièvre.

Observations

Le Groupe de travail a conclu que le fait de retirer le DIU-LNG améliore les chances d'issue favorable de la grossesse, si les fils sont visibles ou peuvent être extraits sans danger du canal cervical, et que le risque de fausse couche, d'accouchement prématuré et d'infection est important si on laisse en place le DIU-LNG.

Ces recommandations sont fondées sur les données relatives au DIU au cuivre. En outre, le Groupe de travail a estimé qu'on peut théoriquement craindre une éventuelle majoration des risques pour le fœtus en raison de l'exposition à des hormones. Toutefois, on ignore si cette exposition majore le risque d'anomalies chez le fœtus.

Question soulevée lors de l'examen systématique

Quels sont les risques de retombées négatives, en cas de retrait ou de non retrait du DIU au cuivre? **Éléments d'appréciation de niveau:** II-3, mauvais, indirect.

Références bibliographiques recensées lors de l'examen systématique

1. Backman T et al. Pregnancy during the use of levonorgestrel intrauterine system. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2004, 190:50–54.
2. Fulcheri E, di Capua E, Ragni N. Pregnancy despite IUD: adverse effects on pregnancy evolution and fetus. *Contraception*, 2003, 68:35–38.

Question importante non résolue

Quels effets néfastes le DIU-LNG peut-il avoir sur le fœtus exposé in utero au lévonorgestrel ?

Incidences programmatiques

30. Quels examens ou tests faut-il faire à titre systématique avant de fournir une méthode de contraception?
31. Combien de plaquettes de pilules [contraceptifs oraux combinés (COC) ou pilules progestatives pures (PPP)] faut-il donner lors de la première consultation, et lors des suivantes?
32. Quel est le suivi recommandé pour les utilisatrices de contraceptifs oraux combinés (COC), de pilules progestatives pures (PPP), d'implants et du DIU?
33. Sur quels éléments le prestataire peut-il se baser pour considérer que la femme n'est pas enceinte?





Quels examens ou tests faut-il faire à titre systématique avant de fournir une méthode de contraception ?

30. Quels examens ou tests faut-il faire à titre systématique avant de fournir une méthode de contraception ?

Les examens ou tests indiqués s'appliquent aux personnes présumées en bonne santé.

Celles dont on sait qu'elles ont des problèmes médicaux ou d'autres affections particulières peuvent avoir besoin d'examens ou de tests supplémentaires afin de pouvoir déterminer si elles sont de bonnes candidates pour une méthode de contraception donnée. Le document OMS intitulé *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, troisième édition, 2004*, peut être utile en pareil cas.

On a considéré comme utile la classification qui suit pour différencier l'applicabilité des divers examens ou tests :

Classe A = essentiel et obligatoire dans tous les cas pour une utilisation sûre et efficace de la méthode contraceptive.

Classe B = joue un rôle important dans la sécurité et l'efficacité d'utilisation, mais la mise en œuvre est à replacer dans le contexte de la santé publique et/ou des services offerts. Le risque rattaché au fait de ne pas effectuer un examen ou un test doit être pesé en regard des avantages présentés par le fait de mettre à disposition la méthode contraceptive.

Classe C = ne joue pas un rôle important dans la sécurité et l'efficacité d'emploi de la méthode contraceptive.

Cette classification renvoie essentiellement au rapport existant entre les examens ou les tests et la mise en route en toute sécurité d'une méthode contraceptive. Elle ne vise pas à étudier le bien-fondé de ces examens ou de ces tests dans d'autres situations. Par exemple, certains des examens ou tests qui ne sont pas considérés comme nécessaires pour une contraception sûre et efficace peuvent être appropriés pour des soins de santé préventifs de qualité, ou pour diagnostiquer ou évaluer des pathologies suspectées.

