

Organisation mondiale de la Santé  
Département de Santé et recherche génésiques

# Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives

**Troisième édition 2017**



Organisation  
mondiale de la Santé



Organisation mondiale de la Santé  
Département de Santé et recherche génésiques

# Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives

**Troisième édition 2017**



Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives. 3<sup>ème</sup> édition

ISBN 978-92-4-256540-9

© **Organisation mondiale de la Santé 2017**

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

**Citation suggérée.** Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives. 3<sup>ème</sup> édition. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

**Catalogage à la source.** Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

**Ventes, droits et licences.** Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

**Matériel attribué à des tiers.** Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

**Clause générale de non responsabilité.** Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS 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 traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets 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'OMS, 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 précautions raisonnables 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'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé en France.

# Sommaire

<b>Remerciements</b>	<b>3</b>
<b>Sigles et acronymes</b>	<b>5</b>
<b>Résumé d'orientation</b>	<b>6</b>
<b>Introduction</b>	<b>6</b>
<b>Public visé</b>	<b>8</b>
<b>Méthodes d'élaboration des lignes directrices</b>	<b>8</b>
<b>Récapitulatif des nouvelles recommandations</b>	<b>10</b>
<b>1. Considérations générales</b>	<b>12</b>
<b>1.1 Les soins liés à la santé sexuelle et reproductive en tant que droits humains</b>	<b>12</b>
<b>1.2 Choix de la méthode contraceptive</b>	<b>13</b>
1.2.1 Questions en rapport avec la qualité et l'accèsibilité des services, qui influencent le choix de la méthode et son utilisation	14
<b>1.3 Efficacité des méthodes</b>	<b>14</b>
<b>1.4 Retour de la fécondité</b>	<b>16</b>
<b>1.5 Infections sexuellement transmissibles et contraception : la double protection</b>	<b>16</b>
<b>2. Méthodes</b>	<b>17</b>
<b>3. Comment utiliser ce document</b>	<b>19</b>
3.1 Classification des examens et des tests avant la mise en route des méthodes contraceptives	19
3.2 Recevabilité des contraceptifs	20
<b>4. Implications programmatiques</b>	<b>21</b>
4.1 Introduction des lignes directrices dans les programmes nationaux	21
<b>5. Clients ayant des besoins particuliers</b>	<b>23</b>
5.1 Personnes présentant un handicap	23
5.2 Adolescents	23
<b>6. Récapitulatif des modifications apportées dans la troisième édition du document <i>Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives</i></b>	<b>26</b>
<b>7. Recommandations</b>	<b>27</b>
7.1 Comment un prestataire de soins de santé peut-il être raisonnablement certain qu'une femme n'est pas enceinte ?	27
7.2 Dispositifs intra-utérins	27
7.2.1 DIU au cuivre (DIU-Cu) et DIU libérant du lévonorgestrel (DIU-LNG)	27

<b>7.3 Progestatifs seuls</b>	34
7.3.1 Implants avec progestatif seul	34
7.3.2 Progestatifs seuls injectables (PSI)	38
7.3.3 Pilules de progestatif seul (PPS)	43
<b>7.4 Contraceptifs hormonaux combinés</b>	48
7.4.1 Contraceptifs oraux combinés (COC), patch contraceptif combiné et anneau contraceptif combiné intravaginal (AIV)	49
7.4.2 Contraceptifs injectables combinés (CIC)	56
<b>7.5 Contraception d'urgence</b>	59
7.5.1 DIU au cuivre (DIU-Cu) pour la contraception d'urgence, et pilules pour la contraception d'urgence (PCU)	60
7.5.2 Reprise ou mise en route d'une contraception régulière après utilisation d'une contraception d'urgence	62
<b>7.6 Méthode des Jours Fixes®</b>	65
<b>7.7 Stérilisation masculine</b>	66
7.7.1 Vasectomie	67

**Annexe sur le Web : Elaboration de la mise à jour des lignes directrices pour la troisième édition**  
[\(www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/SPR-3/en/\)](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/en/) - uniquement en anglais

# Remerciements

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) souhaite remercier le Groupe d'élaboration des lignes directrices (GELD) et le Secrétariat pour les Données scientifiques pour leurs contributions tout au long de l'élaboration de ces recommandations. L'OMS a tenu trois consultations (13-16 mai 2013, 9-12 mars 2014 et 24-25 septembre 2014) pour finaliser la troisième édition du document Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives. Tous les membres du GELD et du Secrétariat pour les Données scientifiques ont participé à au moins une de ces trois consultations. L'OMS est très reconnaissante des suggestions faites par les collègues qui ont évalué les premières versions des lignes directrices en tant que pairs et membres du Groupe de revue externe. Les noms des membres de chacun de ces groupes figurent ci-dessous.

## Groupe d'élaboration des lignes directrices

Richard Adanu (Université du Ghana, Ghana), Eliana Amaral (Université d'Etat de Campinas, Brésil), Jean-Jacques Amy (Société européenne pour la Contraception et la Santé reproductive, Belgique), Sharon Cameron (Université d'Edimbourg, Royaume-Uni), Tsungai Chipato (Université du Zimbabwe, Zimbabwe), Roger Chou (Université des Sciences de la Santé d'Oregon, États-Unis d'Amérique), Jacqueline Conard (Hôpital Universitaire de Paris – Hôtel Dieu, France), Maria del Carmen Cravioto (Institut national de la Nutrition Salvador Zubiran, Mexique), Marc Dhont (Hôpital universitaire de Gand, Belgique), Alison Edelman (Université des Sciences de la Santé d'Oregon, États-Unis d'Amérique), Faysel El-Kak (Université américaine de Beyrouth, Liban), Mohammed Eslami (Ministère de la Santé et de l'Éducation, République islamique d'Iran), Karima Gholbzouri (Ministère de la Santé, Maroc), Gathari Gichuhi (Jhpiego, Kenya), Anna Glasier (Université d'Edimbourg, Royaume-Uni), Andy Gray (Université de KwaZulu-Natal, Afrique du Sud), Philip Hannaford (Université d'Aberdeen, Royaume-Uni), Caitlin Kennedy (Université Johns Hopkins, États-Unis d'Amérique), Pisake Lumbiganon (Université de Khon Kaen, Thaïlande), Francesca Martínez (Institut universitaire Dexeus, Espagne), Olav Meirik (Institut chilien de Médecine reproductive, Chili), Suneeta Mittal (Institut de recherche Fortis Memorial, Inde), Herbert Peterson (Université de Caroline du Nord, États-Unis d'Amérique), Maria Ascunsió Silvestre (Université des Philippines, Philippines), Régine Sitruk-Ware (Population Council, États-Unis d'Amérique), Marja-Riitta Taskinen (Université d'Helsinki, Finlande), Tran Son Thach (Université d'Adelaide, Australie), Carolyn Westhoff (Université Columbia, États-Unis d'Amérique), Wu Shangchun (Institut national de Recherche en Planification familiale, Chine).

## Secrétariat pour les Données scientifiques

Université Duke, États-Unis d'Amérique - Remy Coeytaux  
Centres pour le Contrôle et la Prévention des Maladies (CDC), États-Unis d'Amérique – Tara Jatlaoui, Kathryn Curtis, Halley Riley, Naomi Tepper  
Université de Caroline du Nord, États-Unis d'Amérique – Rachel Peragallo Urrutia

## Partenaires

Agence européenne des médicaments (EMA) - Peter Arlett, Corinne de Vries, Julie Williams  
Confédération internationale des sages-femmes (ICM) - Maria Papadopoulou  
Fédération internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) - Hamid Rushwan  
Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) - Sennen Hounton  
Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis d'Amérique - Lisa Soule  
Instituts nationaux de la Santé (NIH) des États-Unis d'Amérique - Alicia Armstrong, Trent MacKay  
Agence des États-Unis pour le Développement international (USAID) - Patricia MacDonald, James Shelton

## Groupe de Revue externe

Abu Faisal (EngenderHealth, Bangladesh), Pio Ivan Gomez (Fédération internationale des Planning familiaux/Région Hémisphère Ouest et Professeur titulaire à l'Université nationale de Colombie, Colombie), Mihai Horga (Institut d'Europe de l'Est pour la Santé reproductive, Roumanie), Rafat Jan (Université Agha Khan, Pakistan), Isaac Malonza (Jhpiego, Kenya), John Pile (UNFPA, Timor-Leste).

## Secrétariat de l'OMS

### Siège de l'OMS, Genève, Suisse

Département Médicaments essentiels et produits sanitaires – Nicola Magrini

Département VIH/sida – Rachel Baggaley

Département Prise en charge des maladies non transmissibles, handicap, prévention de la violence et du traumatisme - Alarcos Cieza

Département Santé et Recherche génésiques - Moazzam Ali, Keri Barnett-Howell (volontaire), Shannon Carr (volontaire), Venkatraman Chandra-Mouli, Monica Dragoman, Mario Festin, Mary Lyn Gaffield, Rajat Khosla, James Kiarie, Caron Kim, Sharon Phillips, Maria Rodriguez, Theresa Ryle, Petrus Steyn, Marleen Temmerman, Katherine Whitehouse, Teodora Wi.

### Bureaux régionaux de l'OMS

Bureau régional de l'Afrique - Léopold Ouedraogo

Bureau régional des Amériques (Organisation panaméricaine de la Santé) - Suzanne Serruya

Bureau régional de la Méditerranée orientale - Ramez Mahaini (excusé)

Bureau régional de l'Europe - Gunta Lazdane

Bureau régional de l'Asie du Sud-Est - Arvind Mathur

Bureau régional du Pacifique occidental - Wen Chunmei

### Coordination générale

Département Santé et Recherche génésiques de l'OMS - Mary Lyn Gaffield. Theresa Ryle a assuré la coordination et le soutien logistique.

### Rédaction

La première version de ces recommandations a été rédigée par Erin Berry-Bibee, Melissa Chen, Kathryn Curtis, Monica Dragoman, Mary Lyn Gaffield, Leah Horton, Tara Jatlaoui, Caron Kim, Brian Nguyen, Halley Riley, Katharine Simmons, Naomi Tepper et Katherine Whitehouse. Les versions suivantes ont fait l'objet d'un examen et d'apports par les membres du GELD, les membres du Groupe de Revue externe et le personnel du Secrétariat de l'OMS. Les 13 revues systématiques fournissant la synthèse des données pour les lignes directrices ont été réalisées par Dalia Brahmi, Kathryn Curtis, Mary Lyn Gaffield, Emily Godfrey, Nathalie Kapp, Polly Marchbanks, Sharon Phillips, Halley Riley, Maria Rodriguez, Jennifer Salcedo, Maria Steenland, Petrus Steyn, Naomi Tepper, Meredith Warren, Lauren Zapata et Wen Zhang. Les tableaux GRADE et l'expertise sur la méthodologie GRADE sont à mettre au crédit de Roger Chou de l'Université des Sciences de la Santé d'Oregon, États-Unis d'Amérique. L'expertise statistique pour les méta-analyses a été apportée par Rochelle Fu, également employée par l'Université des Sciences de la Santé d'Oregon, États-Unis d'Amérique. La relecture technique et la révision des épreuves ont été assurées par Jane Patten de Green Ink, Royaume-Uni ([www.greenink.co.uk](http://www.greenink.co.uk)).

### Financement

L'élaboration de ces recommandations a été financée par les NIH et l'USAID.



# Sigles et acronymes

AINS	anti-inflammatoire non stéroïdien
AIV	anneau contraceptif combiné intravaginal
AMPR	acétate de médroxyprogestérone retard
AMPR-IM	acétate de médroxyprogestérone retard - voie intramusculaire
AMPR-SC	acétate de médroxyprogestérone retard - voie sous-cutanée
CDC	Centres pour le Contrôle et la Prévention des Maladies (États-Unis d'Amérique)
CHC	contraceptifs hormonaux combinés
CIC	contraceptif injectable combiné
CIRE	Continuous Identification of Research Evidence (Inventaire en continu des données issues de la recherche)
COC	contraceptif oral combiné
CRDPH	Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées
CU	contraception d'urgence
DIU	dispositif intra-utérin
DIU-Cu	dispositif intra-utérin au cuivre
DIU-LNG	dispositif intra-utérin libérant du lévonorgestrel
ETG	étonogestrel
GELD	Groupe d'élaboration des lignes directrices
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (grades donnés à l'examen, au développement et à l'évaluation des recommandations – méthode d'évaluation de la qualité des données scientifiques)
IST	infection sexuellement transmissible
LNG	lévonorgestrel
MCF	méthode basée sur la connaissance de la fécondité
MEC	Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives (publication de l'OMS)
MIP	maladie inflammatoire pelvienne
MJF	Méthode des Jours Fixes® (Standard Days Method)
NET-EN	éнанthate de noréthistérone
NIH	National Institutes of Health (Instituts nationaux de la Santé) - États-Unis d'Amérique
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PCU	pilule pour la contraception d'urgence
PICO	question PICO (population, intervention, comparator, outcome : population, intervention, comparaison, résultat)
PPS	pilule de progestatif seul
PS	progestatif seul
PSI	progestatif seul injectable
SI(II)	Sino-implant (II)®
SPR	Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives (publication de l'OMS)
UPA	acétate d'ulipristal
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international

# Résumé d'orientation

## Introduction

Ce document fait partie intégrante du processus d'amélioration de la qualité des soins dans le domaine de la planification familiale. C'est l'un des deux guides fondamentaux reposant sur une base factuelle (documents d'orientation) de l'Initiative de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour l'élaboration et la mise en œuvre des lignes directrices en matière de planification familiale à l'intention des programmes nationaux. Le premier d'entre eux, intitulé *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* (MEC, actuellement dans sa cinquième édition)<sup>1</sup>, fournit des informations approfondies et des orientations sur la sécurité de diverses méthodes contraceptives destinées à être utilisées en présence de pathologies ou de caractéristiques sanitaires particulières. Le présent document, *Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives* (SPR, troisième édition), représente le deuxième guide fondamental ; il indique comment employer les méthodes contraceptives de manière sûre et efficace une fois qu'elles sont jugées médicalement appropriées. S'agissant des recommandations publiées dans le document SPR, les considérations en matière de sécurité couvrent les obstacles courants à une utilisation sans risque, correcte et régulière de la contraception et les bénéfices de la prévention des grossesses non voulues ou non désirées. Il existe deux autres guides fondamentaux visant à guider les prestataires de soins de santé dans l'application des recommandations des documents MEC et SPR : *Outil d'aide à la prise de décision à l'usage des clients et des prestataires de la planification familiale*<sup>2</sup> et *Planification familiale: manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier*.<sup>3</sup> La Figure 1 montre comment chacun de ces quatre documents de l'OMS s'adresse à une audience particulière et traite d'un aspect unique, mais complémentaire, de la planification familiale.

La planification familiale est essentielle pour promouvoir le bien-être et l'autonomie des femmes, de leurs familles et de leurs communautés. La qualité des soins dans le cadre de la planification familiale est déterminante pour obtenir des progrès vers la réalisation de critères exigeants concernant la santé de tous. Comme spécifié dans la publication de l'OMS *Garantir les droits de l'homme lors de la fourniture d'informations et de services en matière de contraception. Orientations et recommandations*,<sup>4</sup> les aspects déterminant la qualité des soins dans le cadre de la planification familiale incluent la diversité des options proposées en tant que méthodes contraceptives, l'apport d'informations reposant sur des éléments factuels à propos de l'efficacité, des risques et des bénéfices des différentes méthodes, la prestation des services par des agents de santé formés et techniquement compétents, l'existence de relations prestataire-utilisateur reposant sur le respect d'un choix éclairé, de l'intimité et de la confidentialité ; et le regroupement approprié de services pour qu'ils soient disponibles dans un même lieu. Ce document contribue à l'amélioration de la qualité des soins de planification familiale en présentant des conseils fondés sur des éléments factuels pour la prescription sans risque de méthodes contraceptives à des femmes ou à des hommes.

Cette troisième édition du document SPR comprend deux composantes, publiées séparément. Ce document-ci, troisième édition du SPR, est le document principal qui contient les nouvelles recommandations actualisées et réaffirmées pour la prescription de contraceptifs et qui indique comment les appliquer. D'autre part, l'annexe du SPR sur le Web, *Elaboration de la mise à jour des lignes directrices pour la troisième édition*, renferme des informations complémentaires, expliquant comment les recommandations ont été élaborées.<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Publié en 2015. Disponible à l'adresse [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/MEC-5/fr/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/fr/)

<sup>2</sup> Publié en 2005. Disponible à l'adresse [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/9241593229index/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9241593229index/en/)

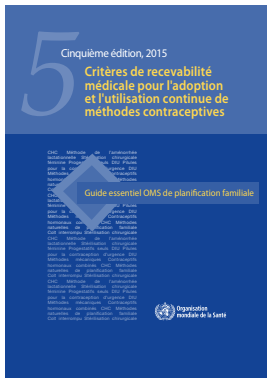
<sup>3</sup> Publié en 2011. Disponible à l'adresse [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/9780978856304/fr/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9780978856304/fr/)

<sup>4</sup> Publié en 2014. Disponible à l'adresse : [http://who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/human-rights-contraception/fr/](http://who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/human-rights-contraception/fr/)

<sup>5</sup> Disponible à l'adresse [www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/SPR-3/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/en/) - uniquement en anglais

**Figure 1. Les quatre principaux guides de planification familiale**

**Public visé : Responsables de l'élaboration des politiques et administrateurs de programmes**

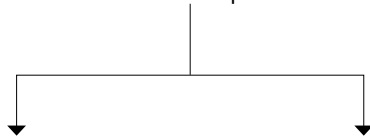


**Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives**  
lignes directrices indiquant qui peut utiliser sans risque les méthodes contraceptives



**Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives**  
lignes directrices indiquant comment utiliser efficacement et sans risque les méthodes contraceptives

Ces guides renferment des conseils reposant sur des éléments factuels et des lignes directrices formulées sur la base d'un consensus. Ils apportent des recommandations émises par un groupe de travail composé d'experts à partir de l'évaluation d'éléments pertinents. Ces recommandations sont revues et actualisées en temps utile.



**Public visé : Prestataires de conseil et de services en matière de contraception**

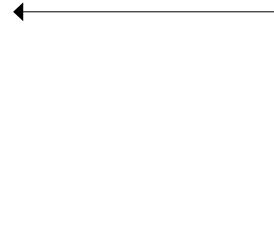


**Outil d'aide à la prise de décision à l'usage des clients et des prestataires de la planification familiale**



**Planification familiale : un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier.**

Il s'agit d'outils intégrant les *Critères de recevabilité médicale*, *Une sélection de recommandations pratiques* et d'autres recommandations émises sur la base d'un consensus pour répondre aux besoins des usagers de la planification familiale. Ils seront actualisés lorsque les lignes directrices le seront ou quand de nouveaux éléments le justifieront.



**Processus pour s'assurer que les lignes directrices restent actuelles**

1. Identifier les nouvelles données scientifiques pertinentes dès qu'elles deviennent disponibles par une recherche bibliographique complète en continu.
2. Évaluer de manière critique les nouvelles données.
3. Évaluer les nouvelles données à la lumière des données antérieures.
4. Déterminer si les données nouvellement synthétisées sont suffisantes pour justifier une actualisation des recommandations existantes.
5. Fournir des actualisations électroniques sur le site web consacré à la santé reproductive de l'OMS ([www.who.int/reproductivehealth](http://www.who.int/reproductivehealth)) en fonction des besoins et déterminer s'il est nécessaire de convoquer un groupe de travail d'experts pour réévaluer formellement les lignes directrices.

La troisième édition du SPR contient des conseils à propos des méthodes de planification familiales suivantes, destinées aux femmes et aux hommes : dispositifs intra-utérins au cuivre (DIU-Cu), DIU libérant du lévonorgestrel (DIU-LNG), implants libérant du lévonorgestrel (LNG) ou de l'étonogestrel (ETG), acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR) administré par voie intramusculaire ou sous-cutanée, énanthate de norethistérone (NET-EN), pilules de progestatif seul (PPS), pilules contraceptives orales combinées<sup>1</sup> faiblement dosées ( $\leq 35 \mu\text{g}$  éthinyll estradiol), patch contraceptif combiné (le patch), anneau contraceptif combiné intravaginal (AIV), contraceptifs injectables combinés (CIC), pilules pour la contraception d'urgence (PCU), DIU-Cu pour la contraception d'urgence, Méthode des Jours Fixes® (MJF), (une méthode de sensibilisation à la fertilité) et stérilisation masculine (vasectomie). Cette édition couvre les thèmes suivants : adoption/continuation de la méthode, emploi incorrect, problèmes en cours d'utilisation (vomissements et/ou diarrhée, anomalies menstruelles, maladie inflammatoire pelvienne, grossesse) et questions programmatiques.

## Public visé

L'audience visée par cette publication inclut les responsables de l'élaboration des politiques et les administrateurs des programmes de planification familiale au niveau national. Le document SPR n'est pas destiné à servir tel quel de directives pour les programmes nationaux de planification familiale et de santé reproductive, mais plutôt à constituer une référence pour la préparation de lignes directrices concernant la fourniture de services contraceptifs. Les conseils figurant dans ce document sont destinés à être interprétés au niveau des pays et des programmes de manière à refléter la diversité des situations et des contextes dans lesquels les contraceptifs sont délivrés. Les décideurs politiques et les administrateurs de programmes de planification familiale peuvent utiliser ces conseils pour mettre au point leurs propres normes et protocoles nationaux. Bien qu'il soit peu probable que les recommandations contenues dans ce document soient modifiées pendant ce processus, il y a une forte probabilité que leur application au niveau des pays varie. En particulier, il faudra prendre en considération le niveau de connaissances et d'expérience cliniques des divers types de prestataires et les ressources disponibles au point de prestation des services.

## Méthodes d'élaboration des lignes directrices

Le Groupe d'élaboration des lignes directrices (GELD), convoqué par l'OMS, était composé de 68 personnes représentant un large éventail de parties prenantes. Son mandat était de réexaminer et, si besoin était, de réviser les lignes directrices de la deuxième édition du SPR (2004) et de la mise à jour de 2008 de ce document. Les réunions du GELD se sont tenues les 14 et 15 mai 2013, du 9 au 12 mars 2014 et les 24 et 25 septembre 2014.

Pour ce processus de révision, le GELD a classé par priorité les examens de 19 sujets relatifs à l'inclusion dans la troisième édition de cinq nouvelles méthodes contraceptives :

- un implant à 2 bâtonnets contenant du lévonorgestrel – le Sino-implant (II)<sup>®</sup>
- l'AMPR par voie sous-cutanée
- le patch
- l'anneau contraceptif combiné intravaginal (AIV), et
- les pilules contraceptives d'urgence à base d'acétate d'ulipristal (PCU-UPA) ;

et une question additionnelle :

- Quand une femme peut-elle reprendre ou débiter une contraception régulière après avoir utilisé une contraception d'urgence?

---

<sup>1</sup> Le terme "combiné" se réfère à une combinaison d'éthinyll estradiol et d'un progestatif.

Les recommandations figurant dans ce document se fondent sur les dernières données cliniques et épidémiologiques résumées dans 14 revues systématiques. Lorsqu'aucune preuve claire n'était identifiée, des preuves indirectes ont été prises en compte, comme l'extrapolation à partir d'éléments relatifs à des méthodes contraceptives similaires ou des données correspondant à des mesures indirectes de certaines issues cliniques. Par exemple, des preuves concernant les COC ont été considérées pour formuler les recommandations relatives au patch et à l'AIV, des éléments relatifs à un type d'implant libérant du lévonorgestrel ont été pris en compte pour un autre type d'implant diffusant ce même produit, et des marqueurs de l'ovulation ont été utilisés comme mesures indirectes du risque de grossesse. Une revue systématique supplémentaire des données sur les valeurs et les préférences des utilisatrices et des utilisateurs de contraceptifs a été réalisée pour étayer l'élaboration des recommandations publiées dans ces lignes directrices actualisées.

Le GELD a pris en considération la qualité globale des données scientifiques disponibles, en accordant une attention particulière à la solidité et à la cohérence des données, conformément à la démarche GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) appliquée à l'examen des données.<sup>1</sup> Pour formuler les recommandations, le Groupe a considéré les profils GRADE des données, toutes les données indirectes, les bénéfices de la prévention des grossesses non désirées, et une approche des valeurs et des préférences des patients donnant la priorité à la disponibilité d'une large palette d'options contraceptives et l'élimination des obstacles médicaux inutiles, facilitant ainsi l'accès aux services contraceptifs. Dans cette version actualisée du SPR, le GELD a classé les recommandations relatives aux sujets examinés en recommandations « fortes » ou « conditionnelles ». Ce document visant principalement des décideurs politiques, une recommandation « forte » désigne une recommandation pouvant être adoptée en tant que politique dans la plupart des situations, tandis qu'une recommandation « conditionnelle » devrait nécessiter des débats substantiels et l'implication de diverses parties prenantes avant de pouvoir devenir une politique.<sup>2</sup>

Dans la troisième édition du SPR, la majorité des recommandations sont fournies sous forme narrative ; néanmoins, pour les recommandations incitant à proposer des examens ou des tests pour délivrer sans risque la méthode contraceptive, une classification sur une échelle A-B-C est utilisée. Cette échelle a été définie par le groupe d'experts ayant élaboré la première édition du SPR en 2001 et a été utilisée par des programmes nationaux depuis. Pour éviter une confusion inutile chez les utilisateurs de ces lignes directrices, la classification A-B-C a été retenue pour les recommandations relatives aux examens et aux tests. Le groupe GELD a suivi le même processus pour formuler des recommandations concernant les examens et les tests que celui appliqué pour les autres recommandations (par exemple, la mise au point de questions cliniques selon le format PICO, la réalisation de revues systématiques, la préparation de tableaux de données GRADE et l'élaboration de recommandations sur la base de ces éléments, tout en tenant compte des bénéfices et des préjudices pouvant résulter de l'application de ces recommandations, ainsi que des valeurs et préférences des femmes).

Le système d'inventaire en continu des données issues de la recherche (CIRE) a été créé en 2002 par l'OMS et ses partenaires pour identifier de manière continue et systématique les nouveaux éléments publiés pertinents pour les lignes directrices de l'OMS relatives à la planification familiale. S'il y a lieu, les revues systématiques sont actualisées pour déterminer si les recommandations de l'OMS restent cohérentes avec l'ensemble du corpus de données. Dans bien des cas, soit de nouveaux éléments n'ont pas été identifiés depuis la publication de la dernière édition du SPR et de la mise à jour 2008, soit les éléments apparus depuis ces publications confirment simplement les résultats de recherche antérieurs. Par conséquent, dans de nombreuses situations, les recommandations précédemment publiées ont été réexaminées et confirmées par le GELD sans modification.

<sup>1</sup> Des informations complémentaires sont disponibles sur le site Web du groupe de travail GRADE : <http://www.gradeworkinggroup.org>.

<sup>2</sup> Les définitions d'une « recommandation forte » et d'une « recommandation conditionnelle » reposent sur les recommandations fournies dans le Manuel de l'OMS pour l'élaboration des lignes directrices, disponible à l'adresse [http://www.who.int/kms/guidelines\\_review\\_committee/en/](http://www.who.int/kms/guidelines_review_committee/en/)

Le GELD est parvenu par consensus à de nouvelles recommandations (voir Tableau 1) et a maintenu la majorité des recommandations existantes. Le consensus a été atteint à l'issue de discussions, de débats et d'une consultation d'experts, avec un accord final entre l'ensemble des membres du GELD.

L'OMS lancera un examen de toutes les recommandations figurant dans ce document dans quatre ans. Entretemps, l'Organisation continuera de suivre le corpus de données étayant ces recommandations et convoquera au besoin des consultations supplémentaires au cas où de nouveaux éléments exigeraient un réexamen des recommandations existantes. De telles mises à jour peuvent être particulièrement justifiées s'agissant de questions pour lesquelles le corpus de données est susceptible d'évoluer rapidement. Les recommandations provisoires seront mises à disposition sur les pages du site Web de l'OMS consacrées à la santé sexuelle et reproductive.<sup>1</sup> L'OMS encourage les recherches visant à répondre aux principaux problèmes non résolus liés à l'utilisation sans risque et efficace des contraceptifs. L'Organisation invite également à formuler des observations et des suggestions pour améliorer ces lignes directrices.

## Récapitulatif des nouvelles recommandations

Dix-neuf sujets (couvrant 75 recommandations) ont été examinés par le GELD pendant la révision du SPR pour mettre au point cette troisième édition. Ces nouvelles recommandations sont résumées dans le Tableau 1. La démarche GRADE a été appliquée pour évaluer la qualité des données disponibles et obtenir une base pour la formulation de recommandations. Pour certains sujets, plusieurs issues d'intérêt et/ou méthodes contraceptives ont été examinées ; dans ces cas, une série d'évaluations GRADE est présentée. Le processus suivi pour sélectionner et prioriser les 19 sujets est expliqué dans l'annexe au document SPR sur le Web : Elaboration de la mise à jour des lignes directrices pour la troisième édition<sup>2</sup>. Toutes les autres recommandations ont été confirmées par le GELD et n'ont pas subi d'examen formel lors de l'élaboration de la troisième édition du SPR (ces recommandations confirmées ne sont pas présentées ici dans le Tableau 1, mais figurent dans le corps du texte).

