NOUVEAUTÉ
2022

PLANIFICATION FAMILIALE

UN MANUEL À L'INTENTION DES PRESTATAIRES DE SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE DU MONDE ENTIER

ÉDITION 2022

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE
JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCHOOL of PUBLIC HEALTH
JOHNS HOPKINS Center for Communication Programs
World Health Organization

Quelles sont les nouveautés de cette édition ?

Nouvelles recommandations de l'OMS en matière de planification familiale

- Les femmes et les jeunes filles exposées à un risque élevé d'infection par le VIH peuvent utiliser toutes les méthodes contraceptives hormonales
- L'auto-injection est une approche supplémentaire à proposer aux patientes qui utilisent l'AMPR-SC

Nouveaux chapitres de cette édition

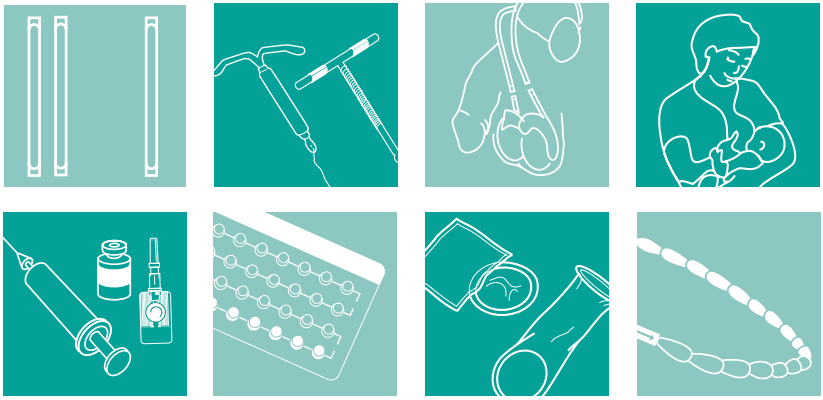
- Planification familiale pour les femmes exposées à un risque élevé d'infection par le VIH (Chapitre 23)
- Fourniture de services de planification familiale pendant une épidémie (Chapitre 27)

Nouveaux sujets abordés dans cette édition

- Égalité des genres et inclusion (p. xv-xvii)
- L'auto-injection peut être une possibilité (au Chapitre 4, p. 83-86)
- Signes et symptômes d'une IST (au Chapitre 22, p. 343)
- Dépistage et traitement (à la section Cancer du col de l'utérus au Chapitre 22, p. 351-354)

Couverture élargie ou mise à jour

- Consignes relatives à la pose et au retrait de l'implant (au Chapitre 9, p. 142-148, p. 157-160)
- La planification familiale dans les soins post-avortement (au Chapitre 25, p. 383-387)
- Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue des méthodes contraceptives (Annexe D)



PLANIFICATION FAMILIALE

UN MANUEL À L'INTENTION DES PRESTATAIRES DE SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE DU MONDE ENTIER

Orientations fondées sur une base factuelle élaborées par une collaboration mondiale

4e édition mise à jour
2022

Organisation mondiale de la santé
Département Santé sexuelle et reproductive, et recherche

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs. Projet Knowledge SUCCESS

United States Agency for International Development
Bureau for Global Health
Office of Population and Reproductive Health

Comment obtenir des exemplaires supplémentaires

Le projet Knowledge SUCCESS (Strengthening Use, Capacity, Collaboration, Exchange, Synthesis, and Sharing) du Johns Hopkins Center for Communication Programs offre des exemplaires de *Planification familiale : un manuel à l'intention des prestataires de services de planification familiale du monde entier* gratuitement aux lecteurs des pays en développement. Les autres personnes sont invitées à contacter le projet Knowledge SUCCESS pour de plus amples informations à l'adresse suivante : orders@jhuccp.org.

Pour commander des exemplaires, rendez-vous sur la page : http://www.fphandbook.org/order-form.

Le site Internet http://www.fphandbook.org permet également de télécharger des fichiers imprimables et des fichiers pour liseuses du manuel global et du tableau mural actualisé "Connaissez-vous vos options de planification familiale ? dans différentes langues. Les mises à jour ont été préparées en anglais. Elles seront publiées sur le site Internet dans d'autres langues lorsque les traductions seront disponibles.

© 2007, 2008, 2011, 2018, 2022 Organisation mondiale de la santé et Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs

Citation suggérée : Organisation mondiale de la Santé, Département Santé sexuelle et reproductive, et recherche (OMS/SRR) et Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), Knowledge for Health Project. Planification familiale : un manuel à l'intention des prestataires de services de planification familiale du monde entier, édition 2022. Baltimore et Genève : CCP et OMS ; 2022.

Publié avec le soutien de l'United States Agency for International Development (Agence des États-Unis pour le développement international), dans le cadre de l'accord de coopération n° 7200AA19CA00001 avec l'Université Johns Hopkins. Knowledge SUCCESS est soutenu par le Bureau de la santé mondiale de l'USAID, Office of Population and Reproductive Health et dirigé par le Johns Hopkins Center for Communication Programs (CCP) en partenariat avec Amref Health Africa, Busara Center for Behavioral Economics (Busara) et FHI 360. Les opinions exprimées dans ce document n'engagent que les auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles de l'USAID, de l'Université Johns Hopkins ou de l'Organisation mondiale de la santé.

Demandes de traduction, d'adaptation ou de réimpression : les éditeurs reçoivent volontiers les demandes de traduction, d'adaptation, de réimpression ou de reproduction du contenu de ce document dans le but d'informer les prestataires de soins de santé, leurs clients et le grand public et d'améliorer la qualité des soins de santé sexuelle et génésique. Les demandes doivent être adressées à Éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 Avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse (fax : +41 22 791 48 06 ; e-mail : permissions@who.int) et au Knowledge SUCCESS Project, Center for Communication Programs, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA (fax : +1 410 659-6266 ; e-mail : orders@jhuccp.org).

Avis de non-responsabilité : la mention de sociétés ou de produits de certains fabricants n'implique pas que l'Organisation mondiale de la Santé, l'Université Johns Hopkins ou l'United States Agency for International Development (USAID) les approuvent ou les recommandent de préférence à d'autres de nature analogue qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreur ou omission, les noms des produits brevetés se distinguent par une majuscule initiale.

Les éditeurs ont pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans cette publication. Toutefois, le matériel publié est distribué sans aucune garantie sorte, qu'elle soit expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, les éditeurs ne peuvent être tenus responsables des préjudices subis du fait de son utilisation.

Table des matières

Quelles sont les nouveautés de ce manuel ? ..... Deuxième de couverture
Comment obtenir des exemplaires supplémentaires ii
Avant-propos vi
Remerciements ix
Orientations de l'OMS sur la planification familiale xi
droits de l'homme : la contribution des prestataires de services de planification familiale xiii
Égalité des genres et inclusion xv
Organisations collaboratrices et partenaires xviii

1 Contraceptifs oraux combinés 1
2 Pilules à progestatif seul 29
3 Pilules contraceptives d'urgence 49
4 Injectables à progestatif seul 65
5 Injectables mensuels 97
6 Patch combiné Les essentiels 119
7 Anneau vaginal combiné Les essentiels 123
8 Anneau vaginal libérant de la progestérone Les essentiels 127
9 Implants 131
10 Dispositifintra-utérin au cuivre 165
11 Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel 191
12 Stérilisation féminine 221
13 Vasectomie 241
14 Préservatifs masculins 257
15 Préservatifs féminins 271
16 Spermicides et Diaphragmes 281
17 Capes cervicales Les essentiels 299
18 Méthodes basées sur la connaissance de la fertilité 301
19 Retrait Les essentiels 317
20 Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée 319

20 Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée 319
21 Adaptation des services de planification familiale à différents groupes 329
Adolescentes 329
Hommes 333
Femmes proches de la ménopause 335
Personnes en situation de handicap 337
22 Infections sexuellement transmissibles, dont le VIH 339
23 Planification familiale pour les adolescentes et les femmes exposées à un risque élevé d'infection par le VIH 357
24 Santé maternelle et néonatale 371
25 Santé reproductive 383
Planification familiale dans le cadre des soins post-avortement 383
Violence à l'encontre des femmes 388
Infertilité 392
26 Fourniture de services de planification familiale 396
Importance du choix des interventions en vue de la fourniture des méthodes de planification familiales 396
Séance de conseil réussie 398
Qui fournit les services de planification familiale ? 400
Prévention des infections dans le centre de santé 404
Gestion des approvisionnements en méthodes contraceptives 408
27 Fourniture de services de planification familiale pendant une épidémie 410

Recherche en ligne sur www.fphandbook.org

AU VERSO

Affiche disponible 414
AnnexeA. Efficacité contraceptive 415
Annexe B. Signes et symptômes de graves problèmes de santé 416
Annexe C. Affections médicales qui rendent une grossesse particulièrement risquée 418
Annexe D. Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue des méthodes contraceptives 420
Glossaire 432
Méthodologie 440
Documents d'orientation de l'OMS 442
Références de la section Égalité des genres et inclusion 445
Illustration et crédits photo 446

AIDE-MÉMOIRES/OUTILS

Comparatifs des méthodes contraceptives
- Comparatif des méthodes combinées 448
- Comparatif des injectables 449
- Comparatif des implants 450
- Comparatif des préservatifs 450
- Comparatif des DIU 452

Que faire en cas d'oubli de pilule ? 453
Anatomie de la femme 454
Anatomie de l'homme 457
Identifier les migraines avec et sans aura 458
Éviter une grossesse 461
Comment et quand utiliser la liste de contrôle et les tests de grossesse 462
Liste de contrôle de la grossesse ..... Troisième de couverture
Tableau d'efficacité ..... Quatrième de couverture

Avant-propos de l'Organisation mondiale de la Santé

La technologie et les produits pour la santé sexuelle et reproductive continuent d'évoluer pour améliorer la qualité et la sécurité des soins, tout en répondant aux besoins des utilisateurs(trices) et en tenant compte des aspects liés à l'accès. Les prestataires de planification familiale sont au cœur des réponses du système de santé visant à réduire les niveaux élevés persistants de besoins non satisfaits en matière de planification familiale, y compris les défis de répondre à ces besoins en pleine crises humanitaires, épidémiques et autres priorités mondiales contemporaines. Ce *manuel à l'intention des prestataires de services de planification familiale du monde entier* fournit des informations claires et des conseils mis à jour qui les aideront à répondre aux besoins de leurs patients(tes), à éclairer leurs choix et à soutenir leur utilisation des méthodes contraceptives Ce manuel constitue également un excellent support de formation et peut contribuer à renforcer la supervision.

L'édition 2022 du manuel inclut deux chapitres qui ont été ajoutés à l'édition en ligne en février 2021 : *Planification familiale pour les adolescentes et les femmes exposées à un risque élevé d'infection par le VIH* et *Fourniture de services de planification familiale pendant une épidémie.* Ces chapitres fournissent aux prestataires les informations et les outils dont ils ont besoin pour maintenir des services de qualité dans un contexte d'épidémie et pour intégrer des tests appropriés et des soins préventifs dans les régions où le risque d'infection par le VIH est élevé. Cette édition comprend aussi les dernières orientations relatives à la prévention, au dépistage et au traitement du cancer du col de l'utérus et des lésions précancéreuses ; la surveillance syndromique des infections sexuellement transmissibles ; la planification familiale dans le cadre des soins post-avortement ; et l'option d'auto-injection sous-cutanée de contraceptifs injectables à base d'acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR).

L'accès à des informations et des services de santé sexuelle et reproductive de haute qualité et abordables, et notamment à une gamme complète de méthodes contraceptives, est fondamental pour respecter les droits et assurer le bien-être des femmes et des jeunes filles, des hommes et des jeunes garçons. L'accès universel à une contraception efficace garantit la possibilité à tous les individus d'avoir une vie sexuelle satisfaisante et d'éviter les conséquences négatives d'une grossesse non désirée tant sur le plan de la santé qu'au niveau socio-économique. Nous sommes donc ravis de publier l'édition 2022 de ce *manuel*, une ressource clé pour aider à garantir la qualité et la sécurité des services de planification familiale et de recommander son utilisation par les systèmes de santé nationaux et les organisations fournissant des services de planification familiale.

Nous sommes extrêmement reconnaissants des contributions apportées par un large éventail d'experts dévoués (voir Remerciements) qui ont participé à l'élaboration de l'édition 2022 du manuel. Nous remercions également la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs and the United States Agency pour leur collaboration à la réalisation de ce manuel et leur soutien financier.

Pascale Allotey Directrice, Département Santé reproductive et recherche
Organisation mondiale de la Santé

De l'United States Agency for International Development

L'accès à des informations et des services de santé reproductive et de planification familiale volontaire pour tous, fait progresser et soutient la santé sexuelle et reproductive et droits connexes et peut avoir des effets économiques, environnementaux et sociaux bénéfiques pour les familles et les communautés.

Ce *manuel* présente des orientations pratiques précises et mises à jour visant à aider les gestionnaires de programmes et les prestataires de soins à fournir des soins, des services et des conseils de planification familiale de haute qualité. Les éditions précédentes ont été largement utilisées pour soutenir des programmes performants : plus de 500 000 exemplaires ont été distribués aux gouvernements et à leurs partenaires par le biais de l'USAID. Nous espérons que cette édition 2022 continuera à aider les prestataires de services de planification familiale à travers le monde à fournir des conseils et des services d'excellente qualité centrés sur le(la) patient(e).

Depuis l'édition 2018, deux nouveaux chapitres ont été élaborés. Ils reflètent les données factuelles actuelles en matière de planification familiale et intègrent les *lignes directrices consolidées sur les interventions d'auto-prise en charge en matière de santé de l'OMS*, *les recommandations de l'OMS relatives à la santé et aux droits des adolescents en matière de sexualité et de reproduction* , ainsi que les enseignements tirés sur la prestation de services pendant une épidémie. Le manuel fournit désormais des conseils sur la planification familiale pour les femmes et les filles dans les régions à forte charge de VIH, en s'alignant sur les enseignements de l'essai Evidence for Contraceptive Options and HIV Outcomes (ECHO, soit les données probantes relatives aux options en matière de contraception et les résultats du VIH) et la mise à jour 2019 des orientations et recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur la recevabilité médicale pour l'utilisation de contraceptifs pour les femmes exposées à un risque élevé d'infection par le VIH. Cette édition se concentre également sur les considérations relatives à la fourniture de services contraceptifs pour les prestataires de première ligne dans le contexte d'épidémies et d'autres situations d'urgence. Son contenu a été adapté à partir des orientations de l'OMS pour les situations humanitaires et des enseignements tirés des épidémies d'Ebola et de Zika et de la pandémie de COVID-19.

Dans cette mise à jour, il est confirmé que toutes les femmes peuvent utiliser, en toute sécurité, quasiment n'importe laquelle des méthodes disponibles, et que la fourniture de la plupart d'entre elles n'est généralement pas compliquée. En effet, la plupart des méthodes peuvent être délivrées même dans les milieux où les ressources sont limitées.

Ce manuel fournit les informations de base nécessaires aux prestataires pour guider les femmes et les couples dans leurs choix, utilisation et changement de méthodes de planification familiale tout au long de leur vie. Comme toujours, les gestionnaires de programmes et les prestataires jouent un rôle central en aidant les patients(tes) à faire des choix volontaires et éclairés parmi une gamme de méthodes disponibles et sans risques. Une relation patient(e)-prestataire basée sur des conseils compétents et fondés sur des données factuelles peut favoriser leur compréhension des bénéfices de la planification familiale en général et de la méthode choisie en particulier y compris les pratiques d'auto-prise en charge comme l'auto-injection, l'utilisation de préservatifs et l'allaitement maternel exclusif. Les nouveaux et nouvelles patients(tes) peuvent déjà avoir une méthode contraceptive en tête, mais ne pas être informés(ées)

des autres options disponibles ; les patients(tes) de longue date peuvent se poser des questions sur la méthode qu'ils(elles) utilisent actuellement, auquel cas des conseils avisés peuvent les aider à être plus satisfaits(tes) de cette méthode ou à changer de méthode efficacement. Grâce aux informations contenues dans ce manuel et aux ressources appropriées, les prestataires de soins peuvent s'assurer que les souhaits en matière de reproduction, la situation de vie et les préférences d'un(e) patient(e) déterminent les décisions en matière de planification familiale.

Cette mise à jour a été élaborée en collaboration avec l'OMS et des experts de nombreuses autres organisations. L'USAID est fière d'en soutenir l'élaboration et la publication. Nous nous réjouissons à l'idée de de poursuivre le travail avec nos nombreux partenaires afin de permettre aux femmes, aux hommes et aux couples, toutes identités et capacités confondues, de planifier leur famille et leur avenir.

Ellen H. Starbird
Directrice, Office of Population and Reproductive
Health Bureau for Global Health
United States Agency for International Development

Remerciements

Les personnes suivantes ont contribué à la révision de ce manuel : Florence Anam (Groupe consultatif de l'OMS des femmes vivant avec le VIH, Afrique du Sud), Neeta Bhatnagar (Jhpiego, États-Unis d'Amérique), Sharon Cameron (Université d'Édimbourg, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord), Maria del Carmen Cravioto (Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Mexique), Sophie Dilmitis (Groupe consultatif de l'OMS sur les femmes vivant avec le VIH, Zimbabwe), Linda Eckert (Université de Washington, États-Unis), Alison Edelman (Oregon Health & Science University, États-Unis), Mohammad Eslami (ministère de la Santé et de l'Éducation, République islamique d'Iran), Mwanaisha Juma Fakih (Nursing Council for Zanzibar, Zanzibar, République-Unie de Tanzanie), Carey Farquhar (Université de Washington, États-Unis), Kristina Gemzell Danielsson (Institut Karolinska, Suède), Anna Glasier (Université d'Édimbourg, Royaume-Uni), Andy Gray (Université de KwaZulu-Natal, Afrique du Sud), Philip Hannaford (Université d'Aberdeen, Royaume-Uni), Margaret Happy (Groupe consultatif de l'OMS sur les femmes vivant avec le VIH, Ouganda), Natasha Kaoma (Copper Rose Zambia, Zambie), Nathalie Kapp (International Planned Parenthood Federation, Royaume-Uni), Seni Kouanda (Institute of Research in Health Sciences, Burkina Faso), Anita Makins (International Federation of Gynecology and Obstetrics, Royaume-Uni), Ernest Maya (Université du Ghana, Ghana), Mari Ngai (National Center for Global Health and Medicine, Japon), Herbert Peterson (Université de Caroline du Nord, États-Unis), Melanie Pleaner (Université de Witwatersrand, Afrique du Sud), Maria Rodriguez (Oregon Health & Sciences University, États-Unis), Jenni Smit (Université de Witwatersrand, Afrique du Sud), Carolina Sales Vieira (Université de Sao Paulo, Brésil) et Rita Wahab (Groupe consultatif de l'OMS pour les femmes vivant avec le VIH, Liban).

Les personnes suivantes de l'United States Agency for International Development (USAID) ont contribué à la révision technique de cette édition : Afeefa Abdur-Rahman, Anita Dam, Kate Dieringer, Maria Carrasco, Amanda Cordova Gomez, Kate Howell, Itoro Inoyo, Apoorva Jadhav, Fatou Jallow, Joan Kraft,Patricia MacDonald, Jennifer Mason, Erin Mielke, Kevin Peine, Abdulmumin Saad, Jane Schueller, Lee Sims, Tabitha Sripipatana, Ellen Starbird, Linda Sussman, et Julianne Weis.

Siège et bureaux régionaux de l'OMS

Département Santé sexuelle et reproductive, et recherche de l'OMS : Pascale Allotey, Ian Askew, Anna Coates, Mary Lyn Gaffield, James Kiarie, Caron Kim, Abraham Sium, Petrus Steyn

Département Programme mondiaux de lutte contre le VIH, l'hépatite et les IST de l'OMS : Rachel Baggaley, Magdalena Barr-DiChiara, Maeve Brito de Mello, Shona Dalal, Cheryl Johnson, Niklaus Luhmann, Virginia MacDonald, Michelle Rodolph, Annette Verster, Marco Vitoria, Teodora Wi.

Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique : Chilanga Asmani, Nancy Kidula, Léopold Ouedraogo.

Bureau régional de l'OMS pour les Amériques : Rodolfo G ómez Ponce de León.

Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale : Karima Gholbzouri.

Bureau régional de l'OMS pour l'Europe : Oleg Kuzmenko.

Rédaction et production de l'édition 2022

Neeta Bhatnagar a rédigé la mise à jour du chapitre 9 sur les implants. Maeve Brito de Mello a rédigé les sections mises à jour du chapitre 22 sur les infections sexuellement transmissibles, et Linda Eckert a rédigé les informations sur le cancer du col de l'utérus dans le même chapitre. Caron Kim et Abraham Sium ont mis à jour la section sur les soins post-avortement du chapitre 25.

Le chapitre 23 intitulé *Planification familiale pour les adolescentes et les femmes exposées à un risque élevé d'infection par le VIH* a été rédigé par Carey Farquhar, et le chapitre 27 intitulé *Fourniture des services de planification familiale pendant une épidémie* a été rédigé par Maria Rodriguez.

Heather Finn (Knowledge SUCCESS Project, Johns Hopkins Center for Communication Programs, États-Unis) a dirigé la production et la mise en page des documents. La révision et la relecture ont été assurées par Jane Patten de Green Ink, Royaume-Uni (www.greenink.co.uk). La conception et la mise en page ont été assurées par Prographics Inc, Annapolis, Maryland, États-Unis.

L'OMS, l'USAID et l'Université Johns Hopkins remercient les auteurs et les réviseurs des éditions précédentes de ce manuel. Une liste complète des personnes qui ont contribué à toutes les éditions du manuel est disponible sur le site internet : http://www.fphandbook.org.

Orientations de l'OMS sur la planification familiale

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) élabore des orientations dans le cadre d'un processus qui commence par l'analyse et l'évaluation systématique des données issues de la recherche sur des questions de santé publique essentielles. Puis, l'OMS convoque des groupes d'experts originaires du monde entier. Ces groupes de travail évaluent les implications des données factuelles et formulent des recommandations relatives aux services et à la pratique des soins de santé. Les décideurs politiques et gestionnaires de programmes peuvent s'appuyer sur ces recommandations pour rédiger ou mettre à jour les recommandations et les politiques programmatiques au niveau national.

Grâce à ce processus, le Département de la Santé sexuelle et reproductive et recherche émet des orientations sur des sujets spécifiques au fur et à mesure que des questions importantes se posent. Il dispose également de deux ensembles d'orientations qui sont mises à jour et régulièrement développées :

- Les *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* qui incluent des recommandations sur la possibilité pour les personnes atteintes de certaines affections d'utiliser en toute sécurité et efficacement des méthodes contraceptives spécifiques.
- La *Sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation* de méthodes contraceptives qui explique comment utiliser les différentes méthodes contraceptives.

Le présent ouvrage, *Planification familiale : un manuel à l'intention des prestataires de services de planification familiale du monde entier*, inclut des informations techniques visant à aider les prestataires de soins de santé à fournir les méthodes de planification familiale de façon appropriée et efficace. Il intègre et reflète les *Critères de recevabilité médicale* et la *Sélection de recommandations pratiques* ainsi que d'autres orientations de l'OMS. Cette quatrième édition est une mise à jour du *manuel* intégrant les orientations les plus récentes de l'OMS sur tous les sujets abordés. Le manuel constitue un guide de référence exhaustif, fournissant des orientations pratiques et spécifiques sur 21 méthodes de planification familiale. Il aborde également les problèmes de santé pouvant surgir dans le contexte des services de planification familiale. Cet ouvrage s'adresse principalement aux prestataires de soins de santé qui proposent des services de planification familiale dans les milieux à ressources limitées à travers le monde. Il peut également s'avérer utile pour les gestionnaires des soins de santé, les superviseurs et les décideurs politiques.

L'*Outil d'aide à la prise de décision à l'usage des patients(tes) et des prestataires de la planification familiale* intègre les orientations de l'OMS dans un outil visant à aider les patients(tes) à discuter des choix disponibles en matière de planification familiale avec les prestataires des services dans ce domaine et à prendre des décisions éclairées. Ce document qui se présente sous la forme d'un tableau à feuillets mobiles guide le prestataire et le(la) patient(e) à travers un processus à la fois structuré et sur mesure qui facilite le choix et l'utilisation d'une méthode de planification familiale. Cet outil permet également d'orienter les consultations de suivi clients des patients(tes) des services de planification familiale.

Ensemble, ces quatre publications : *les Critères de recevabilité médicale, la Sélection de recommandations pratiques, le Manuel* et *l'Outil d'aide à la prise de décision* forment les 4 pierres angulaires de l'orientation adoptée par l'OMS en matière de planification familiale.

Sur Internet :

- *Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation de contraceptifs*
  https://apps.who.int/iris/handle/10665/249591
- *Sélection de recommandations pratiques*
  https://apps.who.int/iris/handle/10665/259677
- *Planification familiale : un manuel à l'intention des prestataires de services de planification familiale du monde entier*
  www.fphandbook.org
- *Outil d'aide à la prise de décision à l'usage des clients et des prestataires de la planification familiale*
  https://apps.who.int/iris/handle/10665/43325

Droits de l'homme : la contribution des prestataires de services de planification familiale

Toute personne a le droit de décider, du mieux qu'elle le peut, du cours de sa propre vie. Si et quand avoir des enfants, combien, et avec qui : autant d'éléments importants faisant partie intégrante de ce droit. Les prestataires de services de planification familiale ont le privilège et la responsabilité d'aider les personnes à prendre ces décisions et à les concrétiser. En outre, les programmes qui honorent les droits de l'homme de leurs patients(tes) contribuent à des résultats positifs en matière de santé sexuelle.

Par conséquent, les services de planification familiale de haute qualité et les personnes qui les délivrent respectent, protègent et réalisent les droits de l'homme de tous(toutes) leurs patients(tes). Toute personne travaillant au sein du système de santé, à quelque niveau que ce soit, a un rôle important à jouer. Les prestataires de soins de santé expriment leur engagement à l'égard des droits de l'homme tous les jours, à chaque contact, avec chaque patient(e).

Les services de planification familiale sont régis par neuf principes des droits de l'homme. En tant que prestataire de services de planification familiale, vous contribuez à chacun d'entre eux.

Principe **1**

Non-discrimination

Ce que vous pouvez faire : Accueillir tous(tes) les patients(tes) de façon égale. Respecter les besoins et les souhaits de chaque patient(e). Laisser de côté les jugements personnels et les opinions négatives. Vous promettre de donner le meilleur de vous-même à chaque patient(e).

Principe **2**

Disponibilité de l'information et des services en matière de contraception

Ce que vous pouvez faire : connaître les méthodes de planification familiale disponibles et savoir comment les fournir. Veiller à ce qu'il n'y a pas de rupture de stock. N'écarter aucune méthode pour un(e) patient(e), et ne pas omettre des informations.

Principe **3**

Accessibilité de l'information et des services

Ce que vous pouvez faire : veiller à ce que toute personne peut se rendre dans votre établissement, même en cas de handicap physique. Participer à des actions de sensibilisation, dans la mesure du possible. Ne pas demander aux patientes, même aux plus jeunes, d'obtenir l'autorisation d'une autre personne pour utiliser la planification familiale ou une méthode en particulier.

Principe **4**

Acceptabilité de l'information et des services

Ce que vous pouvez faire : vous montrer amical(e) et accueillant(e) et contribuer à ce que votre établissement le soit aussi. Vous mettre à la place du(de la) patient(e). Lui demander ce qui est important à ses yeux, ce qu'ils(elles) veulent et comment ils(elles) aimeraient que les services leur soient fournis.

Principe **5**

Qualité

Ce que vous pouvez faire : mettre à jour vos connaissances et vos compétences. Utiliser de bonnes compétences en matière de communication. Vérifier que les méthodes contraceptives que vous fournissez ne sont pas périmées.

Principe **6**

Prise de décision éclairée

Ce que vous pouvez faire : expliquer clairement les méthodes de planification familiale, notamment leur mode d'utilisation, leur efficacité et les éventuels effets secondaires potentiels. Aider les patients(tes) à déterminer ce qui, dans une méthode de planification familiale, est important pour eux(elles).

Principe **7**

Protection de la vie privée et confidentialité

Ce que vous pouvez faire : ne pas parler de vos patients(tes) à d'autres personnes sans leur permission et ne le faire que si cela s'avère nécessaire pour leurs soins. Trouver un lieu à l'abri des oreilles indiscrètes pour échanger avec vos patients(tes). Ne pas répéter à d'autres ce que vos patients(tes) ont dit. Ranger rapidement les dossiers des patients(tes).

Principe **8**

Participation

Ce que vous pouvez faire : demander aux patients(tes) ce qu'ils(elles) pensent des services de planification familiale. S'appuyer sur leurs retours pour améliorer les soins

Principe **9**

Responsabilisation

Ce que vous pouvez faire : vous responsabiliser dans le cadre des soins que vous dispensez à vos patients(tes) et de leurs droits.

Ces principes des droits de l'homme guident le travail de l'OMS et servent de cadre aux orientations de l'OMS en matière de méthodes contraceptives. Ils sont énoncés dans le document intitulé *Garantir les droits de l'homme lors de la fourniture d'informations et de services en matière de contraception : orientations et recommandations*; 2014 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/human-rights-contraception/en/).

Égalité des genres et inclusion

Égalité des genres et planification familiale

La négligence des droits sexuels et reproductifs des femmes limite considérablement leurs possibilités dans la vie publique et privée, notamment en matière d'éducation et d'émancipation économique et politique. *(1)*. L'égalité des genres et l'accès à la planification familiale sont intimement liés. Comme indiqué en introduction de ce manuel à la section Droits de l'homme (p. xiii), les personnes ont le droit de décider "si et quand elles veulent avoir des enfants, combien et avec qui". Il s'agit d'un droit fondamental qui permet à chaque individu de disposer de son corps et de sa vie.

Afin de mettre en œuvre des soins qui tiennent compte du genre, en application des 9 principes des Droits de l'homme présentés à la section Droits de l'homme (p. xiii), les prestataires devraient veiller tout particulièrement à donner à toutes les femmes, à tous les hommes et à toutes les personnes de la diversité sexuelle et de genre les moyens d'agir tels que :

- avoir**un accès complet et égal** aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive.
- **prendre leurs propres décisions en connaissance de cause** concernant leurs propres soins de santé, l'utilisation de méthodes contraceptives et le fait de consentir ou non à des rapports sexuels avec leur partenaire, ce qui inclut le droit de prendre des décisions seul(e) ou avec son(sa) partenaire.

Définitions clés de l'égalité des genres *(2)*

- **Le sexe** fait référence aux caractéristiques biologiques et physiologiques qui différencient les hommes des femmes, telles que les organes reproducteurs, les chromosomes, les hormones, etc.
- **Le genre** fait référence aux caractéristiques déterminées socialement pour les femmes et les hommes, comme les normes, les rôles et les relations de et entre les groupes de femmes et d'hommes.
- **L'égalité des genres** fait référence à l'égalité des chances ou des opportunités pour les femmes et les hommes d'accéder et de contrôler les ressources sociales, économiques et politiques, y compris la protection en vertu de la loi (comme les services de santé, l'éducation et le droit de vote).
- **L'équité des genres** fait référence aux différents besoins, préférences et intérêts des femmes et des hommes. Cela peut signifier que le traitement diffère pour garantir l'égalité des chances en tenant compte des réalités de la vie des femmes et des hommes.
- **Les politiques,** pratiques et programmes qui tiennent compte de la dimension de genre sont ceux qui prennent en considération l'inégalité de genres et l'iniquité de genres et qui prennent des mesures pour réduire activement leurs effets néfastes.

Définitions clés de l'inclusion et de la diversité des genres *(2)*

- **L'identité de genre** fait référence à l'expérience interne et individuelle profondément ressentie par une personne, qui peut ou non correspondre au sexe qui lui a été assigné à la naissance. L'identité de genre d'un individu ne se limite pas nécessairement à une identité totalement masculine ou féminine.
- **Transgenre, non binaire, fluide et/ou queer** sont des termes utilisés pour décrire l'identité de genre d'une personne lorsque son genre est différent du sexe qui lui a été assigné.
- **Cisgenre** peut être utilisé pour décrire l'identité de genre d'une personne lorsqu'elle correspond au sexe qui lui a été assigné à la naissance.
- **L'expression du genre** fait référence à la manière dont une personne choisit de s'habiller, de parler ou de se comporter socialement. La façon dont une personne exprime son genre n'est pas toujours révélatrice de son identité sexuelle.

Ce faisant, les prestataires doivent être conscients des différents besoins et réalités de la vie des femmes, des hommes et des personnes de la diversité sexuelle et de genre. Les prestataires doivent tenir compte de la manière dont la situation sociale, culturelle et économique des personnes, et en particulier les normes et les inégalités de genre préjudiciables auxquelles elles sont confrontées, affectent leur prise de décision en matière de contraception, leur accès aux soins et l'utilisation continue de la méthode qu'elles ont choisie. Les approches des prestataires en matière de soins devraient permettre à toutes les femmes, à tous les hommes et à toutes les personnes de la diversité sexuelle et de genre de se prendre en charge, quelles que soient les circonstances.

Inclusion des genres

Traditionnellement, les orientations en matière de planification familiale et autres documents connexes ne font référence qu'aux "femmes", considérant les femmes "cisgenres" comme la norme, puisque dans la plupart des contextes, elles constituent la majorité des personnes souhaitant bénéficier de la planification familiale. Ces documents supposent souvent que ces femmes n'ont que des relations hétérosexuelles. Toutefois, les besoins des hommes en matière de contraception sont de plus en plus reconnus (par exemple, l'utilisation de méthodes contrôlées par les hommes et le soutien apporté par les hommes à la prise de décision et à l'utilisation de la contraception par leurs partenaires féminines). De même, les besoins des personnes ayant des orientations sexuelles et des identités de genre diverses, comprises dans les catégories binaires "hommes" et "femmes", ne s'appliquent pas à tout le monde.

Les prestataires peuvent être amenés à rencontrer des personnes transgenres ou des personnes de la diversité sexuelle et de genre qui souhaitent bénéficier de la planification familiale. En raison des inégalités et des injustices liées au genre, les personnes transgenres et les personnes de la diversité sexuelle et de genre sont confrontées à des désavantages systémiques, à la violence, à la stigmatisation et à la discrimination dans la société et dans les établissements de soins *(3,4,5)*. Cela peut créer des obstacles à l'accès aux soins de santé, au soutien et à l'information. Il est

donc important que les prestataires reconnaissent et prennent en compte la diversité afin que tous les patients(tes) individuels(elles) et les couples qui souhaitent bénéficier de la planification familiale puissent y accéder sans stigmatisation ni discrimination et d'une manière qui les encourage à prendre des décisions sûres, appropriées et qui répondent le mieux à leurs besoins et à leurs préférences.

Aspects à prendre en considération pour les patients(tes) transgenres et les personnes de la diversité sexuelle et de genre

L'incongruence de genre n'est pas un problème de santé mentale. Si certaines personnes transgenres recherchent une transition médicale ou chirurgicale, d'autres ne le font pas.Toute intervention sociale, psychologique, comportementale ou médicale (y compris les traitements hormonaux ou les interventions chirurgicales) conçue pour soutenir et affirmer l'identité de genre d'un individu peut être qualifiée de "soins de santé tenant compte du genre" *(6).* Certaines personnes transgenres ou de la diversité sexuelle et de genre conservent la capacité de reproduction du sexe qui leur a été assigné à la naissance. Par exemple, un homme transgenre peut avoir besoin de contraceptifs féminins, d'un dépistage du cancer du col de l'utérus et de soins prénatals. Conformément aux principes des Droits de l'homme qui sous-tendent la planification familiale, toutes les personnes transgenres et non binaires devraient pouvoir accéder à la contraception, dans le respect de leur identité de genre.

Il est important que les prestataires de services de planification familiale tiennent compte de certains aspects :

- Affirmer l'identité de genre de votre patient(e), en utilisant par exemple son nom préféré (qu'il corresponde ou non au nom figurant sur ses documents officiels) et ses pronoms.
- Être conscient des éventuels besoins spécifiques en matière de planification familiale, par exemple les interactions avec l'utilisation d'hormones. Reconnaître toute lacune de vos connaissances concernant ces besoins et l'orienter vers des soins spécialisés si nécessaire.
- Obtenir un consentement éclairé et prêter attention aux sensibilités concernant les examens physiques pour les patients(tes) en transition de genre.
- Ne pas révéler les antécédents sexuels d'une personne sans son consentement, y compris, par exemple, en mentionnant la chirurgie de transition de genre ou d'autres chirurgies/traitements qui indiqueraient le sexe de la personne avant sa transition dans son dossier médical, sauf si cela s'avère nécessaire pour obtenir une méthode en particulier.
- Tenir compte des inégalités entre les sexes et des déterminants sociaux susceptibles d'affecter la capacité du(de la) patient(e) à prendre des décisions concernant sa santé reproductive et d'autres questions connexes. Cela est d'autant plus important que "les personnes transgenres et de la diversité sexuelle et de genre vivent [souvent] dans des systèmes sociaux, juridiques, économiques et politiques qui les exposent à un risque élevé de discrimination, d'exclusion, de pauvreté et de violence" *[7].*

La liste des références pour cette section se trouve à la page 457.

Organisations collaboratrices et partenaires

Abt Associates

African Population and Health Research Center (APHRC)

Afrihealth Optonet Association (réseau d'organisations de la société civile), Nigeria

Al-Mustafa Welfare Association (réseau d'organisations de la société civile), Sindh

Amref Santé Afrique

Ansul-India Health & Management Services (AIHMS)

Asesorías Internacionales en Salud Integral y Desarrollo (ASID), Costa Rica

Asociación Hondureña de Planificación de Familia (ASHONPLAFA)

Asociación Pro Bienestar de la Familia de Guatemala (APROFAM)

Asociación TAN UX'IL, Guatemala

Associação Moçambicana de Obstetras e Ginecologistas (AMOG)

Association Burkinabè pour le bien être familial (ABBEF) du Burkina Faso

Association for the Well-Being of the Colombian Family (Profamilia)

Association of Reproductive Health Professionals (ARHP)

Association for Reproductive and Family Health

Balanced Stewardship Development Association

Bill & Melinda Gates Institute for Population and Reproductive Health

Bixby Center for Global Reproductive Health, Université de Californie, San Francisco

Bridges of Hope Training

CARE International

CARE USA

Carolina Population Center, Université de Caroline du Nord à Chapel Hill

Centers for Disease Control and Prevention

Centre for the Development of People (CEDEP), Ghana

Centro de Investigación y Promoción para América Central de Derechos Humanos - CIPAC, Costa Rica

Chemonics

CILSIDA, Togo

Civil Society for Family Planning in Nigeria (CiSFP)

Concept Foundation

Consortium of Reproductive Health Associations (CORHA)

CORE Group

Société croate pour la médecine reproductive et l'endocrinologie gynécologique de l'association croate de médecine

Cultural Practice, LLC

East European Institute for Reproductive Health

EngenderHealth

Equilibres & Populations

Family Guidance Association of Ethiopia

Family Planning Association of Swaziland

Federation of Obstetric & Gynecological Societies of India

Female Health Company

FHI 360

Foundation for Integrated Rural Development (FIRD), Ouganda

FP2020

FUSA AC, Argentine

Université de Georgetown, Institute for Reproductive Health

Grameen Foundation USA (GF USA)

Guttmacher Institute

Health NGOs Network (HENNET)

Health, Development and Performance (HDP), Rwanda

Hesperian Health Guides

Hindustan Latex Family Planning Promotion Trust (HLFPPT)

Implementing Best Practices (IBP) Consortium

Initiative Supporting Adolescents & Youths in Education and Sexual Health (ISAYES), Nigeria

Institute of Health Management, Pachod (IHMP)

Institute of Tropical Medicine, Anvers, Belgique

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Intensive Rescue Foundation International (IRFI)

International Community of Women Living with HIV

International Community of Women Living with HIV – Eastern Africa (ICWEA)

International Confederation of Midwives

International Consortium for Emergency Contraception (ICEC)

International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO)

International Islamic Center for Population Studies and Research (IICPSR) – Université Al Azhar

International Medical Corps

International Planned Parenthood Federation (IPPF)

International Planned Parenthood Federation/ Western Hemisphere Region (IPPF/WHR)

IntraHealth International, Inc.

Investigación en Salud y Demografía, S.C. (INSAD)

Ipas Africa Alliance

Jhpiego

John Snow, Inc (JSI)

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health

Kwa-Zulu Natal Maternal Women, Child and Nutrition Directorate

Last Mile Health and Development Association, Nigeria

LiveWell Initiative LWI, Nigeria

Management Sciences for Health (MSH)

Marie Stopes International

Ministère de la Santé et des Services médicaux, Îles Salomon

Ministère de la Santé, Belize

Ministère de la Santé, République de Zambie

MOMENTUM Country and Global Leadership

Mozambican Association for Family Development (AMODEFA)

Muslim Family Counselling Services

National Population and Family Planning Board, Indonésie

Network of People Living with HIV/ AIDS in Nigeria (NEPHWAN)

NGALAKERI

Options Consultancy Services

Overseas Strategic Consulting, Ltd

Palladium

Pan African Positive Women's Coalition, Zimbabwe

Pan American Health Organization, Latin American Center for Perinatology, Women and Reproductive Health (CLAP/WR-PAHO/WHO)

PATH

Pathfinder International

PLAFAM, Asociación Civil de Planificación Familiar

Plan International

Planned Parenthood Association of Ghana (PPAG)

Planned Parenthood Association of Zambia (PPAZ)

Planned Parenthood Global

Population Council

Population Foundation of India (PFI)

Population Media Center (PMC)

Population Reference Bureau

Population Services International (PSI)

Université de Princeton, Office of Population Research

PT Tunggal Idaman Abdi

Public Health Informatics Foundation (PHIF)

Public Health Institute (PHI)

Real Agency for Community Development (RACD), Ouganda

Reproductive Health Supplies Coalition (RHSC)

Reproductive Health Uganda (RHU)

Réseau Siggil Jigéen Sénégal

Romanian Family Planning Network

Rotarian Action Group for Population & Development (RFPD)

Salud y Famila

Save the Children

SOCOBA Inc. (Society for Children Orphaned by AIDS)

Trust Women Foundation

Université de Tulane, School of Public Health and Tropical Medicine

Uganda Youth Alliance for Family Planning and Adolescent Health (UYAFPAH)

Fonds des Nations Unies pour la population

Université de Gadjah Mada (UGM), Indonésie

Université de Caroline du Nord, Gillings School of Global Public Health

Université de Witwatersrand, Reproductive Health and HIV Institute

University Research Co., LLC

Venture Strategies for Health and Development

We Care Solar

Wellbeing Foundation Africa

Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS)

WINGS/ALAS Guatemala

YLabs

Zimbabwe National Family Planning Council (ZNFPC)

Contraceptifs oraux combinés

Points clés pour les prestataires et les patientes

- **Prendre une pilule tous les jours.** Pour obtenir la meilleure efficacité possible, une femme doit prendre une pilule chaque jour et commencer à temps chaque nouvelle plaquette de pilules.
- **En cas d'oubli, prendre la pilule manquée dès que possible.** Les oublis de pilules exposent à un risque de grossesse et peuvent aggraver certains effets secondaires.
- **Les changements dans les saignements sont chose courante et sans risques.** Généralement, les saignements sont irréguliers pendant les premiers mois et deviennent plus légers et plus réguliers par la suite.
- **Les COC peuvent être donnés à une femme à tout moment, pour qu'elle les commence immédiatement ou plus tard.**

Que sont les contraceptifs oraux combinés ?