Notes du tableau :

- * Les *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, troisième édition, 2004*, indiquent qu'il ne faut pas poser un DIU aux femmes à haut risque personnel d'infection à gonocoque et/ou à chlamydia, sauf en l'absence d'autres méthodes acceptables plus appropriées. Si elle souffre d'une cervicite purulente ou d'une infection à gonocoque ou à chlamydia en cours, la pose d'un DIU est à proscrire tant que ces maladies ne sont pas guéries et que la femme ne répond donc pas à tous les critères de recevabilité médicale.
- † Les *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, troisième édition, 2004*, indiquent les femmes à haut risque d'infection au VIH ne doivent pas utiliser des spermicides contenant du nonoxynol-9. Les femmes à haut risque d'infection au VIH doivent également éviter d'utiliser des diaphragmes et des capes cervicales auxquels on a ajouté du nonoxynol-9, sauf en l'absence d'autres méthodes acceptables plus appropriées. L'efficacité contraceptive des diaphragmes et capes cervicales sans nonoxynol-9 n'a pas été suffisamment étudiée et on peut supposer qu'elle est inférieure à celle des diaphragmes et capes cervicales avec nonoxynol-9.
- ‡ Il est souhaitable de disposer de mesures de la tension artérielle avant de démarrer des COC, CIC, PPP, PSI et implants. Toutefois, dans certains contextes, il n'est pas possible de mesurer la tension artérielle. Dans beaucoup d'entre eux, les risques de morbidité et de mortalité pendant la grossesse sont élevés et les méthodes hormonales figurent parmi les rares méthodes largement disponibles. Dans ces endroits, on ne refusera pas aux femmes des méthodes hormonales simplement parce qu'on ne peut pas mesurer leur tension artérielle.

§ Pour les actes pratiqués sous anesthésie locale.

Situation particulière	Contraceptifs oraux combinés	Contraceptifs injectables combinés	Pilules progestatives pures	Progestatifs seuls injectables	Implants	DIU	Préservatifs	Diaphragme/ cape cervicale	Spermicides	Stérilisation féminine	Vasectomie
Examen des seins par le prestataire	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	Sans objet
Examen pelvien/ génital	C	C	C	C	C	A	C	A	C	A	A
Dépistage du cancer du col utérin	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	Sans objet
Tests de laboratoire en routine	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Taux d'hémoglobine	C	C	C	C	C	B	C	C	C	B	C
Évaluation du risque d'IST: anamnèse et examen physique	C	C	C	C	C	A*	C†	C†	C†	C	C
Dépistage des IST/du VIH: tests de laboratoire	C	C	C	C	C	B*	C†	C†	C†	C	C
Tension artérielle	†	†	†	†	†	C	C	C	C	A	C ^s



Combien de plaquettes de pilules (contraceptifs oraux combinés ou pilules progestatives pures) faut-il donner lors de la première consultation, et lors des suivantes ?

31. Combien de plaquettes de pilules (contraceptifs oraux combinés ou pilules progestatives pures) faut-il donner lors de la première consultation, et lors des suivantes ?

Première consultation et consultations suivantes

- ◆ Fournir jusqu'à un an de réserve de pilules selon ce que souhaite la femme et en fonction de l'usage qu'elle compte en faire.
- ◆ Au sein des programmes, adapter le souhait d'offrir aux femmes un accès maximal à la pilule en fonction de la situation relative aux approvisionnements et à la logistique.
- ◆ Le système de réapprovisionnement doit être souple, de sorte que la femme puisse obtenir facilement le nombre de plaquettes dont elle a besoin au moment où elle en a besoin.



Observations

Le Groupe de travail a conclu que le fait de limiter le nombre de plaquettes de pilules peut se solder par une interruption non voulue de la méthode et par un risque accru de grossesse.



Question importante non résolue

Le fait de fournir un nombre différent de plaquettes de pilules lors de la première consultation et des suivantes a-t-il des effets sur l'utilisation régulière et continue des COC et des PPP, et lesquels?





Quel est le suivi recommandé pour les utilisatrices de contraceptifs oraux combinés, de pilules progestatives pures, des implants et des DIU ?