---

<sup>1</sup> Disponible à l'adresse : [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/family\\_planning/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/en/)

<sup>2</sup> Disponible à l'adresse : [www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/SPR-3/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/en/) - uniquement en anglais



**Tableau 1 : Nouveaux sujets examinés pour la troisième édition du SPR**

Nouvelles recommandations cliniques	Évaluation GRADE de la qualité des données	Catégorie de la recommandation <sup>a</sup>
<b>1. Implant libérant du lévonorgestrel (LNG) : Sino-implant (II)<sup>o</sup></b>		
1.1 Une femme peut débuter une contraception utilisant un Sino-implant (II), ou SI(II), dans les 7 jours suivant le début des règles ; elle peut aussi commencer cette contraception à tout autre moment si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Des recommandations sont aussi fournies pour le cas où une protection supplémentaire est nécessaire et pour les femmes qui sont : en aménorrhée ou en post-partum, viennent de subir un avortement ou passent d'une autre méthode au SI(II).	Pas de données directes	Forte
1.2 Il est souhaitable que des mesures de la tension artérielle soient prises avant de commencer à utiliser un SI(II). On ne doit pas refuser à des femmes l'utilisation d'un SI(II) pour la seule raison que leur tension artérielle ne peut être mesurée.	Pas de données directes	Forte
1.3 Un examen des seins par le prestataire, un examen pelvien/génital, un dépistage du cancer du col, des analyses de laboratoire de routine, un dosage du taux d'hémoglobine, l'évaluation du risque d'infection sexuellement transmissible (IST) (antécédents médicaux et examen physique) et un dépistage des IST/du VIH (analyses de laboratoire) ne contribuent pas de manière substantielle à l'utilisation sans risque et efficace de l'implant SI(II).	Pas de données directes	Forte
1.4 L'étiquetage produit du SI(II) indique que cet implant peut être laissé en place sur une durée allant jusqu'à 4 ans.	Faible	Forte
1.5 Aucun suivi systématique n'est nécessaire après la mise en place d'un SI(II).	Pas de données directes	Forte
<b>2. Progestatif seul injectable : AMPR administré par voie sous-cutanée (AMPR-SC)</b>		
2.1 Une femme peut débuter une contraception par l'AMPR-SC dans les 7 jours suivant le début des règles ; elle peut aussi débuter cette contraception à tout moment si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Des recommandations sont également fournies pour le cas où une protection supplémentaire est nécessaire et pour les femmes qui sont en aménorrhée ou en post-partum, viennent de subir un avortement ou passent d'une autre méthode à l'AMPR-SC.	Pas de données directes	Forte
2.2 Il est souhaitable que des mesures de la tension artérielle soient prises avant de débuter une contraception par l'AMPR-SC. On ne devra pas refuser à des femmes l'utilisation de l'AMPR-SC pour la seule raison que leur tension artérielle ne peut être mesurée.	Pas de données directes	Forte
2.3 Un examen des seins par le prestataire, un examen pelvien/génital, un dépistage du cancer du col, des analyses de laboratoire de routine, un dosage du taux d'hémoglobine, l'évaluation du risque d'infection sexuellement transmissible (IST) (antécédents médicaux et examen physique) ou un dépistage des IST/du VIH (analyses de laboratoire) ne contribuent pas de manière substantielle à l'utilisation sans risque et efficace de l'AMPR-SC.	Pas de données directes	Forte
2.4 Effectuer des injections de rappel d'AMPR-SC tous les trois mois. Des recommandations sont aussi fournies pour les injections précoces ou tardives.	Très faible	Forte
<b>3. Contraceptifs hormonaux combinés (CHC) : le patch combiné et l'anneau combiné intravaginal (AIV)</b>		
3.1 Une femme peut débuter une contraception utilisant un patch ou un AIV dans les 5 jours suivant le début des règles ; elle peut aussi commencer cette contraception à tout moment si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Des recommandations sont également fournies pour le cas où une protection supplémentaire est nécessaire et pour les femmes qui sont en aménorrhée ou en postpartum, viennent de subir un avortement ou passent d'une autre méthode au patch ou à l'AIV.	Patch : fourchette : moyenne à faible AIV : pas de données directes	Forte
3.2 Il est souhaitable que des mesures de la tension artérielle soient prises avant la mise en place d'un patch ou d'un AIV. On ne devra pas refuser à des femmes l'utilisation d'un patch ou d'un AIV pour la seule raison que leur tension artérielle ne peut être mesurée.	Pas de données directes	Forte
3.3 Un examen des seins par le prestataire, un examen pelvien/génital, un dépistage du cancer du col, des analyses de laboratoire de routine, un dosage du taux d'hémoglobine, l'évaluation du risque d'infection sexuellement transmissible (IST) (antécédents médicaux et examen physique) et un dépistage des IST/du VIH (analyses de laboratoire) ne contribuent pas de manière substantielle à l'utilisation sans risque et efficace du patch ou de l'AIV.	Pas de données directes	Forte
3.4 Une femme peut devoir prendre une action en cas d'erreur de dosage avec son patch ou son AIV. Des recommandations sont fournies pour la gestion de l'allongement de l'intervalle sans patch, du détachement non programmé du patch, de la prolongation de l'utilisation du patch, de l'allongement de l'intervalle sans AIV, du retrait non programmé de l'AIV et de la prolongation de l'utilisation de l'AIV.	Patch : pas de données directes AIV : très faible	Forte
3.5 Une visite annuelle de suivi est recommandée après la mise en route du patch ou de l'AIV.	Pas de données directes	Forte
<b>4a. Pilules de contraception d'urgence (PCU) : acétate d'ulipristal (PCU-UPA), PCU contenant seulement du LNG (PCU-LNG) ou combinaison œstrogène/progestatif (PCU combinée)</b>		
4.1 Une femme devra prendre une dose de PCU-UPA le plus tôt possible, dans les 120 heures qui suivent le rapport sexuel.	Faible	Forte
4.2 Les pilules PCU-LNG ou PCU-UPA sont à préférer aux pilules PCU combinées car elles provoquent moins de nausées et de vomissements. L'utilisation systématique d'antiémétiques avant la prise d'une PCU n'est pas recommandée. Le prétraitement par certains antiémétiques peut être envisagé en fonction de la disponibilité de ces produits et du jugement clinique.	Plage de variation : moyenne à faible	Forte
4.3 Si une femme vomit dans les 3 heures suivant la prise d'une dose de PCU-UPA, elle devra prendre une autre dose dès que possible.	Pas de données directes	Forte
<b>4b. Reprise ou mise en route d'une contraception régulière après utilisation d'une contraception d'urgence</b>		
4.4 Après la prise de PCU-LNG ou de PCU combinées, une femme peut reprendre sa méthode contraceptive ou débuter toute autre méthode de contraception immédiatement, y compris un dispositif intra-utérin au cuivre (DIU-Cu)	Pas de données directes	Forte
4.5 Après l'administration d'une PCU-UPA, une femme peut reprendre ou débuter toute méthode contenant un progestatif (contraceptif hormonal combiné ou progestatif seul) le 6 <sup>ème</sup> jour après la prise de cette PCU. On peut lui poser immédiatement un DIU-LNG s'il est possible de déterminer qu'elle n'est pas enceinte. On peut lui poser un DIU-Cu immédiatement.	Pas de données directes	Conditionnelle

<sup>a</sup> Recommandation forte : recommandation pouvant être adoptée comme politique dans la plupart des situations ; recommandation conditionnelle : l'élaboration d'une politique nécessitera des débats assez poussés et l'implication de diverses parties prenantes.

# 1

## Considérations générales

Le document *Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives* (SPR) fournit des éléments d'orientation concernant la façon d'utiliser les méthodes contraceptives pour qu'elles soient sûres et efficaces. Le but de ce document est d'améliorer l'accès aux services de planification familiale et la qualité de ces services en fournissant aux personnes élaborant les politiques, aux décideurs et aux administrateurs de programmes des recommandations utilisables pour mettre au point ou réviser les lignes directrices nationales relatives à la fourniture de l'ensemble des contraceptifs hormonaux, des dispositifs intra-utérins, des méthodes barrières ou des méthodes de sensibilisation à la fertilité, de la stérilisation masculine ou féminine et de la contraception d'urgence. Le présent document n'énonce pas des directives rigides, mais des recommandations constituant une base pour la rationalisation de la fourniture et de l'utilisation de divers contraceptifs, compte tenu des informations disponibles les plus récentes.

### 1.1 Les soins liés à la santé sexuelle et reproductive en tant que droits humains

Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994 (CIPD) définit la santé reproductive comme étant « le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. (1) ». Ce programme déclare aussi que la finalité de la santé reproductive est « d'améliorer la qualité de la vie et les relations inter-personnelles, et non à se borner à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et

aux maladies sexuellement transmissibles ». Reconnaissant l'importance des accords passés dans le cadre de la CIPD et d'autres conférences et sommets internationaux, la Déclaration et la Plateforme d'action de Beijing définissent les droits relatifs à la reproduction de la façon suivante :

*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 des Nations Unies 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 de leurs enfants et de l'espacement des naissances et d'être informés des moyens de le faire, ainsi que du droit au meilleur état possible de santé en matière de sexualité et de procréation (2).*

Dans le cadre des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) adoptés par les États en 2001, la cible 5b appelait à mettre en place un accès universel à la santé reproductive d'ici 2015. À la fin de cette période, il a été rapporté un taux de prévalence de la contraception dans le monde de 64 % (41 % dans les pays à faible revenu) et un pourcentage des besoins non satisfaits en matière de planification familiale à l'échelle mondiale de 12 % (22 % dans les pays à faible revenu) (3). Actuellement, parmi les objectifs de développement durable (ODD), les cibles 3.7 et 5.6 appellent à mettre en place un accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive et aux droits en matière de procréation, respectivement, d'ici 2030. Les soins de santé sexuelle et reproductive, notamment l'information et les services en matière de planification familiale, sont reconnus non seulement comme une intervention essentielle



pour améliorer la santé des hommes, des femmes et des enfants, mais aussi comme un droit fondamental. Les traités internationaux et régionaux relatifs aux droits humains ainsi que les constitutions et les législations nationales fournissent des garanties s'appliquant spécifiquement à l'accès à l'information et aux services en matière de contraception. Parmi ces garanties, figure l'assurance par les États d'un accès en temps utile et abordable à l'information et à des services de qualité en matière de santé sexuelle et reproductive, dont la contraception. Ceux-ci doivent être dispensés de façon à garantir un processus de décision éclairé et à respecter la dignité, l'autonomie, la vie privée et la confidentialité tout en considérant les besoins et les préférences des individus dans une forme de partenariat entre client et prestataire (4). Une démarche fondée sur les droits humains permet de fournir des contraceptifs en adoptant une vision holistique du client, ce qui implique la prise en compte de ses besoins en matière de santé sexuelle et reproductive et l'étude de tous les critères de recevabilité appropriés pour guider le client dans le choix et l'utilisation d'une méthode de planification familiale en toute sécurité.

Les données montrent que le respect, la protection et l'exercice des droits humains contribuent à des résultats positifs sur le plan de la santé. L'accès à une information et à des services respectueux de la vie privée et de la confidentialité, permettant un choix éclairé et comprenant un large éventail de méthodes contraceptives sûres, est susceptible d'accroître la satisfaction des personnes et de favoriser un usage durable de la contraception (5-8).

Il est fondamental pour la qualité des soins que ceux-ci soient dispensés dans le respect des droits humains et des droits en matière de procréation. L'élaboration de normes internationales pour les critères de recevabilité médicale et de recommandations pratiques concernant l'utilisation des contraceptifs n'est qu'un des aspects de l'amélioration de la qualité des soins de santé reproductive. De nombreux programmes de planification familiale ont intégré des procédures de dépistage, de traitement et de suivi répondant à des exigences de haut niveau

en matière de santé publique et de pratiques cliniques ; toutefois ces procédures ne doivent pas être considérées comme des exigences de recevabilité pour des méthodes contraceptives spécifiques. Il s'agit notamment du dépistage et du traitement du cancer du col de l'utérus, de l'anémie et des infections sexuellement transmissibles (IST) ainsi que de la promotion de l'allaitement au sein et de l'arrêt du tabac. Ces procédures devront être fortement encouragées si les ressources humaines et matérielles sont disponibles pour les mettre en œuvre, mais elles ne doivent pas être considérées comme des préalables à l'acceptation et à l'emploi de méthodes de planification familiale car elles ne sont pas nécessaires pour établir le bien-fondé de l'adoption ou de la poursuite de l'utilisation d'une méthode donnée.

## 1.2 Choix de la méthode contraceptive

Bien que ce document traite principalement de pratiques contraceptives spécifiques, des critères sociaux et comportementaux ainsi que d'autres critères non médicaux – en particulier les préférences des clients – doivent aussi être pris en considération. Offrir des choix de contraceptifs aux clients en respectant et en répondant à leurs droits en tant qu'individus suppose de leur permettre de faire pour eux-mêmes un choix éclairé. Néanmoins, les choix concernant les femmes sont souvent faits par d'autres ou sont limités par des facteurs sociaux, économiques ou culturels directs ou indirects. Du point de vue des femmes, le choix est effectué à un moment donné et dans un contexte sociétal et culturel particulier ; il est complexe, multifactoriel et susceptible d'évoluer. La prise de décision concernant des méthodes contraceptives nécessite souvent des arbitrages entre les avantages et les inconvénients des différentes méthodes et ceux-ci varient en fonction des circonstances, des perceptions et des interprétations individuelles. Les facteurs à prendre en compte lors du choix d'une méthode contraceptive particulière comprennent les caractéristiques de l'utilisateur potentiel, les risques de maladie existants, le profil d'effets secondaires des différents produits, leur coût, leur disponibilité et les préférences du patient.

Ce document ne fournit pas de recommandations concernant le produit ou la marque spécifique à utiliser après avoir sélectionné un type particulier de méthode contraceptive. En revanche, il donne des éléments d'orientation sur les modalités d'emploi des méthodes de contraception pour qu'elles soient sûres et efficaces. Les décisions quant à la méthode à utiliser devront tenir compte de la recevabilité pour le client de diverses méthodes contraceptives (se référer au document *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, cinquième édition, 2015, également appelé MEC) (9), ainsi que du jugement clinique et des préférences de l'utilisateur.

### 1.2.1 Questions en rapport avec la qualité et l'accèsibilité des services, qui influencent le choix de la méthode et son utilisation

Bien que ce document présente principalement une sélection de recommandations pratiques, de nombreux autres points sont à prendre en compte dans la fourniture appropriée de méthodes contraceptives, y compris les critères de prestation des services suivants, qui s'appliquent universellement à la mise en route et au suivi de l'utilisation de toutes les méthodes de contraception :

- Les clients devront recevoir des informations suffisantes pour les aider à choisir de manière informée et volontaire une méthode contraceptive. Les éléments suivants devront être fournis pour chacune des méthodes :
  - efficacité relative
  - usage correct
  - mode de fonctionnement
  - effets secondaires courants
  - risques et bénéfices sanitaires
  - signes et symptômes nécessitant un retour au dispensaire
  - retour de la fécondité après arrêt de la contraception
  - protection contre les IST.Ces informations devront être présentées dans un langage et sous un format facilement compréhensibles et accessibles pour le client.
- Les femmes qui commettent fréquemment des erreurs d'utilisation ou qui s'attendent à en faire avec des méthodes dépendant de l'utilisatrice (par exemple, pilules contraceptives orales,

patch contraceptif combiné (le patch), anneau contraceptif combiné intravaginal ou méthodes barrières) devront recevoir des conseils à propos d'autres méthodes de contraception qui dépendent moins de l'utilisatrice pour être efficaces (stérilisation, dispositif intra-utérin (DIU), implant ou contraceptif injectable, par exemple).

- Pour proposer d'autres méthodes nécessitant des approches chirurgicales, à savoir la pose, l'ajustement et/ou le retrait par un prestataire de soins formé (stérilisation, implant, DIU, diaphragme, cape cervicale), il faut disposer de personnel correctement formé dans des installations convenablement équipées et accessibles et appliquer des procédures adéquates de prévention des infections.
- Des fournitures et des équipements adaptés et suffisants doivent être maintenus et conservés en stock (articles contraceptifs et fournitures pour les procédures de prévention des infections, par exemple).
- On fournira aux prestataires de services des lignes directrices, des cartes clients et/ou des outils d'identification.

## 1.3 Efficacité des méthodes

Le choix de la méthode contraceptive est en partie dépendant de son efficacité dans la prévention des grossesses non planifiées, qui elle-même (pour certaines méthodes) dépend non seulement de la protection apportée, mais également de la régularité et de la correction de son utilisation. Le Tableau 1.1 compare les pourcentages de femmes subissant une grossesse non désirée pendant la première année d'utilisation de la contraception lorsque la méthode est utilisée parfaitement (régulièrement et correctement) et lorsqu'elle est employée de manière courante (en supposant qu'occasionnellement elle n'est pas utilisée ou qu'elle est utilisée de manière incorrecte). La régularité et la correction de l'utilisation peuvent varier considérablement avec les caractéristiques du client telles que l'âge, le revenu, le désir de prévenir ou de différer une grossesse et la culture. Les méthodes dont le succès est tributaire de la régularité et de la correction de leur utilisation par les clients (comme les préservatifs et les pilules) peuvent présenter une efficacité très variable. La plupart des hommes et des femmes ont

**Tableau 1.1 Pourcentage de femmes ayant une grossesse non intentionnelle pendant la première année d'utilisation typique ou parfaite de la contraception et pourcentage de femmes qui utilisent toujours cette méthode à la fin de la première année, États-Unis d'Amérique**

Méthode	% de femmes ayant une grossesse non intentionnelle pendant la première année d'utilisation		% de femmes continuant à utiliser la méthode au bout d'un an <sup>c</sup>
	Utilisation typique <sup>a</sup>	Utilisation parfaite <sup>b</sup>	
Aucune méthode <sup>d</sup>	85	85	
Spermicides <sup>e</sup>	28	18	42
Méthodes basées sur la connaissance de la fécondité	24		47
Méthode des jours fixes <sup>o,f</sup>	–	5	–
Méthode des deux jours <sup>o,f</sup>		4	
Méthode de l'ovulation <sup>f</sup>		3	
Méthode symptothermique		0.4	
Retrait	22	4	46
Éponge			36
Femmes uni/multipares	24	20	
Femmes nullipares	12	9	
Préservatif <sup>g</sup>			
Féminin	21	5	41
Masculin	18	2	43
Diaphragme <sup>h</sup>	12	6	57
Pilule combinée et pilule de progestatif seul	9	0.3	67
Patch Evra	9	0.3	67
NuvaRing <sup>o</sup>	9	0.3	67
Depo-Provera	6	0.2	56
Contraceptifs intra-utérins			
ParaGard <sup>o</sup> (cuivre T)	0.8	0.6	78
Mirena <sup>o</sup> (lévonorgestrel)	0.2	0.2	80
Implanon <sup>o</sup>	0.05	0.05	84
Stérilisation féminine	0.5	0.5	100
Stérilisation masculine	0.15	0.10	100

Contraceptifs d'urgence : la prise d'une pilule de contraception d'urgence ou la pose d'un contraceptif intra-utérin au cuivre après un rapport sexuel non protégé réduit considérablement le risque de grossesse.<sup>i</sup>

Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée : la méthode MAMA constitue une contraception temporaire très efficace.<sup>j</sup>

<sup>a</sup> Parmi des couples typiques qui adoptent une méthode de contraception (pas nécessairement pour la première fois), pourcentage de ceux chz qui survient une grossesse accidentelle pendant la première année en l'absence d'interruption de la contraception pour toute autre raison. Les estimations de probabilité d'une grossesse pendant la première année d'une utilisation typique de spermicides ou d'un diaphragme sont tirées de l'étude National Survey of Family Growth de 1995, corrigées pour tenir compte de la sous-notification des avortements ; les estimations relatives aux méthodes basées sur la connaissance de la fécondité, au retrait, au préservatif masculin, à la pilule et au Depo-Provera sont tirées des études National Survey of Family Growth de 1995 et 2002, corrigées pour tenir compte de la sous-notification des avortements.

<sup>b</sup> Chez les couples qui adoptent une méthode contraceptive (pas nécessairement pour la première fois) et qui l'utilisent parfaitement (à la fois régulièrement et correctement), pourcentage de ceux qui subissent une grossesse accidentelle au cours de la première année d'utilisation de la contraception s'ils n'interrompent pas celle-ci pour une quelconque autre raison.

<sup>c</sup> Parmi les couples s'efforçant d'éviter une grossesse, pourcentage de ceux qui continuent à utiliser la méthode pendant un an.

<sup>d</sup> Les pourcentages de femmes tombant enceintes indiqués dans les colonnes 2 et 3 reposent sur des données provenant de populations qui n'utilisent pas de contraception ou concernant des femmes ayant interrompu leur contraception pour favoriser une grossesse. Parmi ces populations, environ 89 % des femmes tombent enceintes en l'espace d'un an. Cette estimation a été légèrement abaissée (à 85 %) pour représenter le pourcentage de femmes qui tomberaient enceintes en l'espace d'un an parmi les femmes utilisant actuellement une méthode contraceptive réversible si elles renonçaient à toute contraception.

<sup>e</sup> Mousses, crèmes, gels, ovules et films vaginaux.

<sup>f</sup> La Méthode de l'ovulation et celle des Deux Jours<sup>o</sup> reposent sur l'observation de la glaire cervicale. La méthode des Jours Fixes<sup>o</sup> consiste à éviter les rapports sexuels du 8e au 19e jour du cycle. La méthode symptothermique permet une double vérification fondée sur l'observation de la glaire cervicale pour déterminer le premier jour de fécondité, et sur l'observation combinée de la glaire cervicale et de la température pour déterminer le dernier jour de fécondité.

<sup>g</sup> Sans spermicide.

<sup>h</sup> Avec une crème ou un gel spermicide.

<sup>i</sup> Plan B One-Step<sup>o</sup>, ella<sup>o</sup> et Next Choice One Dose<sup>o</sup> sont les seuls produits spécifiquement commercialisés pour la contraception d'urgence aux États-Unis d'Amérique au moment où ce document est rédigé. Selon les indications qui figurent sur l'étiquetage du produit Plan B One-Step, il faut prendre une dose (= une pilule blanche) dans les 72 heures suivant un rapport sexuel non protégé. Des recherches ont montré que toutes les marques recensées ici sont efficaces lorsqu'elles sont employées dans les 120 heures qui suivent un rapport sexuel non protégé. Selon l'étiquetage du produit Next Choice One Dose, il faut prendre une dose (= une pilule couleur pêche) dans les 72 heures suivant un rapport non protégé. La Food and Drug Administration des États-Unis d'Amérique a en outre déclaré que les 19 marques de contraceptifs oraux suivantes sont sûres et efficaces pour la contraception d'urgence : Ogestrel<sup>o</sup> (une dose correspond à deux pilules blanches), Nordette<sup>o</sup> (une dose correspond à quatre pilules orange clair), Cryselle<sup>o</sup>, Levora<sup>o</sup>, Low-Ogestrel<sup>o</sup>, Lo/Ovral<sup>o</sup>, ou Quasence<sup>o</sup> (une dose correspond à quatre pilules blanches), Jolissa<sup>o</sup>, Portia<sup>o</sup>, Saisonale<sup>o</sup> ou Trivora<sup>o</sup> (une dose correspond à quatre pilule roses), Seasonique<sup>o</sup> (une dose correspond à quatre pilules bleu-vert clair), Enpresse<sup>o</sup> (une dose correspond à quatre pilules orange), Lessina<sup>o</sup> (une dose correspond à cinq pilules roses), Aviane<sup>o</sup> ou LoSeasonique<sup>o</sup> (une dose correspond à cinq pilules orange), Lultera<sup>o</sup> ou Sronyx<sup>o</sup> (une dose correspond à cinq pilules blanches) et Lybrel<sup>o</sup> (une dose correspond à six pilules jaunes).

<sup>j</sup> Toutefois, pour maintenir une protection efficace contre les grossesses, il faut utiliser une autre méthode de contraception dans les situations suivantes : les menstruations reprennent, la fréquence ou la durée des tétées diminue, une alimentation au biberon est introduite ou le nourrisson atteint l'âge de 6 mois.

Source : Trussell, 2011 (10).

tendance à devenir des utilisateurs plus efficaces en acquérant de l'expérience avec la méthode. Néanmoins, les aspects programmatiques comme la disponibilité et le coût des services et la qualité des conseils ont aussi un effet majeur sur l'efficacité (régularité et correction) avec laquelle la méthode est employée.

## 1.4 Retour de la fécondité

Parmi les méthodes contraceptives, seules les stérilisations masculine et féminine sont considérées comme définitives (aucune possibilité de grossesse future). Tous les individus et les couples envisageant ces méthodes devront être conseillés en conséquence. Aucune autre méthode n'entraîne une stérilité définitive.

Toutes les autres méthodes sont réversibles, habituellement avec un rapide retour de la fécondité après l'arrêt de la méthode, à l'exception de l'acétate de médorxyprogestérone retard (AMPR) et de l'énanthate de norethistérone (NET-EN). Avec ces méthodes, le délai médian pour le retour de la fécondité est de 10 et 6 mois respectivement à compter de la date de la dernière injection, indépendamment de la durée d'utilisation.

## 1.5 Infections sexuellement transmissibles et contraception : la double protection

Outre l'impératif d'appliquer les normes internationales pour la fourniture d'une méthode contraceptive afin de garantir la qualité des soins fournis dans les services, il faut également prendre en compte le contexte social, culturel et comportemental de chaque client. À cet égard, les problèmes d'exposition aux IST, notamment au VIH, méritent une considération particulière puisqu'il est tout aussi important de prévenir la grossesse que d'empêcher la transmission des infections parmi les clients sexuellement actifs et en âge de procréer. Lorsqu'il existe un risque de transmission du VIH et d'autres IST, comme dans un contexte de forte prévalence de ce virus et de ces infections dans la zone géographique ou un comportement à risque individuel (partenaires sexuels multiples sans

utilisation de préservatifs par exemple), il importe que les prestataires de soins de santé fournissent des informations sur des pratiques sexuelles moins risquées pour prévenir la transmission et recommandent fortement à toutes les personnes exposées à un risque important de mettre en œuvre une double protection, soit en utilisant simultanément des préservatifs et d'autres méthodes, soit en employant régulièrement et correctement des préservatifs seuls pour prévenir à la fois les grossesses et les IST, y compris le VIH. Il faut toujours rappeler aux femmes et aux hommes sollicitant des conseils en matière de contraception l'importance de l'emploi du préservatif pour prévenir la transmission du VIH et des IST et il convient d'encourager et de faciliter cet emploi si besoin est. Lorsqu'il est utilisé correctement et régulièrement, le préservatif est la méthode la plus efficace pour se protéger des IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont efficaces et sûrs, mais ils ne sont pas employés aussi largement par les programmes nationaux que les préservatifs masculins.

# 2

## Méthodes

Le présent document, *Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives*, repose sur un processus lancé en 2000. Depuis la publication de la première édition du SPR en 2002, plusieurs révisions ont été entreprises. Pour les lecteurs intéressés, les méthodes utilisées pour élaborer les recommandations publiées dans la troisième édition sont décrites dans l'annexe Web accompagnant le SPR : *Elaboration de la mise à jour des lignes directrices pour la troisième édition*.<sup>1</sup> Un bref récapitulatif des méthodes employées pour élaborer les éléments d'orientation du SPR depuis la publication de la première édition est présenté ici.

La première édition du SPR a été publiée en 2002 après la réunion d'un groupe multidisciplinaire d'experts pour discuter des données nouvellement publiées concernant les sujets traités dans les lignes directrices. En novembre 2002, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a mis en place le système CIRE (Inventaire en continu des données issues de la recherche) (11), pour suivre de manière continue et systématique les éléments étayant les recommandations dans ces lignes directrices. Dans le cadre de ce système, lorsque de nouvelles données apparaissent, les articles font l'objet d'un tri pour évaluer leur pertinence. Le cas échéant, les revues systématiques sont actualisées pour indiquer à l'OMS si leurs recommandations restent compatibles avec le corpus de données général ou non. L'OMS utilise le système CIRE pour s'assurer que les éléments d'orientation du SPR restent d'actualité entre les réunions du GELD et pour repérer les sujets qui devront être traités lors de la prochaine révision formelle des lignes directrices.

Pour préparer cette troisième édition, un groupe d'élaboration des lignes directrices (GELD) a été convoqué en 2013 pour classer par priorités les sujets à examiner et à actualiser (se référer à la section Remerciements pour trouver une liste des membres de ce groupe et à l'appendice 2 de l'annexe Web du SPR, pour trouver les déclarations d'intérêt des membres du GELD). Ce groupe a priorisé l'examen de 19 sujets liés à l'inclusion dans la troisième édition de cinq nouvelles méthodes contraceptives :

- un implant à 2 bâtonnets contenant du lévonorgestrel – le Sino-implant (II)<sup>®</sup> (voir section 7.3.1)
- l'acétate de médroxyprogestérone retard administré par voie sous-cutanée (AMPR-SC) (voir section 7.3.2)
- le patch contraceptif combiné (voir section 7.4.1)
- l'anneau contraceptif combiné intravaginal (AIV) (voir section 7.4.1) et
- les pilules de contraception d'urgence à base d'acétate d'ulipristal (PCU-UPA) (voir section 7.5.1) ;

et une question supplémentaire :

- Quand une femme peut-elle reprendre ou débiter une contraception régulière après avoir utilisé une contraception d'urgence ? (voir section 7.5.2).

Le GELD a créé des questions au format PICO (c'est-à-dire des questions pour lesquelles on spécifie les populations, les interventions, les comparateurs et les effets) pour guider les revues systématiques et la préparation des tableaux de données GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation).<sup>2</sup> Dans nombre de cas, aucun nouvel élément n'a été identifié ou bien les nouvelles données

<sup>1</sup> Disponible à l'adresse [www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/SPR-3/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/en/) - uniquement en anglais

<sup>2</sup> D'autres informations sont disponibles sur le site Web du groupe de travail GRADE : <http://www.gradeworkinggroup.org>

ont confirmé les résultats précédents. Ainsi, pour de nombreux sujets, les recommandations antérieures ont simplement été réaffirmées. Dans cette troisième édition du SPR, on a mis en œuvre la démarche GRADE pour classer les recommandations concernant les sujets examinés comme « fortes » ou « conditionnelles ». L'audience cible de ce document étant principalement les responsables de l'élaboration des politiques, une recommandation « forte » désigne une recommandation pouvant être adoptée comme politique dans la plupart des situations, tandis qu'une recommandation « conditionnelle » nécessitera des débats poussés et l'implication de diverses parties prenantes avant de pouvoir devenir une politique (12).

Dans le présent document, les recommandations sont présentées sous forme narrative à l'intention des lecteurs habitués à ce format avec les éditions antérieures du SPR. Pour les recommandations relatives aux examens et aux tests à pratiquer avant la mise en route de chaque méthode contraceptive, une classification du type A-B-C est appliquée pour définir quelles procédures sont éventuellement nécessaires pour délivrer cette méthode sans risque. Les catégories de recommandations pour les examens et les tests (c'est-à-dire l'utilisation des classes A, B et C) ont été définies par le groupe d'experts ayant élaboré la première édition du SPR en 2001. Elles ont été appliquées en 2001 pour attirer l'attention des administrateurs de programmes et des décideurs politiques sur le caractère obligatoire ou non d'un test ou d'un examen particulier avant de délivrer une méthode contraceptive. Il est fréquent que des examens ou des tests soient prescrits alors qu'en fait, ils ne sont pas nécessaires. Dans l'élaboration des recommandations relatives aux examens et aux tests, le GELD a suivi le même processus rigoureux d'examen des données que celui appliqué pour les autres recommandations de cette édition.

Le GELD a approuvé une prise en compte des préférences et des valeurs du patient qui donne priorité à la disponibilité d'une gamme étendue d'options contraceptives et à l'élimination des obstacles médicaux inutiles. Les présents éléments d'orientation étant focalisés sur la

fourniture sans risque de méthodes contraceptives, après la délivrance des conseils et la prise d'une décision partagée en faveur d'une méthode de contraception, et les coûts étant très variables selon les régions et les contextes, il n'y a pas eu d'évaluation formelle des coûts de différentes options lors de la formulation de ces recommandations.

Le GELD est parvenu par consensus à des recommandations nouvelles et révisées et a maintenu la majorité des recommandations existantes. Le consensus a été atteint à l'issue de discussions, de débats et d'une consultation d'experts, avec un accord final entre tous les membres du GELD. Pour chaque recommandation, le président a demandé aux membres du GELD s'ils étaient d'accord avec sa formulation et tout désaccord a été consigné. Tous les membres de ce groupe se sont déclarés d'accord avec toutes les recommandations contenues dans les présentes lignes directrices.



# 3

## Comment utiliser ce document

Ce document n'est pas destiné à servir véritablement de directives pour les programmes de planification familiale et de santé reproductive, mais plutôt de référence dans la préparation de lignes directrices pour la prestation de services en matière de contraception. Les éléments d'orientation contenus dans ce document sont destinés à l'interprétation au niveau des pays et des programmes, de manière à refléter la diversité des situations et des contextes dans lesquels les contraceptifs sont délivrés. Bien qu'il soit peu probable que les recommandations du présent document soient modifiées au cours de ce processus, la probabilité est en revanche forte que leur application à l'échelle des pays varie. En particulier, le niveau de connaissance et d'expérience cliniques des divers types de prestataires et les ressources disponibles au point de prestation des services devront être pris en considération.

Dans la section 7, les recommandations sont présentées en sous-sections par type de méthode contraceptive : dispositifs intra-utérins (DIU) ; progestatifs seuls (PS) ; contraceptifs hormonaux combinés (CHC) ; contraception d'urgence (CU) ; Méthode des jours fixes® (MJF) ; et stérilisation masculine. Dans les sous-sections consacrées aux différentes méthodes, des recommandations sont présentées au sujet des points suivants : moment de mise en route de la méthode, examens et tests nécessaires avant cette mise en route, continuation et arrêt de la méthode et passage à une autre méthode, prise en charge des problèmes intervenant pendant l'utilisation comme les effets secondaires ou les erreurs de dosage, et suivi approprié. En outre, des remarques et des informations sur les principes sous-jacents sont fournies en cas de besoin, ainsi que des listes des références pertinentes. La troisième édition du SPR contient des informations sur les recommandations

qui reposent sur l'examen des synthèses des données épidémiologiques et cliniques, la prise en considération des bénéfices et des effets préjudiciables ainsi que les valeurs et les préférences des patients, et la qualité des données. Les détails de ce processus sont présentés dans l'annexe sur le Web du SPR : *Elaboration de la mise à jour des lignes directrices pour la troisième édition.*<sup>1</sup>

### 3.1 Classification des examens et des tests avant la mise en route des méthodes contraceptives

S'agissant des examens et des tests envisageables avant la mise en route des contraceptifs, la classification suivante a été utilisée pour différencier la pertinence de l'application des divers examens et tests :

- Classe A : ce test ou cet examen est indispensable et obligatoire dans toutes les circonstances pour une utilisation sans risque et efficace de la méthode de contraception ;
- classe B : cet examen ou ce test contribue de façon substantielle à l'utilisation sans risque et efficace de la méthode, mais sa mise en œuvre est à replacer dans le contexte de la santé publique et/ou des services offerts. Le risque associé à la non-exécution de cet examen ou de ce test doit être pesé en regard des bénéfices de la mise à disposition de la méthode contraceptive ;
- classe C : cet examen ou ce test ne contribue pas de manière substantielle à l'utilisation sans risque et efficace de la méthode contraceptive.

Les examens ou les tests envisagés pour chaque type de contraceptif dans la section 7 s'appliquent à des personnes supposées en

<sup>1</sup> Disponible à l'adresse [www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/SPR-3/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/en/) - uniquement en anglais

bonne santé. Celles qui présentent des problèmes médicaux connus ou d'autres affections particulières peuvent avoir besoin d'examens ou de tests supplémentaires avant d'être confirmées comme candidates appropriées pour bénéficier d'une méthode contraceptive donnée. Le guide complémentaire au SPR, intitulé *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, cinquième édition (MEC, publié en 2015), peut être très utile dans de telles circonstances (9).