- Il s'agit de pilules contenant de faibles doses de deux hormones (un progestatif et un œstrogène), analogues aux hormones naturellement présentes dans le corps de la femme : la progestérone et les œstrogènes.
- Les contraceptifs oraux combinés (COC) sont également appelés « la pilule », pilules combinées à faible dose ou encore CO.
- Leur mode d'action principal consiste à empêcher la libération des ovocytes par les ovaires (l'ovulation).

Quelle efficacité ?

L'efficacité dépend de l'utilisatrice : c'est lorsqu'une femme commence une nouvelle plaquette de pilule avec 3 jours de retard ou plus, ou si elle oublie 3 pilules ou plus vers le début ou la fin d'une plaquette, que le risque de grossesse est le plus élevé.

- On observe environ 7 grossesses pour 100 femmes pendant la première année d'utilisation des contraceptifs oraux combinés tels qu'ils sont pris habituellement. Autrement dit, 93 femmes utilisant des COC sur 100 ne tomberont pas enceintes.
- Lorsque la pilule est prise sans erreur, on observe moins d'une grossesse sur 100 femmes sous COC pendant la première année d'utilisation (3 pour 1000 femmes).

Retour de la fécondité après l'arrêt des COC : sans délai

Protecti on contre les infections sexuellement transmissibles (IST) : aucune

Pourquoi les COC sont-ils appréciés de certaines femmes ?

- C'est une méthode sous le contrôle de la femme.
- Les COC peuvent être arrêtés à n'importe quel moment sans l'aide d'un prestataire de soins.
- Ils n'interfèrent pas avec les relations sexuelles.
- Ils sont faciles à utiliser.
- Il est facile de s'en procurer, par exemple, dans les officines ou pharmacies.

Effets secondaires, bénéfices et risques pour la santé

Effets secondaires (voir aussi Prendre en charge les problèmes, p. 20)

Certaines utilisatrices indiquent les situations suivantes :

- changements dans les modes de saignement,† notamment :
  - – saignements plus légers et moins longs,
  - – saignements irréguliers,
  - – saignements peu fréquents,
  - – absence de saignements menstruels ;
- maux de tête ;
- vertiges ;
- nausées ;
- tensions mammaires ;
- variations de poids (voir question 6, p. 25) ;
- changements d'humeur ;
- acné (qui peut s'améliorer ou s'aggraver, bien qu'en général elle s'améliore).

Les changements dans les saignements sont normaux et sans risques. Si une femme les trouve gênants ou inquiétants, il peut s'avérer utile de lui apporter des conseils et un soutien.

Autres changements physiques possibles :

- La tension artérielle augmente légèrement (de quelques mmHg). Lorsque la hausse est due à l'utilisation des COC, la tension artérielle diminue rapidement après leur arrêt.

† *Pour consulter les définitions des modes de saignement, voir « saignements vaginaux », p. 407*

Bénéfices connus pour la santé

Les COC aident à protéger contre :

- le risque de grossesse ;
- le cancer du corps de l'utérus (cancer de l'endomètre) :
- le cancer de l'ovaire ;
- la maladie inflammatoire pelvienne symptomatique.

Les COC peuvent aider à protéger contre :

- les kystes ovariens ;
- l'anémie ferriprive.

Les COC réduisent :

- les crampes menstruelles ;
- les problèmes de saignements menstruels ;
- les douleurs liées à l'ovulation ;
- l'hyperpilosité sur le visage ou sur le corps ;
- les symptômes du syndrome des ovaires polykystiques (saignements irréguliers, acné, hyperpilosité sur le visage ou sur le corps) ;
- les symptômes de l'endométriose (douleurs pelviennes, saignements irréguliers).

Risques connus pour la santé

Très rares :

- caillots sanguins dans les veines profondes des jambes ou les poumons (thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire).

Extrêmement rares :

- accident vasculaire cérébral ;
- infarctus du myocarde.

Voir aussi Contraceptifs oraux combinés et cancer : les faits, p. 4.

Corriger les idées reçues (voir aussi Questions/réponses, p. 25)

Les contraceptifs oraux combinés :

- ne créent pas une accumulation d'hormones dans le corps de la femme. Elle n'a pas besoin de marquer une « pause » dans l'utilisation des COC ;
- doivent être pris tous les jours, que la femme ait ou non des rapports sexuels les jours en question ;
- ne sont pas une cause d'infertilité chez la femme après leur arrêt ;
- ne sont pas une cause de malformation congénitale ni de naissances multiples ;
- ne modifient pas le comportement sexuel de la femme ;
- ne s'accumulent pas dans l'estomac. La pilule se dissout chaque jour ;
- ne perturbent pas une grossesse en cours.

Contraceptifs oraux combinés et cancer : les faits

Le risque général de développer un cancer au cours de la vie est similaire chez les femmes ayant utilisé des COC et celles n'en ayant pas pris. Les utilisatrices de COC peuvent être exposées à une légère augmentation du risque de certains types de cancer, mais elles voient également leur risque à long terme d'autres types de cancer diminuer.

Cancer de l'ovaire et de l'endomètre

- L'utilisation des COC contribue à *protéger* les utilisatrices contre deux types de cancer importants : le cancer de l'ovaire et celui du corps de l'utérus (le cancer de l'endomètre).
- Cette protection perdure pendant 15 ans, voire plus, après l'arrêt des COC.

Cancer du sein

- Les résultats des recherches sur les COC et le cancer du sein sont difficiles à interpréter :
  - Les études montrent que les femmes qui ont utilisé des COC il y a plus de 10 ans sont exposées au même risque de contracter un cancer du sein que les femmes qui n'ont jamais utilisé de COC. En revanche, certaines études ont mis en évidence que les utilisatrices actuelles de COC et les femmes qui ont utilisé des COC au cours des 10 dernières années sont légèrement plus susceptibles d'avoir un cancer du sein. Au final, il pourrait y avoir une légère différence concernant le risque de cancer du sein au cours de la vie. On ignore si ces résultats peuvent être expliqués par une détection plus précoce des cancers du sein existants chez les utilisatrices de COC ou par un effet biologique des COC sur le cancer du sein.
  - Une utilisation précédente de COC n'augmente pas le risque de cancer du sein plus tard au cours de la vie, période où cette maladie est plus fréquente.
  - Les cancers du sein diagnostiqués chez les femmes qui utilisent ou ont utilisé des COC sont généralement moins avancés que ceux diagnostiqués chez les autres femmes.
  - L'utilisation des COC n'augmente pas le risque de cancer du sein chez les femmes ayant des antécédents familiaux de cancer du sein.

Cancer du col de l'utérus

- Le cancer du col de l'utérus est causé par certains types de papillomavirus humain (VPH). Le VPH est une infection sexuellement transmissible courante qui se guérit généralement spontanément sans traitement, mais persiste parfois et peut, dans certains cas, provoquer un cancer du col de l'utérus. Un vaccin peut être utilisé en prévention du cancer du col de l'utérus. (Voir Cancer du col de l'utérus, p. 340). Si le dépistage du cancer du col de l'utérus est disponible, les prestataires de soins peuvent conseiller à toutes les femmes de l'effectuer tous les 3 ans (ou conformément aux recommandations nationales).
- L'utilisation des COC pendant 5 ans ou plus semble augmenter légèrement le risque de cancer du col de l'utérus. Après l'arrêt des COC, le risque diminue. Dix ans après avoir arrêté les COC, une ancienne utilisatrice présente le même risque de cancer du col de l'utérus qu'une femme n'ayant jamais utilisé cette méthode contraceptive. Le nombre de cancers du col de l'utérus associés à l'utilisation des COC est faible.

Autres cancers

- L'utilisation des COC pourrait diminuer le risque de cancer colorectal.
- Aucune donnée disponible ne montre clairement que l'utilisation des COC augmente ou diminue le risque d'autres types de cancer.

Qui peut et qui ne peut pas utiliser les contraceptifs oraux combinés ?

Sans risques et adaptés à quasiment toutes les femmes

Quasiment toutes les femmes peuvent utiliser les COC sans risques et efficacement, y compris les femmes :

- qui ont ou n'ont pas eu d'enfants ;
- qui sont mariées ou pas ;
- de tout âge, y compris les adolescentes et les femmes de plus de 40 ans ;
- qui viennent d'accoucher et allaitent, après un certain temps ;
- qui viennent d'avoir un avortement provoqué ou spontané ou une grossesse extra-utérine ;
- qui fument (si elles ont moins de 35 ans) ;
- qui sont anémiques actuellement ou l'ont été dans le passé ;
- qui ont des varices ;
- qui vivent avec le VIH, qu'elles soient sous traitement antirétroviral ou pas.

Éviter les interventions inutiles

(Voir Importance des interventions, p. 368)

Les femmes peuvent commencer à utiliser les COC :

- sans examen pelvien ;
- sans analyse de sang ni autre analyse de laboratoire systématique ;
- sans dépistage du cancer du col de l'utérus ;
- sans palpation des seins ;
- sans test de grossesse.
  - Une femme peut commencer à utiliser des COC à tout moment, même si elle n'a pas ses règles à ce moment-là s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte (voir la liste de contrôle pour la grossesse en troisième de couverture).

Il est souhaitable de mesurer la tension artérielle avant de commencer une méthode hormonale. Néanmoins, lorsque les risques de grossesse sont élevés et la gamme de méthodes disponibles limitée, une femme ne devrait pas se voir refuser une méthode hormonale au seul motif que sa tension artérielle ne peut pas être mesurée. Si possible, elle peut la faire mesurer plus tard au moment et sur le lieu de son choix.

Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation des

Contraceptifs oraux combinés

Poser à la patiente les questions suivantes sur ses problèmes médicaux connus. Aucun examen ni aucune analyse ne sont nécessaires. Si elle répond NON à toutes les questions, elle peut alors commencer à utiliser des COC si elle le souhaite. Si elle répond OUI à l'une des questions, suivre les instructions. Dans certains cas, elle pourra quand même commencer à prendre des COC. Ces questions s'appliquent également au patch combiné (voir p. 117) et à l'anneau vaginal combiné (voir p. 123).

1. Est-ce que vous allaitez un bébé de moins de 6 mois ?

❑ NON ❑ **OUI**

- Si elle pratique l'allaitement complet ou quasi-complet : lui donner des COC et lui dire de commencer à les utiliser 6 mois après l'accouchement ou lorsque le lait maternel n'est plus l'aliment principal du bébé, selon ce qui survient en premier (voir Allaitement maternel complet ou quasi-complet, p. 11).
- Si elle pratique l'allaitement partiel : elle peut commencer à utiliser les COC dès 6 semaines après l'accouchement (voir Allaitement maternel partiel, p. 12).

2. Avez-vous eu un bébé il y a moins de 3 semaines et ne l'allaitez-vous pas ?

❑ NON ❑ **OUI** Lui donner les COC maintenant et lui dire de commencer à les prendre 3 semaines après l'accouchement. (S'il y a un risque supplémentaire de développer un caillot sanguin dans une veine profonde, thrombose veineuse profonde ou TVP, elle ne doit pas commencer les COC 3 semaines après l'accouchement, mais à partir de 6 semaines. Ces facteurs de risque supplémentaires comprennent une TVP précédente, la thrombophilie, l'accouchement par césarienne, la transfusion sanguine à l'accouchement, l'hémorragie du post-partum, la prééclampsie, l'obésité (>30 kg/m^2), le tabagisme et l'alitement prolongé.)

3. Est-ce que vous fumez des cigarettes ?

❑ NON ❑ **OUI** Si elle a 35 ans ou plus et qu'elle fume, ne pas lui donner de COC. Lui recommander vivement d'arrêter de fumer et l'aider à choisir une autre méthode, hormis le patch ou l'anneau si elle fume moins de 15 cigarettes par jour, et les injectables mensuels si elle fume plus de 15 cigarettes par jour.

4. Est-ce que vous avez une cirrhose du foie, une infection du foie ou une tumeur au foie ? Est-ce que vous avez déjà eu une jaunisse en utilisant des COC ?

❑ NON ❑ **OUI** Si elle signale avoir une grave maladie du foie (telle qu'une cirrhose sévère ou une tumeur hépatique), une forme aiguë ou une aggravation transitoire des symptômes d'hépatite virale, ou si elle a déjà eu une jaunisse pendant qu'elle prenait des COC, ne pas lui donner de COC. L'aider à choisir une méthode non hormonale. (Elle peut utiliser des injectables mensuels si elle n'a eu de jaunisse que lorsqu'elle utilisait des COC.)

5. Avez-vous une tension artérielle élevée ?

❑ NON ❑ **OUI** Si vous ne pouvez pas vérifier sa tension artérielle et si elle indique des antécédents de tension artérielle élevée, ou si elle est traitée pour une hypertension artérielle, ne pas lui donner de COC. Si possible, l'orienter vers un prestataire de soins pour mesurer sa tension artérielle ou l'aider à choisir une méthode sans œstrogène.

Si possible, mesurer sa tension artérielle :

- si sa tension artérielle est inférieure à 140/90 mmHg, lui donner des COC. Il n'est pas nécessaire de remesurer la tension avant de commencer les COC ;
- si sa tension artérielle est supérieure ou égale à 160/100 mmHg, ne pas lui donner de COC. L'aider à choisir une méthode sans œstrogène, hormis un progestatif seul injectable ;
- si sa tension artérielle est de 140–159/90–99 mmHg, une seule lecture ne suffit pas pour établir un diagnostic d'hypertension artérielle. Lui proposer une méthode d'appoint* qu'elle utilisera jusqu'à ce qu'elle revienne pour une autre mesure de la tension artérielle ou l'aider à choisir une autre méthode.
  - Si sa tension artérielle à la mesure suivante est inférieure à 140/90 mmHg, elle peut commencer à utiliser des COC.
  - En revanche, si sa tension artérielle à la mesure suivante est supérieure ou égale à 140/90 mmHg, ne pas lui donner de COC. L'aider à choisir une méthode sans œstrogène, hormis un progestatif seul injectable si sa tension artérielle systolique est supérieure ou égale à 160 ou si sa tension artérielle diastolique est supérieure ou égale à 100.

(Voir aussi la question 18, p. 28.)

(Suite à la page suivante)

* *Les méthodes d'appoint incluent l'abstinence, les préservatifs masculins et féminins, les spermicides et le retrait. Lui préciser que les spermicides et le retrait sont les méthodes contraceptives les moins efficaces. Si possible, lui donner des préservatifs.*

Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation des contraceptifs oraux combinés (suite)

6. Avez-vous eu du diabète pendant plus de 20 ans ou des lésions causées par le diabète à vos artères, à votre vision, à vos reins ou à votre système nerveux ?

❑ NON ❑ **OUI** Ne pas donner de COC. L'aider à choisir une méthode sans œstrogène hormis un progestatif seul injectable.

7. Avez-vous actuellement une maladie de la vésicule biliaire ou prenez-vous des médicaments pour une maladie de la vésicule biliaire ?

❑ NON ❑ **OUI** Ne pas donner de COC. L'aider à choisir une autre méthode hormis le patch combiné ni l'anneau vaginal combiné.

8. Avez-vous déjà eu un accident vasculaire cérébral, un caillot sanguin dans une jambe ou vos poumons, une crise cardiaque ou d'autres problèmes cardiaques graves ?

❑ NON ❑ **OUI** Si elle indique un infarctus du myocarde, une cardiopathie due à une artère bouchée ou à une sténose artérielle, ou un accident vasculaire cérébral, ne pas donner de COC. L'aider à choisir une méthode sans œstrogène hormis un progestatif seul injectable. Si elle signale la présence actuelle d'un caillot de sang dans les veines profondes des jambes (pas les caillots superficiels) ou dans les poumons, l'aider à choisir une méthode non hormonale.

9. Avez-vous ou avez-vous déjà eu un cancer du sein ?

❑ NON ❑ **OUI** Ne pas donner de COC. L'aider à choisir une méthode non hormonale.

10. Vous arrive-t-il parfois d'avoir une perte de vision qui se manifeste par une zone lumineuse au niveau des yeux avant l'apparition de maux de tête intenses (migraine avec aura) ? Avez-vous de graves maux de tête lancinants souvent localisés d'un côté de la tête et qui peuvent durer de quelques heures à plusieurs jours et vous donner la nausée ou des vomissements (migraines) ? Ces migraines sont-elles aggravées par la lumière ou le bruit, ou par vos mouvements ?

❑ NON ❑ **OUI** Si elle a des migraines avec aura, quel que soit son âge, ne pas lui donner de COC. Si elle a des migraines sans aura et si elle a 35 ans ou plus, ne pas lui donner de COC. Aider ces femmes à choisir une méthode non hormonale. Si elle a moins de 35 ans et si elle a des migraines sans aura, elle peut utiliser les COC (voir Identifier les migraines avec et sans aura, p. 436).

11. Prenez-vous des médicaments anticonvulsivants ? Prenez-vous de la rifampicine ou de la rifabutine pour la tuberculose ou une autre maladie ?

❑ NON ❑ **OUI** Si elle prend des barbituriques, de la carbamazépine, de la lamotrigine, de l'oxcarbazépine, de la phénytoïne, de la primidone, du topiramate, de la rifampicine, ou de la rifabutine, ne pas lui donner de COC. Ces médicaments peuvent rendre les COC moins efficaces. L'aider à choisir une autre méthode hormis la pilule de progestatif seul, le patch et l'anneau combiné. Si elle prend de la lamotrigine, l'aider à choisir une méthode sans œstrogène.

12. Est-il prévu que vous ayez une intervention chirurgicale majeure à la suite de laquelle vous ne pourrez pas marcher pendant une semaine ou plus ?

❑ NON ❑ **OUI** Si tel est le cas, elle peut commencer à prendre des COC deux semaines après le moment où elle pourra de nouveau marcher. Elle devrait utiliser une méthode d'appoint entre temps.

13. Est-ce que vous avez plusieurs facteurs pouvant augmenter votre risque de maladie cardiaque (maladie des artères coronaires) ou d'accident vasculaire cérébral, comme un certain âge, le tabagisme, une tension artérielle élevée ou un diabète ?

❑ NON ❑ **OUI** Ne pas donner de COC. L'aider à choisir une méthode sans œstrogène hormis un progestatif seul injectable.

En outre, les femmes ne devraient pas utiliser de COC si elles indiquent avoir une mutation thrombogénique ou un lupus associé à des anticorps anti-phospholipides positifs (ou dont on ignore la charge). Pour consulter les classifications complètes, voir Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation des contraceptifs, p. 388.

S'assurer d'expliquer les bénéfices et les risques pour la santé ainsi que les effets secondaires de la méthode que la patiente utilisera. Lui signaler également toute affection en raison de laquelle la méthode ne serait pas indiquée, si cela apparaît pertinent dans son cas.

Les contraceptifs oraux combinés chez la femme vivant avec le VIH

- Les femmes vivant avec le VIH ou sous traitement antirétroviral peuvent utiliser les COC sans risques.
- Leur recommander vivement d'utiliser des préservatifs en complément des COC. S'ils sont mis systématiquement et correctement, les préservatifs peuvent contribuer à éviter la transmission du VIH et des autres IST.

Recourir au jugement clinique dans les cas spéciaux

En règle générale, une femme qui se trouverait dans l'une des situations suivantes ne devrait pas utiliser les COC. Toutefois, dans des circonstances spéciales, en cas d'indisponibilité d'autres méthodes plus adéquates, ou si la patiente ne les trouve pas acceptables, un prestataire qualifié pourra évaluer attentivement l'état de santé et la situation de la femme en question et décider qu'elle peut utiliser des COC. Le prestataire devra évaluer la gravité de son état et, dans la plupart des cas, déterminer si elle aura accès à un suivi.

- N'allaite pas, a accouché depuis moins de 3 semaines, et ne présente pas de risque accru de caillot sanguin dans une veine profonde (thrombose veineuse profonde).
- N'allaite pas, a accouché depuis 3 à 6 semaines, présente un risque accru de thrombose veineuse profonde.
- Pratique l'allaitement exclusif ou quasi-exclusif, entre 6 semaines et 6 mois après l'accouchement.
- A 35 ans ou plus et fume moins de 15 cigarettes par jour.
- A une tension artérielle élevée (tension artérielle systolique comprise entre 140 et 159 mmHg ou tension artérielle diastolique comprise entre 90 et 99 mmHg).
- A une tension artérielle élevée sous contrôle, lorsqu'une évaluation continue est possible.
- A des antécédents de tension artérielle élevée, lorsque la tension artérielle ne peut pas être vérifiée (y compris en cas d'hypertension artérielle gravidique).
- A des antécédents de jaunisse lors de l'utilisation de COC dans le passé.
- A une maladie de la vésicule biliaire (actuellement ou traitée médicalement).
- A 35 ans ou plus et a des migraines sans aura.
- A moins de 35 ans et a des migraines sans aura qui sont apparues ou se sont aggravées sous COC.
- A eu un cancer du sein il y a plus de 5 ans, qui n'a pas récidivé.
- Est diabétique depuis plus de 20 ans ou a des lésions causées par le diabète aux artères, à la vision, aux reins ou au système nerveux.
- Présente plusieurs facteurs de risque de maladie cardiovasculaire artérielle comme l'âge, le tabagisme, un diabète et une hypertension artérielle.
- Prend des barbituriques, de la carbamazépine, de l'oxcarbazépine, de la phénytoïne, de la primidone, du topiramate, de la rifampicine ou de la rifabutine. Une méthode contraceptive d'appoint devrait également être utilisée car ces médicaments réduisent l'efficacité des COC.
- Prend de la lamotrigine. Les méthodes hormonales combinées peuvent rendre la lamotrigine moins efficace.

Fourniture des contraceptifs oraux combinés

Quand commencer ?

IMPORTAN T: une femme peut commencer à utiliser des COC au moment de son choix s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Pour s'assurer raisonnablement qu'elle n'est pas enceinte, utiliser la Liste de contrôle pour la grossesse (voir troisième de couverture). Il est également possible de donner des COC à une femme à tout moment et de lui indiquer quand elle peut commencer à les prendre.

Situation de la femme	Quand commencer ?
A ses règles ou souhaite passer d'une méthode non hormonale aux COC	**À tout moment du mois** • Si elle commence à prendre les COC dans les 5 jours suivant le début de ses règles, inutile d'utiliser une méthode d'appoint. • Si plus de 5 jours se sont écoulés depuis le début de ses règles, elle peut commencer à utiliser les COC à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Elle devra utiliser une méthode d'appoint* pendant les 7 premiers jours de prise de la pilule. (Si vous ne pouvez pas en être raisonnablement certain(e), voir Comment et quand utiliser la liste de contrôle pour la grossesse et les tests de grossesse, p. 440.) • Si elle utilisait auparavant un DIU, elle peut commencer à prendre les COC immédiatement (voir DIU au cuivre, Passer d'un DIU à une autre méthode, p. 172).
Souhaite passer d'une méthode hormonale aux COC	• Immédiatement, si elle utilisait la méthode hormonale systématiquement et correctement ou s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Inutile d'attendre ses prochaines règles. Inutile d'utiliser une méthode d'appoint. • Si elle utilisait auparavant des injectables, elle peut commencer à prendre les COC au moment où elle aurait dû recevoir l'injection suivante. Inutile d'utiliser une méthode d'appoint

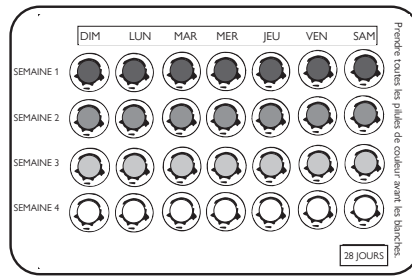
* *Les méthodes d'appoint incluent l'abstinence, les préservatifs masculins et féminins, les spermicides et le retrait. Lui préciser que les spermicides et le retrait sont les méthodes contraceptives les moins efficaces. Si possible, lui donner des préservatifs*

Situation de la femme	Quand commencer ? *(suite)*
Pratique l'allaitement complet ou quasi-complet	
Plus de 6 mois après l'accouchement	• Lui donner des COC et lui dire de commencer à les utiliser 6 mois après l'accouchement ou lorsque le lait maternel n'est plus l'aliment principal du bébé, selon ce qui survient en premier
Plus de 6 mois après l'accouchement	• Si ses règles ne sont pas encore revenues depuis l'accouchement, elle peut commencer à prendre des COC à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Elle devra utiliser une méthode d'appoint pendant les 7 premiers jours de prise de la pilule. (Si vous ne pouvez pas en être raisonnablement certain(e), voir Comment et quand utiliser la liste de contrôle pour la grossesse et les tests de grossesse, p. 440.) • Si ses règles sont revenues, elle peut commencer à utiliser les COC dans les mêmes conditions que les femmes ayant leurs règles (voir page précédente).
Pratique l'allaitement partiel	
Moins de 6 semaines après l'accouchement	• Lui donner les COC et lui dire de commencer à les prendre 6 semaines après l'accouchement. • Lui proposer également une méthode d'appoint à utiliser jusqu'à 6 semaines après l'accouchement si ses règles reviennent avant ce délai.
Plus de 6 semaines après l'accouchement	• Si ses règles ne sont pas encore revenues depuis l'accouchement, elle peut commencer à prendre des COC à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte.† Elle devra utiliser une méthode d'appoint pendant les 7 premiers jours de prise de la pilule. (Si vous ne pouvez pas en être raisonnablement certain(e), voir Comment et quand utiliser la liste de contrôle pour la grossesse et les tests de grossesse, p. 440.) • Si ses règles sont revenues, elle peut commencer à utiliser les COC dans les mêmes conditions que les femmes ayant leurs règles (voir page précédente).

† *Dans les lieux où une consultation est recommandée systématiquement 6 semaines après l'accouchement et où les autres possibilités d'obtenir des contraceptifs sont limitées, certains prestataires de soins et programmes peuvent donner des COC à la consultation des 6 semaines, sans éléments probants supplémentaires indiquant que la femme n'est pas enceinte si ses règles ne sont pas encore revenues.*

Situation de la femme	Quand commencer ? *(suite)*
N'allaite pas	
Moins de 4 semaines après l'accouchement	• Elle peut commencer les COC à tout moment entre le 21e et le 28e jours après l'accouchement. Lui remettre des pilules à n'importe quel moment afin qu'elle commence à les utiliser pendant ces 7 jours. Inutile d'utiliser une méthode d'appoint. (En cas de risque accru de thrombose veineuse profonde, attendre jusqu'à 6 semaines. Voir la question 2, p. 6).
Plus de 4 semaines après l'accouchement	• Si ses règles ne sont pas encore revenues depuis l'accouchement, elle peut commencer à prendre des COC à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte.† Elle devra utiliser une méthode d'appoint pendant les 7 premiers jours de prise de la pilule. (Si vous ne pouvez pas en être raisonnablement certain(e), voir Comment et quand utiliser la liste de contrôle pour la grossesse et les tests de grossesse, p. 440.) • Si ses règles sont revenues, elle peut commencer à utiliser les COC dans les mêmes conditions que les femmes ayant leurs règles (voir p. 11).
N'a pas ses règles (sans lien avec l'accouchement ou l'allaitement)	• Elle peut commencer à utiliser des COC au moment de son choix s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Elle devra utiliser une méthode d'appoint pendant les 7 premiers jours de prise de la pilule.
Après un avortement spontané ou provoqué	• Immédiatement. Si elle commence à prendre les COC dans les 7 jours suivant un avortement spontané ou provoqué au cours du premier ou du deuxième trimestre de grossesse, inutile d'utiliser une méthode d'appoint. • Si plus de 7 jours se sont écoulés depuis l'avortement spontané ou provoqué au cours du premier ou du deuxième trimestre, elle peut commencer à utiliser les COC à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Elle devra utiliser une méthode d'appoint pendant les 7 premiers jours de prise de la pilule. (Si vous ne pouvez pas en être raisonnablement certain(e), voir Comment et quand utiliser la liste de contrôle pour la grossesse et les tests de grossesse, p. 440.)

Situation de la femme	Quand commencer ? *(suite)*
Après avoir pris la pilule contraceptive d'urgence (PCU)	**Après avoir pris une pilule contraceptive d'urgence combinée ou de progestatif seul** • Elle peut commencer ou recommencer à utiliser les COC immédiatement après avoir terminé de prendre la PCU. *Inutile d'attendre ses prochaines règles.* — Une utilisatrice continue qui a dû prendre la PCU à cause d'une erreur de prise de la pilule peut continuer là où elle s'est arrêtée dans la plaquette en cours. • Si elle ne les commence pas immédiatement, mais qu'elle revient dans ce but, elle pourra commencer à prendre les COC à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. • Toutes les femmes auront besoin d'une méthode d'appoint pendant les 7 premiers jours de prise de la pilule.
	Après avoir pris une pilule contraceptive d'urgence à base d'ulipristal acétate (UPA) • Elle peut commencer ou recommencer les COC le 6e jour après avoir pris la pilule contraceptive d'urgence à base d'ulipristal acétate. Inutile d'attendre ses prochaines règles. Il y a une interaction entre les COC et l'ulipristal acétate. Si la femme commence à prendre les COC plus tôt, les deux molécules seront présentes en même temps dans son organisme. Cela risque de les rendre moins efficaces. • Lui donner des pilules et lui dire de commencer à les prendre le 6e jour après avoir pris la pilule contraceptive d'urgence à base d'ulipristal acétate. • Elle devra utiliser une méthode d'appoint entre le moment où elle prend la pilule contraceptive d'urgence à base d'ulipristal acétate et le 7e jour après avoir commencé à utiliser les COC. • Si elle ne les commence pas immédiatement, mais qu'elle revient ultérieurement dans ce but, elle pourra commencer à prendre les COC à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte.



Fournir des conseils sur les effets secondaires

IMPORTANT: des conseils attentifs sur les changements dans les saignements et autres effets secondaires sont une composante importante de la fourniture de la méthode. Les conseils sur les changements dans les saignements représentent probablement l'aide la plus importante dont une femme a besoin pour continuer à utiliser la méthode sans inquiétude.

Décrire les effets secondaires les plus fréquents	• Lors des premiers mois, des saignements à des moments inattendus (saignements irréguliers). Ensuite, des règles plus légères, plus courtes et plus régulières. • Maux de tête, tensions mammaires, variations de poids, et autres effets secondaires possibles.
Expliquer ces effets secondaires	• Les changements dans les saignements ne sont pas le signe d'une maladie. • La plupart des effets secondaires s'atténuent ou disparaissent après quelques mois d'utilisation des COC. • Les effets secondaires sont courants, bien que certaines femmes n'en aient pas.
Expliquer quoi faire en cas d'effets secondaires	• Continuer à utiliser les COC. Sauter la pilule expose à un risque de grossesse et peut aggraver certains effets secondaires. • Prendre la pilule tous les jours au même moment de la journée pour réduire les saignements irréguliers et réduire les risques d'oubli. • Prendre la pilule avec des aliments ou au coucher pour éviter les nausées. • La patiente peut revenir et demander de l'aide si les effets secondaires la gênent ou si elle a d'autres inquiétudes.

Expliquer comment les utiliser

1. Donner les pilules

- Donner jusqu'à un an de réserves de pilules (13 plaquettes) selon les préférences de la femme et l'utilisation planifiée

2. Expliquer la plaquette

- Show Montrer le type de plaquette (21 ou 28 comprimés). Dans le cas de la plaquette de 28 comprimés, expliquer que les 7 dernières pilules sont de couleur différente et qu'elles ne contiennent pas d'hormones (il peut y avoir des différences selon les marques).
- Montrer comment prendre la première pilule de la plaquette puis suivre les directions ou flèches sur la plaquette pour prendre le reste des pilules.

3. Donner les consignes principales

- **Prendre une pilule chaque jour,** jusqu'à ce que la plaquette soit vide.
- Identifier ensemble des astuces permettant de se rappeler de prendre la pilule tous les jours. Associer la prise de la pilule à une activité quotidienne, telle que le brossage des dents, peut l'aider à y penser.
- Prendre la pilule à heure fixe tous les jours contribue à ne pas l'oublie. Cela peut aussi participer à réduire certains effets secondaires.

4. Expliquer quand commencer la plaquette suivante

- Plaquette de 28 pilules : lorsqu'elle termine une plaquette, elle doit prendre la première pilule de la plaquette suivante dès le lendemain.
- Plaquette de 21 pilules : après avoir pris la dernière pilule d'une plaquette, elle doit attendre 7 jours (pas plus) puis prendre la première pilule de la plaquette suivante.
- Il est très important de commencer la plaquette suivante au moment prévu. La commencer plus tard expose à un risque de grossesse.

5. Proposer une méthode d'appoint et en expliquer l'utilisation

- Il peut arriver que la femme ait besoin d'utiliser une méthode d'appoint, par exemple si elle oublie de prendre une pilule.
- Les méthodes d'appoint incluent l'abstinence, les préservatifs masculins et féminins, les spermicides et le retrait. Lui préciser que les spermicides et le retrait sont les méthodes contraceptives les moins efficaces. Lui donner des préservatifs, si possible.
- Si elle oublie 3 pilules hormonales ou plus, elle peut envisager de prendre une pilule contraceptive d'urgence.

Accompagner l'utilisatrice

Que faire en cas d'oubli de pilule ?

Il peut arriver facilement d'oublier de prendre une pilule ou de la prendre en retard. Les adolescentes sont plus susceptibles d'oublier la pilule et ont par conséquent besoin de soutien et de conseils supplémentaires.

Les utilisatrices de COC devraient savoir quoi faire si elles oublient de prendre leur pilule. **Si une femme saute une ou plusieurs pilules, elle doit suivre les instructions ci-dessous**. Utiliser l'outil fourni à la p. 431 pour les lui expliquer.

Rattraper les pilules manquées contenant 30 à 35 µg d'œstrogènes‡

Message clé	• **Prendre la pilule hormonale oubliée dès que possible.** • Continuer à prendre les pilules comme d'habitude, une chaque jour. (Cela signifie qu'elle peut être amenée à prendre 2 pilules au cours de la même journée ou en même temps.)
Si elle a oublié 1 ou 2 pilules. Si elle a commencé une nouvelle plaquette avec 1 ou 2 jours de retard.	• Prendre une pilule hormonale dès que possible. • Peu ou pas de risque de grossesse.
Si elle a oublié 3 pilules ou plus d'affilée au cours de la première ou de la deuxième semaine. Si elle a commencé une nouvelle plaquette avec 3 jours de retard ou plus.	• Prendre une pilule hormonale dès que possible • Utiliser une méthode d'appoint pendant les 7 jours suivants. • Si elle a eu un rapport sexuel au cours des 5 jours précédents, elle peut envisager de prendre la pilule contraceptive d'urgence (voir Pilules contraceptives d'urgence, p. 49).
Si elle a oublié 3 pilules ou plus au cours de la troisième semaine	• Prendre une pilule hormonale dès que possible.ç • Terminer toutes les pilules hormonales de la plaquette. Jeter les 7 pilules non hormonales de la plaquette de 28 pilules. • Commencer une nouvelle plaquette dès le lendemain. • Utiliser une méthode d'appoint pendant les 7 jours suivants. • Si elle a eu un rapport sexuel au cours des 5 jours précédents, elle peut envisager de prendre la pilule contraceptive d'urgence (voir Pilules contraceptives d'urgence, p. 49).

(Suite à la page suivante)

‡ *Pour les pilules contenant 20 µg d'œstrogènes ou moins, les femmes ayant sauté une pilule doivent suivre les mêmes instructions que celles ayant oublié une ou deux pilules de 30 à 35 µg. Les femmes ayant oublié 2 pilules ou plus devraient suivre les mêmes instructions que celles ayant oublié 3 pilules ou plus de 30 à 35 µg.*

(Suite)

Si elle a oublié des pilules non hormonales (7 dernières pilules sur une plaquette de 28 pilules)	• Jeter (les) pilule(s) non hormonale(s) oubliée(s) • Continuer à prendre une pilule chaque, une par jour Commencer la nouvelle plaquette comme d'habitude
Si elle a eu de graves vomissements ou une diarrhée sévère	• Si elle vomit dans les 2 heures qui suivent la prise de la pilule, elle devrait prendre une autre pilule de sa plaquette dès que possible, puis continuer à prendre ses pilules comme d'habitude. • Si elle a des vomissements ou la diarrhée pendant plus de 2 jours, elle doit suivre les instructions pour les femmes ayant oublié

En quoi le partenaire peut-il être utile ?

Il est bienvenu que le partenaire de la patiente puisse l'accompagner afin d'entendre les conseils et d'en savoir plus sur la méthode et la façon dont il peut aider sa partenaire. Le partenaire peut :

- soutenir la femme dans le choix de cette méthode ;
- l'aider à se rappeler de prendre la pilule tous les jours et de commencer la nouvelle plaquette au moment prévu ;
- faire preuve de compréhension et de soutien si elle a des effets secondaires ;
- l'aider à s'assurer d'avoir en sa possession une nouvelle plaquette de pilules pour pouvoir la commencer à temps ;
- l'aider à s'assurer de pouvoir se procurer une pilule de contraception d'urgence au cas où elle manquerait une pilule ou commencerait une nouvelle plaquette en retard ;
- utiliser systématiquement des préservatifs en complément des COC s'il est atteint d'une IST ou du VIH ou s'il pense être exposé à un risque d'IST ou de VIH.

« Revenez à n'importe quel moment » : raisons de revenir

Indiquer à chaque patiente qu'elle peut revenir à n'importe quel moment, par exemple, si elle a des problèmes, des questions ou si elle souhaite utiliser une autre méthode. Elle peut également revenir si elle constate un changement important dans son état de santé ou si elle pense être enceinte. De plus, elle pourra revenir si :

- elle a besoin d'autres plaquettes ;
- elle veut prendre une pilule contraceptive d'urgence car elle a commencé une nouvelle plaquette avec trois jours de retard ou plus ou car elle a oublié trois pilules hormonales ou plus ou, dans le cas où elle prend des pilules contenant 20 µg d'œstrogènes ou moins, parce qu'elle a commencé une nouvelle plaquette avec deux jours de retard ou plus ou qu'elle a oublié deux pilules hormonales ou plus.

Conseil santé : une personne qui sent soudainement que quelque chose va mal avec sa santé devrait immédiatement chercher à obtenir des soins médicaux auprès d'une infirmière ou d'un médecin. Il est fort probable que la cause de cet état ne soit pas la méthode contraceptive, mais elle devrait quand même indiquer laquelle elle utilise à l'infirmière ou au médecin.

Fixer le prochain rendez-vous

1. Lui recommander de revenir pour obtenir d'autres plaquettes avant qu'elle ne termine les plaquettes en sa possession.
2. Une consultation annuelle est recommandée.
3. Un contact après trois mois d'utilisation des COC peut s'avérer bénéfique pour certaines femmes. Il sera l'occasion de répondre à leurs questions, de les aider en cas de problème et de s'assurer qu'elles prennent les pilules correctement.

Accompagner les utilisatrices continues

1. Demander à la patiente si tout se passe bien avec la méthode et si elle en est satisfaite. Lui demander si elle a des questions ou si elle souhaite discuter de certains aspects en particulier.
2. Lui demander si elle est préoccupée par des changements dans les saignements. Lui fournir les informations ou l'aide dont elle a besoin (voir Prendre en charge des problèmes, à la page suivante).
3. Lui demander si elle a souvent du mal à penser à prendre sa pilule tous les jours. Si c'est le cas, discuter des moyens de s'en rappeler plus facilement, de la réaction à avoir en cas d'oubli, des pilules contraceptives d'urgence ou lui proposer de choisir une autre méthode. Les adolescentes peuvent avoir besoin d'un accompagnement supplémentaire.
4. Lui donner d'autres plaquettes de pilules, pour un an (13 plaquettes) si possible. Fixer son prochain rendez-vous de renouvellement avant le moment où elle aura utilisé toutes ses pilules.
5. Environ une fois par an, mesurer sa tension artérielle, si possible (voir Critères de recevabilité médicale, question 5, p. 7).
6. Demander aux patientes qui utilisent la méthode depuis longtemps si elles ont eu de nouveaux problèmes de santé depuis leur dernier rendez-vous. Traiter les problèmes, selon qu'il convient. En cas de nouveaux problèmes de santé qui nécessiteront peut-être un changement de méthode, voir p. 22.
7. Demander aux patientes qui utilisent la méthode depuis longtemps si des changements importants susceptibles de modifier leurs besoins sont survenus dans leur vie : par exemple, le projet d'avoir des enfants ou l'exposition à un risque d'IST ou de VIH. Assurer le suivi, tel que nécessaire.

Pendre en charge les problèmes

Problèmes signalés comme effets secondaires ou liés à l'utilisation

Ils peuvent être dus à la méthode, mais pas forcément.

- Les problèmes liés à des effets secondaires ont une incidence sur le niveau de satisfaction de la femme et sur l'utilisation des COC. Le prestataire de soins doit y prêter attention. Si la patiente signale des effets secondaires ou des problèmes, écouter ses préoccupations, lui donner des conseils, lui apporter un soutien et, si nécessaire, un traitement. Vérifier qu'elle a bien compris les conseils et qu'elle les accepte.
- L'encourager à continuer à prendre une pilule chaque jour même si elle a des effets secondaires. Les oublis de pilules exposent à un risque de grossesse et peuvent aggraver certains effets secondaires.
- Un grand nombre d'effets secondaires disparaissent après quelques mois d'utilisation. Si les effets secondaires persistent, donner à la femme une autre formulation de COC, si disponible, pour une durée de 3 mois au moins.
- Proposer d'aider la patiente à choisir une autre méthode, immédiatement si elle le souhaite ou plus tard si les problèmes ne peuvent pas être résolus.

Pilules oubliées

- Voir Que faire en cas d'oubli de pilule ?, p. 17.

Saignements irréguliers (saignements à des moments inattendus qui gênent ou inquiètent la patiente)

- La rassurer et lui indiquer qu'un grand nombre de femmes utilisant des COC ont des saignements irréguliers. Cela n'est pas grave. Généralement, ils s'atténuent ou cessent après les premiers mois d'utilisation.
- Autres causes possibles de saignements irréguliers :
  - oubli de pilule ;
  - prise de la pilule à différents moments de la journée selon les jours ;
  - vomissements ou diarrhée ;
  - prise d'anticonvulsivants, de rifampicine ou de rifabutine (voir Commencer le traitement avec des anticonvulsivants, de la rifampicine ou de la rifabutine, p. 23).
- Pour diminuer les saignements irréguliers :
  - lui recommander vivement de prendre la pilule tous les jours à la même heure ;
  - lui expliquer ce qu'elle doit faire en cas d'oubli de pilule ou en cas de vomissements ou de diarrhée (voir Que faire en cas d'oubli de pilule ?, p. 17) ;
  - pour un soulagement rapide, elle peut prendre 800 mg d'ibuprofène 3 fois par jour après les repas pendant 5 jours ou un autre anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) dès que les saignements irréguliers commencent. Les AINS soulagent en cas de saignements irréguliers lors de l'utilisation des implants, des progestatifs seuls injectables et des DIU, et ils peuvent également aider lors de la prise de COC.
  - si elle pend la pilule depuis plusieurs mois et si les AINS ne la soulagent pas, lui donner une autre formulation de COC, si disponible. Lui demander d'essayer la nouvelle pilule pendant au moins 3 mois.