32. Quel est le suivi recommandé pour les utilisatrices de contraceptifs oraux combinés, de pilules progestatives pures, des implants et des DIU ?

Ces recommandations portent sur la fréquence minimale du suivi recommandé pour assurer une utilisation sûre et efficace de la méthode. Elles font référence à des situations générales et peuvent varier en fonction des utilisatrices et des contextes. Par exemple, les femmes présentant des pathologies particulières peuvent avoir besoin de visites de suivi plus fréquentes.

Ces méthodes ne protègent pas contre les IST/le VIH. S'il y a un risque d'IST/de VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH.

COC

- ◆ On recommande une consultation annuelle au titre du suivi.
- ◆ Une consultation 3 mois après la mise en route de la méthode apporte des bénéfices supplémentaires.
- ◆ Conseiller à la femme de revenir à tout moment pour parler des effets secondaires ou d'autres problèmes, ou si elle souhaite changer de méthode.

PPP (femme n'allaitant pas)

- ◆ La consultation annuelle n'est pas nécessaire, mais il est recommandé d'effectuer un suivi environ 3 mois après le démarrage de la méthode.
- ◆ Conseiller à la femme de revenir à tout moment pour discuter des effets secondaires ou d'autres problèmes, ou si elle souhaite changer de méthode.

PPP (femme qui allaite)

- ◆ Aucun suivi systématique n'est nécessaire.
- ◆ Conseiller à la femme de revenir à tout moment si elle veut discuter des effets secondaires ou d'autres problèmes, ou si elle souhaite changer de méthode.
- ◆ Indiquer à la femme que lorsqu'elle va sevrer l'enfant ou réduire sensiblement la fréquence des tétées, elle devra revenir pour un complément d'information et de conseil en matière de contraception.

Implants

- ◆ Aucun suivi systématique n'est nécessaire.
- ◆ Conseiller à la femme de revenir à tout moment si elle veut discuter des effets secondaires ou d'autres problèmes, ou si elle souhaite changer de méthode.
- ◆ Recommander à la femme de revenir quand le moment sera venu de retirer les implants.

DIU

- ◆ Un suivi est recommandé après les premières règles ou 3 à 6 semaines après la pose du DIU.
- ◆ Conseiller à la femme de revenir à tout moment si elle veut discuter des effets secondaires ou d'autres problèmes, ou si elle souhaite changer de méthode.
- ◆ Pour les dispositifs qui ont un taux d'expulsion élevé, un suivi à intervalles plus rapprochés que celui indiqué ci-dessus peut être nécessaire.
- ◆ Conseiller à la femme de revenir quand le moment sera venu de retirer le DIU.



Observations

Le Groupe de travail a conclu que les consultations ou contacts de suivi devraient comprendre, au minimum, une séance de conseil pour parler des effets secondaires ou d'autres problèmes, de l'utilisation correcte et régulière de la méthode ainsi que de la protection contre les IST. D'autres évaluations peuvent être opportunes, par exemple un examen pelvien, pour vérifier que le DIU ne s'est pas déplacé.



Question importante non résolue

Le fait d'avoir une consultation de suivi ou un contact 3 mois après avoir démarré les COC ou les PPP (comparé à la situation où aucune visite de suivi à court terme n'est prévue) augmente-t-il le taux d'utilisation régulière, correcte et continue de ces méthodes ?





Sur quels éléments le prestataire peut-il se baser pour considérer que la femme n'est pas enceinte ?

33. Sur quels éléments le prestataire peut-il se baser pour considérer que la femme n'est pas enceinte ?

Le diagnostic de grossesse est important. La possibilité de poser ce diagnostic précocement variera en fonction des ressources et des endroits. Les tests biochimiques de grossesse extrêmement fiables sont souvent très utiles, mais non disponibles dans bon nombre de régions. L'examen pelvien, lorsqu'il est possible, est fiable environ 8 à 10 semaines après le premier jour des dernières règles.