Ces classifications sont axées sur la relation entre les examens ou les tests et la mise en route sans risque d'une méthode contraceptive. Elles ne sont pas destinées à évaluer la pertinence de ces examens ou de ces tests dans d'autres circonstances. Par exemple, certains des examens ou des tests qui ne sont pas jugés nécessaires à une utilisation sans risque et efficace d'une méthode contraceptive peuvent être pertinents pour une bonne prestation de soins de santé préventive ou pour diagnostiquer ou évaluer des pathologies dont on suspecte la présence.

## 3.2 Recevabilité des contraceptifs

Dans cette troisième édition révisée du SPR, on trouve souvent des références aux catégories utilisées dans le document MEC pour la recevabilité des contraceptifs (catégories 1-4). L'Encadré 1 recense ces catégories et leurs définitions de base.

### Encadré 1 : Catégories MEC pour la recevabilité des contraceptifs

<b>Catégorie 1</b>	Etat pour lequel l'utilisation de la méthode contraceptive ne donne lieu à aucune restriction
<b>Catégorie 2</b>	Etat pour lequel les avantages de la méthode l'emportent en général sur les risques théoriques ou avérés.
<b>Catégorie 3</b>	Etat pour lequel les risques théoriques ou avérés de la méthode l'emportent en général sur les avantages.
<b>Catégorie 4</b>	Etat pour lequel l'utilisation de la méthode contraceptive représente un risque inacceptable pour la santé.

Pour en savoir plus, se référer au document : *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, cinquième édition, OMS, 2015 (9).



# 4

## Implications programmatiques

Lors de l'application pratique des recommandations de ce document dans le cadre de programmes, les questions suivantes doivent être prises en compte :

- choix éclairé
- éléments ayant trait à la qualité des soins
- procédures de dépistage indispensables pour l'administration des méthodes
- formation et compétences du prestataire
- suivi et orientation vers des spécialistes pour une utilisation appropriée de l'option contraceptive.

Il importe de distinguer les pratiques en matière de prestation de services qui sont essentielles pour une utilisation sûre d'une méthode contraceptive, d'autres pratiques qui, si elles peuvent être indiquées comme bons soins de santé, ne sont pas liées à l'utilisation particulière de la méthode. La promotion de bonnes pratiques pour les soins de santé sans lien avec la sécurité de la contraception ne devra être considérée ni comme un prérequis, ni comme un obstacle à l'offre d'une méthode contraceptive, mais plutôt comme un complément.

Dans une première étape, les recommandations doivent être considérées en tenant compte du contexte national, de manière à être applicables à tous les prestataires à tous les niveaux du système de prestation de services. Les pays devront déterminer dans quelle mesure et par quels moyens il peut être possible d'étendre leurs services à des niveaux plus périphériques. Cela peut impliquer d'élever le niveau du personnel et de moderniser les installations lorsque cette opération est faisable et abordable ou simplement d'augmenter modestement le matériel et les fournitures et de réorganiser l'espace. Il sera aussi nécessaire de corriger les perceptions erronées qu'ont parfois les

prestataires ou les utilisateurs quant aux risques et aux effets secondaires de certaines méthodes contraceptives et de s'intéresser de près aux besoins et aux attentes des femmes et des hommes qui désirent choisir une méthode en toute connaissance de cause.

L'adaptation de lignes directrices mondiales à des programmes nationaux n'est pas toujours une tâche facile. Les personnes les mieux placées pour le faire sont celles qui connaissent bien les conditions sanitaires, la culture et les comportements qui prévalent localement. Ces améliorations doivent intervenir dans le cadre d'un choix éclairé de la part des utilisateurs et d'une sécurité médicale satisfaisante.

### 4.1 Introduction des lignes directrices dans les programmes nationaux

Lors de l'introduction de ces éléments d'orientation concernant une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives dans un programme national consacré aux soins de santé sexuelle et reproductive, il importe de garder à l'esprit qu'il ne s'agit pas seulement d'un document de plus à distribuer, mais surtout d'un recueil de pratiques pour les soins de santé dont l'introduction auprès des prestataires nécessite un processus bien planifié d'adaptation et de mise en œuvre.

Des éléments d'orientation à l'intention des pays pour l'introduction de lignes directrices relatives à la santé sexuelle et reproductive sont disponibles dans le document : *Introduire des lignes directrices et outils OMS de santé sexuelle et génésique dans les programmes nationaux* (13). Cette publication est destinée

à être utilisée par des décideurs politiques, des administrateurs de programmes et d'autres professionnels de soins de santé qui se lancent dans l'introduction de pratiques de santé sexuelle et reproductive reposant sur des éléments factuels dans leurs programmes nationaux ou locaux. Dans ce document, six principes primordiaux sont recommandés pour une adaptation et une mise en œuvre efficaces des éléments d'orientation de l'OMS relatifs à la santé sexuelle et reproductive dans les programmes nationaux. Ces principes consistent notamment à bâtir un consensus, à s'appuyer sur ce qui existe, à identifier les obstacles potentiels et les facteurs facilitants, à garantir que les adaptations reposent sur des éléments factuels, à planifier le passage à l'échelle supérieure dès le départ et à mettre en œuvre une série d'interventions pour modifier les pratiques des prestataires.

Pour introduire cette troisième édition du document *Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives*, l'OMS suggère que les pays ou les autorités locales suivent un processus en six étapes :

- planification d'un plaidoyer
- réalisation d'une analyse de la situation
- adaptation des éléments d'orientation aux besoins, aux conditions et au contexte du pays
- conception d'une stratégie de mise en œuvre
- réalisation d'un test pilote d'évaluation
- application du plaidoyer et passage à l'échelle supérieure

Ce processus peut varier selon que les éléments d'orientation sont introduits pour la première fois ou qu'ils sont utilisés pour actualiser les lignes directrices existantes concernant la prestation de services. Tout au long de ces étapes, l'OMS souligne qu'il est important que le processus d'introduction des éléments d'orientation soit collaboratif et participatif pour favoriser l'appropriation et l'adoption par les décideurs politiques, les corps professionnels et d'autres experts nationaux.

# 5

## Clients ayant des besoins particuliers

### 5.1 Personnes présentant un handicap

Conformément à la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées (CRDPH, 2006), les individus présentant un handicap doivent avoir accès, à égalité avec les autres, à toutes les formes de soins de santé sexuelle et reproductive (article 25) dans le cadre du droit général à se marier, à fonder une famille et à conserver sa fertilité (article 23) (12). Les professionnels de santé omettent souvent de proposer des services de santé sexuelle et reproductive aux personnes présentant un handicap, se fondant sur l'idée erronée courante selon laquelle ces personnes ne sont pas sexuellement actives (14). Fournir des services de contraception à des personnes handicapées implique néanmoins des décisions concernant la contraception qui leur conviendrait compte tenu des préférences de la personne, de la nature du handicap et des spécificités des différentes méthodes contraceptives.

Par exemple, certaines méthodes de type barrière peuvent être difficiles à mettre en œuvre avec une dextérité manuelle limitée ; les contraceptifs oraux combinés peuvent ne pas constituer une méthode contraceptive appropriée pour les femmes ayant des problèmes circulatoires ou ne pouvant mouvoir leurs membres inférieurs, en raison des craintes d'augmentation du risque de thrombose veineuse profonde (TVP), même en l'absence de mutations thrombogènes connues ; et d'autres méthodes seront préférables pour les individus présentant un déficit intellectuel ou un trouble de la santé mentale, susceptibles d'occasionner des oublis. Chez les femmes pour lesquelles l'hygiène menstruelle est problématique, l'incidence de la méthode contraceptive sur les cycles menstruels devra être prise en compte.

Dans tous les cas, les décisions médicales doivent reposer sur un choix éclairé, grâce à une éducation suffisante en matière de santé sexuelle et reproductive. Lorsque la nature de l'incapacité rend plus difficile la détermination des volontés et des préférences de l'individu, les contraceptifs ne devront être délivrés que conformément à l'article 12 de la CRDPH. Plus spécifiquement, dans un tel cas, il faudra instaurer un processus de prise de décision assisté, en faisant appel à des personnes qui bénéficient de la confiance de l'individu handicapé ou polyhandicapé, au médiateur personnel et à d'autres personnes intervenant en soutien pour participer conjointement avec l'individu à la prise d'une décision qui sera, dans la plus large mesure possible, compatible avec les volontés et les préférences de celui-ci. Au vu des stérilisations forcées de personnes handicapées survenues dans le passé, souvent en tant que technique de gestion des menstruations dans les institutions (14), il est particulièrement important de veiller à ce que les décisions relatives à une stérilisation éventuelle ne soient prises qu'avec le consentement informé et total de l'individu, seul ou avec son soutien, en l'absence de toute coercition.

### 5.2 Adolescents

Dans de nombreux pays, les adolescents ont un accès insuffisant aux informations et aux services concernant la contraception, pourtant nécessaires à la protection de leur santé et de leurs droits sur le plan de la sexualité et de la procréation. Il existe un besoin urgent de mettre en œuvre des programmes qui à la fois répondent aux besoins en termes de contraception des adolescents et éliminent les obstacles à l'accès aux services. D'une manière générale, les adolescents peuvent utiliser l'ensemble des méthodes de contraception s'appliquant aux adultes et doivent avoir accès à une variété d'options ; l'âge seul ne constitue

pas une raison médicale pour refuser une méthode quelconque à un adolescent. Bien que des inquiétudes aient été exprimées à propos de l'utilisation de certaines méthodes contraceptives par des adolescents (par exemple, l'utilisation de contraceptifs progestatifs injectables par des jeunes de moins de 18 ans), ces inquiétudes doivent être pesées au regard des avantages de la prévention d'une grossesse non intentionnelle. Le document *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, cinquième édition (9)*, peut aider à déterminer si des adolescents présentant certaines pathologies ou caractéristiques peuvent sans risque employer des méthodes contraceptives particulières.

Des facteurs politiques ou culturels peuvent influencer sur l'accès des adolescents à l'information et aux services de contraception. Par exemple, lorsque des services de contraception sont disponibles, il se peut que les adolescents (en particulier non mariés) ne puissent pas y accéder en raison de lois et de politiques restrictives. Même dans les cas où les adolescents ont la possibilité d'obtenir des services de contraception, il se peut qu'ils y renoncent par crainte que leur dossier ne soit pas tenu confidentiel ou que les agents de santé portent sur eux un jugement réprobateur. Tous les adolescents, indépendamment de leur statut marital, ont droit au respect de leur vie privée et à la confidentialité en matière de santé, y compris de soins de santé reproductive. Des services de santé sexuelle et reproductive appropriés, notamment pour la contraception, devront être disponibles et accessibles pour tous les adolescents sans nécessairement exiger l'accord parental ou tuteur en vertu de la loi, des politiques en vigueur ou de la pratique.

Les considérations d'ordre social et comportemental font aussi partie des points clés à prendre en compte dans le choix d'une méthode contraceptive destinée à des adolescents. Par exemple, dans certains contextes, les adolescents sont aussi exposés à un risque accru d'infection sexuellement transmissible, et notamment par le VIH. Si les adolescents peuvent choisir d'employer une méthode quelconque disponible dans leur

communauté, il peut être plus pratique dans certains cas de faire appel à une méthode ne nécessitant pas une discipline quotidienne. Il a également été montré que les adolescents, mariés ou non, étaient moins tolérants aux effets secondaires et présentaient donc des taux d'abandon plus élevés. Le choix de la méthode peut aussi être influencé par des facteurs tels que le caractère sporadique des rapports sexuels et la nécessité de dissimuler une activité sexuelle ainsi que le recours à la contraception. Par exemple, les adolescents sexuellement actifs non mariés ont des besoins très différents de ceux des jeunes mariés qui désirent différer, espacer ou limiter les grossesses. Un choix plus étendu de méthodes permettra de mieux satisfaire les besoins : la contraception sera alors mieux acceptée et davantage utilisée. Une éducation et des conseils adaptés prodigués en amont, puis au moment du choix d'une méthode – permettront aux adolescents d'exprimer leurs besoins particuliers et de prendre des décisions éclairées et délibérées. Il convient de tout mettre en œuvre pour éviter que le coût des services et/ou des méthodes limite les options disponibles.

## Références pour les sections 1 à 5

1. Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. In: Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 5-13 septembre 1994). Le Caire, Nations Unies ; 1994: para. 7.2 (A/CONF.171/13, <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offre/conf13.fr>, consulté le 3 octobre 2017).
2. Déclaration et programme d'action de Beijing. In: Rapport de la quatrième conférence mondiale sur les femmes (Beijing, 4-15 septembre 1995). Beijing : Nations Unies ; 1995: para. 95 (A/CONF.177/20; <http://www.un.org/documents/ga/conf177/aconf177-20fr.htm>, consulté le 3 octobre 2017).
3. Chapter 4: Health service coverage. In: World health statistics 2015. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/mdgs/health-service-coverage2015.pdf>, consulté le 8 juillet 2016).
4. Garantir les droits de l'homme lors de la fourniture d'informations et de services en matière de contraception : Orientations et recommandations, Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2014 ([http://who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/human-rights-contraception/fr/](http://who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/human-rights-contraception/fr/), consulté le 3 octobre 2017).
5. Koenig MA. The impact of quality of care on contraceptive

- use: evidence from longitudinal data from rural Bangladesh. Baltimore (MD): Johns Hopkins University; 2003.
6. Arends-Kuenning M, Kessy FL. The impact of demand factors, quality of care and access to facilities on contraceptive use in Tanzania. *J Biosoc Sci.* 2007; 39(1):1–26. doi:10.1017/S0021932005001045.
  7. RamaRao S, Lacuest M, Costello M, Pangolibay B, Jones H. The link between quality of care and contraceptive use. *Int Fam Plann Perspect.* 2003;29(2):76–83. doi:10.1363/iffp.29.076.03.
  8. Sanogo D, RamaRao S, Johnes H, N'diaye P, M'bow B, Diop CB. Improving quality of care and use of contraceptives in Senegal. *Afr J Reprod Health.* 2003;7(2):57–73.
  9. Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, cinquième édition. Genève. Organisation mondiale de la Santé: 2015 ([http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/MEC-5/fr/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/fr/), consulté le 8 juillet 2016).
  10. Trussell J. Contraceptive efficacy. In: Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Kowal D, Policar M, editors. *Contraceptive technology: twentieth revised edition.* New York (NY): Ardent Media; 2011.
  11. WHO handbook for guideline development, second edition. Geneva: World Health Organization; 2014 ([http://www.who.int/kms/handbook\\_2nd\\_ed.pdf](http://www.who.int/kms/handbook_2nd_ed.pdf), consulté le 3 octobre 2017).
  12. Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées. Résolution adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies. New York (NY): Nations Unies ; 2006 (A/RES/61/106; <http://www.un.org/french/disabilities/default.asp?id=1413>, consulté le 3 octobre 2017).
  13. Introduire des lignes directrices et outils OMS de santé sexuelle et génésique dans les programmes nationaux. Principes et processus d'adaptation et de mise en œuvre. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2007 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69879/1/WHO\\_RHR\\_07.9\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69879/1/WHO_RHR_07.9_fre.pdf), consulté le 3 octobre 2017).
  14. Rapport mondial sur le handicap 2011. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 ([http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/report/fr/](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/fr/), consulté le 8 juillet 2016).

# 6

## Récapitulatif des modifications apportées dans la troisième édition du document *Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives*

Cinq nouvelles méthodes contraceptives ont été ajoutées à cette édition :

- le Sino-Implant (II)®: un implant à 2 bâtonnets, dont chacun contient 75 mg de lévonorgestrel
- l'acétate de médroxyprogestérone retard administré par voie sous-cutanée (AMPR-SC)
- le patch contraceptif combiné
- l'anneau contraceptif combiné intravaginal (AIV)
- les pilules contraceptives d'urgence à base d'acétate d'ulipristal (PCU-UPA)

Une question supplémentaire a été examinée dans cette édition :

- Quand une femme peut-elle reprendre ou débiter une contraception régulière après avoir utilisé une contraception d'urgence?

# 7

## Recommandations

### 7.1 Comment un prestataire de soins de santé peut-il être raisonnablement certain qu'une femme n'est pas enceinte ?

Diagnostiquer une éventuelle grossesse est important. La capacité à poser ce diagnostic à un stade précoce de la grossesse dépendra des ressources et du contexte. Les tests de grossesse biochimiques hautement fiables sont souvent extrêmement utiles, mais ils sont indisponibles dans de nombreux endroits. L'examen pelvien, lorsqu'il est faisable, est fiable à partir de 8-10 semaines environ depuis le premier jour des dernières règles.

Le prestataire peut être raisonnablement certain que la femme n'est pas enceinte si elle ne présente aucun symptôme ou signe de cet état et répond à l'un quelconque des critères suivants.

- Ne pas avoir eu de rapports sexuels depuis les dernières règles normales.
- Avoir utilisé régulièrement et correctement une méthode contraceptive fiable
- Se trouver dans les 7 jours qui suivent le premier jour des règles.
- Se trouver dans les 4 semaines suivant l'accouchement (pour les femmes non allaitantes).
- Se trouver dans les 7 premiers jours suivant un avortement ou une fausse-couche.
- Être pleinement ou presque pleinement allaitante, en aménorrhée et à moins de six mois de l'accouchement.

### 7.2 Dispositifs intra-utérins

Les dispositifs intra-utérins (DIU) sont des méthodes contraceptives à longue durée d'action. La présente section fournit des recommandations sur les DIU contenant du cuivre (DIU-Cu) et sur ceux libérant du lévonorgestrel (DIU-LNG).

Les DIU peuvent généralement être employés par la plupart des femmes, y compris des adolescentes et des nullipares. Pour déterminer si des femmes présentant certaines pathologies ou caractéristiques peuvent utiliser sans risque un DIU, on se référera notamment au document *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, cinquième édition (MEC) (1).

Les DIU ne protègent pas contre les infections sexuellement transmissibles (IST), et notamment contre le VIH. S'il existe un risque de contracter une IST/le VIH, l'utilisation correcte et régulière de préservatifs est recommandée. Lorsqu'ils sont employés de cette manière, ces contraceptifs offrent l'une des méthodes les plus efficaces de protection contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont efficaces et sûrs, mais ils ne sont pas utilisés aussi largement que les préservatifs masculins par les programmes nationaux.

#### 7.2.1 DIU au cuivre (DIU-Cu) et DIU libérant du lévonorgestrel (DIU-LNG)

##### Pose d'un DIU au cuivre

Chez une femme présentant des cycles menstruels

- Dans les 12 jours suivant le début des règles : un DIU-Cu peut être posé à un moment qui convient à la femme et non uniquement pendant les menstruations. Aucune protection contraceptive supplémentaire n'est nécessaire.
- Plus de 12 jours après le début des règles : il est possible de poser un DIU-Cu à un moment qui convient à la femme si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Aucune protection contraceptive supplémentaire n'est nécessaire.

### Chez une femme en aménorrhée (non en postpartum)

- Un DIU-Cu peut être posé à tout moment s'il est déterminé que cette femme n'est pas enceinte. Aucune protection contraceptive supplémentaire n'est nécessaire

### Chez une femme en postpartum (allaitante ou non allaitante, y compris les femmes venant de subir une césarienne)

- Dans les 48 heures après l'accouchement : un DIU-Cu peut être posé, et notamment immédiatement après l'évacuation du placenta.
  - Si l'accouchement s'effectue par césarienne, le DIU-Cu peut être posé après l'évacuation du placenta, avant de refermer l'utérus.
- Entre 48 heures et moins de 4 semaines après l'accouchement : il n'est habituellement pas recommandé d'utiliser un DIU-Cu à moins qu'aucune autre méthode plus appropriée ne soit disponible ou acceptable (MEC, catégorie 3)
- 4 semaines ou plus après l'accouchement, chez une femme en aménorrhée :
  - femme allaitante : un DIU-Cu peut être posé si l'on est raisonnablement certain que cette femme n'est pas enceinte. Aucune protection contraceptive supplémentaire n'est nécessaire.
  - femme non allaitante : un DIU-Cu peut être posé si l'on peut déterminer que cette femme n'est pas enceinte. Aucune protection contraceptive supplémentaire n'est nécessaire.
- 4 semaines ou plus après l'accouchement, chez une femme dont les cycles menstruels ont repris : un DIU-Cu peut être posé comme indiqué pour les autres femmes ayant des cycles menstruels.
- Il ne faut pas poser de DIU-Cu aux femmes atteintes de septicémie puerpérale (MEC, catégorie 4).

### Après un avortement

- Un DIU-Cu peut être posé immédiatement après un avortement au cours du premier trimestre de grossesse.
- Un DIU-CU peut en général être posé immédiatement après un avortement au cours du deuxième trimestre de grossesse.

- Il ne faut pas poser de DIU-CU immédiatement après un avortement septique (MEC, catégorie 4).

### Passage d'une autre méthode au DIU-Cu

- Un DIU-Cu peut être posé immédiatement s'il est raisonnablement certain que la femme n'est pas enceinte ; il n'est pas nécessaire d'attendre jusqu'aux prochaines règles. Aucune protection contraceptive supplémentaire n'est nécessaire.

### Pour la contraception d'urgence

- Un DIU-Cu peut être posé dans les 5 jours suivant un rapport sexuel non protégé en tant que contraception d'urgence.
- En outre, lorsqu'on peut estimer le moment de l'ovulation, un DIU-Cu peut être posé au-delà du délai de 5 jours après le rapport, dans la mesure où cette pose n'intervient pas plus de 5 jours après l'ovulation.
- Les femmes qui bénéficient d'un DIU-Cu en tant que contraception d'urgence devront être médicalement aptes à subir sa pose (1).

### Pose d'un DIU-LNG

#### Chez une femme ayant des cycles menstruels

- Dans les 7 jours suivant le début des règles : un DIU-LNG peut être posé au moment qui convient à la femme, et non uniquement pendant les menstruations. Aucune protection contraceptive supplémentaire n'est nécessaire.
- Plus de 7 jours après le début des règles : un DIU-LNG peut être posé au moment qui convient à la femme si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Elle devra s'abstenir de relations sexuelles ou utiliser une protection contraceptive supplémentaire pendant les 7 jours suivants.

#### Chez une femme en aménorrhée (hors postpartum)

- Un DIU-LNG peut être posé à un moment quelconque s'il peut être déterminé que la femme n'est pas enceinte. Celle-ci devra s'abstenir de relations sexuelles ou utiliser une protection contraceptive supplémentaire pendant les 7 jours qui suivent.



### Pendant le postpartum (femme allaitante ou non allaitante, y compris celles ayant subi une césarienne)

- Dans les 48 heures suivant l'accouchement : un DIU-LNG peut généralement être posé, notamment immédiatement après l'évacuation du placenta.
  - Si l'accouchement est effectué par césarienne, le DIU-LNG peut être posé après l'évacuation du placenta, avant de fermer l'utérus.
- Entre 48 heures et moins de 4 semaines après l'accouchement : l'utilisation du DIU-LNG n'est habituellement pas recommandée à moins qu'aucune autre méthode plus appropriée ne soit disponible ou acceptable (MEC, catégorie 3).
- 4 semaines ou plus après l'accouchement, chez une femme en aménorrhée :
  - Femme allaitante : un DIU-LNG peut être posé s'il est raisonnablement certain que cette femme n'est pas enceinte. Aucune contraception supplémentaire n'est nécessaire.
  - Femme non allaitante : un DIU-LNG peut être posé s'il peut être déterminé que cette femme n'est pas enceinte. Aucune contraception supplémentaire n'est nécessaire.
- 4 semaines ou plus après l'accouchement, chez une femme dont les cycles menstruels ont repris : un DIU-LNG peut être posé comme indiqué pour les autres femmes ayant des cycles menstruels.
- Il ne faut pas poser de DIU-LNG chez des femmes présentant une septicémie puerpérale (MEC, catégorie 4).

### Après un avortement

- Un DIU-LNG peut être posé immédiatement après un avortement pendant le premier trimestre de grossesse.
- En général, un DIU-LNG peut être posé immédiatement après un avortement pendant le deuxième trimestre de grossesse.
- Il ne faut pas poser de DIU-LNG immédiatement après un avortement septique (MEC, catégorie 4).

### Passage d'une autre méthode au DIU-LNG

- Si une femme a des cycles menstruels, un DIU-LNG peut lui être posé immédiatement si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte ; il n'est pas nécessaire d'attendre les prochaines règles. Si la femme est en aménorrhée, un DIU-LNG peut être posé immédiatement s'il peut être déterminé qu'elle n'est pas enceinte ; il n'est pas nécessaire d'attendre les prochaines règles.
  - Dans les 7 jours suivant le début des règles : un DIU-LNG peut être posé. Aucune protection contraceptive supplémentaire n'est nécessaire.
  - Plus de 7 jours après le début des règles : un DIU-LNG peut être posé, mais la femme devra s'abstenir de relations sexuelles ou utiliser une protection contraceptive supplémentaire pendant les 7 jours qui suivent.
- Si la femme utilisait auparavant pour sa contraception un contraceptif injectable, le DIU-LNG devra être posé à la date normalement prévue pour l'injection de rappel. Aucune protection contraceptive supplémentaire n'est nécessaire.

### Remarques (voir références 2 à 4)

Le Groupe d'élaboration des lignes directrices (GELD) a déterminé que le faible risque d'ovulation jusqu'au 7<sup>ème</sup> jour du cycle était acceptable et que la probabilité de présence d'une grossesse était donc faible avant le 8<sup>ème</sup> jour.

Les recommandations du GELD concernant la pose d'un DIU-Cu à des fins de contraception d'urgence ne s'appliquent pas aux DIU-LNG car la sécurité et l'efficacité de ces derniers pour ce type de contraception ne sont pas connues. Ainsi, l'utilisation d'un DIU-LNG en tant que contraception d'urgence n'est pas recommandée. En outre, on craint au niveau théorique qu'en cas de grossesse, l'exposition hormonale occasionne des risques supplémentaires pour le fœtus. On ne sait notamment pas s'il existe un risque accru d'anomalie foetale du fait de cette exposition.

Comme spécifié dans le MEC, les DIU ne sont pas indiqués pendant la grossesse et ne doivent pas être utilisés en raison du risque d'infection

pelvienne grave et d'avortement septique spontané. Le GELD a reconnu que la liste de contrôle des six critères serait utile aux prestataires pour déterminer si une femme allaitante après son accouchement pouvait être enceinte (voir section 7.1 : Comment un prestataire de soins de santé peut-il être raisonnablement certain qu'une femme n'est pas enceinte ?). Néanmoins, ces six critères ne s'appliquent pas à une femme en postpartum et non allaitante ou à une femme en aménorrhée (hors postpartum) et d'autres moyens doivent être mis en œuvre pour déterminer si elle est enceinte.

### Examens et tests à effectuer avant la pose d'un DIU-Cu ou d'un DIU-LNG (voir références 5, 6)

Chez les femmes en bonne santé, les seuls examens et tests indispensables et obligatoires avant la pose d'un DIU sont l'examen pelvien/génital et l'évaluation du risque d'IST. Un dosage du taux d'hémoglobine et un dépistage des IST/du VIH contribueront aussi substantiellement à une utilisation efficace et sans risque de cette méthode de contraception, lorsque ces examens sont disponibles. Pour en savoir plus, veuillez consulter le tableau et les notes ci-après.

Examen ou test	DIU-Cu et DIU-LNG *
Examen des seins par le prestataire	C
Examen pelvien/génital	A
Dépistage du cancer du col de l'utérus	C
Analyses de laboratoire de routine	C
Dosage du taux d'hémoglobine	B
Évaluation du risque d'IST : antécédents médicaux et examen physique	A‡
Dépistage des IST/du VIH : analyses de laboratoire	B‡
Mesure de la tension artérielle	C

\* Classe A : ce test ou cet examen est indispensable et obligatoire dans toutes les circonstances pour une utilisation sans risque et efficace de la méthode de contraception ; classe B : cet examen ou ce test contribue de façon substantielle à l'utilisation sans risque et efficace de la méthode, mais sa mise en œuvre est à replacer dans le contexte de la santé publique et/ou des services offerts. Le risque associé à la non-exécution de cet examen ou de ce test doit être pesé en regard des bénéfices de la mise à disposition de la méthode contraceptive ; classe C : cet examen ou ce test ne contribue pas de manière substantielle à l'utilisation sans risque et efficace de la méthode contraceptive.

‡ Le document *Critères d'éligibilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, cinquième édition, déclare : « La pose d'un DIU peut augmenter le risque de MIP (maladie inflammatoire pelvienne) chez les femmes présentant un risque accru d'IST, mais le peu de données existantes suggère que ce risque est faible. Les algorithmes actuellement utilisés pour déterminer le risque accru d'IST ont peu de valeur prédictive. Le risque d'IST varie en fonction du comportement individuel et de la prévalence locale des IST. En conséquence, si de nombreuses femmes présentant un risque accru d'IST peuvent utiliser un DIU, un certain nombre de femmes présentant un risque accru d'IST (probabilité individuelle très élevée) devraient en général renoncer à la pose d'un DIU en attendant d'effectuer les tests appropriés et d'entreprendre un traitement» (1).

## Utilisation d'antibiotiques à titre prophylactique lors de la pose d'un DIU

### Pose courante d'un DIU (DIU-Cu ou DIU-LNG)

- Une prophylaxie antibiotique n'est généralement pas recommandée pour la pose d'un DIU. Dans les contextes de forte prévalence de la gonorrhée cervicale et des infections à chlamydiae et de dépistage restreint des IST, il est possible d'envisager une telle prophylaxie.
- L'utilisatrice d'un DIU devra recevoir des conseils pour surveiller l'apparition de symptômes d'une éventuelle MIP, notamment au cours du premier mois après la pose.

### Remarques (voir référence 7)

Le GELD a déterminé que l'administration d'une prophylaxie antibiotique lors de la pose d'un DIU n'apportait que peu voire pas de bénéfices pour les femmes à faible risque d'IST.

Ces recommandations s'appliquent aux femmes en bonne santé : les femmes présentant des affections justifiant une prophylaxie antibiotique pour les actes invasifs (par exemple, les femmes avec des atteintes des valves cardiaques) peuvent aussi nécessiter une telle prophylaxie pour la pose d'un DIU.

En raison de l'absence d'éléments concernant l'administration d'antibiotiques à titre prophylactique avant la pose d'un DIU-LNG, les recommandations relatives à ce type de DIU reposent sur les éléments disponibles pour les DIU-Cu.

## Prise en charge des anomalies menstruelles chez les utilisatrices d'un DIU-Cu

### Spotting ou saignements légers

- Le spotting ou les saignements légers sont courants pendant les 3 à 6 premiers mois d'utilisation d'un DIU-Cu. Ce phénomène n'est pas préjudiciable et diminue habituellement avec le temps.
- Si une femme désire recevoir un traitement contre ces saignements, il est possible de lui prescrire une cure brève d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) pendant les jours de saignement.

- Chez une femme présentant un spotting ou des saignements persistants, il convient d'exclure les problèmes gynécologiques lorsque le tableau clinique le justifie. Si l'on identifie un problème gynécologique, il faut traiter l'affection correspondante ou orienter la femme vers des soins spécialisés.
- Si l'on ne découvre aucun problème gynécologique et si la femme trouve les saignements inacceptables, il faut retirer le DIU et aider la patiente à sélectionner une autre méthode.

### Saignements menstruels plus importants ou plus longs que les règles habituelles

- Des saignements menstruels plus importants ou plus longs sont courants pendant les 3 à 6 premiers mois d'utilisation d'un DIU-Cu. Habituellement, ces saignements ne sont pas préjudiciables et deviennent de plus en plus légers avec le temps.
- Il est possible de proposer les traitements suivants pendant les jours de saignement menstruel :
  - AINS
  - acide tranexamique (un agent hémostatique)
- Il ne faut PAS utiliser d'aspirine.
- Il convient d'exclure des problèmes gynécologiques éventuels lorsque le tableau clinique le justifie. Si un tel problème est identifié, il faut traiter l'affection correspondante ou orienter la femme vers des soins spécialisés.
- Si les saignements continuent d'être très importants ou prolongés, et notamment en présence de signes cliniques d'anémie ou si la femme trouve ces saignements inacceptables, il faut retirer le DIU et aider la patiente à sélectionner une autre méthode.
- Pour prévenir l'anémie, prescrire une supplémentation en fer et/ou encourager la patiente à consommer des aliments riches en fer.

### Remarques (voir référence 8)

Le GELD a noté que les anomalies menstruelles étaient courantes pendant les 3 à 6 premiers mois d'utilisation d'un DIU et a conclu qu'un traitement pendant les jours de saignement était parfois efficace. Le Groupe a indiqué qu'il ne fallait pas employer d'aspirine pour traiter

des saignements menstruels problématiques en lien avec la pose d'un DIU car ce médicament est susceptible d'aggraver les problèmes.