- Si les saignements irréguliers continuent ou s'ils commencent après plusieurs mois de menstruations normales ou d'absence de menstruations, ou si vous suspectez un autre problème pour d'autres raisons, envisager des affections sous-jacentes sans lien avec l'utilisation de la méthode. (Voir Saignements vaginaux inexpliqués, à la page suivante.)

Absence de saignements menstruels

- Lui demander si elle n'a aucun saignement du tout. (Il est possible qu'elle ait une petite tache dans ses sous-vêtements qu'elle ne considère pas comme des menstruations.) Si tel est le cas. La rassurer.
- La rassurer et lui dire que certaines femmes qui utilisent des COC n'ont plus leurs règles et que cela n'est pas dangereux. Il n'est pas nécessaire d'avoir des pertes de sang chaque mois. Cela ressemble au fait de ne pas avoir ses règles pendant la grossesse. Elle n'est ni enceinte ni stérile. Le sang ne s'accumule pas dans son corps. (Certaines femmes sont heureuses de ne plus avoir leurs règles et, dans certains cas, cela peut contribuer à prévenir l'anémie.)
- Lui demander si elle prend bien sa pilule tous les jours. Si c'est le cas, la rassurer et lui dire qu'elle n'est probablement pas enceinte. Elle peut continuer à prendre ses COC comme d'habitude.
- A-t-elle sauté la pause de 7 jours entre deux plaquettes (plaquette de 21 jours) ou les 7 pilules non hormonales (plaquette de 28 jours) ? Si c'est le cas, la rassurer et lui dire qu'elle n'est pas enceinte. Elle peut continuer à utiliser les COC.
- Si elle a oublié de prendre des pilules hormonales ou commencé sa nouvelle plaquette avec du retard :
  - elle peut continuer à utiliser des COC ;
  - si elle a oublié 3 pilules ou plus, ou si elle a commencé sa nouvelle plaquette avec 3 jours de retard ou plus, lui dire de revenir consulter si elle a des signes et symptômes de début de grossesse ;
  - voir p. 17 les instructions expliquant quoi faire en cas d'oubli de pilule.

Maux de tête ordinaires (qui ne sont pas des migraines)

- Prendre les mesures suivantes (une à la fois) :
  - Lui conseiller de prendre de l'aspirine (325 à 650 mg), de l'ibuprofène (200 à 400 mg), du paracétamol (325 à 1000 mg) ou un autre antidouleur.
  - Certaines femmes ont des maux de tête pendant la semaine sans hormones (les 7 jours où elles ne prennent pas de pilule hormonale). Envisager l'utilisation prolongée. (Voir Utilisation prolongée et continue des contraceptifs oraux combinés, p. 24.)
- Un bilan devra être effectué en cas d'aggravation ou d'augmentation de la fréquence des maux de tête lors de l'utilisation des COC.

Nausées ou vertiges

- Pour les nausées, suggérer de prendre les COC au moment du coucher ou avec de la nourriture.

Si les symptômes persistent :

- envisager des remèdes disponibles localement ;
- envisager l'utilisation prolongée si les nausées apparaissent après qu'elle commence une nouvelle plaquette de pilules. (Voir Utilisation prolongée et continue des contraceptifs oraux combinés, p. 24.)

Tensions mammaires

- Lui recommander de porter un soutien-gorge offrant un bon maintien (surtout lorsqu'elle a une activité physique intense ou qu'elle dort).
- Essayer des compresses chaudes ou froides.
- Lui conseiller de prendre de l'aspirine (325 à 650 mg), de l'ibuprofène (200 à 400 mg), du paracétamol (325 à 1000 mg) ou un autre antidouleur.
- Envisager des remèdes disponibles localement.

Variations de poids

- Revoir le régime alimentaire et apporter des conseils le cas échéant.

Changements d'humeur ou modification de la libido

- Certaines femmes ont des changements d'humeur pendant la semaine sans hormones (les 7 jours où elles ne prennent pas de pilule hormonale). Envisager l'utilisation prolongée. (Voir Utilisation prolongée et continue des contraceptifs oraux combinés, p. 24.)
- Lui demander s'il y a eu des changements dans sa vie ayant pu affecter son humeur ou sa libido, notamment des changements dans sa relation avec son partenaire. Lui apporter le soutien nécessaire.
- Les patientes qui présentent des changements importants d'humeur tels qu'une dépression sévère devraient être orientées vers les services de soins compétents.
- Envisager des remèdes disponibles localement.

Acné

- L'utilisation des COC est généralement associée à une amélioration de l'acné. Mais elle peut s'aggraver chez certaines femmes.
- Si elle pend la pilule depuis plusieurs mois et si l'acné persiste, lui donner une autre formulation de COC, si disponible. Lui demander d'essayer la nouvelle pilule pendant au moins 3 mois.
- Envisager des remèdes disponibles localement.

Nouveaux problèmes pouvant nécessiter un changement de méthode

Ils peuvent être dus à la méthode, mais pas forcément.

Saignements vaginaux inexpliqués (suggérant une affection médicale non liée à la méthode), ou saignements abondants ou prolongés

- Orienter vers les services compétents ou évaluer à partir des antécédents et de l'examen pelvien. Diagnostiquer et traiter, le cas échéant.
- Elle peut continuer à utiliser les COC jusqu'à l'obtention des résultats.
- Si les saignements sont dus à une infection sexuellement transmissible ou à une maladie inflammatoire pelvienne, elle peut continuer à utiliser les COC pendant le traitement.

Commencer le traitement avec des anticonvulsivants, de la rifampicine ou de la rifabutine

- Les barbituriques, la carbamazépine, l'oxcarbazépine, la phénytoïne, la primidone, le topiramate, la rifampicine et la rifabutine peuvent rendre les COC, le patch et l'anneau vaginal combiné moins efficaces. Les méthodes hormonales combinées, y compris les pilules combinées et les injectables mensuels, peuvent diminuer l'efficacité de la lamotrigine. Si la patiente utilise ces médicaments pendant une période prolongée, elle peut souhaiter choisir une autre méthode contraceptive telle qu'un progestatif seul injectable, un implant, un DIU au cuivre ou un DIU-LNG.
- Si elle prend ces médicaments pendant une courte période, elle peut utiliser une méthode d'appoint en complément des COC pour une meilleure prévention contre la grossesse.

Migraines (voir Identifier les migraines avec ou sans aura, p. 436)

- Quel que soit son âge, une femme qui commence à avoir des migraines avec ou sans aura, ou dont les migraines s'aggravent lorsqu'elle utilise des COC devrait arrêter de les prendre.
- L'aider à choisir une méthode sans œstrogène.

Circonstances qui amèneront la femme à ne pas pouvoir marcher pendant une semaine ou plus

- Si elle a une intervention chirurgicale majeure, la jambe dans le plâtre, ou si elle doit rester immobilisée pendant plusieurs semaines, elle devrait :
  – indiquer à ses médecins qu'elle utilise des COC ;
  – arrêter de prendre des COC et utiliser une méthode d'appoint pendant cette période ;
  – reprendre les COC deux semaines après avoir recommencé à marcher.

Certaines affections graves (suspicion de maladie cardiaque ou hépatique grave, hypertension artérielle, caillots sanguins dans une veine profonde des jambes ou dans les poumons, accident vasculaire cérébral, cancer du sein, lésions causées par le diabète aux artères, à la vision, aux reins ou au système nerveux, ou maladie de la vésicule biliaire). Voir Signes et symptômes de graves problèmes de santé, p. 384

- Lui dire d'arrêter les COC.
- Lui proposer une méthode d'appoint qu'elle pourra utiliser jusqu'à ce qu'un bilan soit effectué.
- L'orienter vers les services de diagnostic et de soins compétents si elle n'est pas encore prise en charge.

Suspicion de grossesse

- Déterminer si elle est enceinte.
- Lui dire d'arrêter les COC si la grossesse est confirmée.
- Il n'y a pas de risque connu pour le fœtus conçu lorsqu'une femme prend des COC (voir la question 5, p. 25).

Utilisation prolongée et continue des contraceptifs oraux combinés

Certaines utilisatrices de COC ne suivent pas le cycle habituel de 3 semaines de prise de la pilule hormonale suivies d'une semaine sans hormones. Certaines prennent des pilules hormonales pendant 12 semaines sans s'arrêter, puis des pilules non hormonales (ou pas de pilule du tout) pendant une semaine. C'est ce que l'on appelle l'utilisation prolongée. D'autres prennent les pilules hormonales sans interruption du tout. C'est ce que l'on appelle l'utilisation continue. Les pilules monophasiques sont les pilules recommandées pour ce type d'utilisation (voir la question 16, p. 27).

Les femmes arrivent facilement à utiliser les COC des différentes manières indiquées si on leur donne de bons conseils pour ce faire. Nombre d'entre elles apprécient la possibilité de contrôler le moment de survenue de leurs règles (si elles en ont) et d'adapter la prise de la pilule selon leurs souhaits.

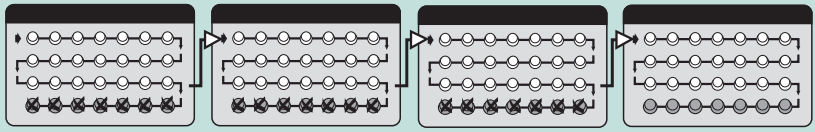
Avantages de l'utilisation prolongée et continue

- Les femmes n'ont leurs règles que 4 fois par an ou pas du tout.
- Cela contribue à réduire la fréquence des maux de tête, du syndrome prémenstruel, des changements d'humeur et des saignements abondants ou douloureux pendant la semaine sans hormones.

Inconvénients de l'utilisation prolongée et continue

- Des saignements irréguliers peuvent survenir pendant les six premiers mois d'utilisation, notamment chez les femmes qui n'avaient jamais pris de COC auparavant.
- Le nombre de plaquettes nécessaires est plus important : 15 à 17 plaquettes par an au lieu de 13.

Instructions pour l'utilisation prolongée



- Prendre 84 pilules hormonales d'affilée, à raison d'une par jour. (À savoir les pilules hormonales de 4 plaquettes de pilules.) Les utilisatrices de plaquettes de 28 pilules ne prendront pas les pilules non hormonales.
- Après avoir pris 84 pilules hormonales, attendre 7 jours, puis commencer la nouvelle plaquette de pilule le 8e jour. (Les utilisatrices de plaquettes de 28 pilules peuvent prendre les pilules non hormonales de la 4e plaquette si elles le souhaitent et recommencer à prendre les pilules hormonales le lendemain de la prise de la dernière pilule non hormonale.) S'attendre à des saignements pendant la semaine sans pilules hormonales.

Instructions pour l'utilisation continue

La femme prend une pilule hormonale par jour aussi longtemps qu'elle souhaite utiliser des COC. Si des saignements irréguliers gênants surviennent, elle peut arrêter de prendre la pilule pendant trois ou quatre jours puis la reprendre en continu par la suite.

Questions/réponses à propos des contraceptifs oraux combinés

1. Une femme devrait-elle marquer une pause dans l'utilisation des COC après en avoir pris un certain temps ?

Non. Aucune preuve ne montre qu'un temps de « repos » sans COC soit utile. De fait, marquer une pause dans l'utilisation des COC peut conduire à une grossesse non désirée. Les COC peuvent être utilisés sans danger pendant de nombreuses années sans qu'il soit nécessaire de les arrêter périodiquement.

2. Si une femme prend des COC depuis longtemps, sera-t-elle encore protégée contre une grossesse après avoir arrêté de les utiliser ?

Non. Une femme n'est protégée que tant qu'elle prend sa pilule régulièrement.

3. Combien de temps faut-il pour tomber enceinte après avoir arrêté les COC ?

Les femmes qui arrêtent d'utiliser les COC peuvent tomber enceintes aussi rapidement que les femmes qui arrêtent une méthode non hormonale. Les COC ne retardent pas le retour à la fécondité une fois que la femme arrête de les prendre. Les cycles menstruels qu'avait la femme avant d'utiliser les COC reviennent généralement après l'arrêt de cette méthode. Certaines femmes devront attendre quelques mois avant de retrouver leur mode de saignement habituel.

4. Est-ce que les COC peuvent provoquer un avortement ?

Non. Les recherches sur les COC montrent qu'ils ne perturbent pas une grossesse en cours. Ils ne devraient pas être utilisés pour essayer de provoquer un avortement. Cela ne fonctionnera pas.

5. Les COC sont-ils une cause de malformations congénitales ? Sont-ils nocifs pour le fœtus si une femme prend accidentellement des COC alors qu'elle est enceinte ?

Non. Il existe de solides données montrant que les COC ne causent pas de malformations et qu'ils ne seront pas nocifs pour le fœtus si une femme tombe enceinte alors qu'elle prend des COC ou si elle commence à prendre des COC alors qu'elle est enceinte sans le savoir.

6. Les COC font-ils prendre ou perdre du poids ?

Non. Les COC n'entraînent pas de prise ni de perte de poids chez la plupart des femmes. Le poids varie naturellement au cours de la vie en fonction des circonstances et avec l'âge. Ces variations de poids sont tellement courantes que nombre de femmes pensent que ce sont les COC qui sont à l'origine de ces prises ou pertes de poids. Les études montrent toutefois qu'en moyenne, les COC n'affectent pas le poids. Quelques femmes observent des variations soudaines de poids lorsqu'elles utilisent des COC. Ces variations cessent lorsqu'elles arrêtent d'utiliser les COC. On ignore pour quelle raison ces femmes réagissent de cette manière aux COC.

7. Les COC provoquent-ils des changements d'humeur ou une baisse de libido ?

En général, non. Certaines femmes qui utilisent des COC se plaignent effectivement de tels problèmes. La grande majorité des utilisatrices de COC ne signalent pas ce type de changements. Certaines indiquent même que leur humeur et leur libido s'améliorent. Il est difficile de dire si ces changements sont dus aux COC ou à d'autres raisons. Les prestataires de soins peuvent aider une patiente qui présente ces problèmes (voir Changements d'humeur ou modification de la libido, p. 22). Il n'existe aucune donnée montrant que les COC affectent le comportement sexuel de la femme.

8. Que peut dire un prestataire à une patiente qui lui pose des questions sur les COC et le cancer du sein ?

Le prestataire peut souligner que toutes les femmes peuvent avoir un cancer du sein, qu'elles utilisent des COC ou non. Dans les études scientifiques, le cancer du sein était légèrement plus fréquent chez les femmes utilisant des COC ou ayant utilisé des COC au cours des 10 dernières années que chez les autres femmes. Les scientifiques ne savent pas si ce sont les COC qui ont effectivement provoqué cette légère augmentation des cancers du sein. Il est possible que ces cancers étaient déjà présents avant l'utilisation des COC mais qu'ils ont été diagnostiqués plus précocement chez les utilisatrices de COC (voir Contraceptifs oraux combinés et cancer : les faits, p. 4).

9. Les COC peuvent-ils être utilisés comme un test de grossesse ?

Non. Une femme peut avoir des saignements vaginaux (saignements dits « de retrait » ou « de privation ») après avoir pris plusieurs COC ou une plaquette entière de COC, mais les études suggèrent que cette pratique ne permet pas de savoir avec exactitude si elle est enceinte ou non. Il n'est donc pas recommandé de donner des COC à une femme pour voir si elle a des saignements plus tard afin de déterminer si elle est enceinte. Les COC ne devraient pas être utilisés comme tests de grossesse chez la femme car ils ne produisent pas de résultats probants.

10. Un examen pelvien est-il nécessaire avant de commencer les COC ou lors des consultations de suivi ?

Non. Un examen pelvien destiné à vérifier l'absence de grossesse n'est pas nécessaire. En revanche, il convient de poser les bonnes questions afin de déterminer avec une certitude raisonnable que la femme n'est pas enceinte (voir Liste de contrôle pour la grossesse, troisième de couverture). Aucun autre problème pouvant être diagnostiqué lors de l'examen pelvien ne constitue de contre-indication à l'utilisation des COC.

11. Une femme ayant des varices peut-elle utiliser des COC ?

Oui. L'utilisation des COC ne présente pas de risque chez la femme ayant des varices. Les varices sont des vaisseaux sanguins élargis proches de la surface de la peau. Elles ne sont pas dangereuses. Il ne s'agit pas de caillots sanguins ; ce ne sont pas des veines profondes de la jambe où un caillot sanguin pourrait être dangereux (thrombose veineuse profonde). Une femme qui a ou a eu une thrombose veineuse profonde ne devrait pas utiliser de COC.

12. Une femme peut-elle prendre des COC sans danger tout au long de sa vie ?

Oui. Il n'existe pas d'âge minimum ou maximum pour l'utilisation des COC. Les COC peuvent être une méthode appropriée pour la plupart des femmes dès leurs premières règles et jusqu'à la ménopause (voir Femmes proches de la ménopause, p. 325).

Les COC peuvent être une méthode appropriée pour les adolescentes. Ces dernières auront peut-être besoin de soutien et d'encouragements supplémentaires pour utiliser les COC systématiquement et efficacement.

13. Une femme qui fume peut-elle utiliser les COC sans risques ?

Les femmes de moins de 35 ans qui fument peuvent utiliser les COC. Les femmes de 35 ans ou plus qui fument devraient choisir une méthode sans œstrogène ou, si elles fument moins de 15 cigarettes par jour, les injectables mensuels. Les femmes plus âgées qui fument peuvent prendre la pilule de progestatif seul si elles préfèrent la pilule. Toutes les femmes qui fument devraient être encouragées à arrêter le tabac.

14. Que faire si une patiente souhaite utiliser des COC mais que l'on ne peut pas écarter avec une certitude raisonnable le fait qu'elle soit enceinte après avoir utilisé la liste de contrôle pour la grossesse ?

Une femme qui répond « non » aux 6 questions de la Liste de contrôle pour la grossesse (voir troisième de couverture) peut commencer à prendre des COC. Lui demander de revenir pour effectuer un test de grossesse si ses prochaines règles sont en retard. Voir Écarter une grossesse, p. 439.

15. Les COC peuvent-ils être utilisés comme pilules contraceptives d'urgence après un rapport sexuel non protégé ?

Oui. Dès que possible, mais pas plus de cinq jours après des rapports sexuels non protégés, une femme peut prendre des COC comme pilules contraceptives d'urgence (voir Formulation et posologie des pilules utilisées pour la contraception d'urgence, p. 55). Les pilules de progestatif seul sont toutefois plus efficaces et entraînent moins d'effets secondaires tels que la nausée ou les maux d'estomac.

16. Quelles sont les différences entre les pilules monophasiques, biphasiques et triphasiques ?

Les pilules hormonales monophasiques contiennent toutes la même quantité d'œstrogène et de progestatif. Dans le cas des pilules biphasiques et triphasiques, les quantités d'œstrogène et de progestatif délivrées changent à différents moments du cycle de prise de la pilule. Dans une plaquette de pilules biphasiques, les 10 premières pilules ont un dosage donné puis les 11 suivantes contiennent une autre quantité d'œstrogène et de progestatif. Dans une plaquette de pilules triphasiques, les 7 premières pilules (approximativement) ont un dosage donné, les 7 suivantes en ont un autre et les 7 dernières un autre encore. Toutes préviennent la grossesse de la même façon. Il ne semble y avoir que de légères différences en ce qui concerne les effets secondaires, l'efficacité et la poursuite de la méthode.

17. Est-il important que la femme prenne sa pilule à la même heure tous les jours ?

Une femme peut prendre sa pilule à différents moments de la journée, et elle restera tout aussi efficace. Cependant, la prendre à heure fixe peut s'avérer utile, et ce, pour deux raisons : cela peut contribuer à réduire certains effets secondaires ; et cela peut l'aider à se rappeler plus facilement de prendre sa pilule systématiquement. Associer la prise de la pilule à une activité quotidienne permet d'y penser.

18. Est-il nécessaire de mesurer systématiquement sa tension artérielle chez une femme qui choisit d'utiliser des COC et certaines autres méthodes contraceptives hormonales ?

Il est souhaitable pour toutes les femmes de faire mesurer leur tension artérielle avant de commencer une méthode de contraception hormonale. Cependant, la mesure de la tension artérielle n'est pas disponible dans certains endroits. Dans nombre d'entre eux, les risques de morbidité et de mortalité liés à la grossesse sont élevés, et ces méthodes figurent parmi les rares méthodes de contraception largement disponibles. Dans ces lieux, les femmes ne devraient pas se voir refuser l'utilisation de ces méthodes au seul motif que leur tension artérielle n'a pas pu être mesurée.

Les femmes ayant une tension artérielle élevée ou très élevée ne devraient pas utiliser de méthodes hormonales combinées (les COC, les injectables mensuels, les patchs ou l'anneau combiné). Lorsque la tension artérielle ne peut pas être mesurée, les femmes ayant des antécédents d'hypertension artérielle ne devraient pas utiliser ces méthodes. Les femmes ayant une tension artérielle très élevée ne devraient pas utiliser de progestatif seul injectable. Les femmes peuvent utiliser des pilules de progestatif seul, des implants, des DIU-LNG même si elles ont une tension artérielle élevée ou très élevée ou des antécédents de tension artérielle élevée ou très élevée.

Une tension artérielle élevée est définie comme une tension systolique supérieure ou égale à 140 mmHg ou une tension diastolique supérieure ou égale à 90 mmHg. Une tension artérielle très élevée est définie comme une tension systolique supérieure ou égale à 160 mmHg ou une tension diastolique supérieure ou égale à 100 mmHg.

Pour des orientations plus précises concernant la tension artérielle, voir les listes de contrôle sur les Critères de recevabilité médicale dans les chapitres sur les COC (p. 6), les progestatifs seuls injectables (p. 72) et les injectables mensuels (p. 101).

Pilules de progestatif seul

Ce chapitre sur les pilules de progestatif est consacré aux femmes allaitantes. Les femmes qui n'allaitent pas peuvent également utiliser les pilules de progestatif seul. Les recommandations qui diffèrent pour ces dernières sont données ici.

Points clés pour les prestataires et les patientes

- **Prendre une pilule tous les jours.** Pas de pause entre les plaquettes.
- **Elles sont sans risques pour les femmes qui allaitent et leurs bébés.** La pilule de progestatif seul n'affecte pas la lactation.
- **Elles renforcent l'efficacité contraceptive de l'allaitement.** Ensemble, ils confèrent une protection efficace contre la grossesse.
- **Les changements dans les saignements sont chose courante et sans risques.** En général, la pilule rallonge la durée pendant laquelle les femmes qui allaitent n'ont pas de saignements menstruels. Pour les femmes qui ont leurs règles, des saignements fréquents ou irréguliers sont chose courante.
- **Les PPS peuvent être données à une femme à tout moment, pour qu'elle les commence immédiatement ou plus tard.**

Que sont les pilules de progestatif seul ?

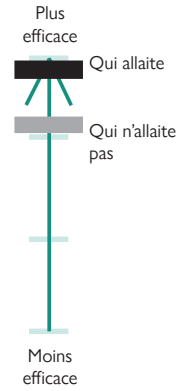
- Il s'agit de pilules contenant de faibles doses de progestatif, analogue à la progestérone, hormone naturellement présente dans le corps de la femme.
- Elles ne contiennent pas d'œstrogène et peuvent être utilisées pendant l'allaitement et chez les femmes qui ne peuvent pas utiliser de méthodes contenant des œstrogènes.
- Les pilules de progestatif seul sont également appelées « minipilules », PPS, pilules progestatives et contraceptifs oraux de progestatif seul.
- Leur mode d'action principal consiste à :
  - épaissir les glaires cervicales (empêchant ainsi le sperme d'atteindre l'ovocyte) ;
  - interférer avec le cycle menstruel, en empêchant notamment la libération des ovocytes par les ovaires (l'ovulation)

Quelle efficacité ?

L'efficacité dépend de l'utilisatrice : chez les femmes ayant leurs règles, c'est lorsqu'elles sont prises en retard ou oubliées que le risque est le plus élevé.

Chez la femme qui allaite :

- on observe environ 1 grossesse pour 100 femmes pendant la première année d'utilisation des PPS telles qu'elles sont prises habituellement. Autrement dit, 99 femmes utilisant des pilules de progestatif seul sur 100 ne tomberont pas enceintes ;
- lorsque la pilule est prise tous les jours, on observe moins d'une grossesse sur 100 femmes sous PPS pendant la première année d'utilisation (3 pour 1000 femmes).



La pilule de progestatif seul est moins efficace chez les femmes qui n'allaitent pas :

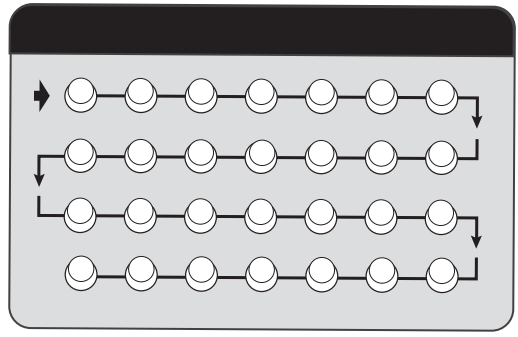
- on observe environ 7 grossesses pour 100 femmes pendant la première année d'utilisation des PPS telles qu'elles sont prises habituellement. Autrement dit, 93 femmes utilisant des PPS sur 100 ne tomberont pas enceintes ;
- lorsque la pilule est prise tous les jours à heure fixe, on observe moins d'une grossesse sur 100 femmes sous PPS pendant la première année d'utilisation (3 pour 1000 femmes).

Retour de la fécondité après l'arrêt des pilules de progestatif seul : aucun délai

Protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST) : aucune

Pourquoi les pilules de progestatif seul sont-elles appréciées de certaines femmes ?

- Elles peuvent être utilisées pendant l'allaitement.
- Elles peuvent être arrêtées à n'importe quel moment sans l'aide d'un prestataire de soins.
- Elles n'interfèrent pas avec la sexualité.
- C'est une méthode sous le contrôle de la femme.



Effets secondaires, bénéfices et risques pour la santé

Effets secondaires (voir aussi Prendre en charge les problèmes, p. 42)

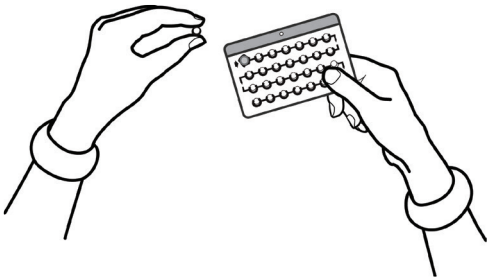
Certaines utilisatrices indiquent les situations suivantes :

- changements dans les modes de saignement,† notamment :
  - chez les femmes allaitantes, un retour de règles plus tardif après l'accouchement (plus longue aménorrhée du post-partum) ;
  - saignements fréquents,
  - saignements irréguliers,
  - saignements peu fréquents,
  - saignements prolongés,
  - absence de saignements menstruels ;

  L'allaitement maternel modifie également les modes de saignements de la femme ;

> Les changements dans les modes de saignements sont normaux et sans risques. Si une femme les trouve gênants ou inquiétants, il peut s'avérer utile de lui apporter des conseils et un soutien.

- maux de tête ;
- vertiges ;
- changements d'humeur ;
- tensions mammaires ;
- douleurs abdominales ;
- nausées.



Autres changements physiques possibles :

- chez les femmes qui n'allaitent pas, follicules ovariens de grande taille.

Bénéfices connus pour la santé

Les pilules de progestatif seul aident à protéger contre :

- le risque de grossesse.

Risques connus pour la santé

Aucun

Corriger les idées reçues (voir aussi Questions/réponses, p. 46)

Les pilules de progestatif seul :

- ne font pas tarir le lait d'une femme qui allaite ;
- doivent être prises tous les jours, que la femme ait ou non des rapports sexuels les jours en question ;
- ne rendent pas la femme stérile ;
- ne provoquent pas de diarrhée chez le bébé allaité ;
- réduisent le risque de grossesse extra-utérine.

† *For definitions of bleeding patterns, see "vaginal bleeding," p. 407.*

Qui peut et qui ne peut pas utiliser les pilules de progestatif seul ?

Sans risques et adaptées à quasiment toutes les femmes

Quasiment toutes les femmes peuvent utiliser les pilules de progestatif seul sans risques et efficacement, y compris les femmes :

- qui allaitent (elles peuvent commencer à les prendre immédiatement après l'accouchement) ;
- qui ont ou n'ont pas eu d'enfants ;
- qui sont mariées ou pas ;
- de tout âge, y compris les adolescentes et les femmes de plus de 40 ans ;
- qui viennent d'avoir un avortement provoqué ou spontané ou une grossesse extra-utérine ;
- qui fument des cigarettes, quels que soient leur âge et le nombre de cigarettes qu'elles fument ;
- qui sont anémiques actuellement ou l'ont été dans le passé ;
- qui ont des varices ;
- qui vivent avec le VIH, qu'elles soient sous traitement antirétroviral ou pas.

Éviter les interventions inutiles

(Voir Importance des interventions, p. 368)

Les femmes peuvent commencer à utiliser les PPS :

- sans examen pelvien ;
- sans analyse de sang ni autre analyse de laboratoire systématique ;
- sans dépistage du cancer du col de l'utérus ;
- sans palpation des seins ;
- sans test de grossesse.
  - Une femme peut commencer à utiliser des PPS à tout moment, même si elle n'a pas ses règles à ce moment-là, s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte (voir la liste de contrôle pour la grossesse en troisième de couverture)

Il est souhaitable de mesurer la tension artérielle avant de commencer une méthode hormonale. Néanmoins, lorsque les risques de grossesse sont élevés et la gamme de méthodes disponibles limitée, une femme ne devrait pas se voir refuser une méthode hormonale au seul motif que sa tension artérielle ne peut pas être mesurée. Si possible, elle peut la faire mesurer plus tard au moment et sur le lieu de son choix.

Critères d'admissibilité médicale pour l'utilisation de

Pilules de progestatif seul

Poser à la patiente les questions ci-après portant sur ses problèmes médicaux connus. Aucun examen ni aucune analyse ne sont nécessaires. Si elle répond NON à toutes les questions, elle peut alors commencer à utiliser des pilules de progestatif seul si elle le souhaite. Si elle répond OUI à l'une des questions, suivre les instructions. Dans certains cas, elle pourra quand même commencer à prendre des pilules de progestatif seul.

1. Êtes-vous atteinte d'une grave cirrhose ou d'une grave tumeur du foie ?

☐NON ☐**OUI** Si elle signale être atteinte d'une grave cirrhose ou d'une grave tumeur du foie, comme le cancer du foie, ne pas lui donner de PPS. L'aider à choisir une méthode non hormonale.

2. Avez-vous actuellement de graves problèmes causés par un caillot de sang dans une jambe ou dans vos poumons ?

☐NON ☐**OUI** Si elle indique avoir un caillot de sang dans une de ses jambes (dans une veine profonde, pas superficielle) ou dans ses poumons et qu'elle ne suit aucun traitement anticoagulant, ne pas lui donner de PPS. L'aider à choisir une méthode non hormonale.

3. Prenez-vous des médicaments anticonvulsivants ? Prenez-vous de la rifampicine ou de la rifabutine pour la tuberculose ou une autre maladie ?

☐NON ☐**OUI** Si elle prend des barbituriques, de la carbamazépine, de l'oxcarbazépine, de la phénytoïne, de la primidone, du topiramate, de la rifampicine, ou de la rifabutine, ne pas lui donner de PPS. Ces médicaments peuvent rendre les pilules de progestatif seul moins efficaces. L'aider à choisir une autre méthode hormis les contraceptifs oraux combinés.

4. Avez-vous ou avez-vous déjà eu un cancer du sein ?

☐NON ☐**OUI** Ne pas donner de PPS. L'aider à choisir une méthode non hormonale.

En outre, les femmes ne devraient pas utiliser de pilules de progestatif seul si elles indiquent avoir une mutation thrombogénique ou un lupus associé à des anticorps anti-phospholipides positifs (ou dont on ne connait pas la charge). Pour consulter les classifications complètes, voir les Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation de la contraception, p. 388.

Lui expliquer les bénéfices et les risques pour la santé ainsi que les effets secondaires de la méthode qu'elle utilisera. Lui signaler également toute affection en raison de laquelle la méthode ne serait pas indiquée, si cela apparaît pertinent dans son cas.

Recourir au jugement clinique dans les cas spéciaux

En règle générale, une femme se trouvant dans l'une des situations citées ci-après ne devrait pas utiliser de pilule de progestatif seul. Toutefois, dans des circonstances spéciales, en cas d'indisponibilité d'autres méthodes plus adéquates, ou si la patiente ne les trouve pas acceptables, un prestataire qualifié pourra évaluer attentivement l'état de santé et la situation de la femme en question et décider qu'elle peut utiliser des PPS. Le prestataire devra évaluer la gravité de son problème et, pour la plupart des affections, déterminer si elle aura accès à un suivi.

- A un important caillot de sang dans une veine profonde des jambes ou dans les poumons.
- A eu un cancer du sein il y a plus de 5 ans, qui n'a pas récidivé.
- Est atteinte d'une cirrhose grave ou d'une grave tumeur du foie.
- A un lupus érythémateux systémique associé à des anticorps anti-phospholipides positifs (ou dont on ne connait pas la charge).
- Prend des barbituriques, de la carbamazépine, de l'oxcarbazépine, de la phénytoïne, de la primidone, du topiramate, de la rifampicine ou de la rifabutine. Une méthode contraceptive d'appoint devrait également être utilisée car ces médicaments réduisent l'efficacité des PPS.

Les pilules de progestatif seul chez la femme vivant avec le VIH

- Les femmes vivant avec le VIH ou sous traitement antirétroviral peuvent utiliser les PPS sans risques.
- Leur recommander vivement d'utiliser des préservatifs en complément des PPS. S'ils sont mis systématiquement et correctement, les préservatifs aident à prévenir la transmission du VIH et des autres IST.
- Pour prendre connaissance des bonnes pratiques en matière d'allaitement maternel pour les femmes vivant avec le VIH (voir Santé maternelle et néonatale, Prévention de la transmission mère-enfant du VIH, p. 352).

Fourniture des pilules de progestatif seul

Quand commencer ?

IMPORTANT : Aune femme peut commencer à utiliser des PPS au moment de son choix s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Pour s'assurer raisonnablement qu'elle n'est pas enceinte, voir la liste de contrôle pour la grossesse (en troisième de couverture). Il est également possible de donner des PPS à une femme à tout moment et de lui indiquer quand elle peut commencer à les prendre.

Situation de la femme	Quand commencer ?
Pratique l'allaitement complet ou quasi-complet	
Moins de 6 mois après l'accouchement	• Si ses règles ne sont pas encore revenues depuis l'accouchement, elle peut commencer à prendre des PPS à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Inutile d'utiliser une méthode d'appoint. • Si ses règles sont revenues, elle peut commencer à utiliser les PPS dans les mêmes conditions que les femmes ayant leurs règles (voir page suivante).
Plus de 6 mois après l'accouchement	• Si ses règles ne sont pas encore revenues depuis l'accouchement, elle peut commencer à prendre des PPS à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Elle aura besoin d'une méthode d'appoint* pendant les 2 premiers jours de prise de la pilule. (Si vous ne pouvez pas en être raisonnablement certain(e), voir Comment et quand utiliser la liste de contrôle pour la grossesse et les tests de grossesse, p. 440.) • Si ses règles sont revenues, elle peut commencer à utiliser les PPS dans les mêmes conditions que les femmes ayant leurs règles (voir page suivante).
Pratique l'allaitement partiel	
Si ses règles ne sont pas revenues	• Elle peut commencer à utiliser des PPS au moment de son choix s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte.† Elle devra utiliser une méthode d'appoint pendant les 2 premiers jours de prise de la pilule. (Si vous ne pouvez pas en être raisonnablement certain(e), voir Comment et quand utiliser la liste de contrôle pour la grossesse et les tests de grossesse, p. 440.)
Si ses règles sont revenues	• Si ses règles sont revenues, elle peut commencer à utiliser les PPS dans les mêmes conditions que les femmes ayant leurs règles (voir page suivante).

* *Les méthodes d'appoint sont l'abstinence, les préservatifs masculins et féminins, les spermicides et le retrait. Lui indiquer que les spermicides et le retrait sont les méthodes contraceptives les moins efficaces. Si possible, lui donner des préservatifs*

† *Dans les lieux où une consultation est recommandée systématiquement 6 semaines après l'accouchement et où les autres possibilités d'obtenir des contraceptifs sont limitées, certains prestataires de soins et programmes peuvent donner des PPS à la consultation des 6 semaines, sans éléments probants supplémentaires indiquant que la femme n'est pas enceinte si ses règles ne sont pas encore revenues.*

Situation de la femme	Quand commencer ?
N'allaite pas	
Moins de 4 semaines après l'accouchement	• Elle peut commencer à prendre les PPS à tout moment. Inutile d'utiliser une méthode d'appoint.
Plus de 4 semaines après l'accouchement	• Si ses règles ne sont pas encore revenues depuis l'accouchement, elle peut commencer à prendre des PPS à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte.† Elle aura besoin d'une méthode d'appoint pendant les 2 premiers jours de prise de la pilule. (Si vous ne pouvez pas en être raisonnablement certain(e), voir Comment et quand utiliser la liste de contrôle pour la grossesse et les tests de grossesse, p. 440.) • Si ses règles sont revenues, elle peut commencer à utiliser les PPS dans les mêmes conditions que les femmes ayant leurs règles (voir ci-dessous).
Souhaite passer d'une autre méthode hormonale aux PPS	• Immédiatement, si elle utilisait la méthode hormonale systématiquement et correctement ou s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Inutile d'attendre ses prochaines règles. Inutile d'utiliser une méthode d'appoint • Si elle utilisait auparavant des injectables, elle peut commencer à prendre les PPS au moment où elle aurait dû recevoir l'injection suivante. Inutile d'utiliser une méthode d'appoint.
A ses règles ou souhaite passer d'une méthode non hormonale aux PPS	**À n'importe quel moment du mois** • Si elle commence à prendre les COC dans les 5 jours suivant le début de ses règles, inutile d'utiliser une méthode d'appoint. • Si plus de 5 jours se sont écoulés depuis le début de ses saignements menstruels, elle peut commencer à utiliser les PPS à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Elle devra utiliser une méthode d'appoint pendant les 2 premiers jours de prise de la pilule. (Si vous ne pouvez pas en être raisonnablement certain(e), voir Comment et quand utiliser la liste de contrôle pour la grossesse et les tests de grossesse, p. 440.) • Si elle utilisait auparavant un DIU, elle peut commencer à prendre les PPS immédiatement (voir DIU au cuivre, Passer d'un DIU à une autre méthode, p. 172).

† *Dans les lieux où une consultation est recommandée systématiquement 6 semaines après l'accouchement et où les autres possibilités d'obtenir des contraceptifs sont limitées, certains prestataires de soins et programmes peuvent donner des PPS à la consultation des 6 semaines, sans éléments probants supplémentaires indiquant que la femme n'est pas enceinte si ses règles ne sont pas encore revenues.*

Situation de la femme	Quand commencer ?
N'a pas ses règles (sans lien avec l'accouchement ou l'allaitement)	• Elle peut commencer à utiliser des PPS au moment de son choix s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Elle devra utiliser une méthode d'appoint pendant les 2 premiers jours de prise de la pilule.
Après un avortement spontané ou provoqué	• Immédiatement. Si elle commence à prendre les PPS dans les 7 jours suivant un avortement spontané ou provoqué au cours du premier ou du deuxième trimestre de grossesse, inutile d'utiliser une méthode d'appoint. • Si plus de 7 jours se sont écoulés depuis l'avortement spontané ou provoqué au cours du premier ou du deuxième trimestre, elle peut commencer à utiliser les PPS à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Elle devra utiliser une méthode d'appoint pendant les 2 premiers jours de prise de la pilule. (Si vous ne pouvez pas en être raisonnablement certain(e), voir Comment et quand utiliser la liste de contrôle pour la grossesse et les tests de grossesse, p. 440.)
Après avoir pris la pilule contraceptive d'urgence (PCU)	**Après avoir pris une pilule contraceptive d'urgence combinée ou de progestatif seul :** • Elle peut commencer ou recommencer à utiliser les PPS immédiatement après avoir terminé de prendre la PCU. *Inutile d'attendre ses prochaines règles.* – Une utilisatrice continue qui a dû prendre la PCU à cause d'une erreur de prise de la pilule peut continuer là où elle s'est arrêtée dans la plaquette en cours. • Si elle ne les commence pas immédiatement, mais qu'elle revient ultérieurement dans ce but, elle pourra commencer à prendre les PPS à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. • Toutes les femmes auront besoin d'une méthode d'appoint pendant les 2 premiers jours de prise de la pilule. **Après avoir pris une pilule contraceptive d'urgence à base d'ulipristal acétate (UPA) :** • Elle peut commencer ou recommencer les PPS le 6e jour. Inutile d'attendre ses prochaines règles. Il y a une interaction entre les PPS et l'ulipristal acétate. Si la femme commence à prendre les PPS plus tôt, les deux molécules seront présentes en même temps dans son organisme. Cela risque de les rendre moins efficaces. • Lui donner des pilules et lui dire de commencer à les prendre le 6e jour après avoir pris la pilule contraceptive d'urgence à base d'ulipristal acétate. • Elle devra utiliser une méthode d'appoint entre le moment où elle prend la pilule contraceptive d'urgence à base d'ulipristal acétate et le 2e jour après avoir commencé à utiliser les PPS. • Si elle ne les commence pas immédiatement, mais qu'elle revient ultérieurement dans ce but, elle pourra commencer à prendre les PPS à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte.

Fournir des conseils sur les effets secondaires

IMPORTANT : des conseils attentifs sur les changements dans les saignements et autres effets secondaires sont une composante importante de la fourniture de la méthode. Les conseils sur les changements dans les saignements représentent probablement l'aide la plus importante dont une femme a besoin pour continuer à utiliser la méthode sans inquiétude.

Décrire les effets secondaires les plus fréquents	• Normalement, les femmes qui allaitent n'ont pas leurs règles pendant plusieurs mois après l'accouchement. La PPS allonge cette période. • Les femmes qui n'allaitent pas peuvent avoir des saignements fréquents ou irréguliers pendant les premiers mois, à la suite de quoi les saignements peuvent redevenir réguliers ou les saignements irréguliers peuvent persister. • Maux de tête, vertiges et tensions mammaires, et possiblement d'autres effets secondaires.
Expliquer ces effets secondaires	• Les effets secondaires ne sont pas le signe d'une maladie. L'absence de règles n'indique pas forcément une grossesse. • La plupart des effets secondaires s'atténuent ou disparaissent après quelques mois d'utilisation des PPS. Toutefois, les changements dans les saignements ont tendance à persister. • Les effets secondaires sont courants, bien que certaines femmes n'en aient pas.
Expliquer quoi faire en cas d'effets secondaires	• Continuer à utiliser les PPS. Sauter des pilules expose à un risque de grossesse. • Essayer de prendre la pilule avec des aliments ou au coucher pour éviter les nausées. • La patiente peut revenir et demander de l'aide si les effets secondaires la gênent ou la préoccupent ou si elle a d'autres inquiétudes.