Le prestataire est fondé à considérer que la femme n'est pas enceinte si elle ne présente aucun symptôme ni signe de grossesse et satisfait à l'un des critères suivants:

- ◆ n'a pas eu de rapport sexuel depuis ses dernières règles normales
- ◆ a utilisé correctement et régulièrement une méthode de contraception fiable
- ◆ a eu des règles normales qui ont commencé au cours des 7 jours précédents
- ◆ a accouché (pour une femme qui n'allait pas) au cours des 4 semaines précédentes
- ◆ a eu un avortement ou une fausse couche au cours des 7 jours précédents
- ◆ nourrit, exclusivement ou presque, son enfant au sein, présente une aménorrhée et a accouché depuis moins de 6 mois.

**Réunion du Groupe de travail scientifique, pour actualiser la Sélection de Recommandations
pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives**

Salle C, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 13-16 avril 2004

Dr Yasmin H. Ahmed
Marie Stopes Clinic Society
6/2 Block F, Lalmatia
Dhaka, 1207
Bangladesh

Dr Halida Akhter
Health Promotion Limited (HPL)
H-310, Rd-3 Baitul Aman
Housing Society, Shyamoli
Dhaka, 1207
Bangladesh

Dr Marcos Arevalo*
Institute for Reproductive Health
4301 Connecticut Ave NW, Suite 310
Washington, DC 20008
Etats-Unis d'Amérique

Dr Tsungai Chipato
Department of OB/GYN
University of Zimbabwe
P.O. Box A 178
Harare
Zimbabwe

Dr Maria del Carmen Cravioto
Department of Reproductive Biology
National Institute of Nutrition Salvador
Zubiran
Vaso de Quiroga 15
Delegacion Tlalpan
C. P. 14000 Mexico, D.F.
Mexique

Dr Soledad Diaz
Instituto Chileno de Medicina Reproductiva
José Ramon Gutierrez 295 Dto 3
Santiago
Chili

Dr John Guillebaud
White leas Mead
14 Hidscope Road
Cumnor Hill
Oxford OX2 9JJ
Royaume-Uni

Dr Kerstin Hagenfeldt
Department of OB/GYN
Karolinska Institute
Box 140
S-171 76 Stockholm
Suède

Dr Ezzeldin Othman Hassan
The National Egyptian Fertility Care Foundation
2(A) Mahrouky Street Mohandessen
POB 147 Orman
Giza
Egypte

Dr Robert Hatcher
Department of Obstetrics and Gynecology
Emory University
69 Jesse Hill Jr Drive SE
3 Suite 412
Atlanta, GA 30303
Etats-Unis d'Amérique

Dr Mihai Horga
East European Institute for Reproductive
Health
1 Moldovei St.
540493 Targu-Mures
Roumanie

Dr Douglas Huber*
Management Sciences for Health
891 Centre Street
Boston, MA 02130-3400
Etats-Unis d'Amérique

Dr Roy Jacobstein*
EngenderHealth
440 Ninth Avenue
New York, NY 1001
Etats-Unis d'Amérique

Dr Pisake Lumbiganon
Department of OB/GYN
Faculty of Medicine
Khon Kaen University
Khon Kaen 40002
Thaïlande

Dr Pamela Lynam*
Regional Technical Director, East and
Southern Africa
JHPIEGO - Johns Hopkins University
P O Box 58247
Nairobi
Kenya

Dr Trent MacKay*
Contraception and Reproductive Health
Branch, NICHD, NIH
6100 Executive Boulevard, Suite 8B13
Rockville, MD 20892
Etats-Unis d'Amérique

Dr Polly Marchbanks*
Fertility Epidemiology Section
Division of Reproductive Health
Centers for Disease Control and Prevention
4770 Buford Highway, NE, MS K-34
Atlanta, GA 30341-3717
Etats-Unis d'Amérique

Dr Olav Meirik
Instituto Chileno de Medicina Reproductiva
Jose Ramon Gutierrez 295, Depto 3
Santiago
Chili