### Prise en charge des anomalies menstruelles chez les utilisatrices d'un DIU-LNG

#### Aménorrhée

- Une aménorrhée ne nécessite aucun traitement médical. Des conseils suffisent.
- Si une femme trouve inacceptable d'être en aménorrhée, il faut retirer le DIU-LNG et l'aider à sélectionner une autre méthode.

#### Spotting ou saignements légers

- Le spotting ou les saignements légers sont courants lorsqu'on utilise un DIU-LNG. Ce phénomène n'est pas préjudiciable et diminue habituellement avec le temps.
- Chez les femmes présentant un spotting ou des saignements persistants, les problèmes gynécologiques devront être exclus si le tableau clinique le justifie. Si un tel problème est identifié, il faut traiter l'affection correspondante ou orienter la patiente vers des soins spécialisés.
- Si l'on ne découvre aucun problème gynécologique et si la femme trouve les saignements inacceptables, il faut retirer le DIU-LNG et aider la patiente à sélectionner une autre méthode.

### Saignements menstruels plus importants ou plus longs que les règles habituelles

- Des saignements menstruels plus importants ou plus longs peuvent se produire pendant les 3 à 6 premiers mois d'utilisation d'un DIU-LNG. Habituellement, ces saignements ne sont pas préjudiciables et deviennent généralement de plus en plus légers avec le temps.
- D'éventuels problèmes gynécologiques devront être exclus si le tableau clinique le justifie. Si un tel problème est identifié, il faut traiter l'affection correspondante ou orienter la femme vers des soins spécialisés.
- Si les saignements continuent d'être très importants ou prolongés, et notamment en présence de signes cliniques d'anémie ou si la femme trouve ces saignements

inacceptables, il faut retirer le DIU-LNG et aider la patiente à sélectionner une autre méthode.

- Pour prévenir l'anémie, prescrire une supplémentation en fer et/ou encourager la patiente à consommer des aliments riches en fer.

### Remarques

Le GELD a noté que les saignements plus importants ou plus longs se concentraient pendant les 3 à 6 premiers mois d'utilisation d'un DIU-LNG et diminuaient avec le temps. Aucune étude évaluant des options de traitement n'était disponible.

### Prise en charge des utilisatrices d'un DIU-Cu ou d'un DIU-LNG lorsqu'on met en évidence chez elles une maladie inflammatoire pelvienne (MIP)

- Traiter la MIP à l'aide d'antibiotiques appropriés.
- Il n'est pas nécessaire de retirer le DIU si la femme souhaite continuer à l'utiliser.
- Si elle ne souhaite pas le conserver, le retirer après la mise en route du traitement antibiotique.
- Si le DIU est retiré, il faut envisager la prise de pilules contraceptives d'urgence et/ou d'une ou d'autres méthodes contraceptives, si besoin est.
- Si l'infection ne s'améliore pas, envisager le retrait du DIU tout en poursuivant le traitement antibiotique. Si le DIU n'est pas retiré, la patiente devra continuer à prendre des antibiotiques. Dans les deux cas, sa santé devra être suivie de près.
- Assurer une prise en charge complète des IST, et notamment en prodiguant des conseils sur l'utilisation de préservatifs.

### Remarques (voir référence 9)

Le GELD a conclu que le retrait du DIU n'apportait aucun bénéfice supplémentaire une fois la MIP traitée avec des antibiotiques appropriés. Comme il n'avait pas identifié d'éléments concernant les DIU-LNG, ses recommandations reposaient uniquement sur les données relatives aux DIU-Cu.

### Prise en charge d'une utilisatrice d'un DIU-Cu ou d'un DIU-LNG, lorsqu'on constate qu'elle est enceinte

- Exclure une grossesse ectopique.
- Expliquer à la femme qu'elle est exposée à un risque accru de fausse-couche au cours du premier ou du deuxième trimestre (et notamment d'avortement septique pouvant représenter une menace vitale) et d'accouchement avant terme si le DIU est laissé en place. Le retrait du DIU réduit ces risques, même si l'acte en lui-même comporte un faible risque de fausse-couche.
  - Si la patiente ne désire pas poursuivre sa grossesse et si l'avortement thérapeutique est légalement disponible, lui fournir les informations correspondantes.
  - Si elle comprend et accepte les risques mentionnés plus haut et souhaite poursuivre sa grossesse, procéder selon les instructions ci-après.

### Les fils du DIU sont visibles ou ce dispositif peut être retiré sans risque du canal cervical

- Indiquer à la femme que la meilleure solution consiste à retirer le DIU.
- Si le DIU doit être retiré, effectuer cette opération en tirant doucement sur les fils.
- Que le DIU soit retiré ou laissé en place, conseiller à la femme de solliciter un avis médical rapidement en cas de saignements importants, de crampes, de douleurs, d'écoulement vaginal anormal ou de fièvre.

### Les fils du DIU ne sont pas visibles et ce dispositif ne peut être retiré sans risque.

- Lorsqu'une échographie est possible, elle peut être utile pour déterminer l'endroit où se trouve le DIU. Si celui-ci ne peut être localisé, ce peut être l'indication qu'il a été expulsé ou a perforé les tissus.
- Si une échographie n'est pas possible ou s'il a été déterminé par ultrasons que le DIU se trouve à l'intérieur de l'utérus, avertir clairement la femme des risques de fausse couche, d'infection et d'accouchement avant terme et lui conseiller de solliciter rapidement des soins en cas de saignements importants, de crampes, de douleurs, d'écoulement vaginal anormal ou de fièvre.

### Remarques (voir référence 10)

Le GELD a conclu que le retrait du DIU améliorerait l'issue de la grossesse si les fils de ce dispositif étaient visibles ou si celui-ci pouvait être retiré sans risque du canal cervical et que les risques de fausse couche, d'accouchement avant terme et d'infection étaient substantiels si le dispositif était laissé en place. Ces recommandations reposent sur les éléments disponibles pour les DIU-Cu. En outre, le GELD a considéré qu'il existait des inquiétudes théoriques à propos de l'exposition fœtale à des hormones chez les femmes se trouvant enceintes avec un DIU-LNG en place. On ne sait cependant pas si une telle exposition pourrait entraîner un risque accru d'anomalie fœtale.

### Suivi nécessaire après la pose d'un DIU-Cu ou d'un DIU-LNG

Ces recommandations concernent la fréquence minimale de suivi préconisée pour une utilisation sans risque et efficace des DIU. Elles se réfèrent à des situations générales et peuvent varier en fonction des utilisatrices et des contextes. Par exemple, les femmes présentant des pathologies spécifiques peuvent avoir besoin de visites de suivi plus fréquentes.

- Une visite de suivi est recommandée après les premières règles ou 3 à 6 semaines après la pose.
- On conseillera aux femmes de revenir à tout moment si elles souhaitent discuter d'éventuels effets secondaires ou d'autres problèmes, ou si elles souhaitent changer de méthode.
- On conseillera aux femmes de revenir lorsqu'il sera temps de retirer le DIU.

### Remarques (voir référence 11)

Le GELD a conclu que les visites ou les contacts de suivi devaient, au minimum, inclure des conseils pour faire face à des problèmes comme les effets secondaires ou autres, utiliser correctement et régulièrement la méthode contraceptive et se protéger des IST. Des évaluations supplémentaires peuvent se justifier, comme par exemple, un examen pelvien à la recherche d'un éventuel déplacement du DIU.

### Références relatives aux dispositifs intra-utérins (DIU)

1. Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, cinquième édition. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 ([http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/MEC-5/fr/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/fr/), consulté le 8 juillet 2016).
2. Whiteman MK, Tyler CP, Folger SG, Gaffield ME, Curtis KM. When can a woman have an intrauterine device inserted? A systematic review. *Contraception*. 2013;87(5):666–73. doi:10.1016/j.contraception.2012.08.015.
3. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the "fertile window" in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *BMJ*. 2000;321(7271):1259–62.
4. Wilcox AJ, Dunson DB, Weinberg CR, Trussell J, Baird DD. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception*. 2001;63(4):211–5.
5. Tepper NK, Steenland MW, Marchbanks PA, Curtis KM. Laboratory screening prior to initiating contraception: a systematic review. *Contraception*. 2013;87(5):645–9. doi:10.1016/j.contraception.2012.08.009.
6. Tepper NK, Steenland MW, Marchbanks PA, Curtis KM et al. Hemoglobin measurement prior to initiating copper intrauterine devices: a systematic review. *Contraception*. 2013;87(5):639–44. doi:10.1016/j.contraception.2012.08.008.
7. Grimes DA, Schulz KF. Prophylactic antibiotics for intrauterine device insertion: a metaanalysis of the randomized controlled trials. *Contraception*. 1999;60(2):57–63.
8. Godfrey EM, Whiteman MK, Curtis KM. Treatment of bleeding irregularities in women with copper-containing IUDs: a systematic review. *Contraception*. 2013;87(5):549–66. doi:10.1016/j.contraception.2012.08.005.
9. Tepper NK, Steenland MW, Gaffield ME, Marchbanks PA, Curtis KM. Retention of intrauterine devices in women who acquire pelvic inflammatory disease: a systematic review. *Contraception*. 2013;87(5):655–60. doi:10.1016/j.contraception.2012.08.011.
10. Brahmi D, Steenland MW, Renner RM, Gaffield ME, Curtis KM. Pregnancy outcomes with an IUD in situ: a systematic review. *Contraception*. 2012;85(2):131–9. doi:10.1016/j.contraception.2011.06.010.
11. Steenland MW, Lauren B, Zapata LB, Brahmi D, Marchbanks PA, Curtis KM. The effect of follow-up visits or contacts after contraceptive initiation on method continuation and correct use. *Contraception*. 2013;87(5):625–30. doi:10.1016/j.contraception.2012.09.018.



## 7.3 Progestatifs seuls

Les contraceptifs à base de progestatifs seuls (PS) englobent les implants utilisant un progestatif seul, les progestatifs seuls injectables (PSI) et les pilules de progestatif seul (PPS). Ils sont présentés séparément dans cet ordre dans la présente section.

Les PS peuvent être utilisés sans risque par la plupart des femmes. Pour déterminer si une femme présentant une pathologie ou une caractéristique particulière peut employer sans risque un PS, se référer aux *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, cinquième édition (MEC) (1).

Les PS ne protègent pas contre les infections sexuellement transmissibles (IST), et notamment contre le VIH. S'il existe un risque de contracter une IST/le VIH, l'utilisation correcte et régulière de préservatifs est recommandée. En effet, s'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs représentent l'une des méthodes les plus efficaces de protection contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ils ne sont pas aussi largement utilisés par les programmes nationaux que les préservatifs masculins.

### 7.3.1 Implants avec progestatif seul

Les implants avec progestatif seul constituent un type de contraception à longue durée d'action.

Les divers types d'implant avec progestatif seul pris en compte dans ce document sont les suivants :

- lévonorgestrel (LNG) : Les implants contenant du lévonorgestrel sont Norplant, Jadelle et Sino-implant (II)<sup>1</sup>.
  - Norplant est un implant à 6 bâtonnets, dont chacun contient 36 mg de LNG (il n'est plus produit).
  - Jadelle est un implant à 2 bâtonnets, dont chacun contient 75 mg de LNG.
  - Sino-implant (II) est un implant à 2 bâtonnets, dont chacun contient 75 mg de LNG.<sup>2</sup>
- étonogestrel (ETG) : Les implants contenant de l'ETG sont commercialisés sous les noms Implanon® et Nexplanon®. Ces deux modèles comportent un bâtonnet simple contenant 68 mg d'ETG.

<sup>1</sup> Nouvelle méthode contraceptive pour la troisième édition.

<sup>2</sup> Nouvelle méthode contraceptive pour la troisième édition.

## Pose des implants

Les présentes recommandations reposent sur des informations relatives aux implants approuvés libérant du lévonorgestrel (LNG) et s'appliquent à ces implants, qui comprennent les modèles Norplant® et Jadelle® (le Norplant a été arrêté). On dispose de peu d'éléments concernant le Sino-implant (II)®. On ne sait pas dans quelle mesure ces recommandations s'appliquent aux implants utilisant uniquement de l'étonogestrel (ETG).

### NOUVELLE recommandation 1.1 :

Une femme peut débuter une contraception utilisant un Sino-implant (II), ou SI (II) dans les 7 jours suivant le début des règles; elle peut aussi commencer cette contraception à tout autre moment si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Des recommandations sont aussi fournies pour les cas où une protection supplémentaire est nécessaire et pour les femmes qui sont : en aménorrhée ou en postpartum, viennent de subir un avortement ou passent d'une autre méthode au SI(II).

### Chez une femme ayant des cycles menstruels

- Dans les 7 jours après le début des règles : l'implant peut être posé. Aucune protection contraceptive supplémentaire n'est nécessaire.
- Plus de 7 jours après le début des règles : l'implant peut être posé s'il est raisonnablement certain que la femme n'est pas enceinte. Elle devra s'abstenir de relations sexuelles ou utiliser une contraception supplémentaire pendant les 7 jours suivants.

### Chez une femme en aménorrhée (hors postpartum)

- L'implant peut être posé à tout moment s'il est raisonnablement certain que la femme n'est pas enceinte. Celle-ci devra s'abstenir de relations sexuelles ou utiliser une protection contraceptive supplémentaire pendant les 7 jours qui suivent.

### Postpartum (femme allaitante)

- Moins de 6 semaines après l'accouchement : un implant peut généralement être posé (MEC, catégorie 2).
- Entre 6 semaines et 6 mois après l'accouchement, chez les femmes en aménorrhée : un implant peut être posé. Si la femme allaite pleinement ou quasi-pleinement, aucune protection contraceptive supplémentaire n'est nécessaire.
- Plus de 6 mois après l'accouchement, chez les femmes dont les cycles menstruels ont repris : l'implant peut être posé comme indiqué pour les autres femmes ayant des cycles menstruels.

### Postpartum (femmes non allaitantes)

- Moins de 21 jours après l'accouchement : un implant peut être posé (MEC, catégorie 1). Aucune protection contraceptive supplémentaire n'est nécessaire. Il est fortement improbable qu'une femme ovule et soit exposée à un risque de grossesse pendant les 21 premiers jours suivant l'accouchement. Néanmoins, pour des raisons programmatiques (en fonction des protocoles nationaux, régionaux et/ou locaux, par exemple), certaines méthodes contraceptives peuvent être fournies pendant cette période.
- 21 jours ou plus après l'accouchement, chez des femmes dont les cycles mensuels n'ont pas repris : un implant peut être posé s'il est raisonnablement certain que la femme n'est pas enceinte. Celle-ci devra s'abstenir de relations sexuelles ou utiliser une protection contraceptive supplémentaire pendant les 7 jours suivants.
- Les cycles menstruels ont repris : un implant peut être posé comme indiqué pour les autres femmes ayant des cycles menstruels.

### Après un avortement

- L'implant peut être posé immédiatement après l'avortement. Aucune protection contraceptive supplémentaire n'est nécessaire.

### Passage à l'implant après utilisation d'une autre méthode hormonale

- Si la femme utilisait la précédente méthode hormonale correctement et régulièrement, ou s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte, l'implant peut être posé immédiatement, sans qu'il soit nécessaire d'attendre les prochaines règles.
- Si la méthode antérieure était un contraceptif injectable, l'implant devra être posé à la date normalement prévue pour l'injection de rappel. Aucune protection contraceptive supplémentaire ne sera nécessaire.

### Passage à l'implant après utilisation d'une méthode non hormonale (autre qu'un DIU)

- L'implant peut être posé immédiatement s'il est raisonnablement certain que la femme n'est pas enceinte ; il n'est pas nécessaire d'attendre ses prochaines règles.

- Dans les 7 jours suivant le début des règles : aucune protection contraceptive supplémentaire n'est nécessaire.
- Plus de 7 jours après le début des règles : la patiente devra s'abstenir de relations sexuelles ou utiliser une protection contraceptive supplémentaire pendant les 7 jours qui suivent.

### Passage à l'implant après l'utilisation d'un DIU (y compris les DIU libérant du LNG)

- Dans les 7 jours suivant le début des règles : un implant peut être posé. Aucune protection contraceptive supplémentaire n'est nécessaire. Le DIU peut être retiré ce moment-là.
- Plus de 7 jours après le début des règles : l'implant peut être posé si l'on est raisonnablement certain que la femme n'est pas enceinte.
  - Si elle est sexuellement active pendant le cycle menstruel considéré et s'il s'est écoulé plus de 7 jours depuis le début des règles : il est recommandé de retirer le DIU à l'occasion de ses prochaines règles.
  - Si elle n'est pas sexuellement active pendant ce cycle menstruel et s'il s'est écoulé plus de 7 jours depuis le début des règles : elle devra s'abstenir de relations sexuelles ou utiliser une protection contraceptive supplémentaire pendant les 7 jours qui suivent. Si cette protection supplémentaire est fournie par le DIU qu'elle porte, il est recommandé que celui-ci soit retiré à l'occasion des prochaines règles.
- Si la femme est en en aménorrhée ou présente des saignements irréguliers, l'implant peut être posé comme indiqué pour les autres femmes en aménorrhée.

### Remarques (voir références 2 à 7 et 34)

Le Groupe d'élaboration des lignes directrices (GELD) a considéré que jusqu'au 7<sup>ème</sup> jour du cycle menstruel, la pose d'un implant comportait un faible risque de cycle ovulatoire pouvant conduire à une grossesse.

La nécessité d'une protection contraceptive supplémentaire pour les personnes passant à l'implant progestatif après utilisation d'une autre méthode hormonale dépendra de la méthode antérieurement utilisée.

Concernant le passage d'un DIU à un implant, certaines inquiétudes ont été exprimées à propos du risque de grossesse en cas de retrait d'un DIU au cours d'un cycle pendant lequel des rapports sexuels avaient déjà eu lieu. Ces préoccupations ont conduit à recommander que le DIU soit laissé en place jusqu'aux règles suivantes.

Tandis qu'on estime à 48 heures la durée d'utilisation d'une PPS (pilule de progestatif seul) nécessaire pour que cette pilule exerce un effet contraceptif sur la glaire cervical, le temps requis pour que des implants libérant du LNG produisent un tel effet est mal connu.

### Examens et tests nécessaires avant la mise en place d'implants

Chez les femmes en bonne santé, aucun examen ou test n'est indispensable ou obligatoire avant la mise en place d'implants à progestatif seul. Néanmoins, la mesure de la tension artérielle fait l'objet d'une attention particulière ; il est souhaitable que des mesures de tension artérielle soient prises avant la pose des implants. Il importe de noter que dans les contextes où la mesure de la tension artérielle n'est pas disponible, il ne faudra pas refuser à des femmes l'utilisation d'un implant pour la seule raison que leur tension artérielle ne peut être mesurée.

Examen ou test	Implants*
Examen des seins par le prestataire	C
Examen pelvien/génital	C
Dépistage du cancer du col de l'utérus	C
Analyses de laboratoire de routine	C
Dosage du taux d'hémoglobine	C
Évaluation du risque d'IST : antécédents médicaux et examen physique	C
Dépistage des IST/du VIH : analyses de laboratoire	C
Mesure de la tension artérielle	‡

\* Classe A : ce test ou cet examen est indispensable et obligatoire dans toutes les circonstances pour une utilisation sans risque et efficace de la méthode de contraception ; classe B : cet examen ou ce test contribue de façon substantielle à l'utilisation sans risque et efficace de la méthode, mais sa mise en œuvre est à replacer dans le contexte de la santé publique et/ou des services offerts. Le risque associé à la non-exécution de cet examen ou de ce test doit être pesé en regard des bénéfices de la mise à disposition de la méthode contraceptive ; classe C : cet examen ou ce test ne contribue pas de manière substantielle à l'utilisation sans risque et efficace de la méthode contraceptive.

‡ Il est souhaitable que des mesures de la tension artérielle soient prises avant la pose des implants. Cependant, dans certains contextes, les mesures de tension artérielle ne sont pas disponibles. Dans nombre de ces contextes, les risques en termes de morbidité et de mortalité liés à la grossesse sont importants et les méthodes hormonales font partie des rares méthodes largement disponibles. Dans ces circonstances, il ne faudra donc pas refuser à des femmes l'utilisation d'une méthode hormonale pour la seule raison que leur tension ne peut être mesurée.

#### NOUVELLE recommandation 1.2 :

Il est souhaitable que des mesures de la tension artérielle soient prises avant de commencer à utiliser un SI(II). On ne doit pas refuser à des femmes l'utilisation d'un SI(II) pour la seule raison que leur tension artérielle ne peut être mesurée.

#### NOUVELLE recommandation 1.3 :

Un examen des seins par le prestataire, un examen pelvien/génital, un dépistage du cancer du col, des analyses de laboratoire de routine, un dosage du taux d'hémoglobine, l'évaluation du risque d'infection sexuellement transmissible (IST) (antécédents médicaux et examen physique) et un dépistage des IST/du VIH (analyses de laboratoire) ne contribuent pas de manière substantielle à l'utilisation sans risque et efficace de l'implant SI(II).

#### Remarques (voir références 35 à 37)

Les examens ou les tests mentionnés s'appliquent à des personnes supposées en bonne santé. Les classifications sont axées sur la relation entre les examens ou les tests et la mise en route sans risque de la méthode contraceptive. Elles ne sont pas destinées à apprécier la pertinence de ces examens ou de ces tests dans d'autres circonstances. Par exemple, certains examens ou tests qui ne sont pas jugés nécessaires pour l'utilisation sans risque et efficace d'une contraception peuvent être utiles pour délivrer des soins préventifs de qualité ou pour diagnostiquer ou évaluer des pathologies dont on suspecte la présence.

#### Poursuite de l'utilisation des implants libérant du LNG (durée d'utilisation)

Ces recommandations reposent sur des informations relatives aux implants libérant du LNG approuvés et s'appliquent à ces implants, à savoir les modèles Norplant et Jadelle (la production du Norplant a été arrêtée). L'étiquetage produit d'un implant libérant de l'ETG (Implanon) indique que cet implant peut être laissé en place jusqu'à trois ans. L'étiquetage produit pour le Sino-implant (II)<sup>1</sup> indique qu'on peut le laisser en place jusqu'à quatre ans.

#### Norplant

La production du Norplant a été interrompue à l'échelle mondiale en 2008. Bien qu'initialement approuvé pour une durée d'utilisation allant jusqu'à cinq ans, les grossesses restent rares jusqu'à la 7<sup>ème</sup> année chez les femmes utilisant cet implant qui pesaient moins de 70 kg lors de sa pose et jusqu'à la 4<sup>ème</sup> année pour les femmes qui pesaient 70 kg ou plus à sa mise en place. Les femmes porteuses d'un

<sup>1</sup> Nouvelle recommandation pour la troisième édition.



Norplant qui sont sorties de l'intervalle pertinent peuvent souhaiter qu'on leur retire cet implant en raison du risque accru de grossesse.

### Modèle Jadelle

Chez une femme pesant moins de 80 kg

- Il est possible de laisser l'implant en place sur une durée allant jusqu'à cinq années complètes.

Chez une femme pesant 80 kg ou plus

- Celle-ci devra envisager sérieusement de se faire retirer l'implant après quatre années complètes d'utilisation compte tenu de la baisse de son efficacité.

### Remarques (voir référence 41)

Le GELD a examiné les éléments publiquement disponibles selon lesquels, parmi les femmes utilisant le Norplant, les grossesses seraient rares jusqu'à la 7<sup>ème</sup> année d'utilisation pour les femmes qui pesaient moins de 70 kg lors de la pose et jusqu'à la 4<sup>ème</sup> année d'utilisation, pour les femmes qui pesaient 70 kg ou plus à la mise en place. L'efficacité contraceptive diminue au bout de 4 ans pour les femmes dont le poids était inférieur à 70 kg lors de la pose et baisse de manière substantielle pour les femmes qui pesaient 80 kg ou plus à la mise en place. Les femmes pesant entre 70 et 79 kg au cours de la cinquième année d'utilisation devront être conscientes de la baisse d'efficacité de leur implant si elles choisissent de continuer à l'utiliser pendant une 6<sup>ème</sup> ou 7<sup>ème</sup> année, même si les fréquences de grossesse pendant ces années ne sont pas plus élevées que ceux relevés pour plusieurs autres méthodes contraceptives. Il faut conseiller vivement aux femmes de 80 kg ou plus d'envisager de faire retirer leur implant après quatre ans d'utilisation, car pour elles, le risque de grossesse est d'approximativement 6 % au cours de la cinquième année d'usage. Concernant la durée d'utilisation du Sino-implant (II), le GELD est convenu que les données disponibles confirmeraient l'étiquetage produit mentionnant quatre années d'utilisation continue. Les femmes utilisant un implant Norplant ou Jadelle ont une probabilité bien moindre d'avoir une grossesse ectopique que celles n'employant aucune contraception. Cependant, dans l'éventualité peu probable qu'une grossesse se produise, la probabilité que cette grossesse soit ectopique augmente.

### NOUVELLE recommandation 1.4 :

L'étiquetage produit du SI(II) indique que cet implant peut être laissé en place sur une durée allant jusqu'à quatre ans.

### Prise en charge des anomalies menstruelles chez les utilisatrices d'implants

Ces recommandations reposent sur les informations relatives aux implants libérant du LNG approuvés et s'appliquent à ces implants, à savoir les modèles Norplant et Jadelle. On ne sait pas dans quelle mesure ces recommandations thérapeutiques s'appliquent aux implants Sino-implant (II) et à ceux libérant de l'ETG (Implanon).

### Aménorrhée

- Une femme en aménorrhée ne nécessite aucun traitement médical. Des conseils suffisent.
- Si une femme trouve la situation d'aménorrhée inacceptable, le ou les implants devront être retirés. On l'aidera à sélectionner une autre méthode contraceptive.

### Spotting ou saignements légers

- La présence de spotting ou de saignements légers est courante lorsqu'on utilise un implant, notamment pendant la première année, et ce phénomène n'est pas préjudiciable.
- Chez les femmes présentant un spotting ou des saignements persistants ou chez celles qui saignent après une période d'aménorrhée, il convient d'exclure d'éventuels problèmes gynécologiques lorsque le tableau clinique le justifie. Si un problème gynécologique est identifié, il faut traiter l'affection correspondante ou orienter la femme vers des soins spécialisés.
- Si l'on diagnostique une IST ou une maladie inflammatoire pelvienne, la femme peut continuer à utiliser les implants tout en recevant un traitement et des conseils concernant l'emploi de préservatifs.
- Si aucun problème gynécologique n'est mis en évidence et si la femme désire un traitement, des options non hormonales et hormonales sont disponibles :
  - non hormonales : médicament anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)
  - hormonales (si recevables sur le plan médical) : COC faiblement dosés ou éthynyl estradiol.

- Si la femme ne désire pas de traitement ou si le traitement est inefficace et si elle trouve les saignements inacceptables, le ou les implants devront être retirés. Il faudra l'aider à sélectionner une autre méthode.

### Saignements importants ou prolongés (plus de 8 jours ou 2 fois plus que les règles habituelles)

- Il convient d'exclure d'éventuels problèmes gynécologiques si le tableau clinique le justifie. Si un problème gynécologique est identifié, il faut traiter l'affection correspondante ou orienter la femme vers des soins spécialisés.
- Si aucun problème gynécologique n'est mis en évidence et si la femme désire un traitement, des options non hormonales et hormonales sont disponibles :
  - non hormonales : AINS
  - hormonales (si recevables sur le plan médical) : COC faiblement dosés ou éthinyliestradiol.
- Si la femme ne désire pas de traitement ou si le traitement est inefficace et les saignements deviennent une menace pour sa santé ou si ces saignements sont inacceptables pour elle, le ou les implants devront être retirés. Il faudra l'aider à sélectionner une autre méthode.

### Remarques (voir références 8 à 19)

Le GELD a noté que les anomalies menstruelles étaient courantes chez les utilisatrices d'implants et qu'apporter des conseils à propos de ces anomalies avant la mise en place des implants était essentiel pour atténuer les inquiétudes et encourager les femmes à poursuivre l'utilisation de la méthode. Le Groupe a examiné les données limitées disponibles concernant le traitement des saignements légers ou importants et a déterminé que les médicaments suivants étaient modestement efficaces :

- Médicaments non hormonaux : AINS
  - ibuprofène
  - acide méfénamique
- Médicaments hormonaux
  - COC
  - éthinyliestradiol.

### Suivi nécessaire après la mise en place des implants

Ces recommandations concernent la fréquence minimale de suivi préconisée pour une utilisation sûre et efficace des implants. Elles s'appliquent à des situations générales et peuvent varier selon les utilisatrices et les contextes. Par exemple, les femmes présentant des pathologies spécifiques peuvent nécessiter des visites de suivi plus fréquentes.

#### NOUVELLE recommandation 1.5 :

Aucun suivi systématique n'est nécessaire après la mise en place d'un SI(II).

### Implants

- Aucun suivi systématique n'est nécessaire.
- On conseillera aux femmes de revenir à tout moment si elles souhaitent discuter d'éventuels effets secondaires ou d'autres problèmes, ou si elles souhaitent changer de méthode.
- On conseillera aux femmes de revenir lorsqu'il sera temps de retirer leur implant.

### Remarques (voir références 38 à 40)

Le GELD a conclu que les visites ou les contacts de suivi devraient inclure, au minimum, des conseils pour faire face aux problèmes tels qu'effets secondaires ou autres, pour utiliser correctement et régulièrement la méthode et pour se protéger des IST. Une évaluation supplémentaire peut être utile.

### 7.3.2 Progestatifs seuls injectables (PSI)

Ces contraceptifs injectables incluent l'acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR) et l'énanthate de norethistérone (NET-EN).

Trois formulations sont considérées dans ce document :

1. AMPR-IM = 150 mg d'AMPR administrés par voie intramusculaire
2. AMPR-SC = 104 mg d'AMPR administrés par voie sous-cutanée<sup>1</sup>
3. NET-EN = 200 mg de NET-EN administrés par voie intramusculaire.

À noter que l'AMPR-SC reste probablement efficace lorsqu'il est administré dans le haut du bras, mode d'injection qui peut paraître acceptable pour les femmes, en plus des injections sous-cutanées dans l'abdomen ou la cuisse (20).

<sup>1</sup> New recommendation for the third edition.

## Mise en route des PSI

Si une femme ne peut recevoir l'injection au moment de la consultation, des dispositions pourront être prises pour que cette injection soit faite à une date ultérieure par un service approprié.

### NOUVELLE recommandation 2.1 :

Une femme peut débiter une contraception par l'AMPR-SC dans les 7 jours suivant le début des règles ; elle peut aussi débiter cette contraception à tout moment si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Des recommandations sont également fournies pour le cas où une protection supplémentaire est nécessaire et pour les femmes qui sont en aménorrhée ou en post-partum, viennent de subir un avortement ou passent d'une autre méthode à l'AMPR-SC.

### Chez une femme ayant des cycles menstruels

- Dans les 7 jours suivant le début des règles : la première injection de PSI peut être administrée. Aucune protection contraceptive supplémentaire n'est nécessaire.
- Plus de 7 jours après le début des règles : la première injection de PSI peut être administrée s'il est raisonnablement certain que la femme n'est pas enceinte. Celle-ci devra s'abstenir de relations sexuelles ou utiliser une protection contraceptive supplémentaire pendant les 7 jours qui suivent.

### Chez une femme en aménorrhée

- La première injection peut être effectuée à un moment quelconque si l'on est raisonnablement certain que la femme n'est pas enceinte. Celle-ci devra s'abstenir de relations sexuelles ou utiliser une protection contraceptive supplémentaire pendant les 7 jours qui suivent.

### Postpartum (femme allaitante)

- Moins de 6 semaines après l'accouchement et chez une femme majoritairement allaitante : l'utilisation de PSI n'est habituellement pas recommandée à moins qu'aucune autre méthode plus appropriée ne soit disponible ou acceptable (MEC, catégorie 3).
- Entre 6 semaines et 6 mois après l'accouchement, chez une femme en aménorrhée : la première injection de PSI peut être administrée. Si la femme est pleinement ou presque pleinement allaitante, aucune protection contraceptive supplémentaire n'est nécessaire.
- Plus de 6 semaines après l'accouchement, chez une femme dont les cycles menstruels ont repris : la première injection peut être

administrée comme indiqué pour les autres femmes ayant des cycles menstruels.