Expliquer comment les utiliser

1. Donner les pilules

- Donner autant de plaquettes que possible ; jusqu'à un an de pilules (11 plaquettes de 35 pilules ou 13 plaquettes de 28 pilules).

2. Expliquer la plaquette

- Montrer le type de plaquette (28 ou 35 comprimés).
- Expliquer que, dans une plaquette de pilules de progestatif seul, toutes les pilules sont de la même couleur et sont actives : elles contiennent toutes une hormone qui empêche la grossesse.
- Montrer comment prendre la première pilule de la plaquette puis suivre les directions ou flèches sur la plaquette pour prendre le reste des pilules.

3. Donner les consignes principales

- **Prendre une pilule chaque jour**—jusqu'à ce que la plaquette soit vide.
- Les femmes qui n'allaitent pas devraient prendre la pilule à heure fixe tous les jours. Prendre une pilule avec plus de 3 heures de retard en diminue l'efficacité.
- Identifier ensemble des astuces permettant de se rappeler de prendre la pilule tous les jours. Associer la prise de la pilule à une activité quotidienne, telle que le brossage des dents, peut l'aider à y penser.

4. Expliquer quand commencer la plaquette suivante

- Lorsqu'elle termine une plaquette, elle doit prendre la première pilule de la plaquette suivante dès le lendemain.
- Il est très important de commencer la plaquette suivante au moment prévu. La commencer plus tard expose à un risque de grossesse.

5. Proposer une méthode d'appoint et en expliquer l'utilisation

- Il peut arriver que la femme ait besoin d'utiliser une méthode d'appoint, par exemple si elle oublie de prendre une pilule ou en prend une en retard.
- Les méthodes d'appoint incluent l'abstinence, les préservatifs masculins et féminins, les spermicides et le retrait. Lui préciser que les spermicides et le retrait sont les méthodes contraceptives les moins efficaces. Si possible, lui donner des préservatifs.

6. Expliquer que l'efficacité diminue après l'arrêt de l'allaitement maternel

- Sans la protection supplémentaire qu'offre l'allaitement maternel, les PPS ne sont pas aussi efficaces que la plupart des autres méthodes hormonales.
- Lorsqu'elle arrête d'allaiter, la femme peut continuer les PPS si elle est satisfaite de cette méthode ou elle peut revenir consulter afin de changer de méthode.

Accompagner l'utilisatrice

Que faire en cas d'oubli de pilule ?

Il peut arriver facilement d'oublier de prendre une pilule ou de la prendre en retard. Les adolescentes sont plus susceptibles d'oublier la pilule et ont par conséquent besoin d'un accompagnement et de conseils supplémentaires.

Les utilisatrices de PPS devraient savoir quoi faire si elles oublient de prendre leurpilule. **Si une femme prend une pilule avec 3 heures de retard ou plus (ou 12 heures de retard ou plus s'il s'agit d'une PPS contenant 75 mg de désogestrel), ou si elle oublie complètement de prendre une pilule, elle doit suivre les instructions ci-après.** Chez les femmes qui allaitent, le risque de grossesse après un oubli de pilule dépend du fait qu'elles aient ou non eu leur retour de règles.

Rattraper les pilules de progestatif seul manquées

Message clé	• **Prendre la pilule oubliée dès que possible.** • Continuer à prendre les pilules comme d'habitude, une chaque jour. (Cela signifie qu'elle peut être amenée à prendre 2 pilules au cours de la même journée ou en même temps.)
Avez-vous vos règles régulièrement ?	• Dans ce cas, elle devrait également utiliser une méthode d'appoint pendant les 2 jours suivants. • Si elle a eu un rapport sexuel au cours des 5 jours précédents, elle peut aussi envisager de prendre la pilule contraceptive d'urgence (voir Pilules contraceptives d'urgence, p. 49).
Graves vomissements ou diarrhée sévère	• Si elle vomit dans les deux heures suivant la prise de la pilule, elle devrait prendre une autre pilule de sa plaquette dès que possible puis continuer à la prendre comme d'habitude.

En quoi le partenaire peut-il être utile ?

Il est bienvenu que le partenaire de la patiente puisse l'accompagner afin d'entendre les conseils et d'en savoir plus sur la méthode et la façon dont il peut aider sa partenaire. Le partenaire peut :

- soutenir la femme dans le choix de cette méthode ;
- l'aider à se rappeler de prendre sa pilule à heure fixe tous les jours ;
- faire preuve de compréhension et de soutien si elle a des effets secondaires ;
- l'aider à s'assurer d'avoir en sa possession une nouvelle plaquette de pilules pour pouvoir la commencer à temps ;
- l'aider à s'assurer de pouvoir se procurer une pilule contraceptive d'urgence au cas où elle manquerait une pilule ou commencerait une nouvelle plaquette en retard ;
- utiliser systématiquement des préservatifs en complément des PPS s'il est atteint d'une IST ou du VIH ou s'il pense être exposé à un risque d'IST ou de VIH.

« Revenez à n'importe quel moment » : raisons de revenir

Indiquer à chaque patiente qu'elle peut revenir à n'importe quel moment, par exemple, si elle a des problèmes, des questions ou si elle souhaite utiliser une autre méthode. Elle peut également revenir si elle constate un changement important dans son état de santé ou si elle pense être enceinte. De plus elle pourra revenir si :

- elle a arrêté d'allaiter et elle veut passer à une autre méthode ;
- lorsqu'une femme a ses règles : si elle a pris sa pilule avec plus de 3 heures de retard ou qu'elle l'a oubliée complètement, alors qu'elle avait eu des rapports sexuels au cours des 5 jours précédents, elle pourrait envisager de prendre la pilule contraceptive d'urgence (voir Pilules contraceptives d'urgence, p. 49).

Conseil santé : une personne qui sent soudainement que quelque chose va mal avec sa santé devrait immédiatement chercher à obtenir des soins médicaux auprès d'une infirmière ou d'un médecin. Il est fort probable que la cause de cet état ne soit pas la méthode contraceptive, mais elle devrait quand même indiquer laquelle elle utilise à l'infirmière ou au médecin.

Fixer le prochain rendez-vous

1. Lui recommander de revenir pour obtenir d'autres plaquettes avant qu'elle ne termine les plaquettes en sa possession.
2. Il est recommandé de recontacter les femmes après les 3 premiers mois d'utilisation de la PPS. Ce sera l'occasion de répondre à leurs questions, de les aider en cas de problème et de s'assurer qu'elles prennent les pilules correctement.

Accompagner les utilisatrices continues

1. Demander à la patiente si tout se passe bien avec la méthode et si elle en est satisfaite. Lui demander si elle a des questions ou si elle souhaite discuter de certains aspects en particulier.
2. Lui demander si elle est préoccupée par des changements dans les saignements. Lui donner l'information ou l'aide dont elle a besoin (Voir Prendre en charge les problèmes, p. 42).
3. Lui demander si elle a souvent du mal à penser à prendre sa pilule tous les jours. Si c'est le cas, discuter des moyens de s'en rappeler plus facilement, de la réaction à avoir en cas d'oubli, des pilules contraceptives d'urgence ou lui proposer de choisir une autre méthode. Les adolescentes peuvent avoir besoin d'un accompagnement supplémentaire.
4. Lui donner d'autres plaquettes de pilules, pour un an (11 ou 13 plaquettes), si possible. Fixer son prochain rendez-vous de renouvellement avant le moment où elle aura utilisé toutes ses pilules.
5. Demander aux patientes qui utilisent la méthode depuis longtemps si elles ont eu de nouveaux problèmes de santé depuis leur dernier rendez-vous. Traiter les problèmes, selon qu'il convient. En cas de nouveaux problèmes de santé qui nécessiteront peut-être un changement de méthode, voir p. 45.
6. Demander aux patientes qui utilisent la méthode depuis longtemps si des changements importants susceptibles de modifier leurs besoins sont survenus dans leur vie, par exemple, le projet d'avoir des enfants ou l'exposition à un risque d'IST ou de VIH. Assurer le suivi, tel que nécessaire

Problèmes signalés comme effets secondaires ou liés à l'utilisation

Ils peuvent être dus à la méthode, mais pas forcément.

- Les problèmes liés à des effets secondaires ont une incidence sur le niveau de satisfaction de la femme et sur l'utilisation des PPS. Le prestataire de soins doit y prêter attention. Si la patiente signale des effets secondaires ou des problèmes, écouter ses préoccupations, lui donner des conseils, lui apporter un soutien et, si nécessaire, un traitement. Vérifier qu'elle a bien compris les conseils et qu'elle les accepte.
- L'encourager à continuer à prendre une pilule chaque jour même si elle a des effets secondaires. Sauter des pilules expose à un risque de grossesse.
- Un grand nombre d'effets secondaires disparaissent après quelques mois d'utilisation. Si les effets secondaires persistent, donner à la femme une autre formulation de PPS, si disponible, pour une durée de 3 mois au moins.
- Proposer d'aider la patiente à choisir une autre méthode, immédiatement si elle le souhaite ou plus tard si les problèmes ne peuvent pas être résolus.

Absence de saignements menstruels

- Chez la femme qui allaite :
  - la rassurer et lui dire que cela est normal pendant l'allaitement. Cela n'est pas grave.
- Chez la femme qui n'allaite pas :
  - la rassurer et lui dire que certaines femmes qui utilisent des PPS n'ont plus leurs règles et que cela est sans risques. Il n'est pas nécessaire d'avoir des pertes de sang chaque mois. Cela ressemble au fait de ne pas avoir ses règles pendant la grossesse. Elle n'est ni enceinte ni stérile. Le sang ne s'accumule pas dans son corps. (Certaines femmes sont heureuses de ne plus avoir leurs règles.)

Saignements irréguliers (saignements à des moments inattendus qui gênent ou inquiètent la patiente)

- La rassurer et lui indiquer qu'un grand nombre de femmes utilisant des PPS ont des saignements irréguliers, qu'elles allaitent ou non. (L'allaitement en tant que tel peut être une cause de saignements irréguliers.) Cela est sans risques. Parfois, ils s'atténuent ou cessent après les premiers mois d'utilisation. Certaines femmes ont des saignements irréguliers aussi longtemps qu'elles prennent la PPS.
- Autres causes possibles de saignements irréguliers :
  - vomissements ou diarrhée ;
  - prise d'anticonvulsivants, de rifampicine ou de rifabutine (voir Commencer le traitement avec des anticonvulsivants, de la rifampicine ou de la rifabutine, p. 45).
- Pour diminuer les saignements irréguliers :
  - lui expliquer ce qu'elle doit faire en cas d'oubli de pilule ou en cas de vomissements ou de diarrhée (voir Que faire en cas d'oubli de pilule ?, p. 40) ;
  - pour un soulagement rapide, elle peut prendre 800 mg d'ibuprofène 3 fois par jour après les repas pendant 5 jours ou un autre anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) dès que les saignements irréguliers commencent. Les AINS

soulagent en cas de saignements irréguliers lors de l'utilisation des implants, des progestatifs seuls injectables et des DIU, et ils peuvent également aider lors de la prise de PPS ;

- si elle prend la pilule depuis plusieurs mois et si les AINS ne la soulagent pas, lui donner une autre formulation de PPS, si disponible. Lui demander d'essayer la nouvelle pilule pendant au moins 3 mois.

- Si les saignements irréguliers persistent ou s'ils commencent après plusieurs mois de règles normales ou d'absence de menstruations, ou si vous suspectez un autre problème pour d'autres raisons, envisager des affections sous-jacentes qui ne sont pas liées à l'utilisation de la méthode (voir Saignements vaginaux inexpliqués, p. 45).

Saignements abondants ou prolongés (deux fois plus abondants que d'habitude ou qui durent plus de 8 jours)

- La rassurer et lui indiquer que certaines femmes utilisant les PPS ont des saignements abondants ou prolongés. Généralement, cela n'est pas grave et le problème s'atténue ou cesse après quelques mois d'utilisation.
- Pour un soulagement rapide, elle peut essayer les AINS dès que les saignements abondants commencent. Essayer les mêmes traitements que pour les saignements irréguliers (voir page précédente).
- Pour contribuer à prévenir l'anémie, lui suggérer de prendre des comprimés de fer et lui dire qu'il est important de manger des aliments riches en fer, par exemple de la viande (surtout du bœuf et du foie de volaille), du poisson, des légumes à feuilles vertes et des légumineuses (haricots, lentilles et pois).
- Si les saignements irréguliers persistent ou s'ils commencent après plusieurs mois de règles normales ou d'absence de menstruations, ou si vous suspectez un autre problème pour d'autres raisons, envisager des affections sous-jacentes qui ne sont pas liées à l'utilisation de la méthode (voir Saignements vaginaux inexpliqués, p. 45).

Pilules oubliées

- Voir Que faire en cas d'oubli de pilule ?, p. 40.

Maux de tête ordinaires (qui ne sont pas des migraines)

- Lui recommander de prendre de l'aspirine (325 à 650 mg), de l'ibuprofène (200 à 400 mg), du paracétamol (325 à l000 mg) ou un autre antidouleur.
- Un bilan devra être effectué en cas d'aggravation ou d'augmentation de la fréquence des maux de tête lors de l'utilisation des PPS.

Changements d'humeur ou modification de la libido

- Lui demander s'il y a eu des changements dans sa vie ayant pu affecter son humeur ou sa libido, notamment des changements dans sa relation avec son partenaire. Lui apporter le soutien nécessaire.
- Certaines femmes font une dépression dans l'année qui suit l'accouchement. Cela n'est pas lié aux PPS. Les patientes qui présentent des changements importants d'humeur tels qu'une dépression sévère devraient être orientées vers les services de soins compétents.
- Envisager des remèdes disponibles localement.

Tensions mammaires

- Chez la femme qui allaite :
  - Voir Santé maternelle et néonatale, Seins douloureux, p. 356.
- Chez la femme qui n'allaite pas :
  - Lui recommander de porter un soutien-gorge offrant un bon maintien (notamment lorsqu'elle a une activité physique intense ou qu'elle dort).
  - Essayer des compresses chaudes ou froides.
  - Lui recommander de prendre de l'aspirine (325 à 650 mg), de l'ibuprofène (200 à 400 mg), du paracétamol (325à l000 mg) ou un autre antidouleur.
  - Envisager des remèdes disponibles localement.

Douleurs intenses au bas de l'abdomen

- Les douleurs abdominales peuvent être causées par divers problèmes, tels que des follicules ou des kystes ovariens de grande taille.
  - La femme peut continuer à utiliser les PPS pendant le bilan et le traitement.
  - Inutile de traiter les follicules ou kystes ovariens de grande taille, à moins qu'ils ne grossissent anormalement, se tordent ou éclatent. Rassurer la patiente en lui précisant que ceux-ci se résorbent généralement d'eux-mêmes. Afin de s'assurer de la résolution du problème, revoir la patiente dans les six semaines, si possible.
- Face à des douleurs abdominales sévères, prêter particulièrement attention aux signes ou symptômes supplémentaires d'une grossesse extra-utérine, problème rare et qui n'est pas causé par les PPS, mais qui peut mettre la vie de la patiente en danger (voir la question 13, p. 48).
- Aux premiers stades d'une grossesse extra-utérine, les symptômes peuvent être absents ou légers, mais dans le temps, ils deviendront graves. Une combinaison des signes ou des symptômes suivants devrait accroître la suspicion d'une grossesse extra-utérine :
  - douleurs ou tensions abdominales inhabituelles ;
  - saignement vaginal anormal, ou absence de saignements menstruels, en particulier si cela représente un changement par rapport au mode habituel de saignements ;
  - étourdissements ou vertiges ;
  - évanouissement.
- En cas de suspicion d'une grossesse extra-utérine ou d'un autre problème de santé sérieux, orienter immédiatement la patiente vers les services de diagnostic et de soins. (Voir Stérilisation féminine, Prendre en charge une grossesse extra-utérine, p. 227, pour de plus amples informations sur les grossesses extra-utérines).

Nausées ou vertiges

- Pour les nausées, suggérer de prendre les PPS au moment du coucher ou avec de la nourriture.
- Si les symptômes persistent, envisager des remèdes disponibles localement.

Nouveaux problèmes pouvant nécessiter un changement de méthode

Ils peuvent être dus à la méthode, mais pas forcément.

Saignements vaginaux inexpliqués (suggérant une affection médicale non liée à la méthode)

- Orienter vers les services compétents ou évaluer à partir des antécédents et de l'examen pelvien. Diagnostiquer et traiter, le cas échéant.
- Elle peut continuer à utiliser les PPS jusqu'à l'obtention des résultats.
- Si les saignements sont dus à une infection sexuellement transmissible ou à une maladie inflammatoire pelvienne, elle peut continuer à utiliser les PPS pendant le traitement.

Commencer le traitement avec des anticonvulsivants, de la rifampicine ou de la rifabutine

- Les barbituriques, la carbamazépine, l'oxcarbazépine, la phénytoïne, la primidone, le topiramate, la rifampicine, la rifabutine et le ritonavir peuvent rendre les PPS moins efficaces. Si la patiente utilise ces médicaments pendant une période prolongée, elle peut souhaiter choisir une autre méthode contraceptive telle qu'un progestatif seul injectable, un DIU au cuivre ou un DIU-LNG.
- Si elle prend ces médicaments pendant une courte période, elle peut utiliser une méthode d'appoint en complément des PPS.

Migraines (voir Identifier les migraines avec ou sans aura, p. 436)

- Une femme qui a des migraines avec ou sans aura peut commencer à utiliser les PPS sans risques.
- Si elle commence à avoir des migraines sans aura alors qu'elle est sous PPS, elle peut continuer à utiliser cette méthode si elle le souhaite.
- Si elle commence à avoir des migraines avec aura alors qu'elle est sous PPS, les arrêter. L'aider à choisir une méthode non hormonale.

Certaines affections graves (caillots sanguins dans une veine profonde des jambes ou dans les poumons, maladie du foie, cancer du sein).
Voir Signes et symptômes de graves problèmes de santé, p. 384

- Lui dire d'arrêter les PPS.
- Lui proposer une méthode d'appoint qu'elle pourra utiliser jusqu'à ce qu'un bilan soit effectué.
- L'orienter vers les services de diagnostic et de soins compétents si elle n'est pas encore prise en charge.

Cardiopathie due à une artère bouchée ou à une sténose artérielle (cardiopathie ischémique) ou accident vasculaire cérébral

- Une femme se trouvant dans l'une de ces situations peut commencer sans risques à utiliser les PPS. En revanche, si ladite situation se présente après le début de la prise de PPS, elle devrait les arrêter. L'aider à choisir une méthode non hormonale.
- L'orienter vers les services de diagnostic et de soins compétents si elle n'est pas encore prise en charge.

Suspicion de grossesse

- Déterminer si elle est enceinte et écarter une grossesse extra-utérine.
- Lui dire d'arrêter les PPS si la grossesse est confirmée.
- Il n'y a pas de risque connu pour le fœtus conçu lorsqu'une femme prend des PPS (voir la question 4, p. 46).

Questions/réponses à propos des pilules de progestatif seul

1. Une femme qui allaite peut-elle utiliser les PPS sans risques ?

En 2016, l'OMS s'est penchée sur la question et a revu ses recommandations afin d'autoriser la femme à utiliser la pilule de progestatif seul après l'accouchement, indépendamment de la durée écoulée depuis ce dernier. Elle n'a pas besoin d'attendre jusqu'à 6 semaines après l'accouchement. Les PPS sont sans risques pour la mère et le bébé et n'affectent pas la lactation.

2. Que devrait faire la femme lorsqu'elle arrête d'allaiter son bébé ? Peut-elle continuer à prendre des PPS ?

Une femme satisfaite des PPS peut continuer à les prendre après avoir arrêté d'allaiter. Elle sera toutefois moins protégée contre une grossesse que pendant l'allaitement. Elle a également la possibilité de changer de méthode si elle le souhaite.

3. Une femme peut-elle prendre des PPS à tout âge ?

Oui. Il n'existe pas d'âge minimum ou maximum pour l'utilisation des PPS.

Les PPS peuvent être une méthode appropriée pour les adolescentes. Les adolescentes qui allaitent ont le même besoin d'une méthode efficace d'espacement des naissances que les femmes plus âgées. Elles auront peut-être besoin de soutien et d'encouragements supplémentaires pour utiliser les PPS systématiquement et efficacement.

4. Les PPS sont-elles une cause de malformations congénitales ? Sont-elles nocives pour le fœtus si une femme prend accidentellement des PPS alors qu'elle est enceinte ?

Non. Il existe de solides données montrant que les PPS ne causent pas de malformations et qu'elles ne seront pas nocives pour le fœtus si une femme tombe enceinte alors qu'elle prend des PPS ou si elle commence à prendre des PPS alors qu'elle est enceinte sans le savoir.

5. Combien de temps faut-il pour tomber enceinte après avoir arrêté les PPS ?

Les femmes qui arrêtent d'utiliser les PPS peuvent tomber enceintes aussi rapidement que les femmes qui arrêtent une méthode non hormonale. Les PPS ne retardent pas le retour à la fécondité une fois que la femme arrête de les prendre. Les cycles menstruels qu'avait la femme avant d'utiliser les PPS reviennent généralement après l'arrêt de cette méthode. Certaines femmes devront attendre quelques mois avant de retrouver leur mode de saignement habituel.

6. Si une femme n'a pas ses règles alors qu'elle est sous PPS, cela signifie-t-il qu'elle est enceinte ?

Probablement pas, surtout si elle allaite au sein. Si elle a prissa pilule tous les jours, elle n'est probablement pas enceinte et peut continuer à la prendre. Si, même après avoir essayé de la rassurer, elle continue à s'inquiéter, il est possible de lui proposer un test de grossesse, s'il est disponible, ou de l'orienter vers les services compétents pour le pratiquer. Si le fait de ne pas avoir de saignements menstruels la dérange ou l'inquiète, il peut être indiqué de choisir une autre méthode, hormis une méthode à base de progestatif seul. Ces méthodes entraînent parfois un arrêt des règles.

7. La PPS doit-elle être prise tous les jours ?

Oui. Toutes les pilules de la plaquette de PPS contiennent l'hormone qui empêche la grossesse. Si une femme ne prend pas sa pilule tous les jours, surtout si elle n'allaite pas, elle peut tomber enceinte. (Contrairement aux 7 dernières pilules d'une plaquette de 28 pilules de contraceptifs oraux combinés qui ne sont pas actives et ne contiennent pas d'hormones.)

8. Est-il important que la femme prenne sa PPS à la même heure tous les jours ?

Oui, pour deux raisons. Les PPS contiennent très peu d'hormones. Prendre la pilule avec plus de 3 heures de retard (plus de 12 heures pour les PPS contenant 75 mg de désogestrel) pourrait en réduire l'efficacité chez les femmes qui n'allaitent pas. (Les femmes qui allaitent bénéficient de la protection supplémentaire qu'offre l'allaitement au sein ; par conséquent, le risque de grossesse est moins important si elles prennent la pilule en retard.) En outre, prendre sa pilule à heure fixe tous les jours peut aider la femme à y penser plus systématiquement. Associer la prise de la pilule à une activité quotidienne permet de s'en rappeler.

9. Les PPS sont-elles une cause de cancer ?

Non. Rares sont les études à grande échelle portant sur la PPS et le cancer, mais les études de plus petite taille sur la PPS sont rassurantes. Les études plus importantes sur les implants n'ont pas mis en évidence de risque accru de cancer. Les implants contiennent des hormones similaires à celles utilisées dans les PPS et le dosage administré est environ le double pendant les premières années d'utilisation de l'implant.

10. Les PPS peuvent-elles être utilisées comme pilules contraceptives d'urgence (PCU) après des rapports sexuels non protégés ?

Oui. Dès que possible, mais pas plus de cinq jours après des rapports sexuels non protégés, une femme peut prendre des PPS comme pilules contraceptives d'urgence (voir Formulation et posologie des pilules utilisées pour la contraception d'urgence, p. 55). Selon le type de PPS, elle devra prendre entre 40 et 50 pilules. Malgré le nombre important de pilules, cela ne présente aucun risque car il n'y a que très peu d'hormones dans chacune d'elles.

11. Les PPS provoquent-elles des changements d'humeur ou une baisse de libido ?

En général, non. Certaines femmes qui utilisent des PPS se plaignent effectivement de tels problèmes. La grande majorité des utilisatrices de PPS ne signalent pas ce type de changements. Certaines indiquent même que leur humeur et leur libido s'améliorent. Il est difficile de dire si ces changements sont dus aux PPS ou à d'autres raisons. Les prestataires de soins peuvent aider une patiente qui présente ces problèmes (voir Changements d'humeur ou modification de la libido, p. 43). Il n'existe aucune donnée montrant que les PPS affectent le comportement sexuel de la femme.

12. Que faut-il faire si une utilisatrice de PPS a un kyste ovarien ?

La grande majorité des kystes n'en sont pas véritablement mais sont des structures de l'ovaire remplies de liquide (les follicules) qui continuent de grossir au-delà de leur taille habituelle au cours d'un cycle menstruel normal. Ils peuvent provoquer des douleurs abdominales légères mais ne nécessitent de traitement que s'ils deviennent anormalement grands, se tordent ou éclatent. Ces follicules se résorbent généralement sans traitement (voir Douleurs intenses dans le bas de l'abdomen, p. 44).

13. Est-ce que les PPS augmentent le risque de grossesse extra-utérine ?

Non. Au contraire, les PPS diminuent le risque de grossesse extra-utérine. Les grossesses extra-utérines sont rares chez les utilisatrices de PPS. Le taux de grossesses extra-utérines chez les femmes prenant des PPS est de 48 pour 10 000 femmes par an. Aux États-Unis, le taux de grossesses extra-utérines chez les femmes qui n'utilisent aucune méthode contraceptive est de 65 pour l0 000 femmes par an.

Dans les rares cas d'échec de la PPS et si une grossesse survient, 5 à 10 sur l00 de ces grossesses sont extra-utérines. Par conséquent, la grande majorité des grossesses après échec de la PPS ne sont pas extra-utérines. Toutefois, une grossesse extra-utérine demeure un problème pouvant mettre la vie en danger ; par conséquent, un prestataire doit garder à l'esprit qu'une grossesse extra-utérine reste possible en cas d'échec de la PPS.

Pilules contraceptives d'urgence

Points clés pour les prestataires et les patientes

- **La pilule contraceptive d'urgence (PCU) aide la femme à éviter une grossesse après des rapports sexuels sans contraception.**
- **La PCU contribue à empêcher une grossesse lorsqu'elle est prise dans les 5 jours qui suivent des rapports sexuels non protégés.** Plus vite elle est prise, plus elle est efficace.
- **Elle ne perturbe pas une grossesse en cours.**
- **Elle est sans risques pour toutes les femmes** : même celles qui ne peuvent pas utiliser de méthodes contraceptives hormonales en continu.
- **Elle offre aux femmes une occasion de commencer à utiliser une méthode de planification familiale régulière.**
- **Il existe plusieurs options pouvant être utilisées comme pilules contraceptives d'urgence :** des produits dédiés, des pilules de progestatif seul et des contraceptifs oraux combinés.

Qu'est-ce que la pilule contraceptive d'urgence ?

- La pilule contraceptive d'urgence est parfois appelée « pilule du lendemain » ou contraception post-coïtale.
- Son mode d'action consiste à empêcher ou retarder la libération des ovocytes par les ovaires (l'ovulation). Ils ne fonctionnent pas si la femme est déjà enceinte.

(Le DIU au cuivre peut aussi être utilisé comme contraception d'urgence. Voir p. 166.)

Quelles sont les pilules pouvant être utilisées comme pilules contraceptives d'urgence ?

- Un produit spécifiquement dédié à cet effet, contenant uniquement du lévonorgestrel ou de l'ulipristal acétate (UPA).
- Des pilules de progestatif seul à base de lévonorgestrel ou de norgestrel.
- Des contraceptifs oraux combinés associant des œstrogènes et un progestatif, tel que le lévonorgestrel, le norgestrel ou la noréthindrone (également appelée noréthistérone).

Quand les prendre ?

- *Aussi tôt que possible* après des rapports sexuels non protégés. Plus la PCU est prise rapidement après des rapports sexuels non protégés et meilleure sera son efficacité pour prévenir une grossesse.
- La PCU contribue à empêcher une grossesse lorsqu'elle est prise dans les 5 jours qui suivent des rapports sexuels non protégés.

Quelle efficacité ?

- Si 100 femmes avaient chacune un rapport sexuel sans contraception au cours de la deuxième ou de la troisième semaine de leur cycle menstruel, 8 d'entre elles tomberaient probablement enceintes.
- Si ces 100 femmes prenaient toutes la PCU à base d'ulipristal d'acétate, moins d'une d'entre elles serait susceptible de tomber enceinte.
- Si ces 100 femmes prenaient toutes la PCU à base de progestatif seul, une d'entre elles serait susceptible de tomber enceinte.
- Si ces 100 femmes prenaient toutes la PCU combinant œstrogène et progestatif, deux d'entre elles seraient susceptibles de tomber enceintes.

Efficacité des pilules contraceptives d'urgence (PCU)

Si **100 femmes** avaient chacune un rapport sexuel non protégé pendant la deuxième ou la troisième semaine de leur cycle menstruel...

Pas de PCU	8 grossesses
Ulipristal acétate	<1 grossesse
PCU de progestatif seul	1 grossesse
PCU combinée avec œstrogène et progestatif	2 grossesses

Retour de la fécondité après avoir pris une PCU : aucun délai. Une femme peut tomber enceinte immédiatement après la prise de la PCU. L'utilisation de la PCU ne prévient que les grossesses pouvant résulter de relations sexuelles ayant eu lieu dans les 5 jours précédents. Elle ne protègera pas la femme d'une grossesse consécutive à des rapports sexuels qui auraient lieu plus de 24 heures après la prise. Pour rester protégées contre une grossesse, les femmes doivent commencer à utiliser une autre méthode contraceptive (voir Planifier une contraception continue, p. 61).

Protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST) : aucune

Effets secondaires, bénéfices et risques pour la santé

Effets secondaires (voir aussi Prendre en charge les problèmes, p. 61)

Certaines utilisatrices signalent les problèmes suivants :

- changements dans les modes de saignements, notamment :
  - de légers saignements irréguliers pendant un ou deux jours après la prise de la PCU ;
  - des règles qui surviennent plus tôt ou plus tard que prévues.

Dans les premiers jours suivant la prise de la PCU :

- nausées‡ ;
- douleurs abdominales ;
- fatigue ;
- maux de tête ;
- tensions mammaires ;
- vertiges ;
- vomissements‡

Bénéfices connus pour la santé

Les pilules contraceptives d'urgence aident à protéger contre :

- le risque de grossesse

Risques connus pour la santé

- Aucun

‡ *Les femmes utilisant des PCU à base de progestatif seul ou d'ulipristal acétate sont bien moins susceptibles de présenter des nausées et des vomissements que celles qui prennent des PCU à base d'œstrogène et de progestatif*

Corriger les idées reçues (voir aussi Questions/réponses, p. 62)

Les pilules contraceptives d'urgence :

- peuvent être utilisées par des femmes de tous âges, y compris les adolescentes ;
- ne provoquent pas d'avortement ;
- n'empêchent ou n'affectent pas la nidation ;
- ne sont pas une cause de malformation congénitale en cas de grossesse ;
- ne sont pas dangereuses pour la santé de la femme ;
- n'augmentent pas les comportements sexuels à risque ;
- ne rendent pas la femme stérile ;
- peuvent être utilisées plus d'une fois au cours d'un cycle menstruel.

Éviter les interventions inutiles

- Une femme peut prendre la PCU sans consulter auparavant un prestataire de soins de santé.
- Aucune intervention ni aucune analyse ne sont nécessaires avant de prendre la PCU, à l'exception d'un test de grossesse avant de prendre une PCU-UPA si la femme n'a pas eu ses dernières règles.

Pourquoi les pilules contraceptives d'urgence sont-elles appréciées de certaines femmes ?

- Elles peuvent être utilisées en fonction des besoins.
- Elles offrent une deuxième chance de prévenir une grossesse non désirée.
- Elles permettent à une femme d'éviter une grossesse après un rapport sexuel forcé ou si on l'a empêchée d'utiliser un moyen de contraception.
- C'est une méthode sous le contrôle de la femme.
- Elles diminuent le recours à l'avortement provoqué en cas d'erreur ou d'absence de contraception.
- Il est possible de les avoir à disposition en cas de besoin.

Qui peut utiliser lespilules contraceptives d'urgence ?

Sans risques et adaptées à toutes les femmes

Aucune analyse ni aucun examen ne sont nécessaires pour utiliser la PCU.

Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation de la

Pilule contraceptive d'urgence

Toutes les femmes peuvent utiliser la pilule contraceptive d'urgence sans risques et efficacement, y compris celles qui ne peuvent pas utiliser de méthode contraceptive hormonale en continu. Compte tenu de son utilisation de courte durée, aucune affection médicale ne rend la prise de la PCU dangereuse pour la femme.

Fourniture des pilules contraceptives d'urgence

La PCU peut être nécessaire dans de nombreuses situations différentes. Cependant, bon nombre de femmes n'en connaissent pas l'existence. Avoir conscience de la possibilité de recourir à la PCU peut s'avérer particulièrement bénéfique pour les femmes qui utilisent des méthodes contraceptives dépendantes de l'utilisatrice, telles que les pilules et les préservatifs.

Si possible, donner des PCU en avance à toutes les femmes susceptibles d'en avoir un jour besoin. Si ce n'est pas possible, il peut être judicieux de rédiger une ordonnance à l'avance ou d'expliquer à la femme où s'en procurer au niveau local.

Une réserve de PCU est utile car la femme peut la conserver en vue de l'utiliser en cas de besoin. Les femmes sont plus susceptibles d'utiliser la PCU si elles en ont déjà au moment voulu. L'avoir à portée de mains permet également à la femme de la prendre le plus tôt possible après des rapports sexuels non protégés, au moment où leur efficacité sera maximale.

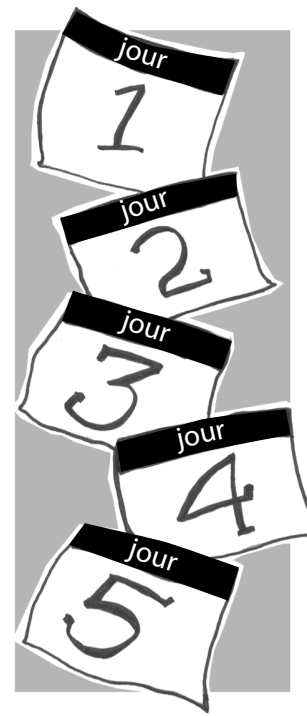
Quand l'utiliser ?

- À tout moment dans les 5 jours qui suivent des rapports sexuels non protégés. Plus la PCU est prise rapidement après des rapports sexuels non protégés, plus elle sera efficace.

La PCU convient dans de nombreuses situations différentes

La PCU peut être utilisée à tout moment dès lors qu'une femme craint de tomber enceinte, par exemple, après :

- une agression sexuelle ou un viol ;
- tout rapport sexuel non protégé ;
- une erreur dans l'utilisation de la contraception, notamment dans les cas suivants :
  - le préservatif n'a pas été mis correctement, a glissé ou s'est déchiré ;
  - le couple n'a pas suivi à la lettre une méthode basée sur la connaissance de la fécondité (ne s'est pas abstenu ou n'a pas utilisé d'autre méthode pendant les jours féconds) ;
  - l'homme ne s'est pas retiré, comme prévu, avant l'éjaculation ;
  - la femme a eu des rapports sexuels non protégés après avoir oublié 3 pilules contraceptives orales combinées ou plus ou avoir commencé une nouvelle plaquette avec 3 jours de retard ou plus ;
  - le DIU s'est délogé ;
  - la femme a eu des rapports sexuels non protégés alors qu'elle avait plus de 4 semaines de retard pour le renouvellement de son injection d'AMPR, plus de 2 semaines de retard pour le renouvellement de son injection de NET-EN ou plus de 7 jours de retard pour le renouvellement de son injection mensuelle.



Formulations et posologies des pilules pour la contraception d'urgence

Type de pilule et hormone	Formulation	Nb de pilules à prendre	
		Dans un premier temps	12 heures plus tard
Produits spécifiquement dédiés à la contraception d'urgence			
À base de progestatif seul	1,5 mg de LNG	1	0
	0,75 mg de LNG	2	0
Ulipristal acétate	30 mg d'ulipristal acétate	1	0
Pilules contraceptives orales utilisées pour la contraception d'urgence			
Contraceptifs oraux combinés (œstrogène-progestatif)	0,02 mg d'EE + 0,1 mg de LNG	5	5
	0,03 mg d'EE + 0,15 mg de LNG	4	4
	0,03 mg d'EE + 0,15 mg de LNG	4	4
	0,03 mg d'EE + 0,125 mg de LNG	4	4
	0,05 mg d'EE + 0,25 mg de LNG	2	2
	0,03 mg d'EE + 0,3 mg de norgestrel	4	4
	0,05 mg d'EE + 0,5 mg de norgestrel	2	2
Pilules de progestatif seul	0,03 mg de LNG	50*	0
	0,0375 mg de LNG	40*	0
	0,075 mg de norgestrel	40*	0

* Malgré le grand nombre de comprimés que cela représente, cela reste sans danger. Voir la question 8, p. 63.

LNG = lévonorgestrel
EE = éthinylestradiol

Pour plus d'informations sur les marques de PCU et de pilules contraceptives orales, veuillez consulter les sites suivants (en anglais) : The Emergency Contraception Website (http:/ec.princeton.edu) et International Consortium for Emergency Contraception (http:/www.cecinfo.org)

Fourniture des pilules contraceptives d'urgence

1. Donner la pilule (ou les pilules)	• Elle peut prendre la (ou les) pilule(s) immédiatement. • Si elle suit un schéma posologique en deux doses, lui dire de prendre la dose suivante dans 12 heures.
2. Décrire les effets secondaires les plus fréquents	• Nausées, douleurs abdominales, et d'autres effets secondaires possibles. • Légers saignements ou changement de la date des règles. • Les effets secondaires ne sont pas le signe d'une maladie et ne durent pas longtemps. La plupart des femmes n'ont aucun effet secondaire.
3. Expliquer quoi faire en cas d'effets secondaires	• Nausées : – l'utilisation systématique de médicaments antinauséeux n'est pas recommandée ; – les femmes qui ont déjà eu des nausées lors d'une précédente utilisation de la PCU ou après avoir pris la première dose d'un schéma posologique en deux doses peuvent prendre un médicament antinauséeux tel que 25 à 50 mg de chlorhydrate de méclizine (Agyrax, Antivert, Bonine, Postafène), entre 30 minutes et une heure avant de prendre la PCU. • Vomissements : – si la femme vomit dans les 2 heures qui suivent la prise d'une PCU combinée ou à base de progestatif seul, elle devrait en prendre une autre dose. Si elle vomit dans les 3 heures suivant la prise d'une PCU à base d'ulipristal acétate, elle devrait en prendre une autre dose. (Elle peut utiliser un médicament antinauséeux avant de prendre cette nouvelle dose, comme indiqué ci-dessus.) Si les vomissements continuent, elle peut prendre une nouvelle dose de PCU combinée ou à base de progestatif seul en plaçant la pilule directement au fond de son vagin. – Si les vomissements surviennent plus de 2 heures après avoir pris une PCU combinée ou à base de progestatif seul, ou plus de 3 heures après avoir pris une PCU-UPA, elle n'a pas besoin de prendre de pilule supplémentaire.
4. Donner davantage de PCU et l'aider à commencer une méthode continue	• Si possible, lui constituer une réserve de PCU à emporter chez elle au cas où elle en aurait besoin à l'avenir. • Voir Planifier une contraception continue p. 61
5. Assurer le suivi	• L'inviter à revenir passer un test de grossesse si elle a plus de 7 jours de retard dans ses règles.

Accompagner les utilisatrices

« Revenez à n'importe quel moment » : raisons de revenir

Aucune consultation de suivi systématique n'est requise. Indiquer toutefois à chaque patiente qu'elle peut revenir à n'importe quel moment, par exemple si :

- elle pense être enceinte, en particulier si elle n'a pas de saignements menstruels ou si elle a plus de 7 jours de retard dans ses règles ;
- elle n'a pas commencé immédiatement à prendre une méthode continue et en veut une désormais.

En quoi le partenaire peut-il être utile ?

Il est bienvenu que le partenaire de la patiente puisse l'accompagner afin d'entendre les conseils et d'en savoir plus sur la méthode et la façon dont il peut aider sa partenaire. Le partenaire peut :

- soutenir la femme dans sa décision de prendre la PCU ;
- comprendre son besoin de choisir et d'utiliser une méthode continue et la soutenir dans ce sens ;
- l'aider à s'assurer qu'elle a bien des PCU à portée de main si elle devait à nouveau en avoir besoin ;
- si elle a dû prendre la PCU à cause d'une erreur dans l'utilisation de sa méthode actuelle, comprendre et encourager l'utilisation correcte de la méthode ou discuter de la possibilité de changer de méthode.

Quand commencer ou recommencer une contraception après avoir utilisé la PCU ?

Méthode	Quand commencer ou recommencer ?
Une méthode hormonale (contraceptifs oraux combinés, pilules de progestatif seul, progestatifs seuls injectables, injectables mensuels, implants, patch combiné, anneau vaginal combiné)	**Après avoir pris une pilule contraceptive d'urgence combinée ou de progestatif seul** • Elle peut commencer ou recommencer à utiliser n'importe quelle méthode immédiatement après avoir pris la PCU. *Inutile d'attendre ses prochaines règles.* – L'utilisatrice continue de pilules contraceptives orales qui a eu besoin de la PCU à la suite d'une erreur de prise peut recommencer à prendre sa pilule comme auparavant. Inutile de commencer une nouvelle plaquette. – L'utilisatrice de patchs doit mettre un nouveau patch. – L'utilisatrice d'anneaux doit suivre les instructions à respecter en cas de remplacement ou de retrait tardif, page 126. • Toutes les femmes doivent s'abstenir ou utiliser une méthode d'appoint* pendant les 7 premiers jours d'utilisation de leur méthode. • Si elle ne commence pas à utiliser de méthode immédiatement, mais qu'elle revient dans ce but, elle pourra commencer à utiliser la méthode de son choix à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. **Après avoir pris une pilule contraceptive d'urgence à base d'ulipristal acétate (UPA)** • Elle peut commencer ou recommencer la méthode de son choix contenant un progestatif le 6e jour après avoir pris la PCU-UPA. Inutile d'attendre ses prochaines règles. (Si elle commence une méthode contenant un progestatif plus tôt, cela risque de diminuer l'efficacité tant du progestatif que de l'UPA.) – Si elle souhaite utiliser des pilules contraceptives orales, l'anneau vaginal, ou le patch, lui en donner et lui dire de commencer le 6e jour après avoir pris la PCU-UPA. Si elle souhaite utiliser des injectables ou des implants, lui donner un rendez-vous pour qu'elle revienne pour obtenir la méthode le 6e jour après avoir pris la PCU-UPA ou dès que possible après ce délai.