Dr Noel McIntosh
215 Luguain Court
Baltimore, MD 21208
Etats-Unis d'Amérique

Dr Helen Rees
Reproductive Health Research Unit
University of Witwatersrand
Chris Hani Baragwanath Hospital
PO Bertsham 2013
Johannesburg
Afrique du Sud

Dr Roberto Rivera*
Family Health International
P. O. Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709
Etats-Unis d'Amérique

Dr Fred Sai
P. O. Box 9983
Kotoka Airport, 4404
Accra
Ghana

Dr Pramilla Senanayake
4/8, Hyde Park Residences
79 Hyde Park Corner
Colombo 2
Sri Lanka

Dr James Shelton*
Office of Population
Bureau of Science and Technology
USAID
1300 Pennsylvania Avenue, G/PHN
Washington, D.C. 20523
Etats-Unis d'Amérique

Mr Irving Sivin*
Centre for Biomedical Research
The Population Council
One Dag Hammarskjold Plaza
New York, NY 10017
Etats-Unis d'Amérique

Dr Connie Smith
Westside Contraceptive Services
Westminster PCT
Raymede Clinic, St Charles Hospital, Exmoor Street
London, W10 6DZ
Royaume-Uni

Dr Fatiha Terki*
International Planned Parenthood Federation
Regent's College, Inner Circle, Regent's Park
London NW1 4NS
Royaume-Uni

Dr Marcel Vekemans*
IntraHealth International Inc.
6340 Quadrangle Drive, Suite 200
Chapel Hill, NC 27517
Etats-Unis d'Amérique

Dr Edith Weisberg
Sydney Centre for Reproductive Health Research
328-336 Liverpool Road
Ashfield, NSW 2131
Australie

CONSEILLERS TEMPORAIRES

Dr Dawn S. Chin-Quee
Senior Research Associate
Family Health International
2224 E. NC Highway 54
Durham, NC 27713
Etats-Unis d'Amérique

Dr Camaryn Chrisman
Wake Forest University School of Medicine
873 Lockland Avenue
Winston Salem, NC 27103
Etats-Unis d'Amérique

Ms Anshu Mohllajee
Division of Reproductive Health
Koger Rhodes Building
CDC Mailstop K-34
4770 Buford Highway, NE
Atlanta, GA 30341-3717
Etats-Unis d'Amérique

Dr Kavita Nanda
Family Health International
P. O. Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709
Etats-Unis d'Amérique

Dr Linda S. Potter
Family Health Research
56 N. Mill Road
Princeton Junction, NJ 08550
Etats-Unis d'Amérique

Ms Ruwaida M. Salem
John Hopkins University
Center for Communication Programs
111 Market Place, Suite 310
Baltimore, MD 21202
Etats-Unis d'Amérique

Dr Helena von Hertzen
Département Santé et Recherche génésiques
Organization mondiale de la Santé
1211 Genève 27
Suisse

Dr Erica Marsh, Intern
Département Santé et Recherche génésiques
Organization mondiale de la Santé
1211 Genève 27
Suisse

* Représentant institutionnel

SECRETARIAT OMS

Ms Kathryn Church
Département Santé et Recherche génésiques
Organization mondiale de la Santé
1211 Genève 27
Suisse

Dr MaryLyn Gaffield
Département Santé et Recherche génésiques
Organization mondiale de la Santé
1211 Genève 27
Suisse

Dr Carlos Huezo
Département Santé et Recherche génésiques
Organization mondiale de la Santé
1211 Genève 27
Suisse

Ms Sarah Johnson
Département Santé et Recherche génésiques
Organization mondiale de la Santé
1211 Genève 27
Suisse

Mrs Gloria Lamptey
Département Santé et Recherche génésiques
Organization mondiale de la Santé
1211 Genève 27
Suisse

Dr Herbert Peterson
Département Santé et Recherche génésiques
Organization mondiale de la Santé
1211 Genève 27
Suisse

Dr Paul Van Look
Département Santé et Recherche génésiques
Organization mondiale de la Santé
1211 Genève 27
Suisse