### Postpartum (femme non allaitante)

- Moins de 21 jours après l'accouchement : la première injection de PSI peut être administrée. Aucune protection contraceptive supplémentaire n'est nécessaire. Il est fortement improbable qu'une femme ovule et soit exposée à un risque de grossesse pendant les 21 premiers jours suivant l'accouchement. Cependant, pour des raisons programmatiques (en fonction des protocoles programmatiques nationaux, régionaux et/ou locaux), certaines méthodes contraceptives peuvent être fournies pendant cette période.
- 21 jours ou plus après l'accouchement, chez une femme dont les cycles menstruels n'ont pas repris : la première injection peut être administrée si l'on est raisonnablement certain que la femme n'est pas enceinte. Celle-ci devra s'abstenir de relations sexuelles ou utiliser une protection contraceptive supplémentaire pendant les 7 jours qui suivent.
- Les cycles menstruels ont repris : la première injection peut être administrée comme indiqué pour les autres femmes ayant des cycles menstruels.

### Après un avortement

- La première injection peut être administrée immédiatement après l'avortement. Aucune protection contraceptive supplémentaire n'est nécessaire.

### Passage à un PSI après utilisation d'une méthode hormonale

- Si la femme utilisait la méthode hormonale antérieure correctement et régulièrement ou s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte, la première injection de PSI peut être administrée immédiatement ; il n'est pas nécessaire d'attendre les règles suivantes.
- Si la méthode antérieurement utilisée par la femme était un autre contraceptif injectable, celle-ci devra recevoir la première injection du nouveau PSI à la date prévue pour l'injection de rappel du contraceptif précédent. Aucune protection contraceptive supplémentaire n'est nécessaire.

### Passage à un PSI après une méthode non hormonale (autre qu'un DIU)

- La première injection peut être administrée immédiatement s'il est raisonnablement certain que la femme n'est pas enceinte ; il n'est pas nécessaire d'atteindre les règles suivantes.
  - Dans les 7 jours suivant le début des règles : aucune protection contraceptive supplémentaire n'est nécessaire.
  - Plus de 7 jours après le début des règles : la femme devra s'abstenir de relations sexuelles ou utiliser une protection contraceptive supplémentaire pendant les 7 jours qui suivent.

### Passage à un PSI après utilisation d'un DIU (pouvant être notamment un DIU-LNG)

- Dans les 7 jours suivant le début des règles : la première injection peut être administrée. Aucune protection contraceptive supplémentaire n'est nécessaire. Le DIU peut alors être retiré.
- Plus de 7 jours après le début des règles : la première injection peut être administrée s'il est raisonnablement certain que la femme n'est pas enceinte.
  - Chez une femme sexuellement active au cours du cycle menstruel considéré et plus de 7 jours après le début des règles : il est recommandé de retirer le DIU à l'occasion des règles suivantes.
  - Chez une femme n'ayant pas d'activité sexuelle au cours de ce cycle et plus de 7 jours après le début des règles : cette femme devra s'abstenir de relations sexuelles ou utiliser une protection contraceptive supplémentaire pendant les 7 jours qui suivent. Si cette protection complémentaire est fournie par le DIU qu'elle porte, il est recommandé de retirer celui-ci lors des règles suivantes.
- Si la femme est en aménorrhée ou présente des saignements irréguliers, elle peut recevoir l'injection comme indiqué pour les autres femmes en aménorrhée.

### Remarques (voir références 5, 6, 20, 21)

Le GELD a considéré qu'une injection administrée jusqu'au 7<sup>ème</sup> jour du cycle menstruel comportait un faible risque que le cycle ovulatoire débouche sur une grossesse.

La nécessité d'une protection contraceptive supplémentaire chez les personnes passant d'une autre méthode hormonale à un PSI dépendra de la méthode antérieurement utilisée.

Le passage d'un DIU à un contraceptif injectable suscitait certaines inquiétudes à propos du risque de grossesse en cas de retrait du DIU au cours d'un cycle pendant lequel des rapports sexuels avaient déjà eu lieu. Ces préoccupations ont conduit à recommander que le DIU soit laissé en place jusqu'au aux règles suivantes.

Tandis que l'on estimait à 48 heures la durée d'utilisation d'une PPS nécessaire pour obtenir un effet contraceptif sur la glaire cervicale, la durée d'utilisation requise pour qu'un PSI exerce un tel effet était mal connue.

En examinant les données, le GELD a noté que l'AMPR-SC restait efficace lorsqu'il était administré dans le haut du bras, mode d'injection qui pourrait être acceptable pour les femmes, en plus des injections sous-cutanées dans l'abdomen ou dans la cuisse.

### Examens et tests nécessaires avant la mise en route d'un PSI

Chez les femmes en bonne santé, aucun examen ou test n'est indispensable ou obligatoire avant la mise en route d'un PSI. Cependant, une attention particulière est accordée à la mesure de la tension artérielle ; il est souhaitable de prendre des mesures de cette tension avant la mise en route d'un PSI. Il est important de noter que dans les contextes où la mesure de la tension artérielle est indisponible, les femmes ne devront pas se voir refuser l'utilisation d'un PSI pour la seule raison que leur tension ne peut être mesurée.

Examen ou test	PSI*
Examen des seins par le prestataire	C
Examen pelvien/génital	C
Dépistage du cancer du col de l'utérus	C
Analyses de laboratoire de routine	C
Dosage du taux d'hémoglobine	C
Évaluation du risque d'IST : antécédents médicaux et examen physique	C
Dépistage des IST/du VIH : analyses de laboratoire	C
Mesure de la tension artérielle	‡

\* Classe A : ce test ou cet examen est indispensable et obligatoire dans toutes les circonstances pour une utilisation sans risque et efficace de la méthode de contraception ; classe B : cet examen ou ce test contribue de façon substantielle à l'utilisation sans risque et efficace de la méthode, mais sa mise en œuvre est à replacer dans le contexte de la santé publique et/ou des services offerts. Le risque associé à la non-exécution de cet examen ou de ce test doit être pesé en regard des bénéfices de la mise à disposition de la méthode contraceptive ; classe C : cet examen ou ce test ne contribue pas de manière substantielle à l'utilisation sans risque et efficace de la méthode contraceptive.

‡ Il est souhaitable que des mesures de la tension artérielle soient prises avant la mise en route du PSI. Cependant, dans certains contextes, les mesures de tension ne sont pas disponibles. Dans nombre de ces contextes, les risques en termes de morbidité et de mortalité liés à la grossesse sont importants et les méthodes hormonales font partie des rares méthodes largement disponibles. Dans ces circonstances, il ne faudra donc pas refuser à des femmes l'utilisation d'une méthode hormonale pour la seule raison que leur tension ne peut être mesurée.

#### Nouvelle recommandation 2.2 :

Il est souhaitable que des mesures de la tension artérielle soient prises avant de débiter une contraception par l'AMPR-SC. On ne devra pas refuser à des femmes l'utilisation de l'AMPR-SC pour la seule raison que leur tension artérielle ne peut être mesurée.

#### NOUVELLE recommandation 2.3 :

Un examen des seins par le prestataire, un examen pelvien/génital, un dépistage du cancer du col, des analyses de laboratoire de routine, un dosage du taux d'hémoglobine, l'évaluation du risque d'IST (antécédents médicaux et examen physique) ou le dépistage des IST/du VIH (analyses de laboratoire) ne contribuent pas de manière substantielle à l'utilisation sans risque et efficace de l'AMPR-SC.

#### Remarques (voir références 35 à 37)

Les examens ou les tests mentionnés s'appliquent à des personnes supposées en bonne santé.

Ces classifications sont axées sur la relation entre les examens ou les tests et la mise en route sans risque d'une méthode contraceptive. Elles ne sont pas destinées à évaluer la pertinence de ces examens ou de ces tests dans d'autres circonstances. Par exemple, certains des examens ou des tests qui ne sont pas jugés nécessaires à une utilisation sans risque et efficace de la méthode contraceptive pourraient être utiles pour délivrer des soins préventifs de qualité ou pour diagnostiquer ou évaluer des pathologies dont on suspecte la présence.

## Calendrier des injections de rappel de PSI (réinjections) pour poursuivre l'utilisation de la méthode

### Intervalle de réinjection

- Des injections de rappel d'AMPR devront être administrées tous les trois mois.
- Des injections de rappel de NET-EN devront être administrées tous les deux mois.

#### NOUVELLE recommandation 2.4 :

Effectuer des injections de rappel d'AMPR-SC tous les trois mois. Des recommandations sont aussi fournies pour les injections précoces ou tardives.

### Injection précoce

- L'injection d'AMPR ou de NET-EN peut être anticipée de 2 semaines.

### Injection tardive

- L'injection de rappel d'AMPR peut être effectuée jusqu'à 4 semaines après la date prévue sans nécessiter de protection contraceptive supplémentaire. L'injection de rappel de NET-EN peut être administrée jusqu'à 2 semaines après la date prévue, sans nécessiter non plus de protection contraceptive supplémentaire.
- Si une femme se présente avec plus de 4 semaines de retard pour recevoir une injection de rappel d'AMPR ou avec plus de 2 semaines de retard pour recevoir une injection de rappel de NET-EN, cette injection peut lui être administrée si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Elle devra s'abstenir de relations sexuelles ou utiliser une protection contraceptive supplémentaire pendant les 7 jours qui suivent. Elle pourra souhaiter recourir à une contraception d'urgence, le cas échéant.

### Passage de l'AMPR au NET-EN, ou inversement

- Il n'est pas recommandé d'utiliser de façon interchangeable des injections d'AMPR et de NET-EN.
- S'il devient nécessaire pour une femme de passer de l'un à l'autre, la commutation devra intervenir au moment où l'injection de rappel aurait été administrée.

### **Pour l'injection de rappel d'un PSI lorsque le type du contraceptif injectable antérieurement utilisé et/ou le moment de son injection ne sont pas connus**

- L'injection peut être effectuée si l'on est raisonnablement certain que la femme n'est pas enceinte. Celle-ci devra s'abstenir de relations sexuelles ou utiliser une protection contraceptive supplémentaire pendant les 7 jours qui suivent.
- La femme peut souhaiter recourir à une contraception d'urgence, le cas échéant.

#### **Remarques** (voir références 20, 22)

Le GELD a considéré que le risque d'ovulation était minimal dans les 4 semaines suivant le jour programmé pour l'injection de rappel d'AMPR (3 mois) et dans les 2 semaines suivant le jour programmé pour l'injection de rappel de NET-EN (2 mois).

Les injections d'AMPR devront être administrées tous les trois mois. Si l'injection de rappel d'AMPR peut être effectuée avec un retard allant jusqu'à 4 semaines sans nécessiter de protection contraceptive supplémentaire, cela ne signifie pas que l'intervalle d'injection régulier de ce contraceptif peut être prolongé de 4 semaines.

Les mécanismes d'action, les critères de recevabilité médicale et les effets secondaires de l'AMPR et du NET-EN sont similaires. Par conséquent, il n'y a pas de risque à interrompre l'un pour débiter l'administration de l'autre.

Si l'on estimait à 48 heures la durée nécessaire d'utilisation d'une PPS pour obtenir l'effet contraceptif sur la glaire cervicale, le temps nécessaire à un PSI pour exercer un tel effet était mal connu.

En examinant les données, le GELD a noté que l'AMPR- SC restait efficace lorsqu'il était administré dans le haut du bras, mode d'injection susceptible d'être accepté par les femmes, en plus des injections sous-cutanées dans l'abdomen ou la cuisse.

### **Prise en charge des anomalies menstruelles au cours de l'utilisation des PSI**

Ces recommandations concernent les formulations d'AMPR-IM et de NET-EN ; il se peut que le traitement soit le même pour les femmes utilisant l'AMPR-SC.

#### **Aménorrhée**

- Une femme en aménorrhée ne nécessite pas un traitement médical. Des conseils suffisent.
- Si la femme trouve néanmoins inacceptable d'être en aménorrhée, on interrompra le contraceptif injectable et on l'aidera à sélectionner une autre méthode.

#### **Spotting ou saignements légers**

- Le spotting ou les saignements légers sont courants pendant l'utilisation d'un PSI, notamment au cours du premier cycle d'injection, et ne représentent pas un phénomène préjudiciable.
- Chez les femmes présentant un spotting ou des saignements persistants ou chez celles qui saignent après une période d'aménorrhée, il convient d'exclure d'éventuels problèmes gynécologiques lorsque le tableau clinique le justifie. Si un problème gynécologique est identifié, il faut traiter l'affection correspondante ou orienter la femme vers des soins spécialisés.
- Si l'on diagnostique une IST ou une maladie inflammatoire pelvienne, la femme peut continuer à prendre ses injections tout en recevant un traitement et des conseils pour l'utilisation de préservatifs.
- Si aucun problème gynécologique n'est mis en évidence et si la femme trouve les saignements inacceptables, un traitement de courte durée par des AINS peut s'avérer utile. Si la femme décide d'arrêter le contraceptif injectable, il faudra l'aider à sélectionner une autre méthode.

#### **Saignements importants ou prolongés (d'une durée supérieure à 8 jours ou 2 fois plus importants que les règles habituelles)**

- Expliquer que les saignements importants ou prolongés sont courants au cours du



premier cycle d'injection.

- Si les saignements importants ou prolongés perdurent, exclure d'éventuels problèmes gynécologiques si le tableau clinique le justifie. Si un problème gynécologique est identifié, traiter l'affection correspondante ou orienter la femme vers des soins spécialisés.
- Si les saignements deviennent une menace pour la santé de la femme ou s'ils sont inacceptables pour elle, interrompre le contraceptif injectable. On aidera la patiente à sélectionner une autre méthode. Dans l'intervalle, un traitement à court terme avec de l'éthinyl estradiol ou des AINS peut être utile.
- Pour prévenir l'anémie, prescrire une supplémentation en fer et/ou encourager la femme à consommer des aliments contenant du fer.

#### Remarques (voir références 23 à 30)

Le GELD a noté que les anomalies menstruelles étaient courantes chez les utilisatrices de PSI et qu'apporter des conseils à propos de ces anomalies avant la mise en route de ces contraceptifs était essentiel pour atténuer les inquiétudes et encourager les femmes à poursuivre l'utilisation de la méthode.

Le Groupe a examiné les données limitées disponibles à propos des options de traitement des saignements légers ou importants et a déterminé que les médicaments suivants pouvaient être utiles dans le cadre d'un traitement de courte durée (à savoir, 5 à 7 jours) :

En cas de spotting ou de saignements légers :

- AINS
  - acide méfénamique
  - valdecoxib

En cas de saignements importants ou prolongés :

- AINS
  - acide méfénamique
  - valdecoxib
- Médicaments hormonaux
  - éthinyl estradiol.

### 7.3.3 Pilules de progestatif seul (PPS)

Les PPS contiennent uniquement un progestatif, sans œstrogène.

### Mise en route des pilules de progestatif seul (PPS)

Des PPS peuvent être fournies à une femme par avance avec des instructions appropriées sur la mise en route de cette contraception, sous réserve que cette femme soit médicalement apte à en bénéficier.

#### Chez une femme ayant des cycles menstruels

- Dans les 5 jours suivant le début des règles : il est possible de mettre en route la PPS. Aucune protection contraceptive supplémentaire n'est nécessaire.
- Plus de 5 jours après le début des règles : il est possible de mettre en route la PPS si l'on est raisonnablement certain que la femme n'est pas enceinte. Celle-ci devra s'abstenir de relations sexuelles ou utiliser une protection contraceptive supplémentaire pendant les 2 jours qui suivent.

#### Chez une femme en aménorrhée

- La PPS peut être mise en route à tout moment si l'on est raisonnablement certain que la femme n'est pas enceinte. Celle-ci devra s'abstenir de relations sexuelles ou utiliser une protection contraceptive supplémentaire pendant les 2 jours qui suivent.

#### Chez une femme en postpartum (femme allaitante)

- Moins de 6 semaines après l'accouchement, on peut généralement mettre en route une PPS (MEC, catégorie 2). Si la femme est pleinement ou presque pleinement allaitante, aucune protection contraceptive supplémentaire n'est nécessaire.
- Entre 6 semaines et 6 mois après l'accouchement, chez une femme en aménorrhée : on peut mettre en route une PPS. Si la femme est pleinement ou presque pleinement allaitante, aucune protection contraceptive complémentaire n'est nécessaire.
- Plus de 6 semaines après l'accouchement, chez une femme dont les cycles menstruels ont repris : une PPS peut être mise en route comme indiqué pour les autres femmes ayant des cycles menstruels (MEC, catégorie 1).

### Postpartum (femme non allaitante)

- Moins de 21 jours après l'accouchement : une PPS peut être mise en route. Aucune protection contraceptive complémentaire n'est nécessaire. Il est fortement improbable que la femme ovule et soit exposée à un risque de grossesse au cours des 21 premiers jours suivant l'accouchement. Cependant, pour des raisons programmatiques (en fonction des protocoles programmatiques nationaux, régionaux et/ou locaux), certaines méthodes contraceptives peuvent être fournies pendant cette période.
- 21 jours ou plus après l'accouchement, chez une femme dont les cycles menstruels ont repris : une PPS peut être mise en route si l'on est raisonnablement certain que la femme n'est pas enceinte. Celle-ci devra s'abstenir de relations sexuelles ou utiliser une protection contraceptive supplémentaire pendant les 2 jours qui suivent.
- Les cycles menstruels ont repris : la prise d'une PPS peut être mise en place comme indiqué pour les autres femmes ayant des cycles menstruels.

### Après un avortement

- Une PPS peut être mise en route immédiatement après l'avortement. Aucune protection contraceptive complémentaire n'est nécessaire.

### Passage à une PPS après utilisation d'une méthode hormonale

- Si la femme utilisait la méthode hormonale antérieure correctement et régulièrement, ou si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte, elle peut commencer immédiatement à prendre la PPS; il n'est pas nécessaire d'attendre les règles suivantes.
- Si en tant que méthode antérieure, la femme utilisait un contraceptif injectable, elle pourra commencer à prendre une PPS le jour prévu pour l'injection de rappel. Aucune protection contraceptive complémentaire ne sera nécessaire.

### Passage à une PPS après utilisation d'une méthode non hormonale (autre qu'un DIU)

- Dans les 5 jours suivant le début des règles : il est possible de mettre en route la PPS. Aucune protection contraceptive supplémentaire n'est nécessaire.
- Plus de 5 jours après le début des règles : il est possible de mettre en route la PPS si l'on est raisonnablement certain que la femme n'est pas enceinte. Celle-ci devra s'abstenir de relations sexuelles ou utiliser une protection contraceptive supplémentaire pendant les 2 jours qui suivent.

### Passage à une PPS après utilisation d'un DIU (et notamment d'un DIU libérant du lévonorgestrel)

- Dans les 5 jours suivant le début des règles : il est possible de mettre en route une PPS. Aucune protection contraceptive supplémentaire n'est nécessaire. Le DIU peut alors être retiré.
- Plus de 5 jours après le début des règles : il est possible de mettre en route une PPS si l'on est raisonnablement certain que la femme n'est pas enceinte.
  - Si elle est sexuellement active pendant le cycle menstruel considéré : il est recommandé de retirer le DIU lors des prochaines règles.
  - Si elle n'est pas sexuellement active pendant ce cycle menstruel : elle devra s'abstenir de relations sexuelles ou utiliser une protection contraceptive supplémentaire pendant les 2 jours qui suivent. Si cette protection supplémentaire est fournie par le DIU qu'elle porte, il est recommandé que celui-ci soit retiré lors des règles suivantes.
- Si la femme est en en aménorrhée ou présente des saignements irréguliers, elle peut commencer à prendre une PPS comme indiqué pour les autres femmes en aménorrhée.

### Remarques (voir références 5, 6 et 31)

Le GELD a considéré le risque d'ovulation en cas de mise en route d'une PPS au cours des 5 premiers jours de règle comme acceptablement faible. La suppression de l'ovulation a été considérée comme moins fiable lorsque la prise de la pilule commençait après le 5<sup>ème</sup> jour du cycle. On a estimé à 48 heures la durée d'utilisation



de la PPS nécessaire pour obtenir les effets contraceptifs sur la glaire cervicale.

La nécessité d'une protection contraceptive supplémentaire chez les personnes passant d'une autre méthode hormonale à une PPS dépendra de la méthode antérieurement utilisée.

Il existait certaines inquiétudes à propos du risque de grossesse en cas de retrait du DIU au cours d'un cycle pendant lequel des rapports sexuels avaient déjà eu lieu. Ces inquiétudes ont conduit à recommander que le DIU soit laissé en place jusqu'aux règles suivantes.

### Examens et tests nécessaires avant le début de la prise d'une PPS

Chez les femmes en bonne santé, aucun examen ou test n'est indispensable ou obligatoire avant le début de la prise d'une PPS. Néanmoins, la mesure de la tension artérielle fait l'objet d'une attention particulière ; il est souhaitable que des mesures de cette tension soient prises avant que la femme ne commence à prendre cette pilule. Il importe de noter que dans les contextes où les mesures de la tension artérielle ne sont pas disponibles, il ne faudra pas refuser à des femmes l'utilisation d'une PPS pour la seule raison que leur tension ne peut être mesurée.

Examen ou test	PPS*
Examen des seins par le prestataire	C
Examen pelvien/génital	C
Dépistage du cancer du col de l'utérus	C
Analyses de laboratoire de routine	C
Dosage du taux d'hémoglobine	C
Évaluation du risque d'IST : antécédents médicaux et examen physique	C
Dépistage des IST/du VIH : analyses de laboratoire	C
Mesure de la tension artérielle	‡

\* Classe A : ce test ou cet examen est indispensable et obligatoire dans toutes les circonstances pour une utilisation sans risque et efficace de la méthode de contraception ; classe B : cet examen ou ce test contribue de façon substantielle à l'utilisation sans risque et efficace de la méthode, mais sa mise en œuvre est à replacer dans le contexte de la santé publique et/ou des services offerts. Le risque associé à la non-exécution de cet examen ou de ce test doit être pesé en regard des bénéfices de la mise à disposition de la méthode contraceptive ; classe C : cet examen ou ce test ne contribue pas de manière substantielle à l'utilisation sans risque et efficace de la méthode contraceptive.

‡ Il est souhaitable que des mesures de la tension artérielle soient prises avant le début de la prise de la PPS. Cependant, dans certains contextes, les mesures de tension ne sont pas disponibles. Dans nombre de ces contextes, les risques en termes de morbidité et de mortalité liés à la grossesse sont importants et les méthodes hormonales font partie des rares méthodes largement disponibles. Dans ces circonstances, il ne faudra donc pas refuser à des femmes l'utilisation de méthodes hormonales pour la seule raison que leur tension ne peut être mesurée.

### Remarques

Les examens ou les tests mentionnés s'appliquent à des personnes supposées en bonne santé.

Ces classifications sont axées sur la relation entre les examens ou les tests et la mise en route sans risque de la méthode contraceptive. Elles ne sont pas destinées à apprécier la pertinence de ces examens ou de ces tests dans d'autres circonstances. Par exemple, certains examens ou tests qui ne sont pas jugés nécessaires pour l'utilisation sans risque et efficace d'une contraception peuvent être justifiés pour délivrer des soins préventifs de qualité ou pour diagnostiquer ou évaluer des pathologies dont on suspecte la présence.

### Nombre de plaquettes de pilules de progestatif seul devant être fournies lors des visites initiales et de suivi

#### Visites initiales et de suivi

- Fournir jusqu'à un an de pilules selon les préférences de la femme et l'usage prévu.
- Les programmes doivent mettre en balance le souhait de donner à la femme un accès le plus large possible à ces pilules et les considérations liées à l'approvisionnement en contraceptifs et à la logistique associée.
- Le système de réapprovisionnement devra être flexible, de manière à ce que la femme puisse obtenir facilement les pilules en des quantités et à un moment qui correspondent à ses besoins.

### Remarques

Le GELD a conclu que restreindre le nombre de cycles de pilules pouvait entraîner un arrêt non voulu de la méthode et augmenter le risque de grossesse.

## Prise en charge des vomissements et/ou de la diarrhée sévère pendant la prise de PPS

### Vomissements (pour une raison quelconque) dans les 2 heures suivant la prise d'une pilule

- La femme devra prendre une autre pilule.

### Vomissements sévères ou diarrhée pendant plus de 24 heures

- La femme devra continuer à prendre les pilules (si elle le peut) malgré l'inconfort.
- Si les vomissements sévères ou la diarrhée se poursuivent pendant 2 jours au plus, elle devra suivre les procédures applicables en cas d'oubli de pilule.

### Remarques (voir référence 32)

Le GELD n'a trouvé aucune preuve directe pour répondre à cette question, mais a considéré que les effets de vomissements ou de crises de diarrhée étaient similaires à ceux de l'oubli des pilules.

## Gestion des oublis de PPS

### Chez une femme ayant des cycles menstruels (il peut s'agir d'une femme allaitante) ET ayant oublié une ou plusieurs pilules avec un retard de plus de 3 heures :

- La femme devra prendre une pilule dès que possible, puis continuer à prendre les pilules quotidiennement, à raison d'une chaque jour. Elle devra aussi s'abstenir de relations sexuelles ou utiliser une protection contraceptive supplémentaire pendant les 2 jours qui suivent. Elle pourra souhaiter faire appel à une contraception d'urgence, le cas échéant.

### Chez une femme allaitante, en aménorrhée ET ayant oublié une ou plusieurs pilules, avec un retard de plus de 3 heures

- La femme devra prendre une pilule dès que possible, puis continuer à prendre les pilules quotidiennement, à raison d'une chaque jour. Si moins de 6 mois se sont écoulés depuis l'accouchement, aucune protection contraceptive supplémentaire ne sera nécessaire.

### Remarques (voir références 31 et 33)

Le GELD a considéré que l'utilisation irrégulière ou incorrecte de pilules contraceptives représentait l'une des principales sources des grossesses non désirées et a souligné l'importance de prendre les PPS à approximativement la même heure chaque jour. On estime à 48 heures au minimum la durée de prise de ces pilules nécessaire pour obtenir les effets contraceptifs sur la glaire cervicale.

Les éléments d'orientation existants sont fournis pour répondre à des situations d'oubli par une utilisatrice d'une ou plusieurs pilules, avec un retard de plus de 3 heures. Dans le cas des femmes qui prennent une pilule contenant 75 µg de désogestrel, les éléments d'orientation existants s'appliquent à la fois aux femmes ayant des cycles menstruels et aux femmes allaitantes et en aménorrhée, qui ont oublié une pilule ou plus pendant plus de 12 heures.

## Suivi nécessaire après la mise en route des PPS

Ces recommandations portent sur la fréquence minimale de suivi recommandée pour une utilisation sans risque et efficace des PPS. Elles s'appliquent à des situations générales et peuvent varier selon les utilisatrices et les contextes. Par exemple, les femmes présentant des pathologies spécifiques peuvent nécessiter des visites de suivi plus fréquentes.

### PPS (femme non allaitante)

- Aucune visite annuelle de suivi n'est nécessaire, mais un contact de suivi après le début de la prise est recommandé au bout d'environ trois mois.
- On conseillera aux femmes de revenir à tout moment si elles souhaitent discuter des effets secondaires ou d'autres problèmes éventuels ou si elles souhaitent changer de méthode.

### PPS (femme allaitante)

- Aucune visite de suivi systématique n'est nécessaire.
- On conseillera aux femmes de revenir à tout moment si elles souhaitent discuter des effets secondaires ou d'autres problèmes ou si elles souhaitent changer de méthode.

- On conseillera aux femmes de revenir pour recevoir d'autres conseils et recommandations en matière de contraception si elles cessent d'allaiter ou réduisent notablement la fréquence des tétées.

## Remarques

Le GELD a conclu que les visites ou les contacts de suivi devraient inclure, au minimum, des conseils pour faire face à des problèmes tels qu'effets secondaires ou autres, pour utiliser correctement et régulièrement la méthode et pour se protéger des IST. Une évaluation supplémentaire peut être utile.

## Références pour les progestatifs seuls (PS)

1. Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, cinquième édition. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2015 ([http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/MEC-5/fr/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/fr/), consulté le 8 juillet 2016).
2. Brache V, Alvarez F, Faundes A, Cochon L, Thevenin F. Effect of preovulatory insertion of Norplant implants over luteinizing hormone secretion and follicular development. *Fertil Steril*. 1996;65:1110–4.
3. Brache V, Blumenthal P, Alvarez F, Dunson T, Cochon L, Faundes A. Timing of onset of contraceptive effectiveness in Norplant implant users. Part II. Effect on the ovarian function in the first cycle of use. *Contraception*. 1999;59(4):245–51.
4. Dunson TR, Blumenthal PD, Alvarez F, Brache V, Cochon L, Dalberth B et al. Timing of onset of contraceptive effectiveness in Norplant implant users. Part I. Changes in cervical mucus. *Fertil Steril*. 1998;69(2):258–66.
5. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the "fertile window" in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *BMJ*. 2000;321(7271):1259–62.
6. Wilcox AJ, Dunson DB, Weinberg CR, Trussell J, Baird DD. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception*. 2001;63(4):211–5.
7. Zheng S, Wu X, Fan B. Serum concentrations of levonorgestrel, estradiol and progesterone in women using China-made long-acting levonorgestrel subdermal implant (Sino-Implant) during the first year. *Reprod Contracept*. 1993;13:172–8.
8. Alvarez-Sánchez F, Brache V, Thevenin F, Cochon L, Faundes A. Hormonal treatment for bleeding irregularities in Norplant implant users. *Am J Obstet Gynecol*. 1996;174:919–22.
9. Boonkasemsanti W, Reinprayoon D, Pruksananonda K, Niruttisard S, Triratanachai S, Leepipatpaiboon S, Wannakrairot P. The effect of transdermal oestradiol on bleeding pattern, hormonal profiles and sex steroid receptor distribution in the endometrium of Norplant users. *Hum Reprod*. 1996;11(Suppl 2):115–23.
10. Cheng L, Zhu H, Wang A, Ren F, Chen J, Glasier A. Once a month administration of mifepristone improves bleeding patterns in women using subdermal contraceptive implants releasing levonorgestrel. *Hum Reprod*. 2000;15(9):1969–72.
11. d'Arcangues C, Piaggio G, Brache V, Ben Aissa R, Hazelden C, Massai R et al.; on behalf of the Study Group on Progestogen-induced Vaginal Bleeding Disturbances. Effectiveness and acceptability of vitamin E and low-dose aspirin, alone or in combination, on Norplant-induced prolonged bleeding. *Contraception*. 2004;70(6):451–62. doi:10.1016/j.contraception.2004.05.012.
12. Diaz S, Croxatto HB, Pavez M, Belhadj H, Stern J, Sivin I. Clinical assessment of treatments for prolonged bleeding in users of Norplant implants. *Contraception*. 1990;42:97–109.
13. Glasier AF, Wang H, Davie JE, Kelly RW, Critchley HO. Administration of an antiprogestosterone up-regulates estrogen receptors in the endometrium of women using Norplant: a pilot study. *Fertil Steril*. 2002;77(2):366–72. doi:10.1016/S0015-0282(01)02997-1.
14. Kaewrudee S, Taneepanichskul S, Jaisamraun U, Reinprayoon D. The effect of mefenamic acid on controlling irregular uterine bleeding secondary to Norplant use. *Contraception*. 1999;60:25–30.
15. Subakir SB, Setiadi E, Affandi B, Pringgoutomo S, Freisleben HJ. Benefits of vitamin E supplementation to Norplant users – in vitro and in vivo studies. *Toxicology*. 2000;148:173–8.
16. Witjaksono J, Lau TM, Affandi B, Rogers PAW. Oestrogen treatment for increased bleeding in Norplant users: preliminary results. *Hum Reprod*. 1996;11(Suppl. 2):109–14.
17. Han L, Fan H, Gong Q, Xie Z, Meng F, Hong Y et al. The effects of three types of long-acting subcutaneous implants on menstrual blood loss. *Chinese J Fam Plann*. 1998;6:250–3.
18. Qi L, Liu J, Yu L, Ye L, Sun L, Liu K. Multicenter clinical study of two Sino-subdermal implants. *Chinese J Fam Plann*. 2002;79:87–95.
19. Du M, Zheng H, Guo W. Five-year clinical observation of China-made type II levonorgestrel subdermal implant (Sino-implant). *Chinese J Fam Plann*. 1996;4:201–3.
20. Halpern V, Combes SL, Dorflinger LJ, Weiner DH, Archer DF. Pharmacokinetics of subcutaneous depot medroxyprogesterone acetate injected in the upper arm. *Contraception*. 2014;89(1):31–5. doi:10.1016/j.contraception.2013.07.002.
21. Kapp N, Gaffield ME. Initiation of progestogen-only injectables on different days of the menstrual cycle and its effect on contraceptive effectiveness and compliance: a systematic review. *Contraception*. 2013;87(5):576–82. doi:10.1016/j.contraception.2012.08.017.
22. Paulen ME, Curtis KM. When can a woman have repeat progestogen-only injectables – depot medroxyprogesterone acetate or norethisterone enantate? *Contraception*. 2009;80(4):391–408. doi:10.1016/j.contraception.2009.03.023.
23. Goldberg AB, Cardenas LH, Hubbard AE, Darney PD. Post-abortion depot medroxyprogesterone acetate continuation rates: a randomized trial of cyclic estradiol. *Contraception*. 2002;66(4):215–20.