* *Les méthodes d'appoint sont l'abstinence, les préservatifs masculins et féminins, les spermicides et le retrait. Lui indiquer que les spermicides et le retrait sont les méthodes contraceptives les moins efficaces. Si possible, lui donner des préservatifs.*

Méthode	Quand commencer ou recommencer ?
	– Toutes les femmes doivent utiliser une méthode d'appoint entre le moment de la prise de la PCU-UPA et 7 jours après avoir commencé à utiliser une méthode hormonale (ou 2 jours pour les pilules de progestatif seul). • Si elle ne commence pas de méthode le 6e jour, mais qu'elle revient ultérieurement dans ce but, elle pourra commencer la méthode de son choix à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte
Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel	**Après avoir pris une pilule contraceptive d'urgence combinée ou de progestatif seul :** • Le DIU-LNG peut lui être posé à tout moment, *s'il est possible de déterminer qu'elle n'est pas enceinte* (voir la section Écarter une grossesse, p. 439). • Elle devra utiliser une méthode d'appoint* pendant les 7 premiers jours suivant la pose. **Après avoir pris la pilule contraceptive d'urgence à base d'ulipristal acétate** • Le DIU-LNG peut lui être posé le 6e jour après la prise de la pilule contraceptive d'urgence à base d'ulipristal acétate, s'il est possible de déterminer qu'elle n'est pas enceinte. – Si elle souhaite utiliser un DIU-LNG, lui donner un rendez-vous pour qu'elle revienne le faire poser le 6e jour après avoir pris la PCU-UPA ou dès que possible après ce délai. • Elle devra utiliser une méthode* d'appoint entre le moment de la prise de la pilule contraceptive d'urgence à base d'ulipristal acétate et le 7e jour après la pose du DIU-LNG. • Si le DIU-LNG n'est pas posé le 6e jour, mais qu'elle revient ultérieurement dans ce but, il peut l'être à tout moment s'il est possible de déterminer qu'elle n'est pas enceinte.
Dispositif intra-utérin au cuivre	**Après avoir pris une pilule contraceptive d'urgence combinée, de progestatif seul ou à base d'ulipristal acétate** • Si elle décide d'utiliser un DIU au cuivre après avoir pris la PCU, il peut être posé le jour où elle prend la PCU. Inutile d'utiliser une méthode d'appoint.

(Suite à la page suivante)

Méthode	Quand commencer ou recommencer ?
Dispositif intra-utérin au cuivre (suite)	• Si le DIU au cuivre n'est pas posé immédiatement, mais qu'elle revient ultérieurement dans ce but, il peut l'être à tout moment s'il est possible de déterminer qu'elle n'est pas enceinte. Remarque : le DIU au cuivre peut être utilisé comme contraception d'urgence. Une femme qui souhaite utiliser le DIU comme contraception régulière peut se le faire poser en contraception d'urgence dans les 5 jours suivant des rapports sexuels non protégés puis continuer à l'utiliser (voir DIU au cuivre, p. 155.)
Stérilisation féminine	**Après avoir pris une PCU combinée, de progestatif seul ou UPA** • La stérilisation peut être pratiquée dans les 7 jours suivant le début de ses prochains saignements menstruels ou à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Lui fournir une méthode d'appoint ou des pilules contraceptives orales à utiliser en attendant l'intervention.
Préservatifs masculins ou féminins, spermicides, diaphragme, cape cervicale ou retrait	**Après avoir pris une PCU combinée, de progestatif seul ou UPA** • Immédiatement.
Méthodes basées sur la connaissance de la fécondité	**Après avoir pris une PCU combinée, de progestatif seul ou UPA** • Méthode des jours fixes : dès le début de ses prochaines règles. • Méthodes basées sur les symptômes : une fois les sécrétions normales revenues. • Lui fournir une méthode* d'appoint à utiliser jusqu'à ce qu'elle puisse commencer la méthode de son choix.

Planifier une contraception continue

1. Lui expliquer que la PCU ne la protègera pas contre une grossesse pouvant résulter de rapports sexuels ayant lieu plus de 24 heures après la prise. Discuter de la nécessité d'une prévention continue de la grossesse, du choix de la méthode et, si elle est exposée à un risque, de la protection contre les IST, dont le VIH (voir Infections sexuellement transmissibles, dont le VIH, p. 329).
2. Si elle ne souhaite pas commencer de méthode contraceptive dans l'immédiat, lui remettre des préservatifs ou un cycle de contraceptifs oraux et lui dire de les prendre si elle change d'avis. Lui expliquer comment les utiliser. L'inviter à revenir à n'importe quel moment si elle souhaite une autre méthode ou pour toute question ou tout problème.
3. Si possible, lui donner des PCU supplémentaires qu'elle pourra utiliser à l'avenir en cas de rapports sexuels non protégés. Elle pourrait en avoir besoin si elle a à nouveau des rapports sexuels non protégés 24 heures ou plus après avoir pris sa dernière PCU.

Prendre en charge les problèmes

Problèmes signalés comme effets secondaires

Ils peuvent être dus à la méthode, mais pas forcément.

Légers saignements irréguliers

- Les saignements irréguliers dus à la PCU s'arrêteront sans traitement.
- Assurer à la femme que ce ne sont pas des signes de maladie ni de grossesse.

Modification de la date des prochaines règles ou suspicion de grossesse

- Les saignements menstruels peuvent commencer quelques jours plus tard ou plus tôt que prévu. Ce n'est pas un signe de maladie ni de grossesse.
- Si ses prochaines menstruations ont plus de 7 jours de retard par rapport à la date prévue après avoir pris la PCU, déterminer si elle est enceinte. Il n'y a pas de risque connu pour le fœtus conçu si la PCU n'a pas permis d'empêcher une grossesse (voir la question 3, page suivante).

Questions/réponses à propos des pilules contraceptives d'urgence

1. Comment la pilule contraceptive d'urgence agit-elle ?

La PCU empêche la libération d'un ovocyte par l'ovaire ou la retarde de 5 à 7 jours. Passé ce délai, les spermatozoïdes présents dans l'appareil reproducteur seront morts, car ils ne peuvent y survivre que pendant une durée de 5 jours environ. Si l'ovulation a eu lieu et l'ovocyte a été fécondé, la PCU n'empêche pas la nidation et ne perturbe pas une grossesse déjà en cours.

2. La PCU perturbe-t-elle une grossesse en cours ?

Non. La PCU n'agit pas si une femme est déjà enceinte.

3. La PCU est-elle nocive pour le fœtus si une femme la prend accidentellement alors qu'elle est enceinte ?

Non. Les données ne montrent pas que la PCU causera des malformations ou qu'elle sera nocive pour le fœtus si une femme est déjà enceinte lorsqu'elle prend la PCU ou si la PCU échoue à empêcher une grossesse.

4. Pendant combien de temps la PCU protège-t-elle une femme contre la grossesse ?

Les femmes qui prennent la PCU devraient comprendre qu'elles peuvent tomber enceintes lors de leur prochain rapport sexuel à moins qu'elles ne commencent immédiatement à utiliser une autre méthode de contraception. Dans la mesure où la PCU retarde l'ovulation chez certaines femmes, *il est possible qu'elles atteignent leur pic de fécondité peu après la prise.* Si une femme souhaite être protégée en continu contre la grossesse, elle doit commencer à utiliser une autre méthode contraceptive dès le lendemain, ainsi qu'une méthode d'appoint si cela est indiqué selon son choix. Une femme qui a eu recours à la PCU-UPA devrait attendre jusqu'au 6^{e} jour suivant la prise pour commencer une contraception hormonale. Elle devrait utiliser une méthode d'appoint pendant cette période.

5. Est-il possible d'utiliser la PCU plusieurs fois ?

Oui. Si nécessaire, il est possible de reprendre la PCU, y compris pendant le même cycle. Une femme qui a souvent besoin de PCU pourrait souhaiter envisager une méthode de planification familiale de plus longue durée d'action, plus efficace.

6. Les femmes devraient-elles utiliser la PCU comme méthode de contraception régulière ?

Une femme peut utiliser la PCU chaque fois qu'elle en a besoin, et même plusieurs fois au cours du même cycle. Cependant, il n'est pas conseillé de se fier à la PCU comme méthode régulière. On ignore si la PCU prise après chaque rapport sexuel serait aussi efficace que les méthodes de contraception régulières et continues. En outre, les femmes qui prennent souvent la PCU peuvent avoir davantage d'effets secondaires. L'utilisation répétée de la PCU ne présente pas de risques pour la santé. Il pourrait toutefois être utile de dépister d'éventuels problèmes de santé pouvant limiter l'utilisation des contraceptifs hormonaux chez les femmes qui prennent souvent la PCU.

7. Quelles sont les pilules contraceptives orales pouvant être utilisées comme PCU ?

De nombreux contraceptifs oraux combinés (œstrogène-progestatif) et pilules de progestatif seul peuvent être utilisés comme PCU. Toute pilule contenant les hormones utilisées pour la contraception d'urgence, à savoir : le lévonorgestrel, le norgestrel, la noréthindrone ou l'un de ces progestatifs associé à un œstrogène (éthinylestradiol), peut être utilisée.

8. La prise de 40 ou 50 pilules de progestatif seul comme PCU ne présente-t-elle pas de risques ?

Non. Les pilules de progestatif seul contiennent de très faibles quantités d'hormones. Il est donc nécessaire de prendre un grand nombre de pilules pour atteindre la dose totale nécessaire pour la PCU. En revanche, la posologie de la PCU en cas d'utilisation de contraceptifs oraux combinés (œstrogène-progestatif) n'est généralement que de 2 à 5 pilules pour chacune des 2 doses prises à 12 heures d'intervalle. Les femmes ne doivent pas prendre 40 ou 50 pilules de contraceptifs oraux combinés (œstrogène-progestatif) comme PCU.

Pour les utilisatrices continues de pilules de progestatif seul, celles-ci pourraient constituer la méthode de contraception d'urgence la plus commode, ou la seule méthode disponible à ce moment-là.

9. Qu'est-ce que l'ulipristal acétate ?

L'UPA est un antiprogestatif : en d'autres termes, il modifie l'activité de la progestérone, hormone naturellement présente dans le cycle menstruel de la femme. Par conséquent, à l'instar des autres PCU, la PCU-UPA agit probablement en bloquant ou en retardant la libération d'un ovocyte par l'ovaire (l'ovulation). Toutes les PCU doivent être prises aussi tôt que possible pour en garantir une efficacité optimale. La PCU-UPA pourrait être plus efficace que les autres PCU entre 72 et 120 heures après des rapports sexuels non protégés. Les PCU-UPA sont disponibles en Europe depuis 2009 et ont obtenu une autorisation de mise sur le marché de la Food and Drug Administration aux États-Unis en 2010 pour l'indication de la contraception d'urgence. Elles sont désormais disponibles dans plus de 50 pays. Les PCU-UPA ne sont pas indiquées comme contraception orale continue.

10. La PCU est-elle sans danger chez la femme vivant avec le VIH ? Une femme sous traitement antirétroviral peut-elle l'utiliser sans risques ?

Oui. Les femmes vivant avec le VIH ou sous traitement antirétroviral peuvent utiliser la PCU sans risques.

11. La PCU convient-elle aux adolescentes ?

Oui. Une étude sur la PCU chez des jeunes filles âgées de 13 à 16 ans a montré qu'elle est sans danger. En outre, toutes les participantes ont su la prendre correctement. De plus, l'accès à la PCU n'a pas d'incidence sur les comportements sexuels.

Les adolescentes peuvent avoir tout particulièrement besoin d'avoir recours à la PCU en raison des taux élevés de rapports sexuels forcés, de la stigmatisation autour de l'obtention de contraceptifs, de la capacité limitée à anticiper les rapports sexuels ou d'erreurs dans l'utilisation des contraceptifs.

12. Une femme qui ne peut pas utiliser de contraceptifs oraux combinés (œstrogène-progestatif) ou de pilules de progestatif seul comme méthode régulière peut-elle malgré tout prendre la PCU, sans risques ?

Oui, car le traitement par PCU est très bref et la dose faible.

13. Si la PCU a échoué à prévenir la grossesse, la femme présente-t-elle un risque accru de grossesse extra-utérine ?

Aucune donnée ne suggère que la PCU augmente le risque de grossesse extra-utérine. Les études mondiales sur les PCU à base de progestatif seul, parmi lesquelles une analyse de la Food and Drug Administration aux États-Unis, n'ont pas mis en évidence de taux plus élevés de grossesse extra-utérine après un échec de PCU que celui habituellement observé parmi les grossesses.

14. Pourquoi donner des PCU aux femmes avant qu'elles en aient besoin ? Cela ne les découragera-t-il pas d'utiliser des contraceptifs ou n'affectera-t-il pas d'une quelque autre façon leur utilisation des contraceptifs ?

Non. Les études sur les femmes ayant reçu des PCU en avance ont mis en évidence les résultats suivants :

- les femmes qui avaient des PCU à portée de main les ont prises plus rapidement après des rapports sexuels non protégés que les femmes ayant dû faire les démarches pour s'en procurer ; les PCU à base de progestatif seul sont plus susceptibles d'être efficaces lorsqu'elles sont prises plus tôt ;
- les femmes qui avaient reçu des PCU en avance étaient plus susceptibles de les utiliser lorsqu'elles en avaient besoin que celles qui devaient consulter un prestataire pour en obtenir ;
- les femmes ont continué à utiliser d'autres méthodes de contraception, comme elles le faisaient avant d'obtenir des PCU en avance ;
- les femmes n'ont pas eu de rapports non protégés plus souvent.

Si la PCU est délivrée sur ordonnance et ne peut pas être remise à l'avance, donner une ordonnance pouvant être utilisée au besoin.

15. Si une femme achète la PCU sans ordonnance, peut-elle l'utiliser correctement ?

Oui. La PCU est facile à prendre. Aucune supervision médicale n'est nécessaire. Les études montrent que les jeunes femmes comme les adultes trouvent la notice et les consignes d'utilisation faciles à comprendre. Dans certains pays, la PCU est autorisée en vente libre ou sans ordonnance. C'est notamment le cas au Canada, en Chine, aux États-Unis, en Inde et dans bien d'autres pays à travers le monde.

Injectables à progestatif seul

Points clés pour les prestataires et les patientes

- **Les changements dans les saignements sont fréquents mais sans risques.** En général, les saignements sont irréguliers pendant les premiers mois, puis il n'y a plus de saignements mensuels.
- **Revenir régulièrement pour des injections.** Pour une efficacité maximale, il est important de renouveler l'injection tous les 3 mois (13 semaines) pour l'AMPR ou tous les 2 mois (8 semaines) pour le NET-EN. L'AMPR sous-cutané peut être auto-injecté.
- **L'injection suivante peut être retardée de 4 semaines pour l'AMPR ou de 2 semaines pour le NET-EN**. Même passé ce délai, la patiente peut encore recevoir son injection.
- **Une prise de poids progressive**, d'1 à 2 kg par an en moyenne, est fréquente.
- **Le retour de la fertilité est souvent retardé.** Tomber enceinte après l'arrêt des injectables à progestatif seul prend généralement plus de mois qu'après l'arrêt d'autres méthodes.

Que sont les injectables à progestatif seul ?

- Les contraceptifs injectables acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR) et énanthate de noréthistérone (NET-EN) contiennent chacun un progestatif analogue à la progestérone, hormone naturelle présente dans le corps de la femme. (En revanche, les contraceptifs injectables combinés contiennent à la fois des œstrogènes et des progestatifs et doivent être administrés tous les mois. Voir le chapitre 5 - Injectables mensuels).
- Ils ne contiennent pas d'œstrogène et peuvent donc être utilisés pendant l'allaitement, à partir de 6 semaines après l'accouchement, et par les femmes qui ne peuvent pas utiliser de méthodes contenant des œstrogènes.
- Après l'injection, l'hormone est libérée lentement dans la circulation sanguine.
- Ils sont généralement injectés dans le muscle (injection intramusculaire). Une nouvelle formulation de l'AMPR peut être injectée juste sous la peau (injection sous-cutanée). (Voir l'encadré sur l'AMPR pour injection sous-cutanée à la page 69).

- L'AMPR, l'injectable à progestatif seul le plus utilisé, est également connu sous sa forme intramusculaire sous les noms de "piqûre", "injection", Depo, Depo-Provera et Petogen. La version sous-cutanée (AMPR-SC) est commercialisée sous deux formes : sous le nom Sayana Press dans le système d'injection Uniject, et sous le nom de Depo-SubQ Provera 104 en seringues hypodermiques jetables préremplies à dose unique. Le système Uniject permet aux patientes qui le souhaitent de s'auto-injecter facilement l'AMPR-SC.
- Le NET-EN est également connu sous les noms de Noristerat, Norigest et Syngestal. (Voir l'aide-mémoire Comparatif des injectables pour plus de précisions sur les différences entre l'AMPR et le NET-EN).
- Les injectables progestatifs agissent principalement en empêchant la libération des ovocytes par les ovaires (l'ovulation).

Quelle efficacité ?

L'efficacité dépend de la régularité des injections : le risque de grossesse est plus élevé lorsqu'une femme manque une injection.

- Selon l'usage courant, on observe environ 4 grossesses pour 100 femmes pendant la première année d'utilisation des produits injectables à progestatif seul. Autrement dit, 96 femmes utilisant des injectables sur 100 ne tomberont pas enceintes.
- Lorsque les femmes reçoivent leurs injections à temps, on observe moins d'une grossesse sur 100 femmes sous injectables à progestatif seul pendant la première année d'utilisation (plus précisément, on observe seulement 2 grossesses pour 1 000 femmes utilisant cette méthode).

Retour de la fertilité après l'arrêt des injections : le retour de la fertilité prend en moyenne 4 mois de plus pour l'AMPR et 1 mois de plus pour le NET-EN par rapport à la plupart des autres méthodes (voir la question 8 à la fin de ce chapitre).

Protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST) : aucune.

Pourquoi les injectables à progestatif seul sont-ils appréciés de certaines femmes

- Les injections ne sont nécessaires que tous les 2 à 3 mois. Il ne s'agit pas de prendre une pilule tous les jours.
- Ils n'interfèrent pas avec la sexualité.
- Ils sont discrets : il est impossible de savoir qu'une femme utilise une contraception.
- Ils arrêtent les saignements menstruels (chez de nombreuses femmes).
- Ils peuvent aider les femmes à prendre du poids.

Effets secondaires, bénéfices et risques pour la santé

Effets secondaires

(voir aussi Prendre en charge les problèmes, p. 89)

La plupart des utilisatrices signalent des changements dans les saignements menstruels.[1]

- Avec l'AMPR, ces derniers incluent généralement :
  - au cours des 3 premiers mois :
    - saignements irréguliers
    - saignements prolongés
  - au bout et après un an d'utilisation :
    - Absence de saignements menstruels
    - saignements peu fréquents
    - saignements irréguliers
- Le NET-EN affecte moins les types de saignements que l'AMPR.
  - au cours des 6 premiers mois :
    - moins de jours de saignements
  - après un an d'utilisation :
    - plus susceptibles d'avoir des saignements menstruels que les utilisatrices d'AMPR.

Les changements dans les saignements sont normaux et sans risques. Si une femme les trouve gênants ou inquiétants, il peut s'avérer utile de lui apporter des conseils et un soutien.

[1] *Pour les définitions des types de saignements, voir "saignements vaginaux" dans le glossaire.*

Certaines utilisatrices rapportent les effets secondaires suivants :

- prise de poids (voir la Question 5, p. 94)
- maux de tête
- vertiges
- Ballonnements et gênes abdominales
- changements d'humeur

Autres changements physiques possibles :

- perte de densité osseuse (largement réversible, voir la Question 11, p. 95)

Bénéfices et risques pour la santé

Bénéfices connus pour la santé	Risques connus pour la santé
AMPR Aide à protéger contre : • la grossesse et les risques associés • le cancer du corps de l'utérus (cancer de l'endomètre) • les fibromes utérins L'implant peut aider à se protéger contre : • l'anémie ferriprive Il réduit : • les crises de drépanocytose chez les femmes qui en sont atteintes • les symptômes de l'endométriose (douleurs pelviennes, saignements irréguliers)	Aucune
NET-EN[2] Aide à protéger contre : • la grossesse et les risques associés • l'anémie ferriprive	Aucune

[2] *NET-EN may also offer many of the other health benefits that DMPA offers, but this list of benefits includes only those for which there is available research evidence.*

AMPR pour injection sous-cutanée

L'AMPR est désormais disponible dans une formulation spéciale, appelée AMPR-SC, destinée à être administrée uniquement par injection sous-cutanée (SC) (juste sous la peau) et pas par injection dans le muscle. L'injection sous-cutanée est plus facile à apprendre que l'injection intramusculaire.

L'AMPR-SC est disponible dans deux systèmes d'injection : le dispositif Uniject d'une part, et des seringues conventionnelles préremplies à dose unique, d'autre part. Tous deux sont dotés d'aiguilles courtes pour une injection juste sous la peau.

Avec le système Uniject, l'utilisatrice presse sur un réservoir souple qui pousse le liquide dans l'aiguille. L'AMPR-SC dans le système Uniject est commercialisé sous la marque Sayana Press. Ce produit peut s'avérer particulièrement utile pour les programmes à base communautaire (voir l'encadré ci-dessous, Fournir la contraception injectable au sein de la communauté). De plus, les femmes peuvent apprendre facilement à s'auto-injecter l'AMPR-SC avec ce système (voir la section de ce chapitre intitulée L'auto-injection peut être une possibilité, y compris les consignes pour l'auto-injection, p. 83-86).

Corriger les idées reçues (voir aussi Questions et réponses, p. 93)

Injectables à progestatif seul :

- peuvent faire cesser les saignements menstruels, mais cela est sans risques et pourrait contribuer à prévenir l'anémie. Cela ressemble au fait de ne pas avoir ses règles pendant la grossesse. Le sang ne s'accumule pas à dans le corps de la femme.
- sont très efficaces, quel que soit le type de saignement.
- ne perturbent pas une grossesse en cours.
- ne rendez pas les femmes stériles.

Fourniture de la contraception injectable au sein de la communauté

Les contraceptifs injectables sont appréciés de nombreuses femmes. Cette méthode peut être plus largement disponible lorsqu'elle est proposée au sein de la communauté ainsi que dans les centres de santé.

Le personnel de santé non professionnel, les infirmier/ères auxiliaires, les pharmaciens et les autres prestataires communautaires de produits injectables devraient être formés et en mesure d'administrer les injections intramusculaires en toute sécurité. Ils devraient également être capables de dépister une grossesse chez la patiente et de déterminer si elle remplit les critères de la recevabilité médicale des différents contraceptifs Ils peuvent informer les femmes du retour plus tardif de la fertilité et des effets secondaires fréquents, notamment des saignements irréguliers, de l'absence de règles et de la prise de poids, et leur expliquer l'importance de la double protection si une femme est exposée à des IST, dont le VIH. Ils peuvent également présenter aux femmes

(Suite à la page suivante)

Fourniture de la contraception injectable au sein de la communauté *(suite)*

tout l'éventail des méthodes disponibles, y compris les méthodes proposées dans un centre de santé. Tous les prestataires fournissant des contraceptifs injectables doivent avoir suivi une formation spécifique basée sur les compétences et bénéficier d'une supervision formative pour mener à bien ces tâches. L'OMS recommande un suivi et une évaluation spécifiques de la fourniture des contraceptifs injectables par un personnel de santé non professionnel (voir Qui fournit les services de planification familiale ? p. 400 au chapitre 26).

Les seringues préremplies utiles aux programmes à base communautaire

Les dispositifs d'injection préremplis à dose et à usage uniques facilitent et accélèrent la distribution au sein de la communauté et à domicile, car les prestataires n'ont pas besoin de prélever une dose précise dans la seringue à partir d'un flacon. De plus, ces dispositifs ne sont pas réutilisables, ce qui empêche la propagation de l'infection. L'AMPR est disponible dans plusieurs systèmes d'injection préremplis à dose unique. L''AMPR destinée à l'injection intramusculaire (AMPR-IM) est proposée en seringues autobloquantes. La nouvelle formulation d'AMPR sous-cutané (AMPR-SC), uniquement indiquée pour une injection juste sous la peau, est commercialisée en système d'injection Uniject (sous la marque Sayana Press) et en seringues conventionnelles préremplies à dose unique (sous le nom de Depo-SubQ Provera 104) (voir l'encadré sur l'AMPR pour injection sous-cutanée, à la page précédente). L'AMPR-SC, en particulier dans le système Uniject, est susceptible de faciliter les injections d'AMPR au sein de la communauté et à domicile. De fait, les femmes peuvent apprendre à s'auto-injecter le contraceptif avec cette formulation (voir Apprendre l'auto-injection aux patientes, p. 83-86).

Collaboration entre communautés et les centres de santé

Pour que cette initiative soit couronnée de succès, les prestataires fournissant des contraceptifs injectables basés en centres de santé et au sein de la communauté doivent travailler en étroite collaboration. Les programmes varient, mais voici quelques moyens par lesquels les prestataires de services des centres de santé peuvent soutenir les prestataires basés au sein de la communauté :

- prendre en charge des effets secondaires (voir Prendre en charge les problèmes, p. 89-92)
- recourir au jugement clinique concernant les critères de recevabilité médicale dans les cas spéciaux (voir Recourir au jugement clinique dans les cas particuliers, p. 74)
- éviter une grossesse chez les femmes ayant plus de 4 semaines de retard pour une injection d'AMPR ou plus de 2 semaines de retard pour une injection de NET-EN (voir Que faire en cas de retard d'injection ?, p. 88).
- répondre aux inquiétudes des patientes orientées par les prestataires communautaires.

Le centre de santé peut également servir de "foyer" pour les prestataires basés au sein de la communauté, où ils peuvent se réapprovisionner, obtenir une supervision, une formation et des conseils, et archiver leurs dossiers.

Qui peut et ne peut pas utiliser les injectables à progestatif seul ?

Sans risques et adaptés à quasiment toutes les femmes

Quasiment toutes les femmes peuvent utiliser les injectables à progestatif seul sans risques et efficacement, y compris les femmes :

- qui ont ou n'ont pas eu d'enfants
- qui sont mariés ou pas
- de tout âge, y compris les adolescentes et les femmes de plus de 40 ans
- qui viennent de subir un avortement ou une fausse couche
- qui fument des cigarettes, quels que soient leur âge ou le nombre de cigarettes qu'elles fument
- qui allaitent, à partir de 6 semaines après l'accouchement
- qui vivent avec le VIH, qu'elles soient sous traitement antirétroviral ou pas (voir l'encadré sur Les injectables à progestatif seul chez la femme vivant avec le VIH, p. 74)
- qui présentent un risque élevé de contracter le VIH ou d'autres IST.

Éviter les interventions inutiles

(voir Importance du choix des interventions au chapitre 26 - Fourniture de services de planification familiale, p. 396)

Les femmes peuvent commencer à utiliser des injectables à progestatif seul :

- sans examen pelvien
- sans analyse de sang ni autre analyse de laboratoire systématique
- sans dépistage du cancer du col de l'utérus
- sans palpation des seins
- sans test de grossesse
  - Une femme peut commencer à utiliser des injectables à progestatif seul à tout moment, même si elle n'a pas ses règles à ce moment-là s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte (voir la liste de contrôle de la grossesse en troisième de couverture).

Il est souhaitable de mesurer la tension artérielle avant de commencer une méthode hormonale. Néanmoins, lorsque les risques de grossesse sont élevés et la gamme de méthodes disponibles limitée, une femme ne devrait pas se voir refuser une méthode hormonale au seul motif que sa tension artérielle ne peut pas être mesurée. Si possible, elle peut faire mesurer sa tension artérielle plus tard, au moment et sur le lieu de son choix.

Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation des

Injectables à progestatif seul

Poser à la patiente les questions ci-dessous sur ses problèmes de santé connus. Aucun examen ni aucune analyse ne sont nécessaires. Si elle répond "non" à toutes les questions, elle peut alors commencer à utiliser des injectables à progestatif seul si elle le souhaite. Si elle répond "oui" à l'une des questions, suivez les instructions. Dans certains cas, elle pourra quand même commencer à utiliser des injectables à progestatif seul.

1. Est-ce que vous allaitez un bébé de moins de 6 semaines ?

❑ Non ❑ **Oui** La patiente peut commencer à utiliser des injectables progestatifs dès 6 semaines après l'accouchement (voir rPratique l'allaitement complet ou quasi-complet ou Pratique l'allaitement partiel, p. 76).

2. Êtes-vous atteinte d'une grave cirrhose ou d'une grave tumeur du foie ?

❑ Non ❑ **Oui** Si la patiente signale être atteinte d'une grave cirrhose ou d'une grave tumeur du foie, comme le cancer du foie, ne pas lui fournir d'injectables à progestatif seul. L'aider à choisir une méthode non hormonale.

3. Avez-vous une tension artérielle élevée ?

❑ Non ❑ **Oui** Si possible, mesurer sa tension artérielle.

- Si la patiente est actuellement traitée pour une hypertension artérielle et si celle-ci est bien contrôlée, ou si sa tension artérielle est inférieure à 160/100 mmHg, lui fournir des injectables à progestatif seul.
- Si sa tension artérielle systolique est supérieure ou égale à 160 mmHg ou si sa tension artérielle diastolique est supérieure ou égale à 100, ne pas lui fournir d'injectables à progestatif seul. Ni les injectables à progestatif seul ni les méthodes contenant des œstrogènes ne conviennent à la patiente. L'aider à choisir une autre méthode.
- Si la patiente indique avoir eu une tension artérielle élevée dans le passé et si vous ne pouvez pas mesurer sa tension artérielle, lui donner des injectables à progestatif seul.

4. Avez-vous eu du diabète pendant plus de 20 ans ou des lésions artérielles, visuelles, rénales ou nerveuses causées par le diabète ?

❑ Non ❑ **Oui** Ne pas donner d'injectables à progestatif seul. Ni les injectables à progestatif seul ni les méthodes contenant des œstrogènes ne conviennent à la patiente. L'aider à choisir une autre méthode.

5. Avez-vous déjà eu un accident vasculaire cérébral, un caillot de sang dans une jambe ou dans vos poumons, une crise cardiaque ou d'autres problèmes cardiaques graves ?

❑ Non ❑ **Oui** Si la patiente signale avoir eu une crise cardiaque, une cardiopathie due à une artère bouchée ou à une sténose artérielle, ou un accident vasculaire cérébral, ne pas lui donner d'injectables à progestatif seul. L'aider à choisir une autre méthode parmi les contraceptifs sans œstrogène. Si elle indique avoir actuellement un caillot de sang dans une veine profonde (et non superficielle) de ses jambes ou dans ses poumons et qu'elle ne suit aucun traitement anticoagulant, l'aider à choisir une méthode non hormonale.

6. Avez-vous des saignements vaginaux qui vous semblent inhabituels ?

❑ Non ❑ **Oui** Si la patiente a des saignements vaginaux inexpliqués qui suggèrent une grossesse ou une affection médicale sous-jacente, l'utilisation d'injectables à progestatif seul pourrait rendre plus difficiles le diagnostic et le suivi du traitement. L'aider à choisir une méthode qu'elle pourra utiliser pendant son bilan et son traitement, hormis les implants ou les DIU au cuivre ou hormonaux. Refaire un bilan à l'issue du traitement pour évaluer la possibilité d'utiliser des injectables à progestatif seul.

7. Avez-vous ou avez-vous déjà eu un cancer du sein ?

❑ Non ❑ **Oui** Ne pas donner d'injectables à progestatif seul. L'aider à choisir une méthode non hormonale.

8. Est-ce que vous avez plusieurs facteurs pouvant augmenter votre risque de maladie cardiaque (maladie des artères coronaires) ou d'accident vasculaire cérébral, comme l'hypertension artérielle ou le diabète ?

❑ Non ❑ **Oui** Ne pas donner d'injectables à progestatif seul. L'aider à choisir une méthode parmi les contraceptifs sans œstrogène.

Par ailleurs, les femmes ne devraient pas utiliser d'injectables à progestatif seul si elles signalent avoir un lupus associé à des anticorps anti-phospholipides positifs (ou dont la charge est inconnue) sans être sous traitement immunosuppresseur, ou avoir une thrombopénie sévère. Pour consulter les classifications complètes, voir l'annexe D - Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation de la contraception.

Veillez à lui expliquer les bénéfices et les risques pour la santé ainsi que les effets secondaires de la méthode qu'elle choisie par la patiente. Lui signaler également toute affection en raison de laquelle la méthode ne serait pas indiquée, si cela apparaît pertinent dans son cas.

Recourir au jugement clinique dans des cas particuliers

En règle générale, une femme se trouvant dans l'une des situations citées ci-dessous ne devrait pas utiliser d'injectables à progestatif seul. Toutefois, dans des circonstances spéciales, en cas d'indisponibilité d'autres méthodes plus adéquates, ou si la patiente ne les trouve pas acceptables, un prestataire qualifié pourra évaluer soigneusement l'état de santé et la situation de la femme en question et décider qu'elle peut utiliser des injectables à progestatif seul. Le prestataire devra évaluer la gravité de son état et, dans la plupart des cas, déterminer si elle aura accès à un suivi.

- Allaite et a accouché depuis moins de 6 semaines (compte tenu des risques d'une autre grossesse et la probabilité que la femme n'ait qu'un accès limité aux injectables).
- A une tension artérielle très élevée (une tension systolique supérieure ou égale à 160 mmHg ou tension diastolique supérieure ou égale à 100 mmHg).
- A un important caillot de sang dans une veine profonde des jambes ou dans les poumons.
- A des antécédents de cardiopathie due à une artère bouchée ou à une sténose artérielle (cardiopathies ischémiques).
- A des antécédents d'accident vasculaire cérébral.
- Présente plusieurs facteurs de risque de maladie cardiovasculaire artérielle comme un diabète et une hypertension artérielle.
- A des saignements vaginaux inexpliqués avant un bilan permettant d'écarter ou de diagnostiquer une éventuelle affection grave sous-jacente.
- A eu un cancer du sein il y a plus de 5 ans, qui n'a pas récidivé.
- Est diabétique depuis plus de 20 ans ou a des lésions artérielles, visuelles, rénales ou nerveuses causées par le diabète.
- Est atteinte d'une cirrhose grave ou d'une grave tumeur du foie.
- Présente un lupus érythémateux systémique associé à des anticorps anti-phospholipides positifs (ou dont on ignore la charge) et n'est pas sous traitement immunosuppresseur, ou a une thrombopénie sévère.

Injectables à progestatif seul chez les femmes vivant avec le VIH

- Les femmes vivant avec le VIH ou sous traitement antirétroviral (TAR) peuvent utiliser les injectables à progestatif seul sans risques.
- Inutile de réduire le délai entre deux injections chez les femmes sous ARV.
- Leur recommander vivement d'utiliser des préservatifs en complément. S'ils sont utilisés systématiquement et correctement, les préservatifs aident à prévenir la transmission du VIH et des autres IST.

Fourniture des injectables à progestatif seul

Quand commencer ?

IMPORTANT : une femme peut commencer à utiliser des injectables quand elle le souhaite s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Pour s'assurer raisonnablement qu'elle n'est pas enceinte, voir la liste de contrôle de la grossesse (voir en troisième de couverture).

Situation de la femme	Quand commencer ?
A ses règles	**À tout moment du mois** • *Si elle commence dans les 7 jours suivant le début de ses règles*, elle peut commencer immédiatement et il n'est pas nécessaire d'utiliser une méthode d'appoint. • *Si plus de 7 jours se sont écoulés depuis le début de ses règles*, elle peut commencer à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Elle devra utiliser une méthode d'appoint* pendant les 7 premiers jours suivant l'injection. • Si elle utilisait auparavant un DIU, elle peut commencer immédiatement et il n'est pas nécessaire d'avoir une méthode d'appoint (voir Passer d'un DIU à une autre méthode, au chapitre 10 - Dispositif intra-utérin au cuivre, p. 182, et au chapitre 11 - DIU au lévonorgestrel, p. 211).
Souhaite passer d'une autre méthode hormonale aux injectables à progestatif seul	• Immédiatement, si elle utilisait l'autre méthode hormonale systématiquement et correctement ou s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte (inutile d'attendre ses prochains règles) et il est inutile d'utiliser une méthode d'appoint. • Si elle souhaite passer d'un autre injectable à un injectable à progestatif seul, ce dernier peut lui être administré à la date à laquelle la prochaine injection était prévue. Inutile d'utiliser une méthode d'appoint.

(Suite à la page suivante)

* *Les méthodes d'appoint sont l'abstinence, les préservatifs masculins et féminins, les spermicides et le retrait. Llui indiquer que les spermicides et le retrait sont les méthodes contraceptives les moins efficaces. Si possible, lui donner des préservatifs.*

Situation de la femme	Quand commencer ? *(suite)*
Pratique l'allaitement complet ou quasi-complet	
Moins de 6 mois après l'accouchement	• Si elle a accouché il y a moins de 6 semaines, attendre au moins 6 semaines après la date de l'accouchement pour administrer la première injection. • *Si ses règles ne sont pas revenues*, elle peut commencer à utiliser des injectables à tout moment entre 6 semaines et 6 mois après l'accouchement, s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Inutile d'utiliser une méthode d'appoint. • *Si ses règles sont revenues*, elle peut commencer à utiliser des injectables dans les mêmes conditions que les femmes ayant leurs règles (voir la première ligne de ce tableau).
Plus de 6 mois après l'accouchement	• *Si ses règles ne sont pas encore revenues*, elle peut commencer à utiliser des injectables à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Elle devra utiliser une méthode d'appoint* pendant les 7 premiers jours suivant l'injection. • *Si ses règles sont revenues*, elle peut commencer à utiliser des injectables dans les mêmes conditions que les femmes ayant leurs règles (voir la première ligne de ce tableau).
Pratique l'allaitement partiel	
Moins de 6 semaines après l'accouchement	• Attendre au moins 6 semaines après la date de l'accouchement pour administrer la première injection.
Plus de 6 semaines après l'accouchement	• *Si ses règles ne sont pas revenues*, elle peut commencer à utiliser des injectables à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte.‡ Elle devra utiliser une méthode d'appoint* pendant les 7 premiers jours suivant l'injection. • *Si ses règles sont revenues*, elle peut commencer à utiliser des injectables dans les mêmes conditions que les femmes ayant leurs règles (voir la première ligne de ce tableau).

* *Les méthodes d'appoint sont l'abstinence, les préservatifs masculins et féminins, les spermicides et le retrait. Llui indiquer que les spermicides et le retrait sont les méthodes contraceptives les moins efficaces. Si possible, lui donner des préservatifs.*

‡ *Dans les lieux où une consultation est recommandée systématiquement 6 semaines après l'accouchement et où les autres possibilités d'obtenir une contraception est limitée, certains prestataires de soins et programmes peuvent administrer la première injection à la consultation des 6 semaines, sans éléments probants supplémentaires indiquant que la femme n'est pas enceinte si ses règles ne sont pas encore revenues.*

Situation de la femme	Quand commencer ?
N'allaite pas (après l'accouchement)	
Moins de 4 semaines après l'accouchement	• Elle peut commencer à utiliser des injectables à tout moment. Inutile d'utiliser une méthode d'appoint.
Plus de 4 semaines après l'accouchement	• *Si ses règles ne sont pas revenues*, elle peut commencer à utiliser des injectables à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte.‡ Elle devra utiliser une méthode d'appoint* pendant les 7 premiers jours suivant l'injection. • *Si ses règles sont revenues*, elle peut commencer à utiliser des injectables dans les mêmes conditions que les femmes ayant leurs règles (voir la première ligne de ce tableau).
N'a pas ses règles (sans lien avec l'accouchement ou l'allaitement)	• Elle peut commencer à utiliser des injectables à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Elle devra utiliser une méthode d'appoint* pendant les 7 premiers jours suivant l'injection.
Après une fausse couche ou un avortement	• *Immédiatement, si elle commence dans les 7 jours* suivant une fausse couche ou un avortement du premier ou du deuxième trimestre de grossesse. Inutile d'utiliser une méthode d'appoint. • *Si plus de 7 jours* se sont écoulés depuis une fausse couche ou un avortement du premier ou du deuxième trimestre de grossesse, elle peut commencer à utiliser des injectables à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Elle devra utiliser une méthode d'appoint* pendant les 7 premiers jours suivant l'injection.
Après avoir pris la pilule contraceptive d'urgence (PCU)	**Après avoir pris une PCU combinée ou à progestatif seul :** • Elle peut commencer ou recommencer à utiliser des injectables le jour même de la prise de la PCU. *Inutile d'attendre ses prochaines règles pour administrer l'injection.* Elle devra utiliser une méthode d'appoint* pendant les 7 premiers jours suivant l'injection. • Si elle ne les commence pas immédiatement, mais revient ultérieurement dans ce but, elle pourra commencer à utiliser les injections à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte.

(Suite à la page suivante)

Situation de la femme	Quand commencer ? *(suite)*
	Après avoir pris une PCU à base d'ulipristal acétate (UPA) : • Elle peut commencer ou recommencer les injectables le 6e jour après la prise de PCU-UPA. Lui donner un rendez-vous pour qu'elle revienne pour l'injection le 6e jour ou dès que possible après ce délai. *Inutile d'attendre ses prochaines règles pour administrer l'injection.* Le progestatif contenu dans les injectables et l'UPA interagissent l'un avec l'autre. Si la femme commence à utiliser un injectable plus tôt, les deux molécules seront présentes en même temps dans son organisme. Cela risque de les rendre moins efficaces. • Elle devra utiliser une méthode d'appoint* entre le moment où elle prend la pilule contraceptive d'urgence à base d'ulipristal acétate et le 7e jour suivant l'injection. • Si elle ne commence pas le 6e jour mais revient ultérieurement dans ce but, elle pourra commencer à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte.

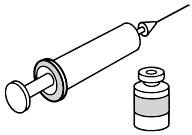
Fournir des conseils sur les effets secondaires

IMPORTANT : des conseils approfondis sur les changements dans les saignements et autres effets secondaires doivent être fourni avant de commencer à administrer à une femme des injectables à progestatif seul. Les conseils sur les changements dans les saignements représentent probablement l'aide la plus importante dont une femme a besoin pour continuer à utiliser la méthode sans inquiétude.

Décrire les effets secondaires les plus fréquents	• Pendant les premiers mois : – des saignements irréguliers, des saignements prolongés, des saignements fréquents • Plus tard : – absence de saignements menstruels • Une prise de poids (d'environ 1 à 2 kg par an), des céphalées, des vertiges et possiblement d'autres effets secondaires.
Expliquer ces effets secondaires	• Les effets secondaires ne sont pas le signe d'une maladie. • Ils sont courants, bien que certaines femmes n'en aient pas. • La patiente peut revenir demander de l'aide si les effets secondaires la gênent ou l'inquiètent.