24. Harel Z, Biro F, Kollar L, Riggs S, Flanagan P, Vaz R. Supplementation with vitamin C and/or vitamin B(6) in the prevention of Depo-Provera side effects in adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2002;15(3):153–8.
25. Jain JK, Nicosia AF, Nucatola DL, Lu JJ, Kuo J, Felix JC. Mifepristone for the prevention of breakthrough bleeding in new starters of depo-medroxyprogesterone acetate. *Steroids.* 2003;68(10–13):1115–9.
26. Parker RA, McDaniel EB. The use of quinesterol for the control of vaginal bleeding irregularities caused by DMPA. *Contraception.* 1980;22(1):1–7.
27. Said S, Sadek W, Rocca M, Koetsawang S, Kirwat O, Piya-Anant M 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. *Hum Reprod.* 1996;11(Suppl 2):1–13.
28. Sapire KE. A study of bleeding patterns with two injectable contraceptives given postpartum and the effect of two non-hormonal treatments. *Adv Contracept.* 1991;7(4):379–87.
29. Nathirojanakun P, Taneepanichskul S, Sappakitkumjorn N. Efficacy of a selective COX-2 inhibitor for controlling irregular uterine bleeding in DMPA users. *Contraception.* 2006;73(6):584–7. doi:10.1016/j.contraception.2005.09.013.
30. Tantiwattanakul P, Taneepanichskul S. Effect of mefenamic acid on controlling irregular uterine bleeding in DMPA users. *Contraception.* 2004;70(4):277–9. doi:10.1016/j.contraception.2004.04.003.
31. McCann MF, Potter LS. Progestin-only oral contraception: a comprehensive review. *Contraception.* 1994;50(6 Suppl 1):S1–195.
32. Elomaa K, Ranta S, Tuominen J, Lähteenmäki P. Charcoal treatment and risk of escape ovulation in oral contraceptive users. *Hum Reprod.* 2001;16(1):76–81.
33. Korver T, Klipping C, Heger-Mahn D, Duijkers I, van Osta G, Dieben T. Maintenance of ovulation inhibition with the 75-µg desogestrel-only contraceptive pill (Ceralette®) after scheduled 12-h delays in tablet intake. *Contraception.* 2005;71(1):8–13. doi:10.1016/j.contraception.2004.07.016.
34. Phillips SJ, Zhang Wen. When can a woman start Sinoimplant (II)? Systematic review. Non publié.
35. Tepper NK, Curtis KM, Steenland MW, Marchbanks PA. Blood pressure measurement prior to initiating hormonal contraception: a systematic review. *Contraception.* 2013;87(5):631–8. doi:10.1016/j.contraception.2012.08.025.
36. Tepper NK, Curtis KM, Steenland MW, Marchbanks PA. Physical examination prior to initiating hormonal contraception: a systematic review. *Contraception.* 2013;87(5):650–4. doi:10.1016/j.contraception.2012.08.010.
37. Tepper NK, Steenland MW, Marchbanks PA, Curtis KM. Laboratory screening prior to initiating contraception: a systematic review. *Contraception.* 2013;87(5):645–9. doi:10.1016/j.contraception.2012.08.009.
38. Steenland MW, Zapata LB, Brahmi D, Marchbanks P, Curtis KM. Appropriate follow up to detect potential adverse events after initiation of select contraceptive methods: a systematic review. *Contraception.* 2013;87(5):611–24. doi:10.1016/j.contraception.2012.09.017.
39. Steenland MW, Zapata LB, Brahmi D, Marchbanks PA, Curtis KM. The effect of follow-up visits or contacts after contraceptive initiation on method continuation and correct use. *Contraception.* 2013;87(5):625–30. doi:10.1016/j.contraception.2012.09.018.
40. Brindis CD, Geierstanger SP, Wilcox N, McCarter V, Hubbard A. Evaluation of a peer provider reproductive health service model for adolescents. *Perspect Sex Reprod Health.* 2005;37(2):85–91. doi:10.1363/psrh.37.085.05.
41. Phillips SJ, Steyn PS, Zhang W, Curtis KM. How long may the Sino-implant (II) be left in place? (non publié)

## 7.4 Contraceptifs hormonaux combinés

Les contraceptifs hormonaux combinés (CHC) désignent des produits contraceptifs contenant un œstrogène associé à un progestatif. La présente section fournit des recommandations concernant l'utilisation de divers CHC, dont les contraceptifs oraux combinés (COC), le patch contraceptif combiné (le patch), les anneaux contraceptifs combinés intravaginaux (AIV) et les contraceptifs injectables combinés (CIC). Elle traite en premier des COC, du patch et de l'AIV, puis des CIC.

Les CHC peuvent être employés sans risque par la plupart des femmes. Pour déterminer si des femmes présentant certaines pathologies ou caractéristiques peuvent utiliser sans risque des CHC, se référer au document *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, cinquième édition (MEC) (1)*.

Les CHC ne protègent pas des infections sexuellement transmissibles (IST), et notamment du VIH. S'il existe un risque de contracter une IST/le VIH, il est recommandé d'utiliser régulièrement et correctement des préservatifs. En effet, s'ils sont utilisés de manière correcte et régulière, les préservatifs offrent l'une des méthodes les plus efficaces de protection contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont efficaces et sûrs, mais ils ne sont pas utilisés aussi largement par les programmes nationaux que les préservatifs masculins.

### 7.4.1 Contraceptifs oraux combinés (COC), patch contraceptif combiné et anneau contraceptif combiné intravaginal (AIV)

Les recommandations relatives aux COC présentées dans ce document s'appliquent à des COC faiblement dosés contenant  $\leq 35 \mu\text{g}$  d'éthinyl estradiol, associés à un progestatif. Elles sont identiques pour toutes les formulations de COC, quelle que soit leur teneur en progestatif.

Le patch libère  $20 \mu\text{g}$  d'éthinyl estradiol et  $150 \mu\text{g}$  de norelgestromine par jour.

L'AIV libère  $15 \mu\text{g}$  d'éthinyl œstradiol et  $120 \mu\text{g}$  d'étonogestrel par jour.

Les COC, le patch et les AIV sont habituellement dosés de manière à fournir un apport hormonal pendant 21 à 24 jours consécutifs, suivis de 4 à 7 jours sans hormone. Néanmoins, on fait aussi appel à des schémas posologiques comprenant moins de jours sans hormone, voire aucun.

#### Mise en route des COC, du patch<sup>1</sup> ou de l'AIV<sup>1</sup>

On peut délivrer par avance à une femme des COC, des patchs ou des AIV avec des instructions appropriées concernant la mise en route de cette contraception, sous réserve qu'elle soit médicalement apte à en bénéficier.

#### Chez une femme ayant des cycles menstruels

- Dans les 5 jours suivant le début des règles : il est possible de mettre en route un COC, un patch ou un AIV. Aucune protection contraceptive supplémentaire n'est nécessaire.
- Plus de 5 jours après le début des règles : il est possible de mettre en route un COC, un patch ou un AIV si l'on est raisonnablement certain que la femme n'est pas enceinte. Celle-ci devra s'abstenir de relations sexuelles ou utiliser une protection contraceptive supplémentaire pendant les 7 jours qui suivent.

#### Nouvelle recommandation 3.1 :

Une femme peut débiter une contraception utilisant un patch ou un AIV dans les 5 jours suivant le début des règles ; elle peut aussi commencer cette contraception à tout moment si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Des recommandations sont également fournies pour le cas où une protection supplémentaire est nécessaire et pour les femmes qui sont en aménorrhée ou en postpartum, viennent de subir un avortement ou passent d'une autre méthode au patch ou à l'AIV.

#### Chez une femme en aménorrhée

- Un COC, un patch ou un AIV peut être mis en route à tout moment si l'on est raisonnablement certain que la femme n'est pas enceinte. Celle-ci devra s'abstenir de relations sexuelles ou utiliser une protection contraceptive supplémentaire pendant les 7 jours qui suivent.

#### Chez une femme en postpartum (femme allaitante)

- Moins de 6 semaines après l'accouchement et en cas d'allaitement majoritaire : la femme ne devrait pas utiliser un COC, un patch ou un AIV (MEC, catégorie 4).
- Entre 6 semaines et 6 mois après l'accouchement et en cas d'allaitement majoritaire : l'utilisation d'un COC, d'un patch ou d'un AIV n'est généralement pas recommandée à moins qu'une autre méthode plus appropriée ne soit disponible ou acceptable (MEC, catégorie 3).
- Plus de 6 semaines après l'accouchement, chez une femme en aménorrhée : une contraception par un COC, un patch ou un AIV peut être mise en route comme indiqué pour les autres femmes en aménorrhée.
- Plus de 6 mois après l'accouchement, chez une femme dont les cycles menstruels ont repris : une contraception par un COC, un patch ou un AIV peut être mise en route comme indiqué pour les autres femmes ayant des cycles menstruels.

#### Chez une femme en postpartum (non allaitante)

- Moins de 21 jours après l'accouchement : l'emploi d'un COC, d'un patch ou d'un AIV n'est généralement pas recommandé à moins qu'aucune autre méthode plus appropriée ne soit disponible ou acceptable (MEC, catégorie 3). Il est fortement improbable que la femme ovule et soit exposée à un risque de grossesse

<sup>1</sup> Nouvelle recommandation pour la troisième édition.



au cours des 21 premiers jours suivant l'accouchement. Cependant, pour des raisons programmatiques (en fonction des protocoles programmatiques nationaux, régionaux et/ou locaux), certaines méthodes contraceptives peuvent être fournies pendant cette période.

- 21 jours ou plus après l'accouchement : chez les femmes ne présentant pas d'autres facteurs de risque de thrombo-embolisme veineux, il est généralement possible de mettre en place un COC, un patch ou un AIV (MEC, catégorie 2).
- Chez une femme apte sur le plan médical et dont les cycles menstruels n'ont pas repris : il est possible de mettre en place immédiatement un COC, un patch ou un AIV si l'on est raisonnablement certain que cette femme n'est pas enceinte. Celle-ci devra s'abstenir de relations sexuelles ou utiliser une protection contraceptive supplémentaire pendant les 7 jours qui suivent.
- Chez une femme apte sur le plan médical et dont les cycles menstruels ont repris : il est possible de mettre en place immédiatement un COC, un patch ou un AIV comme indiqué pour les autres femmes ayant des cycles menstruels.

### Après un avortement

- Il est possible de mettre en place immédiatement un COC, un patch ou un AIV immédiatement après un avortement. Aucune protection contraceptive supplémentaire n'est nécessaire.

### Passage à un COC, à un patch ou à un AIV après utilisation d'une autre méthode hormonale

- Si la femme utilisait la méthode hormonale antérieure correctement et régulièrement ou si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte, il est possible de mettre en route un COC, un patch ou un AIV immédiatement ; il n'est pas nécessaire d'attendre les règles suivantes.
- Si la femme utilisait antérieurement un contraceptif injectable, on devra mettre en place chez elle un COC, un patch ou un AIV le jour prévu pour l'injection de rappel du contraceptif précédent. Aucune protection contraceptive supplémentaire ne sera nécessaire.

### Passage à un COC, au patch ou à un AIV après utilisation d'une méthode non hormonale (autre qu'un DIU)

- Dans les 5 jours suivant le début des règles : un COC, un patch ou un AIV peut être mis en place. Aucune protection contraceptive supplémentaire n'est nécessaire.
- Plus de 5 jours après le début des règles : un COC, un patch ou un AIV peut être mis en place immédiatement si l'on est raisonnablement certain que la femme n'est pas enceinte. Celle-ci devra s'abstenir de relations sexuelles ou utiliser une protection contraceptive supplémentaire pendant les 7 jours qui suivent.

### Passage à un COC, à un patch ou à un AIV après utilisation d'un DIU (pouvant être notamment un DIU libérant du lévonorgestrel)

- Dans les 5 jours suivant le début des règles : un COC, un patch ou un AIV peut être mis en place. Aucune protection contraceptive supplémentaire n'est nécessaire. Le DIU peut alors être retiré.
- Plus de 5 jours après le début des règles, un COC, un patch ou un AIV peut être mis en place s'il est raisonnablement certain que la femme n'est pas enceinte.
  - Chez une femme sexuellement active au cours du cycle menstruel considéré : il est recommandé de retirer le DIU lors des règles suivantes.
  - Chez une femme n'ayant pas d'activité sexuelle au cours de ce cycle : elle devra s'abstenir de relations sexuelles ou utiliser une protection contraceptive supplémentaire pendant les 7 jours qui suivent. Si cette protection complémentaire est fournie par le DIU qu'elle porte, il est recommandé de retirer celui-ci lors des règles suivantes.
- Si la femme est en aménorrhée ou présente des saignements irréguliers, un COC, un patch ou un AIV peut être mis en place comme indiqué pour les autres femmes en aménorrhée.

### Remarques (voir références 2 à 4)

Le Groupe d'élaboration des lignes directrices (GELD) a considéré le risque d'ovulation pendant les 5 premiers jours de règles comme acceptablement faible. La suppression de l'ovulation a été considérée comme moins fiable

lorsque la prise du COC commençait après le 5<sup>ème</sup> jour du cycle. On a jugé que sept jours d'utilisation continue du COC étaient nécessaires pour prévenir de manière fiable l'ovulation.

Les recommandations relatives au moment pertinent pour mettre en place un COC, un patch ou un AIV reposent principalement sur des éléments concernant les COC et sur les données limitées disponibles pour le patch et l'AIV. Dans l'attente d'autres preuves, le GELD a conclu que les éléments disponibles à propos du moment opportun pour débiter un COC s'appliquaient aussi au patch et à l'AIV.

La nécessité d'une protection contraceptive supplémentaire chez les personnes passant d'une autre méthode hormonale à un COC, à un patch ou à un AIV dépendra de la méthode antérieurement utilisée.

Il existait certaines inquiétudes à propos du risque de grossesse en cas de retrait d'un DIU au cours d'un cycle pendant lequel des rapports sexuels avaient déjà eu lieu. Ces inquiétudes ont conduit à recommander que le DIU soit laissé en place jusqu'aux règles suivantes.

### Examens et tests nécessaires avant le début de la prise d'un COC ou avant la mise en place d'un patch<sup>1</sup> ou d'un AIV<sup>1</sup>

Chez les femmes en bonne santé, aucun examen ou test n'est indispensable ou obligatoire avant le début de la prise d'un COC ou avant la mise en place d'un patch ou d'un AIV. Néanmoins, la mesure de la tension artérielle fait l'objet d'une attention particulière ; il est souhaitable que des mesures de cette tension soient prises avant la mise en route de l'une de ces contraceptions. Il importe de noter que dans les contextes où la mesure de la tension artérielle n'est pas disponible, il ne faudra pas refuser à des femmes l'utilisation d'un COC, d'un patch ou d'un AIV pour la seule raison que leur tension ne peut être mesurée.

<sup>1</sup> Nouvelle recommandation pour la troisième édition

Examen ou test	COC, patch, AIV*
Examen des seins par le prestataire	C
Examen pelvien/génital	C
Dépistage du cancer du col de l'utérus	C
Analyses de laboratoire de routine	C
Dosage du taux d'hémoglobine	C
Évaluation du risque d'IST : antécédents médicaux et examen physique	C
Dépistage des IST/du VIH : analyses de laboratoire	C
Mesure de la tension artérielle	‡

\* Classe A : ce test ou cet examen est indispensable et obligatoire dans toutes les circonstances pour une utilisation sans risque et efficace de la méthode de contraception ; classe B : cet examen ou ce test contribue de façon substantielle à l'utilisation sans risque et efficace de la méthode, mais sa mise en œuvre est à replacer dans le contexte de la santé publique et/ou des services offerts. Le risque associé à la non-exécution de cet examen ou de ce test doit être pesé en regard des bénéfices de la mise à disposition de la méthode contraceptive ; classe C : cet examen ou ce test ne contribue pas de manière substantielle à l'utilisation sans risque et efficace de la méthode contraceptive.

‡ il est souhaitable que des mesures de la tension artérielle soient effectuées avant le début de la prise du COC ou avant la mise en place du patch ou de l'AIV. Cependant, dans certains contextes, les mesures de tension ne sont pas disponibles. Dans nombre de ces contextes, les risques en termes de morbidité et de mortalité liés à la grossesse sont importants et les méthodes hormonales font partie des rares méthodes largement disponibles. Dans ces circonstances, il ne faudra donc pas refuser à des femmes l'utilisation de méthodes hormonales pour la seule raison que leur tension ne peut être mesurée.

#### NOUVELLE recommandation 3.2 :

Il est souhaitable que des mesures de la tension artérielle soient prises avant la mise en place d'un patch ou d'un AIV. On ne devra pas refuser à des femmes l'utilisation d'un patch ou d'un AIV pour la seule raison que leur tension artérielle ne peut être mesurée.

#### NOUVELLE recommandation 3.3 :

Un examen des seins par le prestataire, un examen pelvien/génital, un dépistage du cancer du col, des analyses de laboratoire de routine, un dosage du taux d'hémoglobine, l'évaluation du risque d'IST (antécédents médicaux et examen physique) ou un dépistage des IST/du VIH (analyses de laboratoire) ne contribuent pas de manière substantielle à l'utilisation sans risque et efficace du patch ou de l'AIV.

## Nombre de plaquettes de pilules de COC devant être fournies lors des visites initiales et de suivi

### Visites initiales et de suivi

- Fournir jusqu'à un an d'approvisionnement en pilules, en fonction des préférences de la femme et de l'usage prévu.
- Les programmes doivent mettre en balance le souhait de fournir à la femme le plus large accès possible à ce contraceptif et les considérations liées à l'approvisionnement en pilules et à la logistique associée.
- Le système de réapprovisionnement devra être flexible, de manière à ce que la femme puisse obtenir facilement des pilules en des quantités et à un moment qui correspondent à ses besoins.



### Remarques (voir références 35 à 37)

Le GELD a conclu que restreindre le nombre de cycles de pilules pouvait entraîner un arrêt non désiré de la méthode et augmenter le risque de grossesse.

### Prise en charge des vomissements et/ou de la diarrhée sévère pendant la prise de COC

#### Vomissements (pour une raison quelconque) dans les 2 heures suivant la prise d'une pilule active (hormonale)

- la femme devra prendre une autre pilule active.

#### Vomissements ou diarrhées sévères pendant plus de 24 heures

- La femme devra continuer à prendre les pilules (si elle le peut) malgré l'inconfort.
- Si les vomissements ou les diarrhées sévères se poursuivent pendant 2 jours ou plus, elle devra suivre les procédures en cas d'oubli de pilule.

### Remarques (voir référence 5)

Le GELD n'a trouvé aucune preuve directe pour répondre à cette question, mais a considéré que les effets de vomissements ou de crises de diarrhée étaient similaires à ceux de l'oubli de pilules.

### Gestion des oublis de COC

#### Pour les pilules contenant 30 à 35 µg d'éthinyl estradiol

En cas d'oubli d'une ou deux pilules actives (hormonales) d'affilée, ou de début d'une plaquette avec 1 ou 2 jours de retard.

- La femme devra prendre une pilule active (hormonale) dès que possible, puis continuer à prendre les pilules quotidiennement, à raison d'une chaque jour.
  - Si elle a oublié 2 pilules actives (hormonales) ou plus d'affilée, elle devra prendre la première pilule oubliée et ensuite, soit continuer à prendre le reste des pilules oubliées (une par jour), soit mettre ce reste au rebut pour ne pas être décalée.
  - Selon le moment où la femme s'aperçoit qu'elle a oublié la ou les pilules, elle peut prendre 2 d'entre elles le même jour (une

à l'instant où elle prend conscience de l'oubli et une autre à l'horaire habituel), voire au même moment.

- Aucune protection contraceptive supplémentaire n'est nécessaire.

En cas d'oubli de 3 pilules actives (hormonales) ou plus d'affilée, ou de début d'une plaquette avec 3 jours de retard ou plus.

- La femme devra prendre une pilule active (hormonale) dès que possible et continuer à prendre ensuite quotidiennement les autres pilules, à raison d'une par jour.
  - si la femme oublie 2 pilules actives (hormonales) ou plus d'affilée, elle pourra prendre la première pilule oubliée et par la suite, soit continuer à prendre le reste de pilules oubliées (une chaque jour), soit mettre ce reste au rebut pour ne pas subir de décalage.
  - Selon le moment où la femme s'aperçoit qu'elle a oublié la ou les pilules, elle peut prendre 2 d'entre elles le même jour (l'une à l'instant où elle prend conscience de l'oubli et l'autre à l'horaire habituel), voire au même moment.
- La femme devra aussi utiliser des préservatifs ou s'abstenir de relations sexuelles jusqu'à ce qu'elle ait pris des pilules actives (hormonales) pendant 7 jours de suite.
- Si l'oubli de pilules concerne la troisième semaine, elle devra terminer les pilules actives (hormonales) de la plaquette en cours et débiter une nouvelle plaquette le jour suivant. Elle ne devra pas prendre les 7 pilules inactives.
- Si l'oubli de pilules concerne la première semaine et si la femme a eu des rapports non protégés, elle pourra souhaiter bénéficier d'une contraception d'urgence.

#### Pour les pilules contenant jusqu'à 20 µg d'éthinyl estradiol

En cas d'oubli d'une pilule active (hormonale) ou de début d'une plaquette avec un jour de retard :

- La femme devra suivre les recommandations fournies plus haut : "En cas d'oubli d'une ou deux pilules actives (hormonales) d'affilée, ou de début d'une plaquette avec un ou deux jours de retard".

En cas d'oubli de 2 pilules actives (hormonales) ou plus d'affilée, ou de début d'une plaquette avec 2 jours de retard ou plus :

- La femme devra suivre les recommandations fournies plus haut : "En cas d'oubli de 3 pilules actives (hormonales) ou plus d'affilée, ou de début d'une plaquette avec 3 jours de retard ou plus".

### Pour les pilules contenant jusqu'à 20 µg ou entre 30 et 35 µg d'éthinyl estradiol

En cas d'oubli d'un nombre quelconque de pilules inactives (non hormonales) :

- La femme devra mettre au rebut les pilules inactives (non hormonales) oubliées et continuer à prendre quotidiennement les pilules, à raison d'une par jour.

### Gestion des erreurs de dosage dans l'utilisation du patch<sup>1</sup>

#### NOUVELLE recommandation 3.4 :

Une femme peut devoir prendre une action en cas d'erreur de dosage avec son patch ou son AIV. Des recommandations sont fournies pour la gestion de l'allongement de l'intervalle sans patch, du détachement non programmé du patch, de la prolongation de l'utilisation du patch, de l'allongement de l'intervalle sans AIV, du retrait non programmé de l'AIV et de la prolongation de l'utilisation de l'AIV.

#### Allongement de l'intervalle sans patch (c'est-à-dire oubli d'appliquer un nouveau patch après l'intervalle sans patch de 7 jours)

- Si la durée de l'intervalle sans patch est prolongée de  $\leq 48$  heures (c'est-à-dire si au total l'intervalle sans patch est  $> 7$  jours et  $\leq 9$  jours), un nouveau patch devra être mis en place dès que possible. La femme devra toujours effectuer le changement le même jour et devra donc débiter/changer le patch le jour prévu pour ces opérations comme elle l'aurait fait en l'absence d'erreur de dosage. Aucune protection contraceptive supplémentaire n'est nécessaire.
- Si la durée de l'intervalle sans patch est prolongée de  $> 48$  heures (c'est-à-dire si au total l'intervalle sans patch est  $> 9$  jours), un nouveau patch devra être appliqué dès que possible. La femme devra conserver le même jour pour effectuer le changement. Elle devra aussi utiliser des préservatifs ou

s'abstenir de relations sexuelles jusqu'à ce qu'elle ait porté un patch pendant 7 jours d'affilée. Si elle a eu des rapports sexuels non protégés pendant les 5 jours qui précèdent, elle pourra souhaiter bénéficier d'une contraception d'urgence.

#### Détachement non programmé du patch

- Si le patch s'est détaché pendant  $\leq 48$  heures, un nouveau patch devra être appliqué dès que possible (s'il s'est détaché moins de 24 heures après son application, la femme peut tenter de le remettre en place ou de le remplacer par un nouveau). Elle devra conserver le même jour pour effectuer le changement. Aucune protection contraceptive supplémentaire ne sera nécessaire.
- Si le patch reste détaché  $> 48$  heures, un nouveau patch devra être mis en place dès que possible. La femme devra toujours effectuer le changement de patch le même jour.
  - Elle devra aussi utiliser des préservatifs ou s'abstenir de relations sexuelles jusqu'à ce qu'elle ait porté un patch 7 jours d'affilée;
  - Si le détachement non programmé intervient au cours de la troisième semaine d'utilisation, la femme devra omettre la semaine sans patch en finissant la troisième semaine d'utilisation et en mettant en place un nouveau patch immédiatement. Si elle est dans l'incapacité de commencer à utiliser un nouveau patch immédiatement après la troisième semaine d'utilisation du précédent, elle devra également employer des préservatifs ou s'abstenir de relations sexuelles jusqu'à ce qu'elle ait porté un patch pendant 7 jours d'affilée.
  - Si le détachement non programmé intervient pendant la première semaine d'utilisation du patch et si des rapports non protégés ont eu lieu au cours des 5 jours précédents, la femme pourra souhaiter bénéficier d'une contraception d'urgence.

#### Prolongation de l'utilisation du patch

- Si le retrait et la réapplication du patch sont différés de  $\leq 48$  heures (c'est-à-dire si son utilisation est prolongée de 7 à  $\leq 9$  jours) au cours des semaines 1 à 3 d'utilisation de ce

<sup>1</sup> Nouvelle recommandation pour la troisième édition.

contraceptif, un nouveau patch devra être mis en place dès que possible. La femme devra toujours effectuer le changement de patch le même jour. Aucune protection contraceptive supplémentaire n'est nécessaire.

- Si le retrait et la réapplication du patch sont différés de > 48 heures (c'est-à-dire si son utilisation est prolongée de 7 à > 9 jours) au cours des semaines 2 ou 3 d'utilisation de ce contraceptif, alors que la femme utilise le premier ou le deuxième patch de son cycle, ce patch devra être retiré ou remplacé dès que possible. La femme devra toujours effectuer le changement de patch le même jour. Elle devra aussi employer des préservatifs ou s'abstenir de relations sexuelles jusqu'à ce qu'elle ait porté un patch pendant 7 jours d'affilée.
- Si le retrait différé intervient au cours de la quatrième semaine d'utilisation du patch (c'est-à-dire pendant la semaine prévue comme sans exposition hormonale), alors que la femme utilise le troisième patch de son cycle, elle devra retirer ce contraceptif dès que possible. Elle devra toujours commencer à utiliser un patch le même jour. Aucune protection contraceptive supplémentaire n'est nécessaire.

## Gestion des erreurs de dosage dans l'utilisation d'un AIV<sup>1</sup>

### Allongement de l'intervalle sans AIV (c'est-à-dire oubli de mettre en place un nouvel AIV après l'intervalle de 7 jours sans AIV)

- Si l'intervalle sans AIV est prolongé de ≤ 48 heures (c'est-à-dire qu'au total l'intervalle sans AIV est > 7 jours et ≤ 9 jours), un nouvel AIV devra être mis en place dès que possible. La femme devra toujours retirer l'AIV le même jour et devra donc retirer/mettre en place l'AIV, le jour prévu pour ces opérations, comme elle l'aurait fait en l'absence d'erreur de dosage. Aucune protection contraceptive supplémentaire n'est nécessaire.
- Si l'intervalle sans AIV est prolongé de > 48 heures (c'est-à-dire qu'au total l'intervalle sans AIV est > 9 jours), un nouvel AIV devra être mis en place dès que possible. La femme

devra toujours retirer l'AIV le même jour. Elle devra aussi employer des préservatifs ou s'abstenir de relations sexuelles jusqu'à ce qu'elle ait porté un AIV 7 jours d'affilée. Si des rapports non protégés sont intervenus au cours des 5 jours précédents, elle pourra souhaiter bénéficier d'une contraception d'urgence.

### Retrait non programmé de l'AIV (c'est-à-dire retrait de l'AIV avant la fin du cycle)

- Si l'AIV est retiré pendant ≤ 48 heures à un moment non programmé, il devra être remis en place dès que possible. La femme devra ensuite conserver cet anneau en place jusqu'au jour de retrait initialement prévu. Aucune protection contraceptive supplémentaire n'est nécessaire.
- Si l'AIV est retiré pendant > 48 heures à un moment non programmé, il devra être remis en place dès que possible. La femme devra ensuite conserver cet anneau en place jusqu'au jour de retrait initialement prévu.
  - Elle devra aussi utiliser des préservatifs ou s'abstenir de relations sexuelles jusqu'à ce qu'elle ait porté un AIV 7 jours d'affilée
  - Si le retrait non programmé de l'AIV a lieu au cours de la troisième semaine d'utilisation de ce contraceptif, la femme devra omettre la semaine sans AIV en finissant la troisième semaine d'utilisation et en posant un nouvel anneau immédiatement. Si elle est dans l'incapacité de commencer immédiatement à utiliser un nouvel AIV, elle devra employer des préservatifs ou s'abstenir de relations sexuelles jusqu'à ce qu'elle ait porté un AIV 7 jours d'affilée.
  - Si le retrait non programmé de l'AIV a lieu au cours de la première semaine d'utilisation de ce contraceptif et si des rapports non protégés sont intervenus au cours des 5 jours précédents, la femme pourra souhaiter bénéficier d'une contraception d'urgence.

### Prolongation de l'utilisation de l'AIV

- Si le même AIV est utilisé sur une durée ne dépassant pas 28 jours (< 4 semaines), une contraception supplémentaire n'est pas nécessaire. Un intervalle sans hormones peut-être intercalé si on le désire, mais il ne doit pas dépasser 7 jours.

<sup>1</sup> Nouvelle recommandation pour la troisième édition.

- Si le même AIV est utilisé pendant 28 à 35 jours ( $\geq 4$  semaines, mais  $< 5$  semaines), mettre en place un nouvel AIV et sauter l'intervalle sans hormone. Aucune protection contraceptive supplémentaire n'est nécessaire.

### Remarques (voir références 3, 4, 6, 7 et 40)

Le GELD a considéré que l'utilisation irrégulière ou incorrecte de pilules contraceptives représentait l'une des principales raisons de la survenue de grossesses non désirées. Sept jours d'utilisation continue d'un COC ont été jugés nécessaires pour prévenir efficacement l'ovulation. Les femmes qui oublient fréquemment des pilules ou commettent souvent des erreurs d'utilisation avec le patch ou l'AIV devraient envisager une autre méthode de contraception moins dépendante de l'utilisatrice pour être efficace (DIU, implant ou contraceptif injectable, par exemple).

La plupart des études considérées par le GELD à propos des oublis ou des retards dans la prise de CHC avaient porté sur des COC. Cependant, deux études étaient consacrées au patch et sept à l'AIV. Le GELD a noté que les éléments étayant les recommandations pour les cas « d'oubli de pilule » étaient principalement tirés d'études dont les sujets utilisaient des pilules dosées à 30-35  $\mu\text{g}$  d'éthinyl estradiol.

De nombreuses femmes (y compris celles dont les plaquettes de pilules sont marquées avec les jours de la semaine) suivent un schéma de prise de ces contraceptifs supposant de débiter un certain jour de la semaine. Lorsqu'elles oublient des pilules, elles doivent jeter les pilules oubliées si elles tiennent à garder le même calendrier. Certaines peuvent préférer utiliser les pilules oubliées, mais elles auront leurs règles en dehors de l'intervalle attendu.

### Les recommandations du GELD reposent sur les quatre principes suivants

- Il importe de recommencer à utiliser un COC, un patch ou un AIV (prendre une pilule active, réappliquer ou appliquer un nouveau patch, ou encore mettre ou remettre en place un nouvel AIV), dès que possible en cas d'oubli de doses.

- Si des doses ont été oubliées, la probabilité de survenue d'une grossesse dépend non seulement de la durée des oublis (c'est-à-dire le nombre de jours pendant lesquels les pilules, le patch ou l'AIV n'ont pas été utilisés), mais aussi du moment où ces doses ont été oubliées. À partir de données concernant l'ovulation, le GELD a déterminé que l'oubli de 3 pilules actives (hormonales) ou plus (ou de 2 pilules ou plus dans le cas des pilules contenant  $\leq 20 \mu\text{g}$  d'éthinyl estradiol) à un moment quelconque du cycle justifiait des précautions supplémentaires. Le risque de grossesse est maximal lorsque des pilules actives (hormonales) sont oubliées au début ou à la fin de la série de pilules actives, c'est-à-dire lorsque l'intervalle sans hormone est prolongé. Même si les données relatives aux erreurs de dosage avec le patch ou l'AIV sont limitées, ces méthodes sont considérées comme similaires à l'utilisation d'un COC et ces principes ont été extrapolés à l'usage du patch et de l'AIV.
- Le peu de données disponibles à propos des pilules contenant  $\leq 20 \mu\text{g}$  d'éthinyl estradiol laisse à penser que le risque de grossesse en cas d'oubli de ces pilules pourrait être plus grand que pour des pilules contenant 30 à 35  $\mu\text{g}$  d'éthinyl estradiol. En conséquence, le GELD a préconisé une approche plus prudente pour faire face à un oubli de pilules contenant  $\leq 20 \mu\text{g}$  d'éthinyl estradiol.
- L'expérience de terrain acquise avec la première édition du document *Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives* a fait ressortir la nécessité de recommandations simples pour les cas d'oubli de pilules.

### Suivi nécessaire après initiation d'un COC ou après la mise en place d'un patch<sup>1</sup> ou d'un AIV<sup>1</sup>

Ces recommandations portent sur la fréquence minimale de suivi recommandée pour une utilisation sans risque et efficace de ces méthodes. Elles s'appliquent à des situations générales et peuvent varier selon les utilisatrices et les contextes. Par exemple, les femmes présentant des pathologies spécifiques peuvent nécessiter des visites de suivi plus fréquentes.

<sup>1</sup> Nouvelle recommandation pour la troisième édition.

- Une visite annuelle de suivi est recommandée.
- Un contact de suivi au bout de trois mois après la mise en route de la contraception apporte des bénéfices supplémentaires
- Conseiller à la femme de revenir si elle souhaite discuter des effets secondaires ou d'autres problèmes ou si elle souhaite changer de méthode.

#### **NOUVELLE recommandation 3.5 :**

Une visite annuelle de suivi est recommandée après la mise en route du patch ou de l'AIV.

#### **Remarques** (voir références 8 à 11 et 40)

Le GELD a conclu que les visites ou les contacts de suivi devraient inclure, au minimum, des conseils pour faire face à des problèmes tels qu'effets secondaires ou autres, pour utiliser correctement et régulièrement la méthode et pour se protéger des IST. Une évaluation supplémentaire peut être utile.

### **7.4.2 Contraceptifs injectables combinés (CIC)**

Deux formulations de CIC sont considérées dans ce document :

1. Cyclofem = 25 mg d'acétate de médroxyprogestérone et 5 mg de cypionate d'estradiol
2. Mesigyna = 50 mg d'énanthate de norethistérone et 5 mg de valérianate d'estradiol.

#### **Mise en route des CIC**

Si la femme ne peut recevoir l'injection au moment de la consultation, des dispositions seront à prendre pour que cette injection soit faite à une date ultérieure par un service approprié.

#### **Chez une femme ayant des cycles menstruels**

- Dans les 7 jours suivant le début des règles : la première injection de CIC peut être administrée. Aucune protection contraceptive supplémentaire n'est nécessaire.
- Plus de 7 jours après le début des règles : la première injection de CIC peut être administrée si l'on est raisonnablement certain que la femme n'est pas enceinte. Celle-ci devra s'abstenir de relations sexuelles ou utiliser une protection contraceptive supplémentaire pendant les 7 jours qui suivent.

#### **Chez une femme en aménorrhée**

- La première injection de CIC peut être effectuée à un moment quelconque si l'on est raisonnablement certain que la femme n'est pas enceinte. Celle-ci devra s'abstenir de relations sexuelles ou utiliser une protection contraceptive supplémentaire pendant les 7 jours qui suivent.

#### **Postpartum (femme allaitante)**

- Moins de 6 semaines après l'accouchement, chez une femme majoritairement allaitante : il ne faut pas utiliser de CIC (MEC, catégorie 4).
- Entre 6 semaines et 6 mois après l'accouchement, chez une femme majoritairement allaitante : l'emploi d'un CIC n'est généralement pas recommandé (MEC, catégorie 3) à moins qu'aucune autre méthode plus appropriée ne soit disponible ou acceptable.
- Plus de 6 mois après l'accouchement, chez une femme en aménorrhée : la première injection de CIC peut être administrée comme indiqué pour les autres femmes en aménorrhée.
- Plus de 6 mois après l'accouchement, chez une femme dont les cycles menstruels ont repris : la première injection de CIC peut être administrée comme indiqué pour les autres femmes ayant des cycles menstruels.

#### **Postpartum (femme non allaitante)**

- Moins de 21 jours après l'accouchement : l'emploi d'un CIC n'est généralement pas recommandé à moins qu'aucune autre méthode plus appropriée ne soit disponible ou acceptable. Il est fortement improbable que la femme ovule et soit exposée à un risque de grossesse pendant les 21 premiers jours suivant l'accouchement. Cependant, pour des raisons programmatiques (en fonction des protocoles programmatiques nationaux, régionaux et/ou locaux), certaines méthodes contraceptives peuvent être fournies pendant cette période.
- 21 jours ou plus après l'accouchement, chez une femme dont les cycles menstruels n'ont pas repris : la première injection de CIC peut être administrée si l'on est raisonnablement certain que la femme n'est pas enceinte. Celle-ci devra s'abstenir de relations sexuelles ou utiliser une protection contraceptive supplémentaire pendant les 7 jours qui suivent.

- 21 jours ou plus après l'accouchement, chez une femme dont les cycles menstruels ont repris : la première injection de CIC peut être administrée comme indiqué pour les autres femmes ayant des cycles menstruels.

### Après un avortement

- La première injection de CIC peut être administrée immédiatement après l'avortement. Aucune protection contraceptive supplémentaire n'est nécessaire.

### Passage à un CIC après utilisation d'une autre méthode hormonale

- Si la femme utilisait la méthode hormonale précédente correctement et régulièrement, ou si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte, la première injection de CIC peut être effectuée immédiatement, sans qu'il soit nécessaire d'attendre les prochaines règles.
- Si la méthode antérieure était un autre contraceptif injectable, la première injection de CIC devra être effectuée le jour prévu pour l'injection de rappel du produit précédent. Aucune protection contraceptive supplémentaire ne sera nécessaire.

### Passage à un CIC après utilisation d'une méthode non hormonale (autre qu'un DIU)

- La première injection de CIC peut être administrée immédiatement si l'on est raisonnablement certain que la femme n'est pas enceinte ; il n'est pas nécessaire d'attendre ses prochaines règles.
  - Dans les 7 jours suivant le début des règles : aucune protection contraceptive supplémentaire n'est nécessaire.
  - Plus de 7 jours après le début des règles : la patiente devra s'abstenir de relations sexuelles ou utiliser une protection contraceptive supplémentaire pendant les 7 jours qui suivent.

### Passage à un CIC après utilisation d'un DIU (et notamment d'un DIU libérant du lévonorgestrel)

- Dans les 7 jours suivant le début des règles : il est possible d'administrer la première injection de CIC. Aucune protection contraceptive supplémentaire n'est nécessaire. Le DIU peut alors être retiré.

- Plus de 7 jours après le début des règles : il est possible d'administrer la première injection de CIC si l'on est raisonnablement certain que la femme n'est pas enceinte.
  - Si elle est sexuellement active pendant le cycle menstruel considéré : il est recommandé de retirer le DIU lors des règles suivantes.
  - Si elle n'est pas sexuellement active pendant ce cycle menstruel : elle devra s'abstenir de relations sexuelles ou utiliser une protection contraceptive supplémentaire pendant les 7 jours qui suivent. Si cette protection supplémentaire est fournie par le DIU qu'elle porte, il est recommandé que celui-ci soit retiré lors des règles suivantes.
- Si la femme est en aménorrhée ou présente des saignements irréguliers, l'injection de CIC peut être administrée comme indiqué pour les autres femmes en aménorrhée.

### Remarques (voir références 3, 4, 12 et 13)

Le GELD a considéré qu'une injection de CIC administrée jusqu'au 7<sup>ème</sup> jour du cycle menstruel comportait un faible risque que le cycle ovulatoire débouche sur une grossesse.

La nécessité d'une protection contraceptive supplémentaire chez les personnes passant d'une autre méthode hormonale à un CIC dépendra de la méthode antérieurement utilisée.

Le retrait d'un DIU au cours d'un cycle pendant lequel des rapports sexuels avaient déjà eu lieu suscitait certaines inquiétudes concernant le risque de grossesse. Ces préoccupations ont conduit à recommander que le DIU soit laissé en place jusqu'aux règles suivantes.

### Examens et tests nécessaires avant la mise en route d'un CIC

Chez les femmes en bonne santé, aucun examen ou test n'est indispensable ou obligatoire avant la mise en route d'un CIC. Néanmoins, la mesure de la tension artérielle fait l'objet d'une attention particulière; il est souhaitable que des mesures de cette tension soient prises avant de commencer à injecter un CIC. Il est important de noter que dans les contextes où la mesure de la tension artérielle est indisponible, des femmes ne devront pas se voir refuser l'administration d'un CIC pour la seule raison que leur tension ne peut être mesurée.



Examen ou test	CIC*
Examen des seins par le prestataire	C
Examen pelvien/génital	C
Dépistage du cancer du col de l'utérus	C
Analyses de laboratoire de routine	C
Dosage du taux d'hémoglobine	C
Évaluation du risque d'IST : antécédents médicaux et examen physique	C
Dépistage des IST/du VIH : analyses de laboratoire	C
Mesure de la tension artérielle	‡

\* Classe A : ce test ou cet examen est indispensable et obligatoire dans toutes les circonstances pour une utilisation sans risque et efficace de la méthode de contraception ; classe B : cet examen ou ce test contribue de façon substantielle à l'utilisation sans risque et efficace de la méthode, mais sa mise en œuvre est à replacer dans le contexte de la santé publique et/ou des services offerts. Le risque associé à la non-exécution de cet examen ou de ce test doit être pesé en regard des bénéfices de la mise à disposition de la méthode contraceptive ; classe C : cet examen ou ce test ne contribue pas de manière substantielle à l'utilisation sans risque et efficace de la méthode contraceptive.

‡ Il est souhaitable que des mesures de la tension artérielle soient prises avant la mise en route du CIC. Cependant, dans certains contextes, les mesures de tension ne sont pas disponibles. Dans nombre de ces contextes, les risques en termes de morbidité et de mortalité liés à la grossesse sont importants et les méthodes hormonales font partie des rares méthodes contraceptives largement disponibles. Dans ces circonstances, il ne faudra donc pas refuser à des femmes l'utilisation d'une méthode hormonale pour la seule raison que leur tension ne peut être mesurée.

## Calendrier des injections de rappel de CIC (réinjections) pour poursuivre l'utilisation de la méthode

### Intervalle de réinjection

- Des injections de rappel de CIC devront être administrées toutes les quatre semaines.

### Injection précoce

- Lorsque l'intervalle de réinjection ne peut être respecté, l'injection de rappel est administrable jusqu'à 7 jours plus tôt, mais cela peut perturber les schémas de saignement.

### Injection tardive

- Lorsque l'intervalle de réinjection ne peut être respecté, l'injection de rappel est administrable avec jusqu'à 7 jours de retard sans nécessiter de protection contraceptive supplémentaire.
- Si une femme se présente avec plus de 7 jours de retard pour recevoir une injection de rappel de CIC, cette injection peut lui être administrée si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Elle devra s'abstenir de relations sexuelles ou utiliser une protection contraceptive supplémentaire pendant les 7 jours qui suivent. Elle pourra souhaiter recourir à une contraception d'urgence, le cas échéant.

## Remarques (voir références 14 à 18)

Le GELD a considéré que le risque d'ovulation était minimal au début du deuxième mois après la dernière injection.

## Références pour les contraceptifs hormonaux combinés (CHC)

- Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, cinquième édition. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 ([http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/MEC-5/fr/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/fr/), consulté le 8 juillet 2016).
- Brahmi D, Curtis KM. When can a woman start combined hormonal contraceptives (CHCs)? A systematic review. *Contraception*. 2013;87(5):524–38. doi:10.1016/j.contraception.2012.09.010.
- Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the "fertile window" in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *BMJ*. 2000;321(7271):1259–62.
- Wilcox AJ, Dunson DB, Weinberg CR, Trussell J, Baird DD. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception*. 2001;63(4):211–5.
- Elomaa K, Ranta S, Tuominen J, Lähteenmäki P. Charcoal treatment and risk of escape ovulation in oral contraceptive users. *Hum Reprod*. 2001;16(1):76–81.
- Zapata LB, Steenland MW, Brahmi D, Marchbanks PA, Curtis KM. Effect of missed combined hormonal contraceptives on contraceptive effectiveness: a systematic review. *Contraception*. 2013;87(5):685–700. doi:10.1016/j.contraception.2012.08.035.
- Dragoman M, Petrie K, Torgal A, Thomas T, Cremers S, Westhoff CL. Contraceptive vaginal ring effectiveness is maintained during 6 weeks of use: a prospective study of normal BMI and obese women. *Contraception*. 2013;87(4):432–6. doi:10.1016/j.contraception.2012.12.001.
- Steenland MW, Zapata LB, Brahmi D, Marchbanks P, Curtis KM. Appropriate follow up to detect potential adverse events after initiation of select contraceptive methods: a systematic review. *Contraception*. 2013;87(5):611–24. doi:10.1016/j.contraception.2012.09.017.
- Steenland MW, Zapata LB, Brahmi D, Marchbanks PA, Curtis KM. The effect of follow-up visits or contacts after contraceptive initiation on method continuation and correct use. *Contraception*. 2013;87(5):625–30. doi:10.1016/j.contraception.2012.09.018.
- Nisenbaum MG, Melo NR, Giribela CR, Morais TL, Guerra GM, de Angelis K et al. Effects of a contraceptive containing drospirenone and ethinyl estradiol on blood pressure and autonomic tone: a prospective controlled clinical trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2014;175:62–6. doi:10.1016/j.ejogrb.2014.01.006.
- Berenson AB, Rahman M. A randomized controlled study of two educational interventions on adherence



- with oral contraceptives and condoms. *Contraception*. 2012;86(6):716–24. doi:10.1016/j.contraception.2012.06.007.
12. Petta CA, Hays M, Brache V, Massai R, Hua Y, Alvarez-Sánchez F et al. Delayed first injection of the once-a-month injectable contraceptive containing 25 mg of medroxyprogesterone acetate and 5 mg E2 cypionate: effects on ovarian function. *Fertil Steril*. 2001;75(4):744–8.
  13. Petta CA, Hays M, Brache V, Massai R, Hua Y, Alvarez-Sánchez F 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(6):363–8.
  14. Aedo AR, Landgren BM, Johannisson E, Diczfalusy E. Pharmacokinetic and pharmacodynamic investigations with monthly injectable contraceptive preparations. *Contraception*. 1985;31:453–69.
  15. Bahamondes L, Lavin P, Ojeda G, Petta CA, Diaz J, Maradiegue E et al. Return to fertility after discontinuation of the once a month injectable contraceptive Cyclofem. *Contraception*. 1997;55:307–10.
  16. Bassol S, Hernandez C, Nava MP, Trujillo AM, Luz de la Cruz D. A comparative study on the return to ovulation following chronic use of once-a-month injectable contraceptives. *Contraception*. 1995;51:307–11.
  17. Garza-Flores J, Rodriguez V, Perez-Palacios G, Virutamasen P, TangKeow P, Konsayreepong R et al; World Health Organization Task Force on Long-acting Systemic Agents for Fertility Regulation. A multi-centered pharmacokinetic, pharmacodynamic study of once-a-month injectable contraceptives. I. Different doses of HRP112 and of DepoProvera. *Contraception*. 1987;36:441–57.
  18. 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.

## 7.5 Contraception d'urgence

La contraception d'urgence (CU), ou contraception post-coïtale, désigne des méthodes de contraception utilisables pour prévenir une grossesse dans les tout premiers jours suivant un rapport sexuel coïtal. Elle est aussi destinée à être utilisée en urgence après un rapport non protégé ou après un échec ou un mauvais usage de la contraception (pilules oubliées ou préservatif déchiré), ou encore après un viol ou un rapport forcé.

La présente section fournit des recommandations concernant quatre méthodes de CU : le dispositif intra-utérin au cuivre (DIU-Cu) destiné à la CU

et trois types de pilules pour la contraception d'urgence (PCU) : les PCU à base d'acétate d'ulipristal (PCU-UPA), les PCU ne contenant que du lévonorgestrel (PCU-LNG) et les PCU combinées œstrogène–progestatif (PCU combinées).

L'utilisation d'une CU est sans risque pour la plupart des femmes. Pour déterminer si des femmes présentant une pathologie ou une caractéristique particulière peuvent bénéficier sans risque d'une CU, se référer au document *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, cinquième édition (MEC) (1).

Plusieurs options sont disponibles pour la contraception d'urgence. Le DIU-Cu est une méthode de CU efficace qui réduit le risque de grossesse de plus de 99 % s'il est posé dans les 120 heures suivant le rapport (2-5). Les PCU diminuent aussi substantiellement le risque de grossesse. Néanmoins, il importe de noter que l'efficacité de chaque méthode varie en fonction des circonstances, dont le type de PCU choisi, le jour considéré dans le cycle menstruel et la durée écoulée entre le rapport non protégé et la prise de la PCU. En outre, l'efficacité des PCU peut être réduite par des rapports non protégés supplémentaires au cours du même cycle, la prise de certains autres médicaments (inducteurs de l'enzyme cytochrome P450 3A4 [CYP 3A4], par exemple) ou un poids ou un indice de masse corporel (IMC) élevé (6-7).

La CU ne protège pas des infections sexuellement transmissibles (IST), et notamment du VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'utilisation correcte et régulière de préservatifs est recommandée. En effet, lorsqu'ils sont utilisés de manière correcte et régulière, ces contraceptifs représentent l'une des méthodes les plus efficaces de protection contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont efficaces et sûrs, mais ne sont pas aussi largement utilisés que les préservatifs masculins par les programmes nationaux.

### 7.5.1 DIU au cuivre (DIU-Cu) pour la contraception d'urgence et pilules pour la contraception d'urgence (PCU)

#### Schémas d'administration – on choisira l'une des options suivantes

- DIU-Cu destiné à la CU
- PCU-UPA : dose unique – un comprimé de 30 mg<sup>1</sup>
- PCU-LNG :
  - dose unique (schéma utilisant du LNG à privilégier) – 1,50 mg (deux comprimés de 0,75 mg)
  - dose fractionnée – une dose de 0,75 mg, suivie d'une deuxième dose de 0,75 mg, 12 heures plus tard
- PCU combinées
  - Dose fractionnée – une dose de 100 µg d'éthinyl estradiol plus 0,50 mg de LNG, suivie d'une deuxième dose de 100 µg d'éthinyl estradiol, plus 0,50 mg de LNG, 12 heures plus tard.

#### Chronologie

- Le DIU-Cu peut être posé jusqu'à 120 heures après un rapport non protégé.
- Dans l'idéal, les PCU-UPA, les PCU-LNG ou les PCU combinées devraient être prises dès que possible après le rapport non protégé, dans un délai de 120 heures au maximum. Néanmoins, il faut avertir la femme que l'efficacité des PCU diminue avec l'allongement de l'intervalle entre le rapport non protégé et la prise de ces pilules. Les PCU-UPA peuvent être plus efficaces entre 72 and 120 heures après un rapport non protégé que les autres PCU.

#### NOUVELLE recommandation 4.1 :

Une femme devra prendre une dose de PCU-UPA le plus tôt possible, dans les 120 heures qui suivent le rapport sexuel.

#### Remarques (voir références 8 à 17 et 32)

Le GELD a examiné les preuves de la plus grande efficacité des PCU lorsqu'elles étaient prises plus précocement après un rapport non protégé, et idéalement dans les 72 heures suivantes. Les éléments disponibles indiquaient aussi que les PCU étaient encore efficaces entre 72 et 120 heures après le rapport, mais que leur

efficacité diminuait, notamment au-delà de 96 heures. L'une des études laisse à penser que les PCU-UPA sont plus efficaces que les PCU-LNG entre 72 et 120 heures après un rapport non protégé ; on n'a trouvé aucune étude comparant directement les PCU-UPA aux PCU combinées. L'efficacité après 120 heures n'est pas connue.

Le GELD a examiné les données selon lesquelles les PCU-UPA et les PCU-LNG seraient préférables aux PCU combinées car elles provoquent moins de nausées et de vomissements.

Il a aussi étudié les données indiquant qu'un schéma comprenant une dose unique de PCU-LNG était au moins aussi efficace qu'un schéma utilisant des doses fractionnées de PCU-LNG (pour plus de détails, se reporter plus haut). Les programmes peuvent délivrer l'option dose unique ou l'option dose fractionnée en fonction des préparations disponibles. Le GELD a cependant considéré l'option dose unique comme préférable à l'autre pour des raisons d'observance.

#### Approvisionnement par avance en PCU

- Un approvisionnement par avance en PCU peut être fourni à une femme pour garantir que ces pilules soient à sa disposition lorsqu'elle en aura besoin et qu'elle puisse les prendre dès que possible après un rapport non protégé.

#### Remarques (voir références 18 à 24)

Le GELD a noté qu'un approvisionnement par avance ne pouvait être fourni dans certains pays et que dans de telles situations, une prescription par avance pouvait être proposée.

Le GELD a examiné les éléments selon lesquels une femme aurait une plus grande probabilité d'utiliser des PCU après un rapport non protégé si elle a reçu un approvisionnement par avance en ces pilules, sous réserve que cet approvisionnement ne perturbe pas ses schémas d'utilisation des contraceptifs ou n'augmente pas la fréquence des recours aux PCU ou celle des rapports non protégés.

<sup>1</sup> Nouvelle recommandation pour la troisième édition.

## Les utilisatrices d'autres méthodes de contraception peuvent souhaiter recourir à une contraception d'urgence dans les situations suivantes, le cas échéant

- Utilisatrices de progestatifs seuls injectables (PSI) : si la femme se présente avec plus de 2 semaines de retard pour recevoir son injection de rappel d'AMPR ou de NET-EN, elle pourra recevoir cette injection si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Elle devra s'abstenir de relations sexuelles ou utiliser une protection contraceptive supplémentaire pendant les 7 jours qui suivent. Elle pourra souhaiter recourir à une CU, le cas échéant.
- Utilisatrices de pilules de progestatif seul (PPS) : si une femme ayant des cycles menstruels (et pouvant être une femme allaitante) a oublié une pilule ou plus avec un retard de plus de 3 heures, elle pourra souhaiter recourir à une CU, le cas échéant.
- Utilisatrices de contraceptifs oraux combinés (COC) (pilules contenant 30 à 35 µg d'éthinyl estradiol) : si la femme a oublié 3 pilules actives (hormonales) ou plus au cours de la première semaine (ou a débuté une plaquette avec 3 jours ou plus de retard) et a eu des rapports sexuels non protégés, elle pourra souhaiter recourir à une CU.
- Utilisatrices de contraceptifs injectables combinés (CIC) : si la femme se présente avec plus de 7 jours de retard pour recevoir une injection de rappel, celle-ci pourra lui être administrée si l'on est raisonnablement certain que la patiente n'est pas enceinte. La femme devra s'abstenir de relations sexuelles ou utiliser une protection contraceptive supplémentaire pendant les 7 jours qui suivent. Elle pourra souhaiter recourir à une CU, le cas échéant.
- Utilisatrices de la Méthode des Jours Fixes (MJF) : si la femme a des rapports non protégés entre le 8<sup>ème</sup> et le 19<sup>ème</sup> jour du cycle, elle pourrait souhaiter recourir à une CU, le cas échéant.

## Prévention des nausées et des vomissements pendant la prise de PCU

- Les PCU-LNG et les PCU-UPA<sup>1</sup> sont préférables aux PCU combinées parce qu'elles provoquent

moins de nausées et de vomissements.

- L'utilisation systématique d'antiémétiques avant la prise de PCU n'est pas recommandée. Un prétraitement par certains antiémétiques peut être envisagé en fonction de la disponibilité de ces produits et du jugement clinique.

### NOUVELLE recommandation 4.2 :

Les pilules PCU-LNG ou PCU-UPA sont à préférer aux PCU combinées car elles provoquent moins de nausées et de vomissements. L'utilisation systématique d'antiémétiques avant la prise de PCU n'est pas recommandée. Un prétraitement par certains antiémétiques peut être envisagé en fonction de la disponibilité de ces produits et du jugement clinique.

### Remarques (voir références 17 et 25 à 30)

Le GELD a considéré que de nombreuses femmes ne subiraient pas de nausées ou de vomissements lors de la prise de PCU et qu'il était difficile de prédire par avance quelles femmes seraient victimes de ces effets secondaires. Bien que le GELD ne recommande pas l'utilisation systématique d'antiémétiques avant la prise de PCU, il est noté que ces médicaments sont efficaces chez certaines femmes et peuvent être proposés le cas échéant.

Pour décider s'il doit proposer ou non des antiémétiques à des femmes prenant des PCU, le prestataire doit prendre en compte les points suivants :

- La probabilité de nausées ou de vomissements est plus grande chez les femmes prenant des PCU combinées que chez celles prenant des PCU-LNG ou des PCU-UPA.
- Des données indiquent que les antiémétiques réduisent la survenue de nausées ou de vomissements chez les femmes prenant des PCU combinées.
- Les femmes prenant des antiémétiques peuvent subir d'autres effets secondaires dus à ces médicaments.
- Dans certains contextes, la disponibilité des antiémétiques peut être restreinte.

Sur la base des données limitées examinées par le GELD, il n'a pu être établi si la prise de PCU avec des aliments modifiait le risque de nausées ou de vomissements.

<sup>1</sup> Nouvelle recommandation pour la troisième édition.

## Prise en charge des vomissements chez les femmes après la prise de PCU

### Vomissements intervenant dans les 2 heures suivant la prise de pilules (PCU-LNG ou PCU combinées)

- La femme devra prendre dès que possible une autre dose de PCU. S'il s'agit d'une PCU combinée, elle pourra souhaiter recevoir un antiémétique avant de prendre la deuxième dose
- Si les vomissements se poursuivent, une dose de PCU pourra être administrée par voie vaginale.

### Vomissements intervenant dans les 3 heures suivant la prise d'une dose de PCU-UPA<sup>1</sup>

- La femme devra prendre une autre dose de PCU-UPA dès que possible.

#### Nouvelle recommandation 4.3 :

Si une femme vomit dans les 3 heures suivant la prise d'une dose de PCU-UPA, elle devra prendre une autre dose dès que possible.

### Remarques

Le GELD a noté que les PCU-LNG et les PCU-UPA avaient une moindre probabilité de provoquer des nausées ou des vomissements que les PCU combinées.

Le GELD a considéré que 2 heures étaient suffisantes pour l'absorption hormonale des PCU-LNG ou des PCU combinées et qu'aucune mesure n'était nécessaire si une femme vomissait après ce délai. Trois heures ont été considérées comme suffisantes pour l'absorption des PCU-UPA.

## 7.5.2 Reprise ou mise en route d'une contraception régulière après utilisation d'une CU<sup>2</sup>

### Après utilisation d'un DIU au cuivre (DIU-Cu) destiné à la CU

- Aucune protection contraceptive supplémentaire n'est nécessaire si la femme est porteuse d'un DIU-Cu.

<sup>1</sup> Nouvelle recommandation pour la troisième édition.

<sup>2</sup> Nouvelle recommandation pour la troisième édition.

## Après utilisation de PCU-LNG ou de PCU combinées

#### Nouvelle recommandation 4.4 :

Après la prise de PCU-LNG ou de PCU combinées, une femme peut reprendre sa méthode contraceptive ou débuter toute autre méthode de contraception immédiatement, y compris un dispositif intra-utérin au cuivre (DIU-Cu).

#### Chronologie :

- Après la prise de PCU-LNG ou de PCU combinées, une femme peut reprendre sa méthode contraceptive ou débuter toute autre méthode contraceptive immédiatement, y compris un DIU-Cu. Si elle souhaite débuter une contraception avec un DIU-LNG, celui-ci pourra lui être posé à tout moment s'il peut être déterminé qu'elle n'est pas enceinte.
  - Si elle ne débute pas immédiatement une nouvelle contraception, mais revient pour qu'on lui conseille une méthode, elle pourra commencer à prendre des contraceptifs hormonaux combinés (COC, patch, AIV ou contraceptifs injectables) ou des contraceptifs progestatifs (POP, contraceptifs injectables AMPR ou NET-EN, ou implants) à tout moment si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte.
  - Si elle ne débute pas immédiatement une nouvelle contraception, mais revient pour qu'on lui pose un DIU, cette pose peut être effectuée à tout moment si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Si elle est en aménorrhée, on pourra lui poser un DIU à tout moment s'il peut être déterminé qu'elle n'est pas enceinte.

#### Nécessité d'une contraception supplémentaire

On conseillera à la femme de s'abstenir de relations sexuelles ou d'utiliser une contraception barrière pendant les 2 jours suivant le début de la prise de PPS ou pendant les 7 jours suivant la mise en route de contraceptifs hormonaux combinés (COC, patch, AIV ou contraceptifs injectables) ou de contraceptifs à progestatif seul (contraceptifs injectables AMPR ou NET-EN, implants ou DIU-LNG) et d'effectuer un test de grossesse au moment approprié, s'il s'avère nécessaire (par exemple, si aucun saignement de retrait ne s'est produit en l'espace de trois semaines).

## Remarques

Comme indiqué dans le document MEC, les DIU sont contre-indiqués pendant la grossesse et ne devraient pas être utilisés en raison du risque d'infection pelvienne grave et d'avortement sceptique spontané. Le GELD a reconnu que la liste de contrôle de six critères serait utile aux prestataires pour déterminer si une femme en post-partum et allaitante peut être enceinte (voir section 7.1 : Comment un prestataire de soins de santé peut-il être raisonnablement certain qu'une femme n'est pas enceinte ?). Néanmoins, chez une femme en post-partum et non allaitante ou une femme en aménorrhée (hors post-partum), ces six critères ne s'appliquent pas et il faudra recourir à d'autres moyens pour repérer une éventuelle grossesse.

## Après utilisation de PCU-UPA<sup>1</sup>

### Nouvelle recommandation 4.5 :

Après l'administration d'une PCU-UPA, une femme peut reprendre ou débiter toute méthode contenant un progestatif (contraceptif hormonal combiné ou progestatif seul) le 6<sup>ème</sup> jour après la prise de cette PCU. On peut lui poser immédiatement un DIU-LNG s'il est possible de déterminer qu'elle n'est pas enceinte. On peut lui poser un DIU-Cu immédiatement.

### Chronologie :

- Après l'administration de PCU-UPA, la femme peut reprendre ou débiter toute méthode contenant un progestatif [contraceptif hormonal combiné (CHC) ou progestatif seul (PS)] le sixième jour après la prise de cette PCU. Il sera possible de lui poser un DIU-LNG immédiatement s'il peut être déterminé qu'elle n'est pas enceinte.
  - Si le 6<sup>ème</sup> jour, elle ne débute pas immédiatement une nouvelle contraception, mais revient pour qu'on lui conseille une méthode, elle pourra commencer à prendre des CHC (COC, patch, AIV ou contraceptifs injectables), ou des PS (PPS, contraceptifs injectables AMPR ou NET-EN, implants ou DIU-LNG) à un moment quelconque si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Si elle est en aménorrhée, un DIU-LNG pourra lui être posé à tout moment s'il peut être déterminé qu'elle n'est pas enceinte.

- Après l'administration de PCU-UPA, un DIU-Cu peut lui être posé immédiatement.
  - Si elle ne débute pas immédiatement une nouvelle contraception, mais revient pour qu'on lui pose un DIU-Cu, il est possible de le lui poser immédiatement si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Si elle est en aménorrhée, on peut lui poser le DIU-Cu à un moment quelconque s'il peut être déterminé qu'elle n'est pas enceinte.

### Nécessité d'une contraception supplémentaire

On conseillera à la femme de s'abstenir de relations sexuelles ou d'utiliser une contraception barrière à partir de la prise de PCU-UPA et jusqu'à ce qu'elle soit protégée par sa nouvelle méthode contraceptive. Si elle débute une contraception hormonale régulière 6 jours après la prise des PCU-UPA, elle devra continuer à s'abstenir de relations sexuelles ou utiliser une contraception barrière conformément aux recommandations pour la mise en route d'un contraceptif (par exemple, 2 jours supplémentaires pour une PPS ou 7 jours supplémentaires pour l'ensemble des autres méthodes hormonales). Il faudra aussi lui conseiller d'effectuer un test de grossesse au moment approprié, si celui-ci s'avère nécessaire (par exemple, si aucun saignement de retrait ne se produit). Elle n'a pas besoin de s'abstenir de relations sexuelles ou d'utiliser une protection contraceptive supplémentaire si on lui a posé un DIU-Cu.