Administrer une injection intramusculaire avec une seringue conventionnelle

1. Se procurer une dose d'injectable, une aiguille et une seringue



- AMPR : 150 mg
- NET-EN: 200 mg
- Pour chaque injection, utiliser une seringue préremplie à usage unique et une aiguille provenant d'un emballage neuf et scellé (en s'assurant que la date de péremption est encore valide et qu'il n'est pas endommagé), si possible.
- Si des seringues préremplies à usage unique ne sont pas disponibles, utiliser un flacon unidose. Vérifier la date de péremption sur le flacon. Si un flacon multidose déjà ouvert est utilisé, vérifier qu'il ne fuit pas.
  - AMPR : utiliser une seringue de 2 ml et une aiguille intramusculaire de calibre 21 à 23.
  - NET-EN : utiliser une seringue de 2 ou 5-ml et une aiguille intramusculaire de calibre 19. Il est également possible d'utiliser une aiguille plus fine (de calibre 21 à 23).

2. Laver

- Se laver les mains à l'eau et au savon, si possible. Laisser les mains sécher à l'air libre.
- Si le site d'injection est sale, le laver à l'eau et au savon.
- Inutile d'essuyer le site d'injection avec un antiseptique.

Si vous utilisez une seringue préremplie, passer à l'étape 5.

3. Préparer le flacon

- AMPR : agiter délicatement le flacon.
- NET-EN : inutile d'agiter le flacon.
- Inutile d'essuyer le haut du flacon avec un antiseptique.
- Si le flacon est froid, le réchauffer à température de la peau avant d'administrer l'injection.

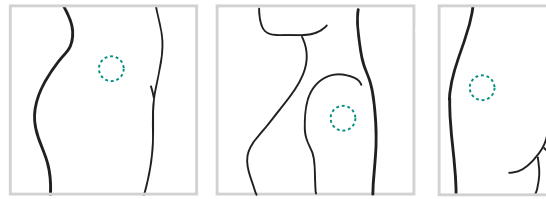
4. Remplir la seringue

- Percer le haut du flacon avec l'aiguille stérile et remplir la seringue avec la dose appropriée.

(Suite à la page suivante)

5. Injecter la formule

- Insérer l'aiguille profondément dans la hanche (muscle ventro-grand fessier), le haut du bras (muscle deltoïde) ou les fesses (grand fessier, partie supérieure extérieure), selon la préférence de la femme. Injecter le contenu de la seringue.
- Ne pas masser le site d'injection.



6. Éliminer les seringues et les aiguilles jetables en toute sécurité

- Ne pas recapuchonner, plier ou casser les aiguilles avant de les jeter.
- Les placer dans un récipient imperforable pour objets pointus et tranchants.
- Ne pas réutiliser les seringues et les aiguilles jetables. Elles sont destinées à être détruites après une seule utilisation. Elles sont très difficiles à désinfecter à cause de leur forme. Par conséquent, les réutiliser expose à un risque de transmission de maladies telles que le VIH et l'hépatite.
- En cas d'utilisation de seringues et d'aiguilles réutilisables, celles-ci doivent être stérilisées après chaque utilisation (voir Prévention des infections dans le centre de santé, au chapitre 26 - Fourniture de services de planification familiale, p. 404).

Administrer l'injection sous-cutanée d'AMPR en seringue Uniject (Sayana Press)

1. Réunir le matériel nécessaire

Le matériel comprend :

- un dispositif d'injection prérempli Uniject à température ambiante dont la date de péremption n'est pas dépassée
- du savon et de l'eau propre
- des coton-tiges ou boules de coton, si disponibles
- un récipient imperforable pour l'élimination en toute sécurité des objets piquants et tranchants

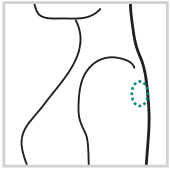
2. Laver

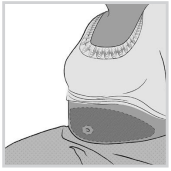
- Se laver les mains à l'eau et au savon, si possible.
- Laisser les mains sécher à l'air libre.
- Si le site d'injection est sale, le laver à l'eau et au savon.
- Inutile d'essuyer le site d'injection avec un antiseptique.

3. Demander à la patiente où elle souhaite recevoir l'injection

Il est possible d'administrer l'injection juste sous la peau :

- à l'arrière du haut du bras
- dans l'abdomen (sauf dans le nombril)
- à l'avant de la cuisse



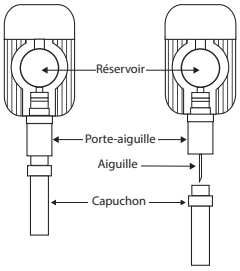


4. Ouvrir la pochette

- Ouvrir la pochette en aluminium et retirer le dispositif.

5. Mélanger la solution

- Tenir le dispositif par le porte-aiguille (voir schéma 1).
- Le secouer vigoureusement pendant 30 secondes.
- Vérifier que la solution est bien mélangée (granules réparties dans toute la solution) et que rien n'est endommagé ou ne fuit.

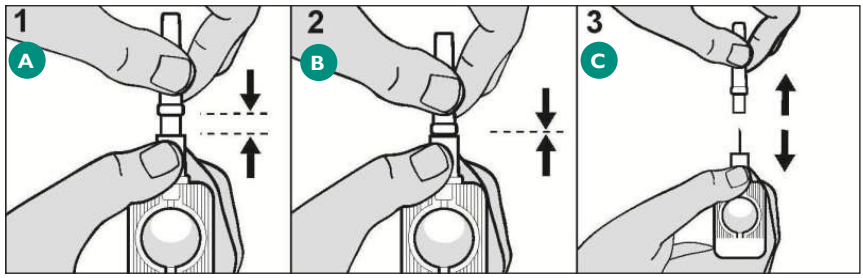


1. Parties du dispositif Uniject

(Suite à la page suivante)

6. Presser les deux parties

- Tenir le dispositif par le porte-aiguille.
- Tenir le dispositif avec l'aiguille pointée vers le haut pour éviter de renverser le médicament.
- Placer le capuchon sur le porte-aiguille (voir la partie A du schéma 2 ci-dessous).
- Continuer à appuyer fermement jusqu'à ce qu'il n'y ait plus d'espace libre entre le capuchon et le porte-aiguille (voir la partie B de l'image 2, ci-dessous).
- Retirer le capuchon (voir la partie C du schéma 2 ci-dessous).



2. Presser les deux parties l'une contre l'autre et retirer le capuchon.

7. Administrer l'injection

3. Pincer la peau et injecter.

- Pincer délicatement la peau au niveau du site d'injection (voir le schéma 3). Cela permet de s'assurer que le médicament est injecté dans le tissu adipeux situé juste sous la peau et non dans le muscle.
- Tenir le porte-aiguille. Pousser délicatement l'aiguille pointée vers le bas (jamais vers le haut) droit dans la peau jusqu'à ce que le porte-aiguille touche la peau.
- Presser lentement le réservoir. Cela prend 5 à 7 secondes.
- Retirer l'aiguille puis relâcher la peau.
- Ne pas nettoyer ni masser le site après l'injection.

8. Éliminer le dispositif usagé

- Ne pas recapuchonner.
- Placer le dispositif dans le récipient d'élimination des objets tranchants.

Accompagner l'utilisatrice

Donner des consignes spécifiques	• Lui dire de ne pas masser le site d'injection. • Indiquer le nom de l'injection à la patiente. • Convenir de la date de sa prochaine injection et lui donner une fiche de rendez-vous où vous aurez écrit cette date.

L'auto-injection peut être une possibilité

Les femmes peuvent apprendre à s'injecter elles-mêmes la formulation sous-cutanée d'AMPR (AMPR-SC). Certaines femmes préfèrent l'auto-injection aux injections pratiquées par le personnel de santé. L'auto-injection peut leur permettre de gagner du temps et de l'argent. L'OMS recommande de proposer l'auto-administration de la contraception injectable comme une possibilité dès lors qu'il s'agit d'une approche supplémentaire pour fournir une contraception injectable aux femmes en âge de procréer.

Apprendre l'auto-injection aux patientes

Certaines patientes voudront s'administrer elles-mêmes les injections. Vous pouvez leur apprendre à le faire. Les étapes suivantes s'appliquent à l'auto-injection d'AMPR-SC en système d'injection Uniject (commercialisé sous le nom de Sayana Press).

1. **Définir comment conserver et éliminer les dispositifs.**

   Conservation. Identifier avec la patiente un endroit où elle pourra conserver les dispositifs pendant plusieurs mois. Ils doivent être conservés hors de la portée des enfants et des animaux et à température moyenne (ni à la lumière directe du soleil ni au réfrigérateur).

   Élimination. Identifier avec la patiente comment jeter le dispositif dans un récipient muni d'un couvercle qui ne peut pas être perforé et peut être conservé hors de la portée des enfants. (Les programmes locaux devraient déterminer comment aider les femmes à éliminer les aiguilles usagées).

2. **Expliquer et montrer à la patiente comment s'auto-injecter**. Montrer le dispositif à la patiente et en décrire les différentes parties. (Voir le schéma dans les consignes d'utilisation, aux pages suivantes.) Donner à la patiente un exemplaire des consignes d'utilisation et des schémas figurant aux pages

Suite à la page 86

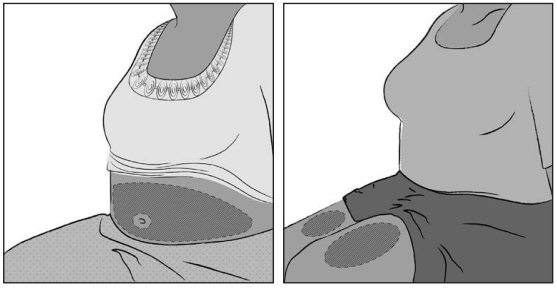
Note : Les consignes d'administration fournies dans Comment vous auto-administrer une injection avec Sayana Press à la page suivante peuvent être copiées et données à la patiente.

Comment vous auto-administrer une injection avec Sayana Press ?

Étapes importantes	Comment procéder ?

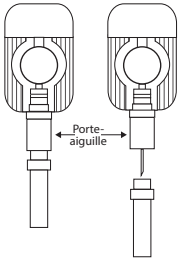
1. Choisissez le site d'injection approprié

Choisissez soit : le ventre (mais pas le nombril) **ou** l'avant de la cuisse.



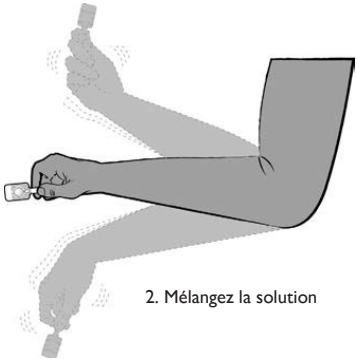
1. Où administrer l'injection

2. Tenez le dispositif et mélangez la solution



Différentes parties du dispositif Uniject

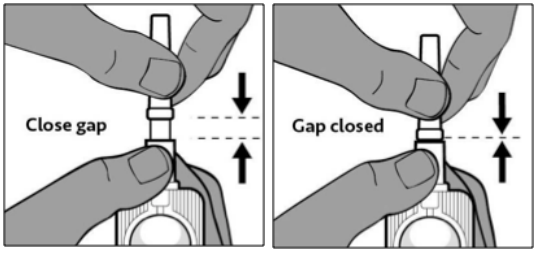
- Après vous être lavé les mains, ouvrez la pochette et sortez-en le dispositif d'injection.
- Tenez le dispositif par le porte-aiguille (pas le capuchon) et secouez-le vigoureusement pendant environ 30 secondes. Assurez-vous que la solution est bien mélangée.



2. Mélangez la solution

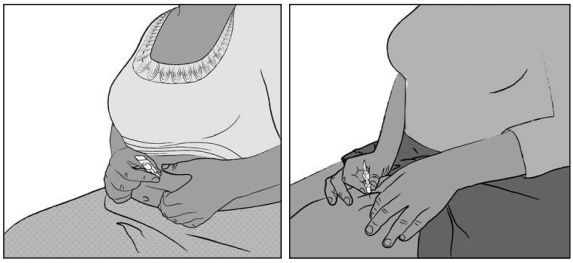
3. Pressez le capuchon et le porte-aiguille l'un contre l'autre pour combler l'espace libre

- Pointez l'aiguille vers le haut.
- Tenez le capuchon dans une main et le porte-aiguille dans l'autre.
- Pressez le capuchon fermement vers le bas jusqu'à ce qu'il n'y ait plus d'espace libre.



3. Combler l'écart

Étapes importantes	Comment procéder ?
4. Pincez la peau pour former une "tente"	• Retirez le capuchon de l'aiguille. Tenez le dispositif par le porte-aiguille. • Avec l'autre main, pincez environ 4 cm de peau.
5. Placez l'aiguille dans la peau, puis pressez lentement le réservoir	• Pressez l'aiguille directement dans la peau en l'orientant vers le bas. • Enfoncez l'aiguille jusqu'à ce que le porte-aiguille touche complètement la peau. • Pressez le réservoir lentement, pendant 5 à 7 secondes.
6. Éliminez l'aiguille en toute sécurité	• Retirez l'aiguille et relâchez la peau. • Placez le dispositif dans un récipient refermable et imperforable.
7. Définissez la date de la prochaine injection	• Notez la date de la prochaine injection sur votre calendrier ou utilisez un autre système de rappel. Cette date est fixée au même jour du mois dans 3 mois à compter d'aujourd'hui. • Vous pouvez vous administrer vous-même la prochaine injection dès 2 semaines avant cette date et jusqu'à 4 semaines après cette date. • Si vous avez plus de 4 semaines de retard, utilisez une autre méthode contraceptive et consultez le personnel de santé. • Assurez-vous d'avoir à votre disposition un autre dispositif pour la prochaine injection dont la date de péremption ne soit pas dépassée d'ici là.



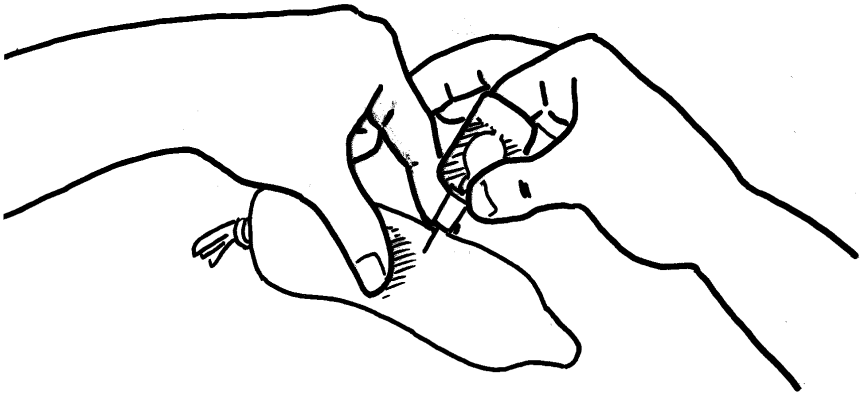
4 et 5. Pincez la peau et enfoncez l'aiguille.

Si vous avez besoin d'aide ou d'autres dispositifs d'injection, contactez :

_____

à/au _____

précédentes, une notice similaire ou un livret comprenant des instructions plus détaillées. Lui expliquer les étapes importantes. Utiliser un échantillon de dispositif d'injection et un modèle d'injection (plutôt qu'un membre humain) pour expliquer et montrer à la patiente comment procéder à chaque étape et l'aider à suivre les instructions de la notice que vous lui avez remise. (En l'absence de modèle d'injection, utiliser un préservatif rempli de sel ou de sucre. Il est également possible d'utiliser un fruit ou du pain.)



3. **Demander à la patiente de l'essayer**. Après avoir montré les étapes de l'auto-injection, demander à la patiente de s'entraîner à effectuer l'injection avec le dispositif Uniject. L'observer, puis discuter de ce qui s'est bien passé et ce qui n'a pas fonctionné. Répondre à ses questions et inviter la patiente à continuer de s'entraîner à administrer l'injection sur le modèle jusqu'à ce qu'elle parvienne à réaliser toutes les étapes correctement et qu'elle se sente prête à s'auto-administrer l'injection.
4. **Demander à la femme de pratiquer l'auto-injection pendant que vous l'observez.** Lorsqu'elle y est parvenue, lui donner les dispositifs d'injection qu'elle emportera chez elle pour qu'elle puisse s'administrer les injections elle-même tous les trois mois à l'avenir. S'assurer qu'elle comprend bien à quelles dates les prochaines injections devront être effectuées et comment calculer ces dates en notant le même jour du mois tous les 3 mois.
5. **Indiquer à la patiente où se procurer d'autres dispositifs d'injection.** L'inviter à vous contacter en cas de questions ou de problèmes liés à l'auto-injection ou s'il lui faut une réserve supplémentaire de dispositifs d'injection.

Accompagner les utilisatrices continues

En quoi le partenaire peut-il être utile ?

Le partenaire de la patiente est invité à participer à des séances de conseil et à en savoir plus sur la méthode et sur la façon dont il peut aider sa partenaire. Le partenaire peut :

- soutenir la femme dans le choix d'utiliser des injectables à progestatif seul
- faire preuve de compréhension et de soutien si elle a des effets secondaires
- l'aider à se rappeler de la date de sa prochaine injection
- l'aider à s'assurer d'avoir des pilules contraceptives d'urgence (PCU) à portée de main si elle a plus de 4 semaines de retard pour une injection d'AMPR ou plus de 2 semaines de retard pour une injection de NET-EN
- utiliser systématiquement des préservatifs en complément des injectables à progestatif seul s'il est atteint d'une IST ou du VIH ou s'il pense être exposé au risque d'une IST ou du VIH.

"Revenez à n'importe quel moment" : raisons de revenir avant la prochaine injection

Indiquer à chaque patiente qu'elle peut revenir à tout moment, par exemple si elle a des problèmes, des questions ou si elle souhaite utiliser une autre méthode. Elle peut également revenir si elle constate un changement important dans son état de santé ou si elle pense être enceinte.

Conseils généraux en matière de santé

Une personne qui sent soudainement que quelque chose va mal avec sa santé devrait immédiatement chercher à obtenir des soins médicaux auprès d'une infirmière ou d'un médecin. Il est fort probable que la cause de cet état ne soit pas la méthode contraceptive, mais elle devrait quand même indiquer laquelle elle utilise au personnel de santé.

Fixer la date de la prochaine injection

1. Convenir d'une date pour la prochaine injection de la patiente, dans 3 mois (13 semaines) pour l'AMPR, ou dans 2 mois (8 semaines) pour le NET-EN. Lui donner une fiche de rendez-vous où la date sera notée (ou les dates, si elle pratique l'auto-injection et emporte plus d'un dispositif d'injection chez elle). Discuter des moyens permettant de se rappeler la date, par exemple en l'associant à un jour férié ou à un autre événement, ou en entourant la date sur un calendrier.

2. Lui demander d'essayer de revenir à la date convenue. Si elle utilise l'AMPR, elle peut revenir jusqu'à 4 semaines après la date prévue pour l'injection et recevoir son injection. Si elle utilise le NET-EN, elle peut revenir jusqu'à 2 semaines après la date prévue pour l'injection et recevoir son injection. Qu'elle utilise l'AMPR ou le NET-EN, elle peut aussi revenir jusqu'à 2 semaines avant la date d'injection prévue.
3. Elle devrait revenir quel que soit le retard par rapport à la date prévue pour sa prochaine injection. Voir Que faire en cas de retard d'injection ?, ci-dessous.

Consultations pour recevoir les injections suivantes

1. Demander à la patiente si tout se passe bien avec la méthode et si elle en est satisfaite. Lui demander si elle a des questions ou si elle souhaite discuter de certains aspects en particulier.
2. Lui demander si elle est préoccupée par des changements dans les saignements. Lui fournir les informations ou l'aide dont elle a besoin (voir Prendre en charge les problèmes, à la page suivante).
3. Lui administrer l'injection. Une injection d'AMPR peut être administrée avec 4 semaines de retard. Une injection de NET-EN peut être administrée avec 2 semaines de retard. L'un ou l'autre peuvent être administrées jusqu'à 2 semaines plus tôt (voir la question 14, à la fin de ce chapitre).
4. Prévoir la prochaine injection. Convenir d'une date pour la prochaine injection (dans 3 mois pour l'AMPR, dans 2 mois pour le NET-EN). Lui rappeler qu'elle devrait essayer de revenir à temps (au rendez-vous prévu, s'il y en a un), mais qu'elle devra revenir de toute manière quelle que soit la durée de ce retard (Voir Que faire en cas de retard d'injection ?, ci-dessous).
5. Environ une fois par an, mesurer sa tension artérielle, si possible (voir Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation des injectables à progestatif seul, question 3 de ce chapitre, p. 72).
6. Demander aux patientes qui utilisent la méthode depuis longtemps si elles ont de nouveaux problèmes de santé. Traiter les problèmes comme il se doit. Voir Nouveaux problèmes pouvant nécessiter un changement de méthode, p. 91.
7. Demander aux patientes qui utilisent la méthode depuis longtemps si des changements importants susceptibles de modifier leurs besoins sont survenus dans leur vie : par exemple, le projet d'avoir des enfants ou l'exposition à un risque d'IST ou de VIH. Assurer le suivi, tel que nécessaire.

Que faire en cas de retard d'injection ?

- Si la patiente a moins de 4 semaines de retard pour une injection répétée d'AMPR ou moins de 2 semaines de retard pour une injection répétée de NET-EN, elle peut recevoir sa prochaine injection. Inutile de faire des analyses, un bilan ou d'utiliser une méthode d'appoint.
- Si la patiente a plus de 4 semaines de retard pour une injection répétée d'AMPR ou plus de 2 semaines de retard pour une injection répétée de NET-EN, elle peut recevoir sa prochaine injection si :
  - elle n'a pas eu de rapports sexuels plus de 2 semaines après la date prévue pour son injection, ou

- elle a utilisé une méthode d'appoint ou pris une pilule contraceptive d'urgence (PCU) après tout rapport sexuel non protégé ayant eu lieu plus de 2 semaines après la date prévue pour son injection, ou
- elle pratique l'allaitement maternel complet ou quasi complet et a accouché depuis moins de 6 mois.

Cependant, dans les trois cas, elle devra utiliser une méthode d'appoint pendant les 7 premiers jours suivant l'injection.

- Si la cliente a plus de 4 semaines de retard pour une injection d'AMPR ou plus de 2 semaines de retard pour une injection de NET-EN et qu'elle ne remplit pas ces trois critères, d'autres mesures peuvent être prises pour être raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte (voir l'aide-mémoire "Éviter une grossesse"). Ces mesures peuvent s'avérer utiles car un grand nombre de femmes qui ont utilisé des injectables à progestatif seul n'auront pas leurs règles pendant au moins plusieurs mois, même après avoir arrêté les injections. Lui demander de revenir lorsqu'elle aura ses prochains saignements menstruels risquerait donc de retarder inutilement sa prochaine injection. Elle pourrait être laissée sans protection contraceptive.
- Discuter des raisons pour lesquelles la patiente est en retard pour sa nouvelle injection et chercher des solutions. Lui rappeler d'essayer de revenir tous les 3 mois pour l'injection d'AMPR ou tous les 2 mois pour l'injection de NET-EN. Si respecter ces délais lui pose souvent problème, discuter de la possibilité de l'auto-injection d'AMPR-SC et de l'utilisation d'une méthode d'appoint lorsqu'elle est en retard pour l'injection suivante, de la prise de PCU ou du choix d'une autre méthode, telle que l'implant ou le DIU.

Prendre en charge les problèmes

Problèmes signalés comme effets secondaires

Les problèmes peuvent être liés ou non à des injectables à progestatif seul mais ils ont une incidence sur le niveau de satisfaction de la femme et sur l'utilisation de cette méthode. Le prestataire de soins doit y prêter attention. Les informations suivantes indiquent comment traiter les effets secondaires signalés et les conditions spécifiques.

Pour tout effet secondaire signalé

- Écouter les préoccupations de la patiente, lui donner des conseils et lui apporter un soutien et, le cas échéant, suivre un traitement. Vérifier qu'elle a bien compris les conseils et qu'elle les accepte.
- Proposer d'aider la patiente à choisir une autre méthode, immédiatement si elle le souhaite ou plus tard si les problèmes ne peuvent pas être résolus.

Absence de saignements menstruels

- La rassurer et lui indiquer que la plupart des femmes qui utilisent des injectables à progestatif seul n'ont plus leurs règles après un certain temps et que cela est sans risques. Il n'est pas nécessaire d'avoir des saignements tous les mois ; le sang ne s'accumule pas dans son corps. Cela s'apparente à l'absence de règles pendant la grossesse. Cela ne signifie pas qu'elle est devenue stérile. Certaines femmes sont heureuses de ne plus avoir leurs règles, lorsqu'elles comprennent que cela est sans risques.
- Si le fait de ne pas avoir de saignements menstruels la gêne ou l'inquiète, elle peut souhaiter passer aux injectables mensuels (combinés), s'ils sont disponibles (voir Chapitre 5).

Saignements irréguliers (saignements à des moments inattendus)

- La rassurer et lui indiquer qu'un grand nombre de femmes utilisant des injectables à progestatif seul ont des saignements irréguliers. Cela n'est pas grave. Généralement, ils s'atténuent ou cessent après les premiers mois d'utilisation.
- Pour un soulagement modeste à court terme, elle peut prendre 500 mg d'acide méfénamique 2 fois par jour après les repas pendant 5 jours ou 40 mg de valdécoxib par jour pendant 5 jours, dès que les saignements irréguliers commencent.
- Si les saignements irréguliers persistent ou s'ils commencent après plusieurs mois de règles normales ou d'absence de menstruations, ou si vous suspectez un autre problème pour d'autres raisons, envisager des affections sous-jacentes qui ne sont pas liées à l'utilisation de la méthode (voir Saignements vaginaux inexpliqués, p. 92).

Prise de poids

- Revoir le régime alimentaire de la patiente avec elle et la conseiller si nécessaire.

Ballonnements et gênes abdominales

- Envisager des remèdes disponibles localement.

Saignements abondants ou prolongés (deux fois plus abondants que d'habitude ou qui durent plus de 8 jours)

- La rassurer en lui expliquant que certaines femmes utilisant des injectables à progestatif seul ont des saignements abondants ou prolongés. Cela est sans risques et s'atténue ou cesse généralement après quelques mois.
- Pour un soulagement modeste à court terme, elle peut essayer les médicaments suivants (un à la fois) dès que les saignements abondants commencent :
  - 500 mg d'acide méfénamique deux fois par jour après les repas pendant 5 jours
  - 40 mg de valdécoxib par jour pendant 5 jours
  - 50 µg d'éthinylestradiol par jour pendant 21 jours

- Si les saignements nuisent à la santé de la femme, ou si tel est son souhait, l'aider à choisir une autre méthode. En attendant, elle peut utiliser l'un des traitements susmentionnés pour réduire les saignements.
- Pour contribuer à prévenir l'anémie, lui suggérer de prendre des comprimés de fer et lui dire qu'il est important de manger des aliments riches en fer, par exemple de la viande et de la volaille (surtout du bœuf et du foie de volaille), du poisson, des légumes à feuilles vertes et des légumineuses (haricots, tofu, lentilles et pois).
- Si les saignements abondants ou prolongés persistent ou s'ils commencent après plusieurs mois de règles normales ou d'absence de menstruations, ou si vous suspectez un autre problème pour d'autres raisons, envisager des affections sous -jacentes qui ne sont pas liées à l'utilisation de la méthode (voir la colonne "Saignements vaginaux inexpliqués", à la page suivante).

Maux de tête ordinaires (qui ne sont pas des migraines)

- Lui recommander de prendre de l'aspirine (325 à 650 mg), de l'ibuprofène (200 à 400 mg), du paracétamol (325 à 1 000 mg) ou un autre antidouleur.
- Un bilan devra être effectué en cas d'aggravation ou d'augmentation de la fréquence des maux de tête lors de l'utilisation des injectables.

Changements d'humeur ou modification de la libido

- Lui demander s'il y a eu des changements dans sa vie ayant pu affecter son humeur ou sa libido, notamment des changements dans sa relation avec son partenaire. Lui apporter le soutien nécessaire.
- Les patientes qui présentent des modifications importantes de l'humeur tels qu'une dépression sévère devraient être orientées vers les services de soins compétents.
- Envisager des remèdes disponibles localement.

vertiges

- Envisager des remèdes disponibles localement.

Nouveaux problèmes pouvant nécessiter un changement de méthode

Ces problèmes peuvent également être dus ou non à l'utilisation d'injectables à progestatif seul.

Migraines (voir l'aide-mémoire Identifier les migraines avec ou sans aura, p. 458-460)

- Si la patiente a des migraines sans aura, elle peut, si elle le souhaite, continuer à utiliser la méthode.

- Si elle a des migraines avec aura, ne pas lui administrer d'injection. L'aider à choisir une méthode non hormonale.

Saignements vaginaux inexpliqués (suggérant un problème médical non lié à la méthode)

- Orienter vers les services compétents ou évaluer à partir des antécédents et de l'examen pelvien. Diagnostiquer et traiter comme il se doit.
- Si aucune cause ne peut être identifiée pour les saignements, envisager d'arrêter les injectables à progestatif seul pour faciliter le diagnostic. Lui fournir une autre méthode de son choix qu'elle pourra utiliser jusqu'à ce qu'un bilan soit effectué et qu'elle ait reçu un traitement (hormis un implant, un DIU au cuivre ou un DIU-LNG).
- Si les saignements sont dus à une IST ou à une maladie inflammatoire pelvienne, elle peut continuer à utiliser les injectables à progestatif seul pendant le traitement.

Certaines affections graves (d'artère bouchée ou de sténose artérielle, maladie hépatique grave, hypertension artérielle sévère, caillots sanguins dans une veine profonde des jambes ou dans les poumons, accident vasculaire cérébral, cancer du sein, lésions causées par le diabète aux artères, à la vision, aux reins ou au système nerveux).
Voir l'annexe B - Signes et symptômes de graves problèmes de santé.

- Ne pas administrer la prochaine injection.
- Lui proposer une méthode d'appoint qu'elle pourra utiliser jusqu'à ce qu'un bilan soit effectué.
- L'orienter vers les services de diagnostic et de soins compétents si elle n'est pas encore prise en charge.

Suspicion de grossesse

- Déterminer si la patiente est enceinte.
- Arrêter les injections si la grossesse est confirmée.
- Il n'y a pas de risque connu pour le fœtus conçu lorsqu'une femme utilise des injectables (voir question 12) ou pour une femme qui reçoit une injection pendant sa grossesse.

Questions et réponses à propos des injectables à progestatif seul

1. Les femmes qui sont exposées à un risque d'infections sexuellement transmissibles (IST) peuvent-elles utiliser des injectables à progestatif seul ?

Oui. Les femmes exposées à un risque d'IST peuvent utiliser des injectables à progestatif seul. Les quelques études disponibles ont montré que les femmes utilisant de l'AMPR sont plus susceptibles d'être exposées à une infection à chlamydia que les femmes n'utilisant pas de contraception hormonale. La raison de cette différence est méconnue. Il n'existe que peu d'études disponibles sur l'utilisation de NET-EN et les IST. Il convient de conseiller à une utilisatrice d'injectables à progestatif seul exposée à un risque d'IST, comme à toute personne dans ce cas, d'utiliser des préservatifs correctement et systématiquement lors de chaque rapport sexuel.

2. Les femmes exposées à un risque élevé de VIH peuvent-elles utiliser des injectables à progestatif seul ?

Oui. Les femmes exposées à un risque élevé d'infection par le VIH peuvent utiliser n'importe quelle méthode contraceptive, y compris les injectables à progestatif seul, à l'exception des spermicides contenant du nonoxynol-9 (seuls ou avec un diaphragme associé) (voir le chapitre 16 - Spermicides et Diaphragmes, p. 271). Des informations plus détaillées sur ce sujet sont fournies dans le chapitre 23 - Planification familiale pour les adolescentes et les femmes exposées à un risque élevé d'infection par le VIH, y compris l'importance d'intégrer les services de dépistage du VIH dans les soins de planification familiale dans les environnements où le risque de VIH est élevé.

3. Si une femme n'a pas de saignements menstruels alors qu'elle utilise des injectables à progestatif seul, cela signifie-t-il qu'elle est enceinte ?

Probablement pas, surtout si elle allaite au sein. À terme, la plupart des femmes utilisant des injectables à progestatif seul n'auront plus de saignements menstruels Si la femme a reçu ses injections à temps, elle n'est probablement pas enceinte et peut continuer à utiliser les injectables. Si, après avoir essayé de la rassurer, elle continue à s'inquiéter, elle peut se voir proposer un test de grossesse, s'il est disponible, ou être orientée vers les services compétents pour le pratiquer. Si l'absence de règles la gêne ou la préoccupe, il pourrait être indiqué de passer à une autre méthode

4. Une femme qui allaite peut-elle utiliser en toute sécurité des produits injectables à progestatif seul ?

Oui. C'est un bon choix pour une mère qui allaite et qui souhaite utiliser une méthode hormonale. Les injectables à progestatif seul ne présentent pas de risques pour la mère ni pour le bébé et peuvent être commencés dès 6 semaines après l'accouchement. Ils n'affectent pas la lactation.

5. Combien de poids les femmes qui utilisent des injectables à progestatif seul prennent-elles ?

Les femmes prennent en moyenne 1 à 2 kg par an lorsqu'elles utilisent l'AMPR. Une partie de cette prise de poids pourrait correspondre au poids habituel que les gens prennent en vieillissant. Certaines femmes, en particulier les adolescentes en surpoids, prennent bien plus d'1 à 2 kg par an. Parallèlement, certaines utilisatrices d'injectables à progestatif seul perdent du poids ou n'observent aucun changement significatif de poids. Les femmes asiatiques en particulier ont tendance à ne pas prendre de poids lorsqu'elles utilisent l'AMPR.

6. L'AMPR et le NET-EN peuvent-ils provoquer un avortement ?

Non. Les recherches sur les injectables à progestatif seul montrent qu'ils ne perturbent pas une grossesse en cours. Ils ne devraient pas être utilisés pour essayer de provoquer un avortement. Cela ne fonctionnera pas.

7. Les injectables à progestatif seul peuvent-ils rendre une femme stérile ?

Non. Le retour de la fertilité après l'arrêt des injectables à progestatif seul peut être retardé, mais avec le temps, la femme retrouvera sa capacité à tomber enceinte comme avant, bien que la fertilité diminue avec l'âge. La femme retrouve généralement un schéma de saignements identique à ceux qu'elle avait avant d'utiliser les injectables à progestatif seul plusieurs mois après la dernière injection, même si elle n'avait pas de saignements menstruels lorsqu'elle utilisait les injectables.

8. Combien de temps faut-il pour tomber enceinte après avoir arrêté l'AMPR ou le NET-EN ?

Les femmes qui cessent d'utiliser l'AMPR attendent environ 4 mois de plus en moyenne pour tomber enceintes que celles qui utilisaient d'autres méthodes. Cela signifie qu'elles tombent enceintes en moyenne 10 mois après leur dernière injection. Les femmes qui cessent d'utiliser NET-EN attendent environ 1 mois de plus en moyenne pour tomber enceintes que celles qui utilisaient d'autres méthodes, soit 6 mois après leur dernière injection. Les délais indiqués sont des moyennes. Une femme ne devrait pas s'inquiéter si elle n'est pas encore tombée enceinte 12 mois après l'arrêt des injections. La durée d'utilisation des injectables n'a pas d'incidence sur la rapidité avec laquelle la femme peut tomber enceinte après l'arrêt des injections.

Après l'arrêt des injectables à progestatif seul, une femme peut ovuler avant le retour de ses saignements menstruels, et donc tomber enceinte. Si elle souhaite continuer à éviter une grossesse, elle devrait commencer une autre méthode avant que ses règles ne reviennent.

9. L'AMPR est-il une cause de cancer ?

Non. De nombreuses études montrent que l'AMPR n'est pas une cause de cancer. En fait, l'utilisation de l'AMPR offre une protection contre le cancer du corps de l'utérus (cancer de l'endomètre). Les résultats de quelques études portant sur l'utilisation de l'AMPR et le cancer du sein sont similaires aux observations faites avec les contraceptifs oraux combinés (pilules) : les femmes utilisant l'AMPR étaient légèrement plus susceptibles de se voir diagnostiquer un cancer du sein pendant qu'elles étaient sous AMPR ou dans les 10 ans après

l'arrêt des injectables. On ignore si ces résultats peuvent être expliqués par une détection plus précoce des cancers du sein existants chez les utilisatrices d'AMPR (par exemple, en raison de contacts plus fréquents avec le personnel de santé) ou par un effet biologique de l'AMPR sur le cancer du sein.

Quelques études sur l'utilisation de l'AMPR et le cancer du col de l'utérus suggèrent que les femmes utilisant l'AMPR pendant 5 ans ou plus pourraient présenter un risque légèrement accru de cancer du col de l'utérus. Le cancer du col de l'utérus ne peut toutefois se développer uniquement à cause de l'AMPR. Il est dû à une infection persistante par le papillomavirus humain (voir la section Cancer du col de l'utérus au chapitre 22, p. 351-354). Il n'existe que peu d'informations sont disponibles sur le NET-EN. Il est considéré qu'il offre un niveau de sécurité similaire à celui de l'AMPR et d'autres méthodes contraceptives contenant un progestatif seul telles que les pilules de progestatif seul et les implants.

10. Une femme peut-elle passer d'un injectable à progestatif seul à un autre ?

Passer d'un injectable à l'autre (de l'AMPR au NET-EN ou vice versa) est sans risques et cela n'entraîne pas de baisse d'efficacité. Si le changement est nécessaire en raison d'une rupture de stock, la première injection du nouvel injectable à progestatif seul devrait être administrée à la date à laquelle la prochaine injection de l'ancienne formulation était prévue. Les patientes doivent être informées du changement, du nom du nouvel injectable à progestatif seul et de son calendrier d'administration.

11. En quoi l'AMPR affecte-t-il la densité osseuse ?

Pendant son utilisation, l'AMPR diminue légèrement la densité minérale osseuse. Cela peut augmenter le risque de développer une ostéoporose et de fractures osseuses plus tard, après la ménopause. L'OMS a conclu que cette diminution de la densité minérale osseuse ne justifie pas de fixer une limite d'âge ou de durée pour l'utilisation de l'AMPR.

12. Les injectables à progestatif seul sont-ils une cause de malformations congénitales ? Sont-ils nocifs pour le fœtus si une femme utilise accidentellement des injectables à progestatif seul pendant sa grossesse ?

Non. Des données probantes montrent que les injectables à progestatif seul ne causent pas de malformations congénitales et qu'ils ne seront pas nocifs pour le fœtus si une femme tombe enceinte alors qu'elle utilise des injectables à progestatif seul ou si elle commence à utiliser accidentellement des injectables à progestatif seul alors qu'elle est déjà enceinte

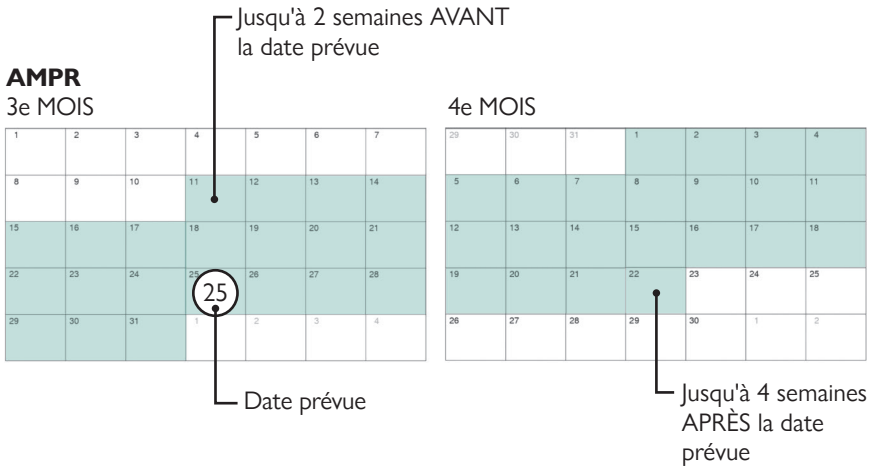
13. Les injectables à progestatif seul provoquent-ils des changements d'humeur ou une baisse de libido ?

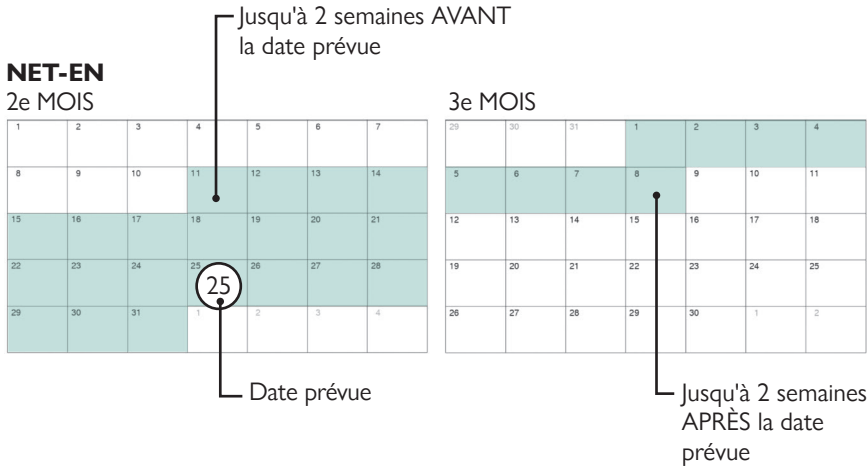
En général, non. Certaines femmes qui utilisent des injectables se plaignent effectivement de tels problèmes, mais la grande majorité des utilisatrices d'injectables ne signale toutefois pas ce type de changements. Il est difficile de dire si ces changements sont dus aux injectables à progestatif seul ou à d'autres raisons. Les prestataires de soins peuvent aider une patiente à faire face à ces problèmes (voir Changements d'humeur ou modification de la libido, dans la section de ce chapitre Prendre en charge les problèmes, p. 91). Il n'existe aucune preuve que les injectables à progestatif seul affectent le comportement sexuel de la femme.

14. Que se passe-t-il si une femme arrive en retard pour sa prochaine injection ?

Une femme peut recevoir sa prochaine injection d'AMPR jusqu'à 4 semaines de retard, sans qu'il soit nécessaire de prouver qu'elle n'est pas enceinte. Une femme peut recevoir sa prochaine injection de NET-EN jusqu'à 2 semaines de retard. Certaines femmes se présentent toutefois avec plus de retard pour leur injection. Dans ces cas, les prestataires peuvent suivre les consignes relatives à la recherche d'une grossesse (p. 461) et si une grossesse peut être évitée, l'injection peut être administrée et la femme devrait utiliser une méthode d'appoint pendant les 7 jours suivants. Que la femme soit en retard ou non pour son injection, sa prochaine injection devra être prévue 3 mois plus tard si elle utilise l'AMPR (13 semaines) et 2 mois plus tard (8 semaines) si elle utilise le NET-EN, comme d'habitude.

Quand une femme peut-elle recevoir sa prochaine injection d'AMPR ou de NET-EN ?





Injectables mensuels

Points clés pour les prestataires et les patientes

- **Les changements dans les saignements sont chose courante et sans risques.** En général, la femme constate des saignements plus légers, moins de jours de saignements, ou des saignements peu fréquents ou irréguliers.
- **Revenir à temps.** Pour garantir leur efficacité maximale, il est important de renouveler l'injection toutes les 4 semaines.
- **L'injection peut être administrée jusqu'à 7 jours avant ou après la date prévue.** Mais, même passé ce délai, la femme pourrait toujours recevoir l'injection.

Que sont les injectables mensuels ?

- Les injectables mensuels contiennent deux hormones (un progestatif et un œstrogène), analogues aux hormones naturellement présentes dans le corps de la femme : la progestérone et les œstrogènes. (Les contraceptifs oraux combinés contiennent eux aussi ces 2 types d'hormones.)
- Ils sont également appelés contraceptifs injectables combinés, CIC, ou encore « l'injection ».
- Les informations fournies dans ce chapitre s'appliquent à l'association acétate de médroxyprogestérone (MPA)/estradiol cypionate et à l'association énanthate de noréthistérone (NET-EN)/estradiol valérate. Elles peuvent également s'appliquer à des formulations plus anciennes, moins connues.
- L'association MPA/estradiol cypionate est commercialisée sous les noms de marque Ciclofem, Ciclofemina, Cyclofem, Cyclo-Provera, Feminena, Lunella, Lunelle et Novafem. L'association NET-EN/estradiol valérate est commercialisée sous les noms de marque Mesigyna et Norigynon.
- Leur mode d'action principal consiste à empêcher la libération des ovocytes par les ovaires (l'ovulation).

Quelle efficacité ?

L'efficacité dépend du fait que la femme revienne à temps : c'est lorsqu'une femme est en retard pour une injection ou en manque une que le risque de grossesse est le plus élevé.

- On observe environ 3 grossesses pour 100 femmes pendant la première année d'utilisation des injectables mensuels tels qu'ils sont utilisés habituellement. Autrement dit, 97 femmes utilisant des injectables mensuels sur 100 ne tomberont pas enceintes.
- Lorsque les femmes ont leurs injections à temps, on observe moins d'une grossesse sur 100 femmes sous injectables mensuels pendant la première année d'utilisation (5 pour 10 000 femmes).

Retour de la fécondité après l'arrêt des injections : environ 5 mois en moyenne, soit un mois de plus qu'avec la plupart des autres méthodes (voir la question 11, p. 100).

Protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST) : aucune

Pourquoi les injectables mensuels sont-ils appréciés de certaines femmes ?

- Ils ne nécessitent pas d'action quotidienne.
- Ils sont discrets : il est impossible de dire que la femme utilise une contraception.
- Ils peuvent être arrêtés à tout moment.
- Ils conviennent bien pour espacer les naissances.

Effets secondaires, bénéfices et risques pour la santé

Effets secondaires (voir aussi Prendre en charge les problèmes, p. 112)

Certaines utilisatrices indiquent les situations suivantes :

- changements dans les modes de saignement†, notamment :
  - saignements plus légers et moins longs,
  - saignements irréguliers,
  - saignements peu fréquents,
  - saignements prolongés,
  - absence de saignements menstruels ;
- prise de poids ;
- maux de tête ;
- vertiges ;
- tensions mammaires.

Les changements dans les modes de saignements sont normaux et sans risques. Si une femme les trouve gênants ou inquiétants, il peut s'avérer utile de lui apporter des conseils et un soutien.

Bénéfices connus pour la santé et risques connus pour la santé

Les études à long terme sur les injectables mensuels sont limitées, mais les chercheurs pensent que leurs bénéfices et leurs risques pour la santé sont analogues à ceux des contraceptifs oraux combinés (voir Contraceptifs oraux combinés, Bénéfices et risques pour la santé, p. 3). Il pourrait toutefois y avoir certaines différences au niveau des effets sur le foie (voir la question 2, p. 116).

Corriger les idées reçues (voir aussi Questions/réponses, p. 116)

Les injectables mensuels :

- peuvent arrêter les saignements menstruels, mais cela est sans risques. Cela ressemble au fait de ne pas avoir ses règles pendant la grossesse. Le sang ne s'accumule pas dans le corps de la femme ;
- ne rendent pas la femme stérile ;
- ne déclenchent pas une ménopause précoce ;
- ne sont pas une cause de malformation congénitale ni de naissances multiples ;
- ne causent pas de démangeaisons ;
- ne modifient pas le comportement sexuel de la femme.

† *Pour la définition des modes de saignements, voir Saignements vaginaux dans le glossaire p. 407.*

Qui peut et qui ne peut pas utiliser les injectables mensuels ?

Sans risques et adaptés à pratiquement toutes les femmes

Quasiment toutes les femmes peuvent utiliser les injectables mensuels sans risques et efficacement, y compris les femmes :

- qui ont ou n'ont pas eu d'enfants ;
- qui sont mariées ou pas ;
- de tout âge, y compris les adolescentes et les femmes de plus de 40 ans ;
- qui viennent d'avoir un avortement spontané ou provoqué ;
- qui fument, quel que soit le nombre de cigarettes qu'elles fument par jour et qui ont moins de 35 ans ;
- qui fument moins de 15 cigarettes par jour et qui ont moins de 35 ans ;
- qui sont anémiques actuellement ou l'ont été dans le passé ;
- qui ont des varices ;
- qui vivent avec le VIH, qu'elles soient sous traitement antirétroviral ou pas.

Éviter les interventions inutiles

Les femmes peuvent commencer à utiliser les injectables mensuels :

- sans examen pelvien ;
- sans analyse de sang ni autre analyse de laboratoire systématique ;
- sans dépistage du cancer du col de l'utérus ;
- sans palpation des seins ;
- sans test de grossesse.
  - Une femme peut commencer à utiliser des injectables mensuels à tout moment, même si elle n'a pas ses règles à ce moment-là s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte (voir la liste de contrôle pour la grossesse en troisième de couverture).

Il est souhaitable de mesurer la tension artérielle avant de commencer une méthode hormonale. Néanmoins, lorsque les risques de grossesse sont élevés et la gamme de méthodes disponibles limitée, une femme ne devrait pas se voir refuser une méthode hormonale au seul motif que sa tension artérielle ne peut pas être mesurée. Si possible, elle peut la faire mesurer plus tard au moment et sur le lieu de son choix.

Les injectables mensuels chez la femme vivant avec le VIH

- Les femmes vivant avec le VIH ou sous traitement antirétroviral peuvent utiliser les injectables mensuels sans risques.
- Leur recommander vivement d'utiliser des préservatifs en complément des injectables mensuels. S'ils sont mis systématiquement et correctement, les préservatifs aident à prévenir la transmission du VIH et des autres IST.

Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation des

Injectables mensuels

Poser à la patiente les questions suivantes sur ses problèmes médicaux connus. Aucun examen ni aucune analyse ne sont nécessaires. Si elle répond NON à toutes les questions, elle peut alors commencer à utiliser des injectables mensuels si elle le souhaite. Si elle répond OUI à l'une des questions, suivre les instructions. Dans certains cas, elle pourra quand même commencer à utiliser des injectables mensuels.

1. Est-ce que vous allaitez un bébé de moins de 6 mois ?

❑ NON ❑ **OUI**

Si elle pratique l'allaitement maternel complet ou quasi-complet : elle peut commencer à les utiliser 6 mois après l'accouchement ou lorsque le lait maternel n'est plus l'aliment principal du bébé, selon ce qui survient en premier (voir Allaitement complet ou quasi-complet, p. 105).

Si elle pratique l'allaitement partiel : elle peut commencer à utiliser les injectables mensuels dès 6 semaines après l'accouchement (voir Allaitement partiel, p. 106).

2. Avez-vous eu un bébé il y a moins de 3 semaines et ne l'allaitez-vous pas ?

❑ NON ❑ **OUI** Elle peut commencer les injectables mensuels dès 3 semaines après l'accouchement. (S'il y a un risque supplémentaire qu'elle développe un caillot sanguin dans une veine profonde [thrombose veineuse profonde ou TVP], elle ne doit pas commencer les injectables mensuels 3 semaines après l'accouchement, mais peut les commencer à 6 semaines. Ces facteurs de risque supplémentaires incluent un antécédent de TVP, la thrombophilie, l'accouchement par césarienne, une transfusion sanguine lors de l'accouchement, l'hémorragie du post-partum, la prééclampsie, l'obésité [>30 kg/m^2], le tabagisme et l'alitement prolongé.)

3. Est-ce que vous fumez 15 cigarettes ou plus par jour ?

❑ NON ❑ **OUI** Si elle a 35 ans ou plus et qu'elle fume plus de 15 cigarettes par jour, ne pas lui donner d'injectables mensuels. Lui recommander vivement d'arrêter de fumer et l'aider à choisir une autre méthode.

4. Avez-vous une grave maladie du foie : hépatite active, cirrhose grave ou tumeur du foie ?

❑ NON ❑ **OUI** Si elle signale être atteinte d'une hépatite active, d'une grave cirrhose ou d'une tumeur du foie, comme le cancer du foie, ne pas lui donner d'injectables mensuels. L'aider à choisir une méthode non hormonale. (Si elle a une cirrhose légère ou une maladie de la vésicule biliaire, elle peut utiliser les injectables mensuels.)

(Suite à la page suivante)

Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation des injectables mensuels (suite)

5. Avez-vous une tension artérielle élevée ?

❑ NON ❑ **OUI** Si vous ne pouvez pas vérifier sa tension artérielle et si elle indique des antécédents de tension artérielle élevée, ou si elle est traitée pour une hypertension artérielle, ne pas lui donner d'injectables mensuels. Si possible, l'orienter vers un prestataire de soins pour mesurer sa tension artérielle ou l'aider à choisir une autre méthode sans œstrogène.

Si possible, mesurer sa tension artérielle :

- si sa tension artérielle est inférieure à 140/90 mmHg, lui donner des injectables mensuels ;
- si sa tension artérielle systolique est supérieure ou égale à 140 mmHg ou si sa tension artérielle diastolique est supérieure ou égale à 90, ne pas lui donner d'injectables mensuels. L'aider à choisir une méthode sans œstrogène, hormis un progestatif seul injectable si sa tension artérielle systolique est supérieure ou égale à 160 ou si sa tension artérielle diastolique est supérieure ou égale à 100.

Si sa tension artérielle est de 140–159/90–99 mmHg, une seule lecture ne suffit pas pour établir un diagnostic d'hypertension artérielle. Lui proposer une méthode d'appoint* qu'elle utilisera jusqu'à ce qu'elle revienne pour une autre mesure de la tension artérielle ou l'aider à choisir une autre méthode immédiatement si elle préfère. Si sa tension artérielle à la mesure suivante est inférieure à 140/90 mmHg, elle peut utiliser des injectables mensuels.)†

6. Avez-vous eu du diabète pendant plus de 20 ans ou des lésions causées par le diabète à vos artères, à votre vision, à vos reins ou à votre système nerveux ?

❑ NON ❑ **OUI** Ne pas donner d'injectables mensuels. L'aider à choisir une méthode sans œstrogène hormis un progestatif seul injectable.

7. Avez-vous déjà eu un accident vasculaire cérébral, un caillot sanguin dans une jambe ou dans les poumons, une crise cardiaque ou d'autres problèmes cardiaques graves ?

❑ NON ❑ **OUI** Si elle indique un infarctus du myocarde, une cardiopathie due à une artère bouchée ou à une sténose artérielle, ou un accident vasculaire cérébral, ne pas donner d'injectables mensuels. L'aider à choisir une méthode sans œstrogène hormis un progestatif seul injectable. Si elle signale la présence actuelle d'un caillot de sang dans les veines profondes des jambes (pas un caillot superficiel) ou dans les poumons, l'aider à choisir une méthode non hormonale.

* *Les méthodes d'appoint sont l'abstinence, les préservatifs masculins et féminins, les spermicides et le retrait. Lui indiquer que les spermicides et le retrait sont les méthodes contraceptives les moins efficaces. Si possible, lui donner des préservatifs.*

† *Pour des recommandations relatives à la mesure systématique de la tension artérielle, voir le chapitre I, question 18, p. 28.*

8. Avez-vous ou avez-vous déjà eu un cancer du sein ?

❑ NON ❑ **OUI** Ne pas donner d'injectables mensuels L'aider à choisir une méthode non hormonale.

9. Vous arrive-t-il parfois d'avoir une perte de vision qui se manifeste par une zone lumineuse au niveau des yeux avant l'apparition de maux de tête intenses (migraine avec aura) ? Avez-vous de graves maux de tête lancinants, souvent localisés d'un côté de la tête et qui peuvent durer de quelques heures à plusieurs jours et vous donner la nausée ou des vomissements (migraines) ? Ces migraines sont-elles aggravées par la lumière ou le bruit, ou par vos mouvements ?

❑ NON ❑ **OUI** Si elle a des migraines avec aura, quel que soit son âge, ne pas lui donner d'injectables mensuels. Si elle a des migraines sans aura et si elle a 35 ans ou plus, ne pas lui donner d'injectables mensuels. Aider ces femmes à choisir une méthode non hormonale. Si elle a moins de 35 ans et si elle a des migraines sans aura, elle peut utiliser les injectables mensuels (voir Identifier les migraines avec ou sans aura, p. 436).

10. Est-il prévu que vous ayez une intervention chirurgicale majeure à la suite de laquelle vous ne pourrez pas marcher pendant une semaine ou plus ?

❑ NON ❑ **OUI** Si c'est le cas, elle peut commencer les injectables mensuels 2 semaines après l'acte chirurgical. Elle devrait utiliser une méthode d'appoint en attendant.

11. Est-ce que vous avez plusieurs facteurs pouvant augmenter votre risque de maladie cardiaque (maladie des artères coronaires) ou d'accident vasculaire cérébral, comme un certain âge, le tabagisme, une tension artérielle élevée ou un diabète ?

❑ NON ❑ **OUI** Ne pas donner d'injectables mensuels. L'aider à choisir une méthode sans œstrogène hormis un progestatif seul injectable.

12. Prenez-vous de la lamotrigine ?

❑ NON ❑ **OUI** Ne pas donner d'injectables mensuels. Les injectables mensuels peuvent rendre la lamotrigine moins efficace. L'aider à choisir une méthode sans œstrogène.

En outre, les femmes ne devraient pas utiliser d'injectables mensuels seul si elles indiquent avoir une mutation thrombogénique ou un lupus associé à des anticorps anti-phospholipides positifs (ou dont on ne connait pas la charge). Pour consulter les classifications complètes, voir les Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation de la contraception, p. 388.

S'assurer d'expliquer les bénéfices et les risques pour la santé ainsi que les effets secondaires de la méthode que la patiente utilisera. Lui signaler également toute affection en raison de laquelle la méthode ne serait pas indiquée, si cela apparaît pertinent dans son cas.

Recourir au jugement clinique dans les cas spéciaux

En règle générale, une femme se trouvant dans l'une des situations citées ci-après ne devrait pas utiliser d'injectables mensuels. Toutefois, dans des circonstances spéciales, en cas d'indisponibilité d'autres méthodes plus adéquates, ou si la patiente ne les trouve pas acceptables, un prestataire qualifié pourra évaluer attentivement l'état de santé et la situation de la femme en question et décider qu'elle peut utiliser des injectables mensuels. Le prestataire devra évaluer la gravité de son état et, dans la plupart des cas, déterminer si elle aura accès à un suivi.

- N'allaite pas, a accouché depuis moins de 3 semaines, et ne présente pas de risque accru de caillot sanguin dans une veine profonde (thrombose veineuse profonde).
- N'allaite pas, a accouché depuis 3 à 6 semaines, présente un risque accru de thrombose veineuse profonde.
- Pratique l'allaitement exclusif ou quasi-exclusif, entre 6 semaines et 6 mois après l'accouchement.
- A 35 ans ou plus et fume plus de 15 cigarettes par jour.
- A une tension artérielle élevée (tension artérielle systolique comprise entre 140 et 159 mmHg ou tension artérielle diastolique comprise entre 90 et 99 mmHg).
- A une tension artérielle élevée sous contrôle, lorsqu'un suivi est possible.
- A des antécédents de tension artérielle élevée, lorsque la tension artérielle ne peut pas être vérifiée (y compris en cas d'hypertension artérielle gravidique).
- A une grave maladie du foie, une infection du foie ou une tumeur du foie.
- A 35 ans ou plus et a des migraines sans aura.
- A moins de 35 ans et a des migraines qui sont apparues ou se sont aggravées sous injectables mensuels.
- A eu un cancer du sein il y a plus de 5 ans, qui n'a pas récidivé.
- Est diabétique depuis plus de 20 ans ou a des lésions causées par le diabète aux artères, à la vision, aux reins ou au système nerveux.
- Présente plusieurs facteurs de risque de maladie cardiovasculaire artérielle comme l'âge, le tabagisme, un diabète et une hypertension artérielle.
- Prend de la lamotrigine. Les injectables mensuels peuvent réduire l'efficacité de la lamotrigine.

Fourniture des injectables mensuels

Quand commencer ?

IMPORTANT : une femme peut commencer à utiliser des injectables mensuels à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Pour s'assurer raisonnablement qu'elle n'est pas enceinte, utiliser la liste de contrôle pour la grossesse (voir troisième de couverture).

Situation de la femme	Quand commencer ?
A ses règles ou souhaite passer d'une méthode non hormonale aux injectables mensuels	**À tout moment du mois** • Si elle commence dans les 7 jours qui suivent le début de ses règles, inutile d'utiliser une méthode d'appoint. • Si plus de 7 jours se sont écoulés depuis le début de ses saignements menstruels, elle peut commencer à utiliser les injectables à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Elle devra utiliser une méthode d'appoint* pendant les 7 premiers jours suivant l'injection. • Si elle utilisait auparavant un DIU, elle peut commencer à utiliser les injectables immédiatement (voir DIU au cuivre, Passer d'un DIU à une autre méthode, p. 172).
Souhaite passer d'une méthode hormonale aux injectables mensuels	• Immédiatement, si elle utilisait la méthode hormonale systématiquement et correctement ou s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Inutile d'attendre ses prochaines règles. Inutile d'utiliser une méthode d'appoint. • Si elle souhaite passer d'un autre injectable à un injectable mensuel, ce dernier peut lui être administré à la date à laquelle la prochaine injection était prévue. Inutile d'utiliser une méthode d'appoint.
Pratique l'allaitement complet ou quasi-complet	
Moins de 6 mois après l'accouchement	• Attendre jusqu'à 6 mois après l'accouchement ou jusqu'à ce que le lait maternel ne soit plus l'aliment principal du bébé, selon ce qui survient en premier, pour administrer la première injection.
Plus de 6 mois après l'accouchement	• Si ses règles ne sont pas encore revenues depuis l'accouchement, elle peut commencer à utiliser des injectables à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Elle devra utiliser une méthode d'appoint* pendant les 7 premiers jours suivant l'injection. • Si ses règles sont revenues, elle peut commencer à utiliser les injectables dans les mêmes conditions que les femmes ayant leurs règles (voir p. 105).

* *Les méthodes d'appoint sont l'abstinence, les préservatifs masculins et féminins, les spermicides et le retrait. Lui indiquer que les spermicides et le retrait sont les méthodes contraceptives les moins efficaces. Si possible, lui donner des préservatifs*

Situation de la femme	Quand commencer ? *(suite)*
Pratique l'allaitement partiel	
Moins de 6 semaines après l'accouchement	• Attendre au moins 6 semaines après la date de l'accouchement pour administrer la première injection.
Plus de 6 semaines après l'accouchement	• Si ses règles ne sont pas encore revenues depuis l'accouchement, elle peut commencer à utiliser des injectables à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte.† Elle devra utiliser une méthode d'appoint* pendant les 7 premiers jours suivant l'injection. • Si ses règles sont revenues, elle peut commencer à utiliser les injectables dans les mêmes conditions que les femmes ayant leurs règles (voir p. 105).
N'allaite pas	
Moins de 4 semaines après l'accouchement	• Elle peut commencer les injectables à tout moment entre le 21e et le 28e jours après l'accouchement. Inutile d'utiliser une méthode d'appoint. (En cas de risque accru de thrombose veineuse profonde, attendre jusqu'à 6 semaines. Voir la question 2, p. 101).
Plus de 4 semaines après l'accouchement	• Si ses règles ne sont pas encore revenues depuis l'accouchement, elle peut commencer à utiliser des injectables à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte.† Elle devra utiliser une méthode d'appoint* pendant les 7 premiers jours suivant l'injection. • Si ses règles sont revenues, elle peut commencer à utiliser les injectables dans les mêmes conditions que les femmes ayant leurs règles (voir p. 105).
N'a pas ses règles (sans lien avec l'accouchement ou l'allaitement)	• Elle peut commencer à utiliser des injectables mensuels à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Elle devra utiliser une méthode d'appoint* pendant les 7 premiers jours suivant l'injection.

* *Les méthodes d'appoint sont l'abstinence, les préservatifs masculins et féminins, les spermicides et le retrait. Lui indiquer que les spermicides et le retrait sont les méthodes contraceptives les moins efficaces. Si possible, lui donner des préservatifs*

† *Dans les lieux où une consultation est recommandée systématiquement 6 semaines après l'accouchement et où les autres possibilités d'obtenir des contraceptifs sont limitées, certains prestataires de soins et programmes peuvent administrer la première injection à la consultation des 6 semaines, sans éléments probants supplémentaires indiquant que la femme n'est pas enceinte si ses règles ne sont pas encore revenues*

Situation de la femme	Quand commencer ?
Après un avortement spontané ou provoqué	• Immédiatement. Si elle commence dans les 7 jours suivant un avortement spontané ou provoqué au cours du premier ou du deuxième trimestre, inutile d'utiliser une méthode d'appoint. • Si plus de 7 jours se sont écoulés depuis l'avortement spontané ou provoqué au cours du premier ou du deuxième trimestre, elle peut commencer à utiliser les injectables à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Elle devra utiliser une méthode d'appoint* pendant les 7 premiers jours suivant l'injection.
Après avoir pris la pilule contraceptive d'urgence (PCU)	**Après avoir pris une pilule contraceptive d'urgence combinée ou de progestatif seul :** • Elle peut commencer ou recommencer les injectables le jour même de la prise de la PCU. Inutile d'attendre ses prochaines règles pour administrer l'injection. • Elle devra utiliser une méthode d'appoint* pendant les 7 premiers jours suivant l'injection. • Si elle ne les commence pas immédiatement, mais qu'elle revient ultérieurement dans ce but, elle pourra commencer à utiliser les injections à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. **Après avoir pris une pilule contraceptive d'urgence à base d'ulipristal acétate (UPA) :** • Elle peut commencer ou recommencer les injectables le 6e jour après la prise de la PCU-UPA. *Inutile d'attendre ses prochaines règles.* Il y a une interaction entre les injectables et l'ulipristal acétate. Si la femme commence à utiliser un injectable plus tôt, les deux molécules seront présentes en même temps dans son organisme. Cela risque de les rendre moins efficaces. • Lui donner un rendez-vous pour qu'elle revienne pour l'injection le 6e jour après avoir pris la PCU-UPA ou dès que possible après ce délai. • Elle devra utiliser une méthode d'appoint entre le moment où elle prend la pilule contraceptive d'urgence à base d'ulipristal acétate et le 7e jour suivant l'injection. • Si l'injection n'est pas administrée le 6e jour, mais qu'elle revient ultérieurement dans ce but, elle pourra commencer à utiliser les progestatifs seuls injectables à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte.

* *Les méthodes d'appoint sont l'abstinence, les préservatifs masculins et féminins, les spermicides et le retrait. Lui indiquer que les spermicides et le retrait sont les méthodes contraceptives les moins efficaces. Si possible, lui donner des préservatifs*

Fournir des conseils sur les effets secondaires

IMPORTANT : des conseils attentifs sur les changements dans les saignements et autres effets secondaires doivent être apportés avant l'administration de l'injection. Les conseils sur les changements dans les saignements représentent probablement l'aide la plus importante dont une femme a besoin pour continuer à utiliser la méthode sans inquiétude.

Décrire les effets secondaires les plus fréquents

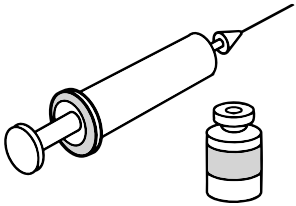
- Saignements plus légers et moins de jours de saignements, saignements irréguliers et peu fréquents.
- Prise de poids, maux de tête, vertiges, tensions mammaires, et possiblement d'autres effets secondaires.

Expliquer ces effets secondaires

- Les effets secondaires ne sont pas le signe d'une maladie. L'absence de règles n'indique pas forcément une grossesse.
- Généralement, les effets secondaires s'atténuent ou disparaissent après quelques mois d'utilisation des injections.
- Les effets secondaires sont courants, bien que certaines femmes n'en aient pas.
- La patiente peut revenir et demander de l'aide si les effets secondaires la gênent ou si elle a d'autres inquiétudes.

Administrer l'injection

1. Se procurer une dose d'injectable, une aiguille et une seringue



- 25 mg de MPA/estradiol cypionate ou 50 mg de NET-EN/estradiol valérate, une aiguille pour injection intramusculaire et une seringue de 2 ml ou 5 ml. (L'association NET-EN/estradiol valérate est parfois disponible en seringues préremplies.)
- Pour chaque injection, utiliser si possible une seringue autobloquante jetable et une aiguille provenant d'un nouvel emballage fermé hermétiquement (en s'assurant que la date de péremption est encore valide et qu'il n'est pas endommagé).

2. Laver

- Se laver les mains à l'eau et au savon, si possible.
- Si le site d'injection est sale, le laver à l'eau et au savon.
- Inutile de le désinfecter avec un antiseptique.

Si vous utilisez une seringue préremplie, passer à l'étape 5.

3. Préparer le flacon

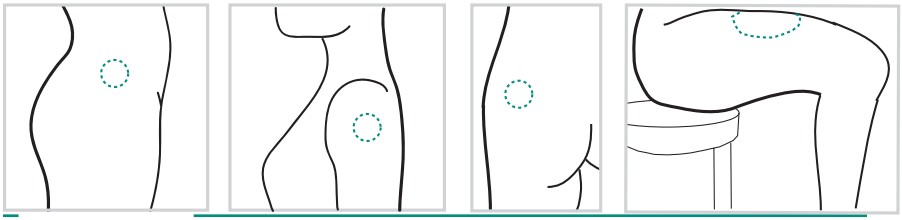
- MPA/estradiol cypionate : secouer délicatement le flacon.
- NET-EN/estradiol valérate : inutile de secouer le flacon.
- Inutile d'essuyer le haut du flacon avec un antiseptique.
- Si le flacon est froid, le réchauffer à température de la peau avant d'administrer l'injection.

4. Remplir la seringue

- Percer le haut du flacon avec l'aiguille stérile et remplir la seringue avec la dose appropriée.

5. Injecter le produit

- Insérer l'aiguille stérile profondément dans la hanche (muscle ventro-grand fessier), le haut du bras (muscle deltoïde), les fesses (grand fessier, partie supérieure extérieure) ou l'extérieur de la cuisse (face antérieure), selon la préférence de la femme. Injecter le contenu de la seringue.
- Ne pas masser le site de l'injection.



6. Éliminer les seringues et aiguilles jetables en toute sécurité

- Ne pas recapuchonner, plier ou casser les aiguilles avant de les jeter.
- Les placer dans un récipient imperforable pour objets pointus et tranchants.

- Ne pas réutiliser les seringues et aiguilles jetables. Elles sont destinées à être détruites après une seule utilisation. Elles sont très difficiles à désinfecter à cause de leur forme. Par conséquent, les réutiliser expose à un risque de transmission de maladies telles que le VIH et l'hépatite.
- En cas d'utilisation de seringues et d'aiguilles réutilisables, celles-ci doivent être stérilisées après chaque utilisation (voir Prévention des infections dans le centre de santé, p. 376).

Accompagner les utilisatrices continues

Donner des consignes spécifiques

- Lui dire de ne pas masser le site d'injection.
- Indiquer le nom de l'injection à la patiente et convenir de la date de sa prochaine injection, dans environ 4 semaines.

En quoi le partenaire peut-il être utile ?

Il est bienvenu que le partenaire de la patiente puisse l'accompagner afin d'entendre les conseils et d'en savoir plus sur la méthode et la façon dont il peut aider sa partenaire. Le partenaire peut :

- soutenir la femme dans le choix de cette méthode ;
- faire preuve de compréhension et de soutien si elle a des effets secondaires ;
- l'aider à se rappeler de la date de sa prochaine injection ;
- l'aider à s'assurer d'avoir des PCU à portée de main au cas où elle aurait plus d'une semaine de retard pour son injection ;
- utiliser systématiquement des préservatifs en complément des injectables mensuels s'il est atteint d'une IST ou du VIH ou s'il pense être exposé à un risque d'IST ou de VIH.

« Revenez à n'importe quel moment » : raisons de revenir avant la prochaine injection

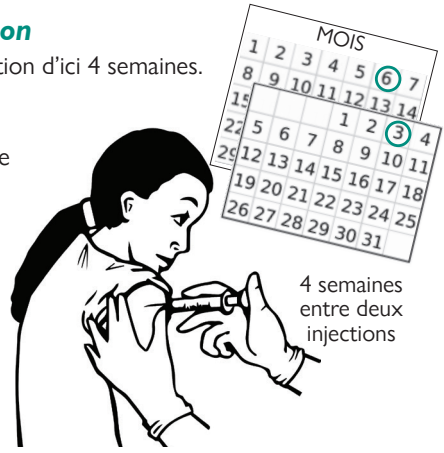
Indiquer à chaque patiente qu'elle peut revenir à n'importe quel moment, par exemple, si elle a des problèmes, des questions ou si elle souhaite utiliser une autre méthode. Elle peut également revenir si elle constate un changement important dans son état de santé ou si elle pense être enceinte.

Conseil santé :

une personne qui sent soudainement que quelque chose va mal avec sa santé devrait immédiatement chercher à obtenir des soins médicaux auprès d'une infirmière ou d'un médecin. Il est fort probable que la cause de cet état ne soit pas la méthode contraceptive, mais elle devrait quand même indiquer laquelle elle utilise à l'infirmière ou au médecin.

Fixer la date de la prochaine injection

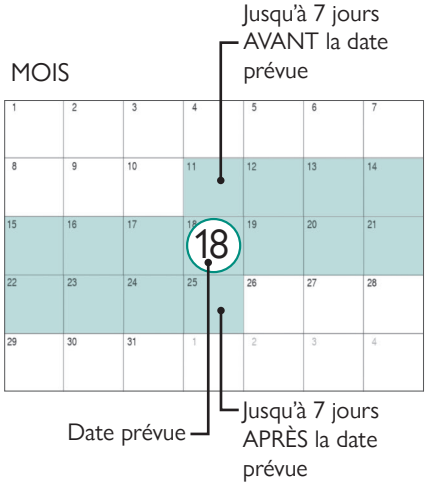
1. Convenir de la date de sa prochaine injection d'ici 4 semaines.
2. Lui demander d'essayer de revenir dans le délai imparti. Elle peut venir jusqu'à 7 jours avant ou 7 jours après la date prévue et recevoir tout de même son injection.
3. Elle devrait revenir quel que soit le retard par rapport à la date prévue pour sa prochaine injection. Si elle a plus de 7 jours de retard pour son injection, elle devrait s'abstenir d'avoir des rapports sexuels ou utiliser des préservatifs, des spermicides ou le retrait jusqu'à ce qu'elle reçoive une injection. Si elle a plus de 7 jours de retard et qu'elle a eu des rapports sexuels non protégés au cours des 5 derniers jours, elle peut également envisager de prendre une pilule contraceptive d'urgence (voir Pilules contraceptives d'urgence, p. 49).



Consultations pour recevoir les injections suivantes

1. Demander à la patiente si tout se passe bien avec la méthode et si elle en est satisfaite. Lui demander si elle a des questions ou si elle souhaite discuter de certains aspects en particulier.
2. Lui demander si elle est préoccupée par des changements dans les saignements. Lui fournir les informations ou l'aide dont elle a besoin (voir Prendre en charge les problèmes, à la page suivante).
3. Lui administrer l'injection. L'injection peut être administrée jusqu'à 7 jours avant ou après la date prévue.
4. Prévoir la prochaine injection. Convenir de la date de sa prochaine injection (d'ici 4 semaines). Lui rappeler qu'elle devrait essayer de revenir à temps, mais qu'elle devra revenir de toute manière, même si elle est en retard, et quelle que soit la durée de ce retard. Il est fort probable qu'elle puisse tout de même recevoir son injection.
5. Environ une fois par an, mesurer sa tension artérielle, si possible (voir Critères de recevabilité médicale, question 5, p. 102).
6. Demander aux patientes qui utilisent la méthode depuis longtemps si elles ont de nouveaux problèmes de santé. Traiter les problèmes, selon qu'il convient. En cas de nouveaux problèmes de santé qui nécessiteront peut-être un changement de méthode, voir p. 114.
7. Demander aux patientes qui utilisent la méthode depuis longtemps si des changements importants susceptibles de modifier leurs besoins sont survenus dans leur vie : par exemple, le projet d'avoir des enfants ou l'exposition à un risque de contracter une IST ou le VIH. Assurer le suivi, tel que nécessaire.

Quand une femme peut-elle recevoir sa prochaine injection d'un injectable mensuel ?



Que faire en cas de retard pour l'injection ?

- Si la patiente a moins de 7 jours de retard pour une injection répétée, elle peut recevoir sa prochaine injection. Inutile de faire des analyses, un bilan ou d'utiliser une méthode d'appoint.
- Une patiente qui a plus de 7 jours de retard peut recevoir sa prochaine injection si :
  - elle n'a pas eu de rapports sexuels plus de 7 jours après la date prévue pour son injection, ou
  - elle a utilisé une méthode d'appoint ou pris une pilule contraceptive d'urgence (PCU) après tout rapport sexuel non protégé ayant eu lieu plus de 7 jours après la date prévue pour son injection.
  - Elle devra utiliser une méthode d'appoint* pendant les 7 premiers jours suivant l'injection.
- Si la patiente a plus de 7 jours de retard et qu'elle ne remplit pas ces critères, d'autres mesures peuvent être prises pour s'assurer raisonnablement qu'elle n'est pas enceinte (voir Écarter une grossesse, p. 439).
- Discuter des raisons pour lesquelles la patiente est en retard et des solutions possibles. Si respecter ce délai lui pose souvent problème, discuter de l'utilisation d'une méthode d'appoint lorsqu'elle est en retard pour l'injection suivante, de la prise de PCU ou du choix d'une autre méthode.

Prendre en charge les problèmes

Problèmes signalés comme effets secondaires

Ils peuvent être dus à la méthode, mais pas forcément.

- Les problèmes liés à des effets secondaires ont une incidence sur le niveau de satisfaction de la femme et sur l'utilisation des injectables. Le prestataire de soins doit y prêter attention. Si la patiente signale des effets secondaires ou des problèmes, écouter ses préoccupations, lui donner des conseils, lui apporter un soutien et, si nécessaire, un traitement. Vérifier qu'elle a bien compris les conseils et qu'elle les accepte.
- Proposer d'aider la patiente à choisir une autre méthode, immédiatement si elle le souhaite ou plus tard si les problèmes ne peuvent pas être résolus.

Saignements irréguliers (saignements à des moments inattendus qui gênent ou inquiètent la patiente)

- La rassurer et lui indiquer qu'un grand nombre de femmes utilisant des injectables mensuels ont des saignements irréguliers. Cela n'est pas grave. Généralement, ils s'atténuent ou cessent après les premiers mois d'utilisation.

- Pour un soulagement rapide, elle peut prendre 800 mg d'ibuprofène 3 fois par jour après les repas pendant 5 jours ou un autre anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) dès que les saignements irréguliers commencent. Les AINS soulagent en cas de saignements irréguliers lors de l'utilisation des implants, des progestatifs seuls injectables et des DIU, et ils peuvent également aider lors de l'utilisation d'injectables mensuels.
- Si les saignements irréguliers persistent ou s'ils commencent après plusieurs mois de règles normales ou d'absence de menstruations, ou si vous suspectez un autre problème pour d'autres raisons, envisager des affections sous-jacentes qui ne sont pas liées à l'utilisation de la méthode (voir Saignements vaginaux inexpliqués, à la page suivante).

Saignements abondants ou prolongés (deux fois plus abondants que d'habitude ou qui durent plus de 8 jours)

- La rassurer et lui indiquer qu'un grand nombre de femmes utilisant des injectables mensuels ont des saignements abondants ou prolongés. Généralement, cela n'est pas grave et le problème s'atténue ou cesse après quelques mois d'utilisation.
- Pour un soulagement rapide, elle peut prendre 800 mg d'ibuprofène 3 fois par jour après les repas pendant 5 jours ou un autre AINS dès que les saignements abondants commencent. Les AINS soulagent en cas de saignements abondants lors de l'utilisation des implants, des progestatifs seuls injectables et des DIU, et ils peuvent également aider lors de l'utilisation d'injectables mensuels.
- Pour contribuer à prévenir l'anémie, lui suggérer de prendre des comprimés de fer et lui dire qu'il est important de manger des aliments riches en fer, par exemple de la viande (surtout du bœuf et du foie de volaille), du poisson, des légumes à feuilles vertes et des légumineuses (haricots, lentilles et pois).
- Si les saignements irréguliers persistent ou s'ils commencent après plusieurs mois de règles normales ou d'absence de menstruations, ou si vous suspectez un autre problème pour d'autres raisons, envisager des affections sous-jacentes qui ne sont pas liées à l'utilisation de la méthode (voir Saignements vaginaux inexpliqués, à la page suivante).

Absence de saignements menstruels

- La rassurer et lui indiquer que certaines femmes qui utilisent des injectables mensuels n'ont plus leurs règles après un certain temps. Cela est sans risques. Il n'est pas nécessaire d'avoir des saignements chaque mois. Cela ressemble au fait de ne pas avoir ses règles pendant la grossesse. Elle n'est ni enceinte ni stérile. Le sang ne s'accumule pas dans son corps. (Certaines femmes sont heureuses de ne plus avoir leurs règles.)

Prise de poids

- Revoir le régime alimentaire et apporter des conseils le cas échéant.

Maux de tête ordinaires (qui ne sont pas des migraines)

- Lui recommander de prendre de l'aspirine (325 à 650 mg), de l'ibuprofène (200 à 400 mg), du paracétamol (325 à l000 mg) ou un autre antidouleur.
- Un bilan devra être effectué en cas d'aggravation ou d'augmentation de la fréquence des maux de tête lors de l'utilisation des injectables.

Tensions mammaires

- Lui recommander de porter un soutien-gorge offrant un bon maintien (surtout lorsqu'elle a une activité physique intense ou qu'elle dort).
- Essayer des compresses chaudes ou froides.
- Lui recommander de prendre de l'aspirine (325 à 650 mg), de l'ibuprofène (200 à 400 mg), du paracétamol (325 à l000 mg) ou un autre antidouleur.
- Envisager des remèdes disponibles localement.

Vertiges

- Envisager des remèdes disponibles localement.

Nouveaux problèmes pouvant nécessiter un changement de méthode

Ils peuvent être dus à la méthode, mais pas forcément.

Saignements vaginaux inexpliqués (suggérant un problème médical non lié à la méthode)

- Orienter vers les services compétents ou évaluer à partir des antécédents et de l'examen pelvien. Diagnostiquer et traiter, le cas échéant.
- Elle peut continuer à utiliser les injectables mensuels jusqu'à l'obtention des résultats.
- Si les saignements sont dus à une infection sexuellement transmissible ou à une maladie inflammatoire pelvienne, elle peut continuer à utiliser les injectables mensuels pendant le traitement.

Migraines (voir Identifier les migraines avec ou sans aura, p. 436)

- Quel que soit son âge, une femme qui commence à avoir des migraines avec ou sans aura, ou dont les migraines s'aggravent lorsqu'elle utilise des injectables mensuels devrait arrêter de les utiliser.
- L'aider à choisir une méthode sans œstrogène.

Circonstances qui amèneront la femme à ne pas pouvoir marcher pendant une semaine ou plus

- Si elle a une intervention chirurgicale majeure, la jambe dans le plâtre, ou si elle doit rester immobilisée pendant plusieurs semaines, elle devrait :
  - indiquer à ses médecins qu'elle utilise des injectables mensuels ;
  - arrêter les injections un mois avant l'intervention programmée, si possible, et utiliser une méthode d'appoint pendant cette période ;
  - recommencer à utiliser les injectables mensuels deux semaines après avoir recommencé à marcher.

Certaines affections graves (suspicion de maladie du cœur ou du foie, hypertension artérielle sévère, caillots sanguins dans une veine profonde des jambes ou dans les poumons, accident vasculaire cérébral, cancer du sein, lésions causées par le diabète aux artères, à la vision, aux reins ou au système nerveux). Voir Signes et symptômes de graves problèmes de santé, p. 384

- Ne pas administrer la prochaine injection.
- Lui proposer une méthode d'appoint qu'elle pourra utiliser jusqu'à ce qu'un bilan soit effectué.
- L'orienter vers les services de diagnostic et de soins compétents si elle n'est pas encore prise en charge.

Suspicion de grossesse

- Déterminer si elle est enceinte.
- Arrêter les injections si la grossesse est confirmée.
- Il n'y a pas de risque connu pour le fœtus conçu lorsqu'une femme utilise des injectables (voir la question 3, p. 116).

Commencer un traitement par lamotrigine

- Les méthodes hormonales combinées, y compris les pilules combinées et les injectables mensuels, peuvent diminuer l'efficacité de la lamotrigine. À moins qu'elle ne puisse utiliser un autre médicament anticonvulsivant que la lamotrigine, l'aider à choisir une méthode sans œstrogène.

Questions/réponses à propos des injectables mensuels

1. En quoi les injectables mensuels sont-ils différents des progestatifs seuls injectables ?

La principale différence entre les injectables mensuels et les progestatifs seuls injectables (AMPR ou NET-EN) est qu'un injectable mensuel contient un œstrogène en plus de l'un de ces progestatifs ; c'est donc une méthode combinée. De plus, les injectables mensuels contiennent une quantité plus faible de progestatif. Ces différences entraînent des saignements plus réguliers et moins de problèmes de saignements qu'avec les progestatifs seuls injectables. Les injectables mensuels requièrent une injection tous les mois, tandis que le NET-EN est administré tous les 2 mois et l'AMPR tous les 3 mois. (Voir Comparatif des injectables, p. 427).

2. Est-ce que les injectables mensuels agissent comme les contraceptifs oraux combinés ?

En grande partie, oui. Les injectables mensuels (aussi appelés contraceptifs combinés injectables) sont analogues aux contraceptifs oraux combinés (COC). Il existe peu d'études à long terme portant sur les injectables mensuels. Toutefois, les chercheurs partent du principe que la plupart des résultats correspondant aux COC sont également applicables aux injectables mensuels. Cependant, ces derniers ne passent pas d'abord par le foie puisqu'ils ne sont pas pris par voie orale comme les COC. Des études à court terme ont montré que les injectables mensuels ont moins d'effets que les COC sur la tension artérielle, la coagulation, la dégradation des substances grasses (métabolismes anti-phospholipides) et la fonction hépatique. Des études à long terme sur les bénéfices et les risques pour la santé des injectables mensuels sont en cours.

3. Les injectables mensuels sont-ils une cause de malformations congénitales ? Sont-ils nocifs pour le fœtus si une femme utilise accidentellement des injectables mensuels alors qu'elle est enceinte ?