### Remarques (voir référence 31)

L'UPA (un antiprogestatif) et les méthodes contraceptives utilisant des progestatifs peuvent interagir, ce qui diminue potentiellement l'efficacité de l'un et l'autre médicament. Le GELD a déterminé que débiter une méthode contraceptive régulière utilisant un progestatif (y compris les méthodes hormonales combinées) le 6<sup>ème</sup> jour après la prise d'UPA permettait de ménager un intervalle de temps suffisant pour éviter les interactions médicamenteuses potentielles tandis que le sperme reste viable dans les voies génitales de la femme après des rapports non protégés.

<sup>1</sup> Nouvelle recommandation pour la troisième édition.



Le GELD a considéré que si le fait de différer la mise en route des méthodes contenant un progestatif de 6 jours après l'utilisation d'UPA s'avérait inacceptable pour une femme, celle-ci pourrait commencer une méthode quelconque immédiatement et devrait effectuer un test précoce de grossesse au moment approprié (par exemple, si aucun saignement de retrait ne se produit en l'espace de 3 semaines).

Le GELD a déterminé que si une contraception hormonale régulière était débutée le 6<sup>ème</sup> jour après la prise d'UPA, continuer de s'abstenir de relations sexuelles ou utiliser une contraception barrière pendant la durée recommandée pour la mise en route d'une contraception régulière (par exemple, 2 jours supplémentaires pour une PPS ou 7 jours supplémentaires pour l'ensemble des autres méthodes hormonales) serait suffisant pour prévenir une grossesse.

Comme indiqué dans le document MEC, les DIU ne sont pas indiqués pendant la grossesse et ne devraient pas être utilisés en raison du risque d'infection pelvienne grave et d'avortement sceptique spontané. Le GELD a reconnu que la liste de contrôle de six critères serait utile aux prestataires pour déterminer si une femme en post-partum et allaitante peut être enceinte (voir section 7.1 : Comment un prestataire de soins de santé peut-il être raisonnablement certain qu'une femme n'est pas enceinte ?). Néanmoins, chez une femme en post-partum et non allaitante ou une femme en aménorrhée (hors post-partum), ces six critères ne s'appliquent pas et il faudra recourir à d'autres moyens pour repérer une éventuelle grossesse.

## Références pour la contraception d'urgence (CU)

1. Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, cinquième édition, Genève. Organisation mondiale de la Santé ; 2015 ([http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/MEC-5/fr/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/fr/), consulté le 8 juillet 2016).
2. Cleland K, Zhu H, Goldstuck N, Cheng L, Trussell J. The efficacy of intrauterine devices for emergency contraception: a systematic review of 35 years of experience. *Hum Reprod.* 2012;27(7):1994–2000. doi:10.1093/humrep/des140.
3. Wu S, Godfrey EM, Wojdyla D, Dong J, Cong J, Wang C et al. Copper T380A intrauterine device for emergency

contraception: a prospective, multicentre, cohort clinical trial. *BJOG.* 2010;117(10):1205–10. doi:10.1111/j.1471-0528.2010.02652.x.

4. Turok DK, Godfrey EM, Wojdyla D, Dermish A, Torres L, Wu SC. Copper T380 intrauterine device for emergency contraception: highly effective at any time in the menstrual cycle. *Hum Reprod.* 2013;28(10):2672–6. doi:10.1093/humrep/det330.
5. Zhou L, Xiao B. Emergency contraception with Multiload Cu-375 SL IUD: a multicenter clinical trial. *Contraception.* 2001;64(2):107–12.
6. Glasier A, Cameron ST, Blithe D, Scherrer B, Mathe H, Levy D et al. Can we identify women at risk of pregnancy despite using emergency contraception? Data from randomized trials of ulipristal acetate and levonorgestrel. *Contraception.* 2011;84(4):363–7. doi:10.1016/j.contraception.2011.02.009.
7. Trussell J, Rodríguez G, Ellertson C. Updated estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Contraception.* 1999;59(3):147–51.
8. Cleland K, Zhu H, Goldstuck N, Cheng L, Trussell J. The efficacy of intrauterine devices for emergency contraception: a systematic review of 35 years of experience. *Hum Reprod.* 2012;27(7):1994–2000. doi:10.1093/humrep/des140.
9. Glasier AF, Cameron ST, Fine PM, Logan SJ, Casale W, Van Horn J et al. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis. *Lancet.* 2010;375(9714):555–62. doi:10.1016/S0140-6736(10)60101-8.
10. Raymond E, Taylor D, Trussell J, Steiner MJ. Minimum effectiveness of the levonorgestrel regimen of EC. *Contraception.* 2004;69(1):79–81.
11. Fine P, Mathe H, Ginde S, Cullins V, Morfesis J, Gainer E. Ulipristal acetate taken 48–120 hours after intercourse for emergency contraception. *Obstet Gynecol.* 2010;115(2 Pt 1):257–63. doi:10.1097/AOG.0b013e3181c8e2aa.
12. Dada OA, Godfrey EM, Piaggio G, von Hertzen H. A randomized, double blind, noninferiority study to compare two regimens of levonorgestrel for emergency contraception in Nigeria. *Contraception.* 2010;82(4):373–8. doi:10.1016/j.contraception.2010.06.004.
13. Ngai SW, Fan S, Li S, Cheng L, Ding J, Jing X et al. A randomized trial to compare 24h versus 12h double dose regimen of levonorgestrel for emergency contraception. *Hum Reprod.* 2005;20(1):307–11.
14. Ellertson C, Evans M, Ferden S, Leadbetter C, Spears A, Johnstone K et al. Extending the time limit for starting the Yuzpe regimen of emergency contraception to 120 hours. *Obstet Gynecol.* 2003;101(6):1168–71.
15. 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.
16. Rodrigues I, Grou F, Joly J. Effectiveness of emergency contraceptive pills between 72 and 120 hours after unprotected sexual intercourse. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;184(4):531–7. doi:10.1067/mob.2001.111102.

17. von Hertzen H, Piaggio G, Ding J, Chen J, Song S, Bartfai G et al.; WHO Research Group on Post-ovulatory Methods of Fertility Regulation. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *Lancet*. 2002;360(9348):1803–10. doi:10.1016/S0140-6736(02)11767-3.
18. Belzer M, Yoshida E, Tejirian T, Tucker D, Chung K, Sanchez K. Advanced supply of emergency contraception for adolescent mothers increased utilization without reducing condom or primary contraception use. *J Adolesc Health*. 2003;32:122–3.
19. Ellertson C, Ambardekar S, Hedley A, Coyaji K, Trussell J, Blanchard K. Emergency contraception: randomized comparison of advance provision and information only. *Obstet Gynecol*. 2001;98(4):570–5.
20. Glasier A, Baird D. The effects of self-administering emergency contraception. *New Engl J Med*. 1998;339(1):1–4. doi:10.1056/NEJM199807023390101.
21. Jackson RA, Bimla Schwartz E, Freedman L, Darney P. Advance supply of emergency contraception: effect on use and usual contraception – a randomized trial. *Obstet Gynecol*. 2003;102(1):8–16.
22. Lowvorn A, Nerquaye-Tetteh J, Glover EK, Amankwah-Poku A, Hays M, Raymond E. Provision of emergency contraceptive pills to spermicide users in Ghana. *Contraception*. 2000;61(4):287–93.
23. Raine T, Harper C, Leon K, Darney P. Emergency contraception: advance provision in a young, high-risk clinic population. *Obstet Gynecol*. 2000;96(1):1–7.
24. Roye CF. Routine provisions of emergency contraception to teens and subsequent condom use: a preliminary study [letter]. *J Adolesc Health*. 2001;28(3):165–6.
25. Rodriguez MI, Godfrey EM, Warden M, Curtis KM. Prevention and management of nausea and vomiting with emergency contraception: a systematic review. *Contraception*. 2013;87(5):583–9. doi:10.1016/j.contraception.2012.09.031.
26. 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(4):269–73.
27. Ellertson C, Webb A, Blanchard K, Bigrigg A, Haskell S, Shochet T, Trussell J. Modifying the Yuzpe regimen of emergency contraception: a multicenter randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2003;101(6):1160–7.
28. Ho PC, Kwan MS. A prospective randomized comparison of levonorgestrel with the Yuzpe regimen in post-coital contraception. *Hum Reprod*. 1993;8(3):389–92.
29. Ragan RE, Rock RW, Buck HW. Metoclopramide pretreatment attenuates emergency contraceptive-associated nausea. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;188(2):330–3.
30. Raymond EG, Creinin MD, Barnhart KT, Lovvorn AE, Rountree RW, Trussell J. Meclizine for prevention of nausea associated with use of emergency contraceptive pills: a randomized trial. *Obstet Gynecol*. 2000;95(2):271–7.
31. Salcedo J, Rodriguez MI, Curtis KM, Kapp N. When can a woman resume or initiate contraception after taking emergency contraceptive pills? A systematic review. *Contraception*. 2013;87(5):602–4. doi:10.1016/j.contraception.2012.08.013.
32. Rodriguez MI, Gaffield ME. How can a woman take emergency contraceptive pills? (non publié, disponible sur demande).

## 7.6 Méthode des Jours Fixes®

La Méthode des Jours Fixes (MJF) relève des méthodes basées sur la connaissance de la fécondité (MCF). Les méthodes MCF - qui incluent aussi la méthode de l'ovulation, la méthode des deux jours et la méthode symptothermique - peuvent être utilisées en association avec l'abstinence ou avec des méthodes barrières pendant la période fertile. Plus spécifiquement, avec la méthode MJF, une femme ayant des cycles réguliers de 26 à 32 jours devra éviter les rapports non protégés entre le 8e et le 19e jour du cycle. Pour en savoir plus sur les méthodes MCF, se référer au document *Planification familiale : un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier (1)*.

La méthode MJF peut être utilisée sans risque par la plupart des femmes. On indiquera aux femmes porteuses de pathologies qui font de la grossesse un risque inacceptable que cette méthode ne leur convient potentiellement pas en raison du taux d'échec habituellement assez élevé. Pour déterminer si une femme présentant certaines pathologies ou caractéristiques peut pratiquer sans risque la méthode MJF, se référer au document *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, cinquième édition (2).

La méthode MJF ne protège pas contre les infections sexuellement transmissibles (IST) et notamment pas contre le VIH. S'il existe un risque de contracter une IST/le VIH, l'utilisation correcte et régulière de préservatifs est recommandée. En effet, lorsqu'ils sont utilisés régulièrement et correctement, ces contraceptifs représentent l'une des méthodes les plus efficaces de protection contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces mais ils ne sont pas aussi largement utilisés que les préservatifs masculins par les programmes nationaux.



## Mise en place de la méthode MJF

### Mise en place initiale de la méthode MJF chez des femmes dont les cycles menstruels comprennent de 26 à 32 jours

- Si la femme le désire, il faudra lui procurer une autre méthode de contraception pour la période allant du 8<sup>ème</sup> au 19<sup>ème</sup> jour. Lui fournir les contraceptifs par avance.

### Utilisatrices de la méthode MJF ayant des rapports sexuels non protégés entre le 8<sup>ème</sup> et le 19<sup>ème</sup> jour

- Il faudra envisager le recours à une contraception d'urgence, le cas échéant.

### Utilisation de la méthode MJF par des femmes dont un ou plusieurs cycles ont une durée située hors de la plage 26-32 jours au cours d'une année d'utilisation.

- On indiquera à ces femmes que la méthode ne leur convient potentiellement pas en raison du risque plus élevé de grossesse. On les aidera à envisager une autre méthode.

### Remarques (voir références 3 à 5)

Le GELD a conclu que la probabilité de grossesse augmentait lorsque la durée des cycles mensuels sort de la plage 26-32 jours, même si la femme évitait les rapports sexuels non protégés entre le 8<sup>ème</sup> et le 19<sup>ème</sup> jour.

## Références pour la Méthode des Jours Fixes (MJF)

1. Planification familiale : un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier : directives factuelles mises au point dans le cadre d'une collaboration mondiale. Mise à jour de 2011, Organisation mondiale de la Santé, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Agence des États-Unis pour le développement international ; 2011 (<https://www.fphandbook.org/sites/default/files/fr001-fullhandbook.pdf>, consulté le 12 octobre 2017).
2. Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, cinquième édition. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 ([http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/MEC-5/fr/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/fr/), consulté le 8 juillet 2016).
3. Arévalo 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(6):357-60.
4. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the "fertile window" in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *BMJ*. 2000;321:1259-62. doi:10.1136/bmj.321.7271.1259.

5. Wilcox AJ, Dunson DB, Weinberg CR, Trussell J, Baird DD. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception*. 2001;63(4):211-5.

## 7.7 Stérilisation masculine

La stérilisation masculine, ou vasectomie, est un acte chirurgical à faible risque qui comprend l'occlusion des canaux déférents et peut être pratiqué en ambulatoire. La procédure sans bistouri, comme la vasectomie classique, sont des méthodes rapides, sûres et efficaces. Cette stérilisation devra être considérée comme définitive et tous les individus et les couples envisageant cette option devront être conseillés en conséquence pour s'assurer que chaque client prend une décision volontaire et éclairée. Une attention particulière doit être accordée aux cas des jeunes gens, qui n'ont pas encore été pères, et aux patients souffrant de problèmes mentaux, et notamment de pathologies dépressives. En plus des indications sur le caractère définitif de cette méthode, tous les patients devront recevoir des conseils détaillés sur d'autres méthodes hautement efficaces et à longue durée d'action, s'appliquant aux femmes. Il faudra tenir compte dans le processus de décision de la législation nationale et des normes existantes pour l'exécution d'actes de stérilisation.

Aucune pathologie ne constituerait une contre-indication absolue à la stérilisation masculine, même si certaines affections ou états nécessitent des précautions. Pour déterminer si des hommes présentant certaines pathologies ou caractéristiques peuvent subir une vasectomie sans risque, on se référera au document *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, cinquième édition (1). Pour en savoir plus sur la vasectomie, consulter le manuel *Planification familiale : un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier* (2).

La stérilisation ne protège pas des infections sexuellement transmissibles (IST), et notamment du VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'utilisation correcte et régulière de préservatifs est recommandée. En effet, lorsqu'ils sont utilisés de manière correcte et régulière, ces contraceptifs

représentent l'une des méthodes les plus efficaces de protection contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont efficaces et sûrs, mais ne sont pas aussi largement utilisés que les préservatifs masculins par les programmes nationaux.

### 7.7.1 Vasectomie

#### Dans quelles conditions peut-on se fier à la vasectomie pour la contraception

- L'homme devra être avisé qu'il lui faut attendre trois mois avant de pouvoir se fier à sa vasectomie pour la contraception.
- Pendant cette période, il devra reprendre une activité sexuelle, mais lui ou sa partenaire devront utiliser une protection contraceptive supplémentaire.
- L'analyse du sperme, lorsqu'elle est disponible, peut confirmer l'efficacité contraceptive au bout de la période d'attente de trois mois.

#### Remarques (voir références 3 à 92)

Le GELD a considéré que la vasectomie était hautement efficace lorsque cet acte était correctement exécuté et lorsque l'homme attendait trois mois avant d'avoir des rapports sexuels non protégés. Le GELD a examiné les éléments indiquant qu'une période d'attente de 3 mois après la vasectomie était suffisamment longue chez la plupart des hommes pour garantir l'efficacité de cette opération mais que l'analyse du sperme, lorsqu'elle est disponible, constituait le moyen le plus fiable pour attester de cette efficacité.

Le GELD a aussi examiné les éléments prouvant qu'avoir eu 20 éjaculations après une vasectomie (en l'absence de période d'attente de 3 mois) n'était pas un déterminant fiable de l'efficacité de cet acte chirurgical. L'homme devra cependant reprendre une activité sexuelle (en utilisant une protection contraceptive) pendant les 3 mois d'attente après sa vasectomie afin d'évacuer tout sperme restant de son liquide d'éjaculation.

### Examens et tests à effectuer avant de pratiquer une vasectomie

Chez les hommes en bonne santé, seul l'examen génital est indispensable et obligatoire avant de pratiquer une vasectomie. Néanmoins, la mesure de la tension artérielle est souhaitable pour les actes effectués sous anesthésie locale.

Examen ou test	Vasectomie*
Examen génital	A
Analyses de laboratoire de routine	C
Dosage du taux d'hémoglobine	C
Évaluation du risque d'IST : antécédents médicaux et examen physique	C
Dépistage des IST/du VIH : analyses en laboratoire	C
Mesure de la tension artérielle	C‡

\* Classe A : ce test ou cet examen est indispensable et obligatoire dans toutes les circonstances pour une utilisation sans risque et efficace de la méthode de contraception ; classe B : cet examen ou ce test contribue de façon substantielle à l'utilisation sans risque et efficace de la méthode, mais sa mise en œuvre est à replacer dans le contexte de la santé publique et/ou des services offerts. Le risque associé à la non-exécution de cet examen ou de ce test doit être pesé en regard des bénéfices de la mise à disposition de la méthode contraceptive ; classe C : cet examen ou ce test ne contribue pas de manière substantielle à l'utilisation sans risque et efficace de la méthode contraceptive.

‡ Pour les actes pratiqués sous anesthésie locale.

### Références pour la stérilisation masculine

1. Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, cinquième édition. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 ([http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/MEC-5/fr/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/fr/), consulté le 8 juillet 2016)
2. Planification familiale : un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier : directives factuelles mises au point dans le cadre d'une collaboration mondiale. Mise à jour de 2011. Organisation mondiale de la Santé, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Agence des États-Unis pour le développement international ; 2011 (<https://www.fphandbook.org/sites/default/files/fr001-fullhandbook.pdf>, consulté le 12 octobre 2017).
3. Albert PS, Mininberg DT, Davis JE. The nitrofurans as sperm immobilising agents: their tissue toxicity and their clinical application. *Br J Urol.* 1975;47:459–62.
4. Albert PS, Seebode J. Nitrofurazone: vas irrigation as adjunct in vasectomy. *Urology.* 1977;10:450–1.
5. Albert PS, Seebode J. Nitrofurazone: vas irrigation as an adjunct in vasectomy. *Fertil Steril.* 1978;29:442–3.
6. Albert PS, Salerno RG, Kapoor SN, Davis JE. The nitrofurans as sperm immobilizing agents. *J Urol.* 1975;113:69–70.
7. Albert PS, Salerno RG, Kapoor SN, Davis JE. The nitrofurans as sperm-immobilizing agents, their tissue toxicity, and their clinical application in vasectomy. *Fertil Steril.* 1975;26:485–91.
8. Alderman PM. The lurking sperm. A review of failures in 8879 vasectomies performed by one physician. *JAMA.* 1988;259:3142–4.

9. Alderman PM. General and anomalous sperm disappearance characteristics found in a large vasectomy series. *Fertil Steril.* 1989;51:859–62.
10. Anonymous. One thousand vasectomies. *BMJ.* 1973;4(5886):216–21.
11. Arellano Lara S, Gonzalez Barrera JL, Hernandez Ono A, Moreno Alcazar O, Espinosa Perez J. No-scalpel vasectomy: review of the first 1000 cases in a family medicine unit. *Arch Med Res.* 1997;28:517–22.
12. Badrakumar C, Gogoi NK, Sundaram SK. Semen analysis after vasectomy: when and how many? *Br J Urol Int.* 2000;86(4):479–81.
13. Barone MA, Nazerali H, Cortes M, Chen-Mok M, Pollack AE, Sokal D. A prospective study of time and number of ejaculations to azoospermia after vasectomy by ligation and excision. *J Urol.* 2003;170:892–6. doi:10.1097/01.ju.0000075505.08215.28.
14. Barros D'Sa IJ, Guy PJ. No-scalpel vasectomy: a cautionary tale of failure. *Br J Urol Int.* 2003;92:331–2.
15. Bedford JM, Zelikovsky G. Viability of spermatozoa in the human ejaculate after vasectomy. *Fertil Steril.* 1979;32:460–3.
16. Belker AM, Sexter MS, Sweitzer SJ, Raff MJ. The high rate of noncompliance for post-vasectomy semen examination: medical and legal considerations. *J Urol.* 1990;144(2 Pt 1):284–6.
17. Berthelsen JG. [Irrigation of the vas deferens during vasectomy]. *Ugeskrift for Laeger.* 1975;137:1527–9 (en danois).
18. Berthelsen JG. Perioperative irrigation of the vas deferens during vasectomy. *Scand J Urol Nephrol.* 1976;10:100–2.
19. Berthelsen JG, Gandrup P. [Investigation of fertility after vasectomy by means of eosin differential staining (vital staining) of the spermatozoa]. *Ugeskrift for Laeger.* 1979;141:2116–8 (en danois).
20. Bradshaw HD, Rosario DJ, James MJ, Boucher NR. Review of current practice to establish success after vasectomy. *Br J Surg.* 2001;88(2):290–3.
21. Chan J, Anderson R, Glasier A. Post-vasectomy semen analysis: unnecessary delay or belt and braces? *Br J Fam Plann.* 1997;23(3):77–9.
22. Cortes M, Flick A, Barone MA, Amatya R, Pollack AE, Otero-Flores J et al. Results of a pilot study of the time to azoospermia after vasectomy in Mexico City. *Contraception.* 1997;56:215–22.
23. Craft I. Irrigation at vasectomy and the onset of "sterility". *Br J Urol.* 1973;45:441–2.
24. Craft I, McQueen J. Effect of irrigation of the vas on post-vasectomy semen-counts. *Lancet.* 1972;1(7749):515–6.
25. Davies AH, Sharp RJ, Cranston D, Mitchell RG. The long-term outcome following "special clearance" after vasectomy. *Br J Urol.* 1990;66:211–2.
26. De Knijff DW, Vrijhof HJ, Arends J, Janknegt RA. Persistence or reappearance of nonmotile sperm after vasectomy: does it have clinical consequences? *Fertil Steril.* 1997;67:332–5.
27. Edwards IS. Vasectomy: elimination of motile sperm [letter]. *Med J Aust.* 1976;1(25):978.
28. Edwards IS. Vasectomy: a simple postoperative regimen. *Med J Aust.* 1977;1:814–7.
29. Edwards IS. Vasectomy: irrigation with euflavine. *Med J Aust.* 1977;1:847–9.
30. Edwards IS. Postvasectomy testing: reducing the delay [letter]. *Med J Aust.* 1981;1:649.
31. Edwards IS. Earlier testing after vasectomy, based on the absence of motile sperm. *Fertil Steril.* 1993;59:431–6.
32. Edwards IS, Farlow JL. Non-motile sperms persisting after vasectomy: do they matter? *BMJ.* 1979;1(6156):87–8.
33. Esho JO, Cass AS. Recanalization rate following methods of vasectomy using interposition of fascial sheath of vas deferens. *J Urol.* 1978;120:178–9.
34. Esho JO, Cass AS, Ireland GW. Morbidity associated with vasectomy. *J Urol.* 1973;110:413–5.
35. Esho JO, Ireland GW, Cass AS. Recanalization following vasectomy. *Urology.* 1974;3:211–4.
36. Esho JO, Ireland GW, Cass AS. Vasectomy: comparison of ligation and fulguration methods. *Urology.* 1974;3:337–8.
37. Freund M, Davis JE. Disappearance rate of spermatozoa from the ejaculate following vasectomy. *Fertil Steril.* 1969;20:163–70.
38. Gandrup P, Berthelsen JG, Nielsen OS. Irrigation during vasectomy: a comparison between sterile water and the spermicide euflavine. *J Urol.* 1982;127:60–1.
39. Goldstein M. Vasectomy failure using an open-ended technique. *Fertil Steril.* 1983;40:699–700.
40. Gupta AS, Kothari LK, Devpura TP. Vas occlusion by tantalum clips and its comparison with conventional vasectomy in man: reliability, reversibility, and complications. *Fertil Steril.* 1977;28:1086–9.
41. Haldar N, Cranston D, Turner E, MacKenzie I, Guillebaud J. How reliable is a vasectomy? Long-term follow-up of vasectomised men. *Lancet.* 2000;356(9223):43–4.
42. Hamilton DW. Immediate sterility after vasectomy. *Med J Aust.* 1977;1:402–3.
43. Jackson P, Phillips B, Prosser E et al. A male sterilization clinic. *BMJ.* 1970;4:295–7.
44. Jensen UH, Siemsen SJ. [Vasectomy with immediate sterility]. *Ugeskrift for Laeger.* 1978;140:916–7 (en danois).
45. Jones JS. Percutaneous vasectomy: a simple modification eliminates the steep learning curve of no-scalpel vasectomy. *J Urol.* 2003;169(4):1434–6. doi:10.1097/01.ju.0000047366.58553.1c.
46. Jouannet P, David G. Evolution of the properties of semen immediately following vasectomy. *Fertil Steril.* 1978;29:435–41.
47. Klapproth HJ, Young IS. Vasectomy, vas ligation and vas occlusion. *Urology.* 1973;1:292–300.
48. Koneitzko D, Reinecke F. [Prolonged demonstration of spermatozoa after vasectomy]. *Deutsche Medizinische Wochenschrift.* 1973;98:1221–3 (en allemand).
49. Kumar V, Kaza RM. A combination of check tug and fascial interposition with no-scalpel vasectomy. *J Fam Plann Reprod Health Care.* 2001;27(2):100.
50. Labrecque M, Nazerali H, Mondor M, Fortin V, Nasution M. Effectiveness and complications associated with 2 vasectomy occlusion techniques. *J Urol.* 2002;168(6):2495–8. doi:10.1097/01.ju.0000032801.68305.3f.
51. Lauritsen NP, Klove-Mogensen M, Glavind K. Vasectomy with rivanol injection and fertility control by vital staining with eosin. *Int Urol Nephrol.* 1987;19:419–22.

52. Lee C, Paterson IS. Review of current practice to establish success after vasectomy. *Br J Surg* 2001;88:1267–8.
53. Lehtonen T. Effect of irrigation of vas deferens on sperm analyses after vasectomy. *Annales Chirurgiae et Gynaecologiae Fenniae*. 1975;64:224–6.
54. Lehtonen T. Vasectomy for voluntary male sterilisation. *Scand J Urol Nephrol*. 1975;9:174–6.
55. Lemack GE, Goldstein M. Presence of sperm in the pre-vasectomy reversal semen analysis: incidence and implications. *J Urol*. 1996;155(1):167–9.
56. Leungwattanakit S, Lertsuwannaroj A, Ratana-Olarn K. Irrigation of the distal vas deferens during vasectomy: does it accelerate the post-vasectomy sperm-free rate? *Int J Androl*. 2001;24(4):241–5.
57. Lewis EL, Brazil CK, Overstreet JW. Human sperm function in the ejaculate following vasectomy. *Fertil Steril*. 1984;42:895–8.
58. 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;139:1708–14 (in Danish).
59. Linnet L, Linnet-Jepsen P. [Acceptability of offers of vasectomy control]. *Ugeskrift for Laeger*. 1980;142:637–40 (en danois).
60. Maatman TJ, Aldrin L, Carothers GG. Patient noncompliance after vasectomy. *Fertil Steril*. 1997;68:552–5.
61. McEwan J, Newton J, Yates-Bell A. Hospital family planning: a vasectomy service. *Contraception*. 1974;9:177–92.
62. Madrigal V, Edelman DA, Goldsmith A. Male sterilization in El Salvador: a preliminary report. *J Reprod Med*. 1975;14:167–70.
63. Marshall S, Lyon RP. Transient reappearance of sperm after vasectomy. *JAMA*. 1972;219:1753–4.
64. Marshall S, Lyon RP. Variability of sperm disappearance from the ejaculate after vasectomy. *J Urol*. 1972;107:815–7.
65. Marwood RP, Beral V. Disappearance of spermatozoa from ejaculate after vasectomy. *BMJ*. 1979;1(6156):87.
66. 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(3):424–7.
67. Nazerali H, Thapa S, Hays M, Pathak LR, Pandey KR, Sokal DC. Vasectomy effectiveness in Nepal: a retrospective study. *Contraception*. 2003;67(5):397–401.
68. O'Brien TS, Cranston D, Ashwin P, Turner E, MacKenzie IZ, Guillebaud J. Temporary reappearance of sperm 12 months after vasectomy clearance. *Br J Urol*. 1995;76:371–2.
69. Orr D, Moore B. Vasectomy as a contraceptive method. *Irish Med J*. 1989;82:19–20.
70. Pearce I, Adeyoju A, Bhatt RI, Mokete M, Brown SCW. The effect of perioperative distal vasal lavage on subsequent semen analysis after vasectomy: a prospective randomized controlled trial. *Br J Urol Int*. 2002;90:282–5.
71. Penna RM, Potash J, Penna SM. Elective vasectomy: a study of 843 patients. *J Fam Pract*. 1979;8:857–8.
72. Philp T, Guillebaud J, Budd D. Late failure of vasectomy after two documented analyses showing azoospermic semen. *BMJ (Clinical Research Edition)*. 1984;289(6437):77–9.
73. Poddar AK, Roy S. Disappearance of spermatozoa from semen after vasectomy. *J Pop Res*. 1976;3:61–70.
74. Rees RW. Vasectomy: problems of follow up. *Proc R Soc Med*. 1973;66:2–4.
75. Rhodes DB, Mumford SD, Free MJ. Vasectomy: efficacy of placing the cut vas in different fascial planes. *Fertil Steril*. 1980;33:433–8.
76. Richardson DW, Aitken RJ, Loudon NB. The functional competence of human spermatozoa recovered after vasectomy. *J Reprod Fertil*. 1984;70:575–9.
77. Robson AJ, Hunt PK. Flushing of the vas deferens during vasectomy. *Can Med Assoc J*. 1978;118:770–1.
78. Santiso R, Pineda MA, Marroquín M, Bertrand JT. Vasectomy in Guatemala: a follow-up study of five hundred acceptors. *Soc Biol*. 1981;28:253–64.
79. Schmidt SS. Vasectomy by section, luminal fulguration and fascial interposition: results from 6248 cases. *Br J Urol*. 1995;76:373–4.
80. Schraibman IG. One thousand vasectomies. *BMJ*. 1973;4:418.
81. Sekhon GS. Percutaneous vasectomy: a comparative study using a new instrument and technique. *Indian J Med Res*. 1970;58:1433–42.
82. Sivanesaratnam V. Onset of azoospermia after vasectomy. *NZ Med J*. 1985;98(778):331–3.
83. Smith AG, Crooks J, Singh NP, Scoot R, Lloyd SN. Is the timing of post-vasectomy seminal analysis important? *Br J Urol*. 1998;81:458–60.
84. Sokal DC, Irsula B, Hays M, Chen-Mok M, Barone MA; the Investigator Study Group. Vasectomy by ligation and excision, with versus without fascial interposition: a randomized controlled trial. *BMC Med*. 2004;2:6. doi:10.1186/1741-7015-2-6.
85. Sorensen TT, Knudsen PR, Hangaard J. [Outpatient vasectomy]. *Ugeskrift for Laeger*. 1980;143:26–7 (en danois).
86. Stamm H, Acheampong A. [Vasectomy within the scope of contraception]. *Gynakologische Rundschau*. 1984;24:85–97 (en danois).
87. Tailly G, Vereecken RL, Verduyn H. A review of 357 bilateral vasectomies for male sterilization. *Fertil Steril*. 1984;41:424–7.
88. Temmerman M, Cammu H, Devroey P, Ad Amy JJ. Evaluation of one-hundred open-ended vasectomies. *Contraception*. 1986;33:529–32.
89. Thompson B, MacGregor JE, MacGillivray I, Garvie WH. Experience with sperm counts following vasectomy. *Br J Urol*. 1991;68:230–3.
90. Urquhart-Hay D. Immediate sterility after vasectomy. *BMJ*. 1973;3(5876):378–9.
91. Varela Rico J et al. Vasectomy with immediate sterilization using intraductal phenylmercuric acetate. *Curr Ther Res Clin Exp*. 1979;26:881–4.
92. 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. *Br J Urol*. 1976;48:371–5.





**Pour de plus amples informations, veuillez contacter :**

Département de Santé et recherche génésiques  
Organisation mondiale de la Santé  
Avenue Appia 20, CH-1211 Genève 27  
Suisse  
Télécopie : +41 22 791 4171  
Courriel : [reproductivehealth@who.int](mailto:reproductivehealth@who.int)  
Twitter : @HRPresearch

[www.who.int/reproductivehealth](http://www.who.int/reproductivehealth)

ISBN 978-92-4-256540-9