Non. Il existe de solides données montrant que les injectables mensuels ne causent pas de malformations et qu'ils ne seront pas nocifs pour le fœtus si une femme tombe enceinte alors qu'elle utilise des injectables mensuels ou si elle commence à utiliser des injectables mensuels alors qu'elle est enceinte sans le savoir.

4. Les injectables mensuels peuvent-ils provoquer un avortement ?

Non. Les recherches sur les contraceptifs combinés montrent qu'ils ne perturbent pas une grossesse en cours. Ils ne devraient pas être utilisés pour essayer de provoquer un avortement. Cela ne fonctionnera pas.

5. Les dates des injections suivantes doivent-elles correspondre au début des saignements menstruels ?

Non. Certains prestataires pensent que la prochaine injection ne doit être administrée que lorsque les prochains saignements menstruels commencent. Les épisodes de saignement ne devraient toutefois pas guider le calendrier des injections. La femme devrait recevoir une injection toutes les 4 semaines. Le moment des injections ne doit pas être défini par ses règles.

6. Les injectables mensuels peuvent-ils être utilisés pour provoquer des saignements menstruels ?

Non. Une femme peut avoir des saignements vaginaux (« saignements de privation ») à la suite d'une injection, mais aucune donnée ne montre que le fait d'administrer une seule injection d'un injectable mensuel à une femme qui a des saignements irréguliers permettra de faire en sorte que ses prochains saignements menstruels commencent environ un mois plus tard. En outre, l'administration d'une injection à un femme enceinte ne provoquera pas d'avortement.

7. Une femme qui fume peut-elle utiliser les injectables mensuels sans risques ?

Les femmes âgées de moins de 35 ans qui fument, quel que soit le nombre de cigarettes qu'elles fument par jour, et les femmes âgées de 35 ans et plus qui fument moins de 15 cigarettes par jour peuvent utiliser les injectables mensuels sans risques. (En revanche, les femmes âgées de 35 ans ou plus qui fument ne devraient pas utiliser de contraceptifs oraux combinés, et ce, quel que soit le nombre de cigarettes qu'elles fument par jour.) Les femmes âgées de 35 ans ou plus qui fument plus de 15 cigarettes par jour devraient choisir une méthode sans œstrogène telle que les progestatifs seuls injectables, s'ils sont disponibles. Toutes les femmes qui fument devraient être vivement encouragées à arrêter le tabac.

8. Les injectables mensuels provoquent-ils des changements d'humeur ou une baisse de libido ?

En général, non. Certaines femmes qui utilisent des injectables mensuels se plaignent effectivement de tels problèmes. La grande majorité des utilisatrices d'injectables mensuels ne signalent pas ce type de changements. Certaines indiquent même que leur humeur et leur libido s'améliorent. Il est difficile de dire si ces changements sont dus aux injectables mensuels ou à d'autres raisons. Il n'existe aucune donnée montrant que les injectables mensuels affectent le comportement sexuel de la femme.

9. Une femme ayant des varices peut-elle utiliser des injectables mensuels ?

Oui. L'utilisation des injectables mensuels ne présente pas de risque chez la femme ayant des varices. Les varices sont des vaisseaux sanguins élargis proches de la surface de la peau. Elles ne sont pas dangereuses. Il ne s'agit pas de caillots sanguins ; ce ne sont pas des veines profondes de la jambe où un caillot sanguin pourrait être dangereux (thrombose veineuse profonde). Une femme qui a ou a eu une thrombose veineuse profonde ne devrait pas utiliser d'injectables mensuels.

10. Les injectables mensuels peuvent-ils rendre une femme stérile ?

Non. Le retour de la fécondité après l'arrêt des injectables mensuels peut être retardé, mais passé un certain délai, la femme retrouvera sa capacité à tomber enceinte comme avant, bien que la fécondité diminue avec l'âge. La femme retrouve généralement des modes de saignement identiques à ceux qu'elle avait avant d'utiliser les injectables mensuels quelques mois après la dernière injection.

11. Combien de temps faut-il pour tomber enceinte après avoir arrêté les injectables mensuels ?

Les femmes qui arrêtent d'utiliser les injectables mensuels attendent environ un mois de plus en moyenne pour tomber enceinte que celles qui utilisaient d'autres méthodes. Cela signifie qu'elles tombent enceintes en moyenne 5 mois après leur dernière injection. Les délais indiqués sont des moyennes. Une femme ne devrait pas s'inquiéter si elle n'est pas encore tombée enceinte 12 mois après l'arrêt des injections. Après l'arrêt des injectables mensuels, une femme peut ovuler avant le retour de ses saignements menstruels, et donc tomber enceinte. Si elle souhaite continuer à éviter une grossesse, elle devrait commencer une autre méthode avant que ses règles ne reviennent.

Patch combiné

Points-clés pour les prestataires et les patientes

- **La femme porte un petit patch adhésif** sur le corps en permanence, jour et nuit. Elle doit mettre un nouveau patch chaque semaine pendant 3 semaines, puis ne pas en mettre pendant la 4e semaine.
- **Veiller à remplacer le patch à temps pour une efficacité optimale.**
- **Les changements dans les saignements sont chose courante et sans risques.** Généralement, les saignements sont irréguliers pendant les premiers mois et deviennent plus légers et plus réguliers par la suite

Qu'est-ce que le patch combiné ?

- Un petit carré de plastique fin et souple porté sur le corps.
- Il libère en continu deux hormones (un progestatif et un œstrogène), analogues aux hormones naturellement présentes dans le corps de la femme : la progestérone et les œstrogènes, directement par la peau dans les vaisseaux sanguins.
- La femme met un nouveau patch chaque semaine pendant 3 semaines, puis n'en met pas la 4e semaine. Pendant la 4e semaine, la femme aura ses règles.
- Le patch combiné est également appelé Ortho Evra et Evra.
- Son mode d'action principal consiste à empêcher la libération des ovocytes par les ovaires (l'ovulation).

Quelle efficacité ?

Risk L'efficacité dépend de l'utilisatrice : c'est lorsqu'une femme a du retard pour remplacer son patch que le risque de grossesse est le plus élevé.

- On observe environ 7 grossesses pour 100 femmes pendant la première année d'utilisation des patchs combinés tels qu'ils sont utilisés habituellement. Autrement dit, 93 femmes utilisant des patchs combinés sur 100 ne tomberont pas enceintes.
- Lorsqu'aucune erreur n'est faite dans l'utilisation du patch, on observe moins d'une grossesse sur 100 femmes pendant la première année d'utilisation (3 pour 1000 femmes).

- Les taux de grossesse pourraient être légèrement plus élevés chez les femmes pesant 90 kg ou plus.

Retour de la fécondité après l'arrêt du patch : sans délai

Protection contre les infections sexuellement transmissibles : aucune

Effets secondaires, bénéfices et risques pour la santé

Effets secondaires

Certaines utilisatrices indiquent les situations suivantes :

- irritation de la peau ou éruption cutanée à l'endroit où le patch est appliqué ;
- changements dans les modes de saignement[†] notamment :
  - saignements plus légers et moins de jours de saignements,
  - saignements irréguliers,
  - saignements prolongés,
  - absence de saignements menstruels ;
- maux de tête ;
- nausées ;
- vomissements ;
- douleurs et tensions mammaires ;
- douleurs abdominales ;

- symptômes grippaux/infection des voies respiratoires supérieures ;
- irritations, rougeurs ou inflammation vaginale (vaginite).

Bénéfices et risques connus pour la santé

Les études à long terme sur le patch sont limitées, mais les chercheurs pensent que leurs bénéfices et leurs risques pour la santé sont analogues à ceux des contraceptifs oraux combinés (voir Contraceptifs oraux combinés, Effets secondaires, bénéfices et risques pour la santé, p. 3).

> Les critères de recevabilité médicale, les recommandations relatives au moment où commencer et à l'accompagnement des utilisatrices continues pour le patch combiné sont les mêmes que pour les contraceptifs oraux combinés et l'anneau vaginal combiné. Voir Chapitre 1, Contraceptifs oraux combinés, p. 6, 11 et 19.

[†] *Pour la définition des modes de saignements, voir Saignements vaginaux dans le glossaire p. 407.*

Fourniture du patch combiné

Expliquer comment l'utiliser

Expliquer comment retirer le patch de la pochette et le décoller	• Expliquer à l'utilisatrice qu'elle doit déchirer la pochette le long d'un bord extérieur. • Elle doit ensuite retirer le patch et le décoller sans toucher la surface qui colle.
Expliquer où et comment appliquer le patch	• Lui expliquer qu'elle peut l'appliquer sur la partie supérieure du bras, le dos, l'estomac, l'abdomen ou les fesses, à un endroit propre et sec, mais pas sur les seins. • Elle doit presser la partie collante contenant le médicament contre sa peau pendant 10 secondes. Elle doit ensuite presser tout le pourtour du patch avec un doigt pour s'assurer qu'il adhère bien. • Le patch reste en place même pendant qu'elle travaille, fait de l'exercice, lorsqu'elle nage ou prend un bain.
Elle doit remplacer le patch chaque semaine pendant 3 semaines consécutives	• Elle devrait appliquer chaque nouveau patch le même jour de la semaine, « le jour du remplacement du patch ». Par exemple, si elle met le premier patch un dimanche, les autres patchs seront appliqués un dimanche. • Expliquer que, pour éviter les irritations, elle ne devrait pas appliquer le nouveau patch sur la même zone de peau que le précédent.
Elle ne doit pas porter de patch la quatrième semaine	• Elle aura probablement ses règles cette semaine-là.
Après une semaine sans patch, elle doit appliquer un nouveau patch	• Elle ne devrait jamais rester plus de 7 jours sans porter de patch. Elle s'exposerait à un risque de grossesse.

(Suite à la page suivante)

Accompagner l'utilisatrice

Consignes à suivre en cas de remplacement ou de retrait tardif, ou si le patch se décolle

Si elle a oublié d'appliquer un nouveau patch après l'interruption de 7 jours sans patch	• Appliquer un nouveau patch dès que possible. • Garder le même jour de remplacement du patch. • Si elle n'a qu'1 ou 2 jours de retard (48 heures ou moins), inutile d'utiliser une méthode d'appoint. • Si elle a plus de 2 jours de retard (plus de 48 heures) (c'est-à-dire s elle n'a pas porté de patch pendant 10 jours consécutifs ou plus), utiliser une méthode d'appoint* pendant les 7 premiers jours d'utilisation du patch. • En outre, si elle a plus de 2 jours de retard et si elle a eu des rapports sexuels non protégés au cours des 5 derniers jours, elle peut envisager de prendre une pilule contraceptive d'urgence (voir Pilules contraceptives d'urgence, p. 49).
Si elle a oublié de changer de patch à la fin de la première ou de la deuxième semaine	• Si elle n'a qu'1 ou 2 jours de retard (48 heures ou moins), appliquer un nouveau patch dès que possible. Garder le même jour de remplacement du patch. Inutile d'utiliser une méthode d'appoint. • Si elle a plus de 2 jours de retard (plus de 48 heures), appliquer un nouveau patch dès que possible. Ce patch marquera le début d'un nouveau cycle de 4 semaines, et ce jour de la semaine deviendra le nouveau jour de remplacement du patch. Utiliser en complément une méthode d'appoint pendant les 7 jours suivants. • En outre, si elle a plus de 2 jours de retard et si elle a eu des rapports sexuels non protégés au cours des 5 derniers jours, elle peut envisager de prendre une pilule contraceptive d'urgence (voir Pilules contraceptives d'urgence, p. 49).
Si elle a du retard pour retirer le patch à la fin de la troisième semaine	• Retirer le patch. • Commencer le prochain cycle le jour habituel de remplacement du patch. • Inutile d'utiliser une méthode d'appoint
Si le patch s'est décollé et est resté décollé depuis moins de 2 jours (48 heures ou moins)	• Appliquer un nouveau patch dès que possible. (Il est possible de réutiliser le même patch s'il est resté décollé moins de 24 heures.) • Inutile d'utiliser une méthode d'appoint. • Garder le même jour de remplacement du patch.
Si le patch s'est décollé et est resté décollé depuis plus de 2 jours (plus de 48 heures)	• Appliquer un nouveau patch dès que possible. • Utiliser une méthode d'appoint* pendant les 7 jours suivants. • Garder le même jour de remplacement du patch. • Si cela est survenu pendant la 3e semaine, sauter la semaine sans patch et remettre un nouveau patch immédiatement après la 3e semaine. S'il est impossible de mettre un nouveau patch immédiatement, utiliser une méthode d'appoint* jusqu'à 7 jours après l'application du patch. • Si cela est survenu pendant la 1re semaine et si elle a eu des rapports sexuels non protégés au cours des 5 derniers jours, elle peut envisager de prendre une pilule contraceptive d'urgence (voir Pilules contraceptives d'urgence, p. 49).

* *Les méthodes d'appoint sont l'abstinence, les préservatifs masculins et féminins, les spermicides et le retrait. Lui indiquer que les spermicides et le retrait sont les méthodes contraceptives les moins efficaces. Si possible, lui donner des préservatifs*

Anneau vaginal combiné

Points clés pour les prestataires et les patientes

- **La femme place un anneau souple dans son vagin.** Elle le laisse en place en permanence, de jour comme de nuit, pendant 3 semaines. Puis, elle le retire. Sept jours plus tard, elle insère un nouvel anneau.
- **Veiller à mettre chaque nouvel anneau à temps pour une efficacité optimale.**
- **Les changements dans les saignements sont chose courante et sans risques.** Généralement, les saignements sont irréguliers pendant les premiers mois, et ils deviennent plus légers et plus réguliers par la suite.

Qu'est-ce que l'anneau vaginal combiné ?

- Il s'agit d'un anneau souple que la femme place dans son vagin.
- Il libère en continu deux hormones contenues à l'intérieur de l'anneau (un progestatif et un œstrogène), analogues aux hormones naturellement présentes dans le corps de la femme : la progestérone et les œstrogènes. Les hormones sont absorbées directement dans le flux sanguin à travers la paroi du vagin.
- La femme laisse l'anneau en place pendant 3 semaines, puis le retire pendant la quatrième semaine. Pendant cette quatrième semaine, elle aura ses règles.
- Il est également appelé NuvaRing.
- Son mode d'action principal consiste à empêcher la libération des ovocytes par les ovaires (l'ovulation).

Quelle efficacité ?

L'efficacité dépend de l'utilisatrice : c'est lorsque la femme a du retard pour mettre un nouvel anneau que le risque de grossesse est le plus élevé.

- On observe environ 7 grossesses pour 100 femmes pendant la première année d'utilisation de l'anneau vaginal combiné tel qu'il est utilisé habituellement. Autrement dit, 93 femmes utilisant des anneaux vaginaux combinés sur 100 ne tomberont pas enceintes.
- Lorsqu'aucune erreur n'est faite dans l'utilisation de l'anneau vaginal combiné, on observe moins d'une grossesse sur 100 femmes pendant la première année d'utilisation (3 pour 1000 femmes).

Retour de la fécondité après l'arrêt de l'anneau : aucun délai

Protection contre les infections sexuellement transmissibles : aucune

Effets secondaires, bénéfices et risques pour la santé

Effets secondaires

Certaines utilisatrices indiquent les situations suivantes :

- changements dans les modes de saignement,† notamment :
  - saignements plus légers et moins de jours de saignements,
  - saignements irréguliers,
  - saignements peu fréquents,
  - saignements prolongés,
  - absence de saignements menstruels ;
- maux de tête ;
- irritations, rougeurs ou inflammation vaginale (vaginite) ;
- pertes vaginales anormales.

Bénéfices et risques connus pour la santé

Les études à long terme sur l'anneau vaginal sont limitées, mais les chercheurs pensent que leurs bénéfices et leurs risques pour la santé sont analogues à ceux des contraceptifs oraux combinés (voir Contraceptifs oraux combinés, Effets secondaires, bénéfices et risques pour la santé, p. 3). Les données scientifiques disponibles à ce jour n'ont pas mis en évidence d'effets indésirables.

> Les critères de recevabilité médicale, les recommandations relatives au moment où commencer et à l'accompagnement des utilisatrices continues pour l'anneau vaginal combiné sont les mêmes que pour les contraceptifs oraux combinés et le patch combiné. Voir Chapitre 1, Contraceptifs oraux combinés, p. 6, 11 et 19.

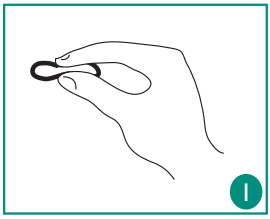
† *Pour la définition des modes de saignements, voir Saignements vaginaux dans le glossaire p. 407.*

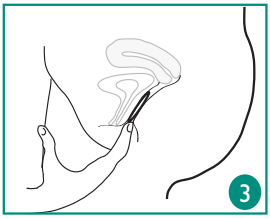
Fourniture de l'anneau vaginal combiné

Expliquer comment l'utiliser

Expliquer comment insérer l'anneau

- L'utilisatrice peut choisir la position la plus confortable pour elle, par exemple, se mettre debout avec une jambe surélevée, s'accroupir ou se coucher sur le dos.
- Elle doit presser ensemble les deux côtés opposés de l'anneau puis faire glisser doucement l'anneau plié dans le vagin jusqu'à ce qu'il y soit placé entièrement.
- La position exacte n'a pas d'importance, mais si la femme l'insère profondément, il restera mieux en place et elle sera moins susceptible de le sentir. Les muscles du vagin maintiennent naturellement l'anneau en place





Expliquer que l'anneau doit rester en place pendant 3 semaines

- Elle devra garder l'anneau en place en permanence, de jour comme de nuit, pendant 3 semaines.
- Elle peut retirer l'anneau à la fin de la 3e semaine et le jeter à la poubelle.

L'anneau devrait être retiré pendant la 4e semaine

- Pour retirer l'anneau, elle peut insérer son index à l'intérieur en crochet ou le coincer entre l'index et le majeur, et le retirer.
- Elle aura probablement ses règles cette semaine-là.
- Si elle oublie de retirer l'anneau pendant la 4e semaine, aucune action n'est nécessaire.

L'anneau ne doit jamais être retiré pendant plus de 48 heures jusqu'à la 4e semaine

- L'anneau peut être retiré pendant les rapports sexuels, pour se laver ou pour d'autres raisons, bien que cela ne soit pas nécessaire ni recommandé car certaines femmes oublient de le remettre dans les 48 heures.
- Si l'anneau glisse, elle doit le rincer dans de l'eau propre et le remettre immédiatement.

Accompagner l'utilisatrice

Consignes à suivre en cas de remplacement tardif ou de retrait

L'anneau est resté en dehors du vagin pendant 48 heures ou moins au cours de l[a] 1re, l[a] 2e ou la 3e semaine	• Remettre l'anneau dès que possible. • Inutile d'utiliser une méthode d'appoint.
L'anneau est resté en dehors du vagin pendant plus de 48 heures au cours de la 1re ou la 2e semaine	• Remettre l'anneau dès que possible. • Utiliser une méthode d'appoint* pendant les 7 jours suivants. • Si l'anneau a été retiré pendant plus de 48 heures et si elle a eu des rapports sexuels non protégés au cours des 5 jours précédents, envisager de prendre une pilule contraceptive d'urgence (voir Pilules contraceptives d'urgence, p. 49).
L'anneau est resté en dehors du vagin pendant plus de 48 heures au cours de la 3e semaine	• Remettre l'anneau dès que possible. • Utiliser une méthode d'appoint* pendant les 7 jours suivants. • Insérer un nouvel anneau à la fin de la troisième semaine et sauter la semaine sans anneau. En cas d'impossibilité de mettre en place le nouvel anneau à la fin de la troisième semaine, utiliser une méthode d'appoint et continuer à l'utiliser pendant 7 jours après l'insertion du nouvel anneau.
La femme a oublié d'insérer un nouvel anneau au début d'un cycle	• Insérer un nouvel anneau dès que possible. Si le nouvel anneau n'est inséré qu'avec 1 ou 2 jours de retard (48 heures ou moins), autrement dit s'il n'y avait pas d'anneau placé dans le vagin pendant moins de 9 jours consécutifs, inutile d'utiliser une méthode d'appoint. • Garder le même jour de retrait de l'anneau. • Si le nouvel anneau est inséré avec plus de 2 jours de retard (plus de 48 heures), autrement dit s'il n'y avait pas d'anneau placé dans le vagin pendant 10 jours consécutifs ou plus, utiliser une méthode d'appoint pendant les 7 premiers jours d'utilisation de l'anneau. • En outre, si elle a eu des rapports sexuels non protégés au cours des 5 derniers jours, envisager de prendre une pilule contraceptive d'urgence (voir Pilules contraceptives d'urgence, p. 49).
La femme a gardé l'anneau en place pendant plus de 3 semaines	• Si le même anneau est utilisé pendant une durée allant jusqu'à 28 jours, inutile d'utiliser une méthode d'appoint. Elle peut ne pas mettre d'anneau pendant une semaine ou insérer le nouvel anneau immédiatement. • Si le même anneau est utilisé pendant 28 à 35 jours (plus de 4 semaines, mais moins de 5 semaines), insérer un nouvel anneau et sauter la semaine sans anneau. Inutile d'utiliser une méthode d'appoint.

* *Les méthodes d'appoint sont l'abstinence, les préservatifs masculins et féminins, les spermicides et le retrait. Lui indiquer que les spermicides et le retrait sont les méthodes contraceptives les moins efficaces. Si possible, lui donner des préservatifs*

Anneau vaginal libérant de la progestérone

Points clés pour les prestataires et les patientes

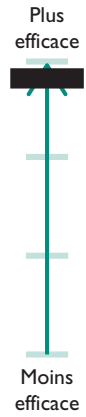
- **Il est adapté après l'accouchement pour les femmes qui allaitent au moins 4 fois par jour.**
- **La femme place un anneau souple dans son vagin.** Elle le garde en place en permanence, de jour comme de nuit, pendant 90 jours. Il est possible d'utiliser quatre anneaux l'un après l'autre pendant environ un an après l'accouchement.
- **Pour une efficacité optimale, insérer chaque nouvel anneau immédiatement après le retrait du précédent.**
- **L'anneau est facile à insérer et à retirer du vagin.** Si elle souhaite une autre grossesse, elle peut retirer l'anneau à tout moment sans l'aide d'un prestataire de soins.

Qu'est-ce que l'anneau vaginal libérant de la progestérone ?

- Il s'agit d'un anneau souple et à la texture douce en silicone placé dans le vagin afin de prolonger l'aménorrhée lactationnelle (de reporter le retour des saignements menstruels) et d'aider les femmes qui allaitent à espacer les naissances.

- Il libère en continu de la progestérone, analogue à l'hormone naturellement présente dans le corps de la femme, contenue à l'intérieur de l'anneau. L'hormone passe directement dans le flux sanguin à travers la paroi du vagin. Cet anneau ne contient pas d'œstrogène.
- L'utilisation de l'anneau commence 4 à 9 semaines après l'accouchement. Chaque anneau reste en place pendant 90 jours. La femme peut le remplacer par un nouvel anneau immédiatement. Il est possible d'utiliser jusqu'à 4 anneaux l'un après l'autre, sans interruption.

- Son mode d'action consiste à empêcher la libération des ovocytes par les ovaires (l'ovulation). La progestérone prolonge l'aménorrhée après l'accouchement chez la femme qui allaite. Autrement dit, elle permet de retarder le retour des règles.
- C'est une option sans risques et efficace chez la femme :
  - qui a un bébé âgé d'au moins 4 semaines ;
  - qui allaite son bébé au moins 4 fois par jour et prévoit de continuer à l'allaiter ;
  - dont les règles ne sont pas revenues.



Quelle efficacité ?

On observe 1 ou 2 grossesses pour 100 femmes utilisant l'anneau vaginal libérant de la progestérone pendant un an.

Retour de la fécondité après l'arrêt de l'anneau : aucun délai

Protection contre les infections sexuellement transmissibles : aucune

Effets secondaires, bénéfices et risques pour la santé

Effets secondaires

Certaines utilisatrices indiquent les situations suivantes :

- saignements irréguliers ou taches de sang ;
- douleurs au bas de l'abdomen ;
- douleurs mammaires ;
- pertes vaginales.

Bénéfices et risques connus pour la santé

- Pas de modification de la lactation ni de la composition du lait maternel ; la méthode permet de poursuivre l'allaitement et d'offrir au nourrisson une nutrition saine.
- Sans risques et efficace, d'après plusieurs études sur un an. Ses risques pour la santé pourraient être similaires à ceux des pilules de progestatif seul (voir Pilules de progestatif seul, Effets secondaires, bénéfices et risques pour la santé, p. 31).
- Les femmes qui allaitent et ont accouché depuis au moins 4 semaines peuvent utiliser l'anneau vaginal libérant de la progestérone sans risques (CRM Catégorie 1).

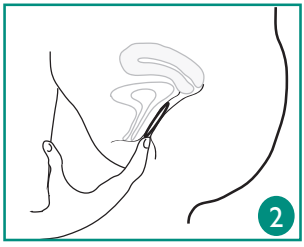
Fourniture de l'anneau vaginal libérant de la progestérone

Expliquer comment l'utiliser

Expliquer comment insérer l'anneau

- L'utilisatrice peut choisir la position la plus confortable pour elle, par exemple, se mettre debout avec une jambe surélevée, s'accroupir ou se coucher sur le dos.
- Elle doit presser ensemble les deux côtés opposés de l'anneau puis, avec son index, le faire glisser doucement en entier aussi loin que possible au fond du vagin (voir image 1). Il peut être utile de contracter les muscles du vagin vers le bas lors de l'insertion de l'anneau.

- La position exacte de l'anneau dans le vagin n'a pas d'importance, mais si la femme l'insère profondément, il restera mieux en place (voir image 2) et elle sera moins susceptible de le sentir. Les muscles du vagin maintiennent naturellement l'anneau en place.



- Elle ne devrait plus sentir l'anneau une fois qu'il est en place dans son vagin. Si elle sent la présence de l'anneau à l'intérieur de son vagin, si elle a la sensation qu'il glisse ou s'il la gêne, il est possible qu'elle ne l'ait pas poussé suffisamment au fond du vagin. Lui recommander d'utiliser un doigt propre pour repousser l'anneau délicatement aussi profondément que possible dans son vagin. Il n'y a pas de risque de le pousser trop loin dans le vagin, de le casser pendant la mise en place ni de le perdre.

(Suite à la page suivante)

(Suite)

Expliquer que l'anneau doit rester en place pendant 90 jours	• Pour en garantir l'efficacité, elle devrait garder l'anneau en place en permanence. • Pour continuer à éviter une grossesse, l'utilisatrice peut retirer l'anneau au bout de 90 jours et le remplacer immédiatement par un nouvel anneau. Elle peut utiliser jusqu'à 4 anneaux, soit une période d'utilisation d'un an après l'accouchement. • L'anneau peut être jeté dans une poubelle. Il n'est pas recommandé de le jeter dans les toilettes.
L'anneau ne doit jamais être retiré pendant plus de 2 heures	• L'anneau doit rester en place en permanence. Certaines femmes peuvent le retirer lors des rapports sexuels ou pour se laver, mais cela n'est pas nécessaire ni recommandé car elles risquent d'oublier de le remettre dans les 2 heures. • Si l'anneau glisse complètement en dehors du vagin, elle doit le rincer dans de l'eau propre et le remettre immédiatement.
Expliquer qu'il est possible que son partenaire sente l'anneau	• Il n'interfère généralement pas avec la sexualité et ne diminue pas le plaisir.

Accompagner l'utilisatrice

Instructions pour le remplacement ou la commutation

L'anneau est resté en dehors du vagin pendant plus de 2 heures	• Remettre l'anneau dans le vagin dès que possible. Contacter votre prestataire de soins en cas d'inquiétude.
L'anneau est resté en dehors du vagin pendant plus de 24 heures	• Remettre l'anneau dès que possible. Utiliser un préservatif en cas de rapports sexuels dans les 48 heures suivantes. Contacter votre prestataire de soins en cas d'inquiétude.
Elle sent l'anneau glisser	• Utiliser un doigt propre pour pousser l'anneau aussi profondément que possible à l'intérieur du vagin.
Elle a utilisé l'anneau pendant un an ou elle n'allaite plus au moins 4 fois par jour	• Pour espacer davantage les naissances, elle peut prévoir à l'avance de passer à une autre méthode de planification familiale. Il est bon pour la santé de la mère et de l'enfant d'espacer d'au moins deux ans l'accouchement de la grossesse suivante.

Implants

Points clés pour les prestataires et les patientes

- **Les implants sont de petits bâtonnets souples** placés juste sous la peau de la partie supérieure du bras.
- **Ils confèrent une protection de longue durée contre la grossesse.** Les implants sont très efficaces pendant 3 à 5 ans, selon le type d'implant, et ils sont immédiatement réversibles.
- **La pose et le retrait de l'implant doivent être effectués par un prestataire spécialement formé à cet effet.** Une femme ne peut pas commencer ou arrêter seule l'utilisation d'un implant.
- **I n'y a pratiquement rien à faire pour la patiente une fois l'implant en place.** Cela évite les erreurs dues à l'utilisatrice ou les problèmes de réapprovisionnement.
- **Les changements dans les saignements sont fréquents mais sans risques.** Habituellement, les saignements sont irréguliers et prolongés pendant la première année, puis ils deviennent plus légers, plus réguliers, peu fréquents ou ils disparaissent.

Qu'est-ce qu'un implant ?

- L'implant est un petit bâtonnet en plastique de la taille d'une allumette qui libère un progestatif analogue à la progestérone, hormone naturellement présente dans le corps de la femme.
- Un prestataire spécialement formé pratique un acte chirurgical mineur afin de placer un ou deux bâtonnets sous la peau à l'intérieur du haut du bras d'une femme.
- L'implant ne contient pas d'œstrogène et peut être utilisé pendant l'allaitement et chez les femmes qui ne peuvent pas utiliser de méthodes contenant des œstrogènes.
- Types d'implants :
  - Jadelle : 2 bâtonnets contenant du lévonorgestrel (LNG), très efficace pendant 5ans.
  - Implanon NXT (également connu sous le nom de Nexplanon ; remplace Implanon) : 1 bâtonnet contenant de l'étonogestrel (ETG), étiqueté pour une durée d'utilisation allant jusqu'à 3 ans (une étude récente montre qu'il pourrait être très efficace pendant 5 ans). Implanon NXT est visible à la radiographie et est doté d'un dispositif d'insertion amélioré.
  - Levoplant (Sino-Implant (II)) : 2 bâtonnets contenant du lévonorgestrel (LNG), étiquetés pour une durée d'utilisation allant jusqu'à 3 ans.

- Norplant : il consistait à insérer 6 capsules et était efficace pendant 5 à 7 ans, mais il a été arrêté en 2008 et n'est plus disponible. Il est toutefois possible qu'un petit nombre de femmes portent encore ces capsules Norplant et doivent les faire retirer.

- Le mode d'action principal des implants consiste à :
  - empêcher la libération des ovocytes par les ovaires (ovulation)
  - épaissir les glaires cervicales (qui empêche les spermatozoïdes d'atteindre l'ovocyte)

Quelle efficacité ?

L'implant est l'une des méthodes les plus efficaces et les plus durables.

- Largement moins d'une grossesse pour l00 femmes lors de la première année d'utilisation. Plus précisément,, une seule grossesse est attendue pour 1 000 femmes utilisant des implants au cours de la première année d'utilisation, ce qui signifie que 999 femmes sur 1 000 utilisant des implants ne tomberont pas enceintes. Moins d'une grossesse serait attendue pour 100 femmes lors de la première année d'utilisation de l'implant.
- Un petit risque de grossesse subsiste au-delà de la première année d'utilisation et aussi longtemps que la femme utilise les implants.
- Chez les femmes en surpoids, l'efficacité de Jadelle et de Levoplant peut diminuer vers la fin de la durée d'utilisation mentionnée dans la notice. Ces utilisatrices souhaiteront éventuellement remplacer leurs implants plus tôt (voir la question 9 à la fin de ce chapitre, p. 162).

Retour de la fertilité après le retrait des implants: aucun délai

Protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST): aucune

Pourquoi l'implant est-il apprécié de certaines femmes

- L'implant ne nécessite aucune intervention de la part de l'utilisatrice une fois posé.
- Il protège efficacement contre le risque de grossesse.
- Il s'agit d'une méthode de longue durée d'action réversible.
- Il n'interfère pas avec la sexualité.

Effets secondaires, bénéfices et risques pour la santé et complications

Effets secondaires (voir aussi Prendre en charge les problèmes , plus loin dans ce chapitre, p. 151)

Certaines utilisatrices indiquent les situations suivantes :

- Changements dans les modes de saignement.[1]
  - Pendant les premiers mois d'utilisation et jusqu'à 1 an :
    - saignements plus légers et moins longs
    - saignements prolongés
    - saignements irréguliers
    - saignements peu fréquents
    - Absence de saignements menstruels
  - Après environ 1 an d'utilisation :
    - saignements plus légers et moins longs
    - saignements irréguliers
    - saignements peu fréquents
    - Absence de saignements menstruels

Les changements dans les saignements sont normaux et sans risques. Si une femme les trouve gênants ou inquiétants, il peut s'avérer utile de lui apporter des conseils et un soutien.

- Les utilisatrices d'Implanon et d'Implanon NXT sont plus susceptibles d'avoir des saignements peu fréquents, des saignements prolongés ou de ne pas avoir de règles que d'avoir des saignements irréguliers.
- maux de tête
- douleurs abdominales
- acné (pouvant s'améliorer ou s'aggraver)
- Variations de poids
- Tensions mammaires
- vertiges
- changements d'humeur
- nausées

Autres changements physiques possibles :

- follicules ovariens de grande taille

1 Pour consulter les définitions des modes de saignement, voir "saignements vaginaux" dans le glossaire.

Bénéfices et risques pour la santé

Bénéfices connus pour la santé

L'implant aide à se protéger contre :

- la grossesse et les risques associés, y compris de grossesse extra-utérine

L'implant peut aider à se protéger contre :

- l'anémie ferriprive

Il réduit :

- le risque de grossesse extra-utérine

Risques connus pour la santé

Aucune

Complications

Peu fréquentes :

- infection au niveau du site de pose de l'implant (la plupart des infections surviennent dans les 2 premiers mois suivant l'insertion)
- retrait difficile (complication rare lorsque l'implant a correctement inséré et que le prestataire qui le retire est qualifié)

Rares :

- expulsion de l'implant (elle survient le plus souvent dans les 4 premiers mois suivant la pose)

Extrêmement rares :

- migration de l'implant. Quelques cas d'implants retrouvés dans une autre partie du corps ont été signalés. Cela est dû à une mauvaise insertion, par exemple, dans un vaisseau sanguin.

Corriger les idées reçues

(voir aussi Questions et réponses, p. 161)

Les implants :

- cessent d'agir une fois qu'ils sont retirés. Leurs hormones ne restent pas présentes dans le corps de la femme.
- peuvent causer l'arrêt des saignements menstruels, mais cela n'est pas dangereux. Cela ressemble au fait de ne pas avoir ses règles pendant la grossesse. Le sang ne s'accumule pas dans le corps de la femme.
- ne rendent pas la femme stérile.
- n'augmentent pas le risque de grossesse extra-utérine (voir la question 7, p. 153).

Qui peut et qui ne peut pas utiliser les implants ?

Sans risques et adaptés à quasiment toutes les femmes

Quasiment toutes les femmes peuvent utiliser les implants sans risques et efficacement, y compris les femmes:

- qui ont ou n'ont pas eu d'enfants
- qui sont mariés ou pas
- de tout âge, y compris les adolescents et les femmes de plus de 40 ans (voir la question 13, à la fin de ce chapitre)
- qui viennent de subir un avortement, une fausse couche ou une grossesse extra-utérine
- qui fument des cigarettes, quel que soit leur âge ou le nombre de cigarettes qu'elles fument
- qui allaitent
- qui sont anémiques actuellement ou l'ont été dans le passé
- qui ont des varices
- qui vivent avec le VIH, qu'elles soient sous traitement antirétroviral ou pas (voir l'encadré Les implants chez la femme vivant avec le VIH, p. 137)

Éviter les interventions inutiles

(voir Importance des procédures sélectionnées dans Fourniture des méthodes de planification familiale, au début du chapitre 26)

Les femmes peuvent commencer à utiliser les implants :

- sans examen pelvien
- sans analyse de sang ni autre analyse de laboratoire systématique
- sans dépistage du cancer du col de l'utérus
- sans palpation des seins
- sans test de grossesse
  - Une femme peut se faire poser des implants à tout moment, même si elle n'a pas ses règles à ce moment-là s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte (voir la liste de contrôle pour la grossesse en troisième de couverture).

Il est souhaitable de mesurer la tension artérielle avant de commencer une méthode hormonale. Néanmoins, lorsque les risques de grossesse sont élevés et la gamme de méthodes disponibles limitée, une femme ne devrait pas se voir refuser une méthode hormonale au seul motif que sa tension artérielle ne peut pas être mesurée. Si possible, elle peut la faire mesurer plus tard, au moment et sur le lieu de son choix.

Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation des

Implants

Poser à la patiente les questions ci-dessous sur ses problèmes médicaux connus. Aucun examen ni aucune analyse ne sont nécessaires. Si elle répond "non" à toutes les questions, alors il est possible de lui poser un implant si elle le souhaite. Si elle répond "oui" à l'une des questions, suivez les instructions. Dans certains cas, elle pourra quand même commencer à utiliser des implants.

1. Êtes-vous atteinte d'une grave cirrhose ou d'une grave tumeur du foie ?

☐ Non ☐ **Oui** Si la patiente signale être atteinte d'une grave cirrhose ou d'une grave tumeur du foie, comme le cancer du foie , ne pas lui poser d'implant. L'aider à choisir une méthode non hormonale.

2. Avez-vous actuellement de graves problèmes causés par un caillot de sang dans une jambe ou dans vos poumons ?

☐ Non ☐ **Oui** Si la patiente indique avoir un caillot de sang dans l'une de ses jambes (dans une veine profonde et non superficielle) ou dans ses poumons et qu'elle ne suit aucun traitement anticoagulant, ne pas lui poser d'implant. L'aider à choisir une méthode non hormonale.

3. Avez-vous des saignements vaginaux qui vous semblent inhabituels ?

☐ Non ☐ **Oui** Si la patiente a des saignements vaginaux inexpliqués qui suggèrent une grossesse ou une affection médicale sous-jacente, l'utilisation d'un implant pourrait rendre plus difficiles le diagnostic et le suivi du traitement. L'aider à choisir une autre méthode qu'elle pourra utiliser jusqu'à ce qu'un bilan soit effectué et qu'elle ait reçu un traitement (hormis un injectable à progestatif seul, un DIU au cuivre ou un DIU-LNG). Après le bilan, reconsidérer la possibilité de lui poser un implant.

4. Avez-vous ou avez-vous déjà eu un cancer du sein ?

☐ Non ☐ **Oui** Si oui, ne pas poser d'implants. l'aider à choisir une méthode non hormonale.

Par ailleurs, les femmes ne devraient pas utiliser d'implants en cas de lupus érythémateux systémique associé à des anticorps anti-phospholipides positifs (ou dont la charge est inconnue) et qui ne sont pas sous traitement immunosuppresseur. Pour consulter les classifications complètes, voir l'annexe D - Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation de la contraception.

Lui expliquer les bénéfices et les risques pour la santé ainsi que les effets secondaires de la méthode qu'elle utilisera. Lui signaler également toute affection en raison de laquelle la méthode ne serait pas indiquée, si cela apparaît pertinent dans son cas.

Recourir au jugement clinique dans des cas particuliers

En règle générale, une femme se trouvant dans l'une des situations citées ci-dessous ne devrait pas utiliser d'implants. Toutefois, dans des circonstances spéciales, en cas d'indisponibilité d'autres méthodes plus adéquates, ou si la patiente ne les trouve pas acceptables, un prestataire qualifié pourra évaluer soigneusement l'état de santé et la situation de la femme en question et décider qu'elle peut utiliser des implants. Le prestataire devra évaluer la gravité de son problème et, pour la plupart des affections, déterminer si elle aura accès à un suivi.

- A un important caillot de sang dans une veine profonde des jambes ou dans les poumons.
- A des saignements vaginaux inexpliqués avant un bilan permettant d'écarter ou de diagnostiquer une éventuelle affection grave sous-jacente.
- A eu un cancer du sein il y a plus de 5 ans , qui n'a pas récidivé.
- A un grave cirrhose du foie ou une tumeur du foie.
- Présente un lupus érythémateux systémique associé à des anticorps anti-phospholipides positifs (ou dont on ignore la charge) et n'est pas sous traitement immunosuppresseur.

Les implants chez la femme vivant avec le VIH

- Les femmes vivant avec le VIH, ou sous traitement antirétroviral (TAR) peuvent utiliser les implants sans risques.
- L'éfavirenz pourrait réduire l'efficacité des implants. Recommander vivement aux femmes prenant cet ARV d'utiliser des préservatifs en complément des implants afin d'être mieux protégées contre la grossesse. (Voir la question 14, à la fin de ce chapitre.)

Fourniture des implants

Quand commencer ?

IMPORTANT : une femme peut commencer à utiliser des implants à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Pour s'assurer raisonnablement qu'elle n'est pas enceinte, voir la Liste de contrôle pour la grossesse (en troisième de couverture). Aucune analyse ni aucun examen ne sont nécessaires avant de commencer à utiliser les implants, bien qu'une mesure de la tension artérielle soit souhaitable.

Situation de la femme	Quand commencer ?
A ses règles ou souhaite passer d'une méthode non hormonale aux implants	**À tout moment du mois** • *Si elle se fait poser un implant dans les 7 jours suivant le début de ses règles*, inutile d'utiliser une méthode d'appoint. • *Si le début de son cycle remonte à plus de 7 jours,* l'implant peut lui être posé à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Elle devra utiliser une méthode d'appoint* pendant les 7 premiers jours suivant la pose. • Si elle utilisait auparavant un DIU, voir Passer d'un DIU à une autre méthode, au chapitre 10 - Dispositif intra-utérin au cuivre, p. 187-188.
Souhaite passer d'une autre méthode hormonale aux implants	• Immédiatement, si elle utilisait la méthode hormonale systématiquement et correctement ou s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte (inutile d'attendre ses prochaines règles) et il est inutile d'utiliser une méthode d'appoint. • Si elle souhaite passer d'un injectable à progestatif seul ou d'un injectable mensuel à un implant, ce dernier peut lui être posé à la date à laquelle la prochaine injection était prévue. Inutile d'utiliser une méthode d'appoint.

* *Les méthodes d'appoint sont l'abstinence, les préservatifs masculins et féminins, les spermicides et le retrait. Lui indiquer que les spermicides et le retrait sont les méthodes contraceptives les moins efficaces. Si possible, lui donner des préservatifs.*

Situation de la femme	Quand commencer ?
Pratique l'allaitement complet ou quasi-complet	
Moins de 6 mois après l'accouchement	• *Si ses règles ne sont pas encore revenues*, l'implant peut lui être posé à tout moment dans les 6 mois suivant l'accouchement. Inutile d'utiliser une méthode d'appoint. • *Si ses règles sont revenues*, l'implant peut lui être posé dans les mêmes conditions que chez les femmes ayant leurs règles (voir la première ligne de ce tableau).
Plus de 6 mois après l'accouchement	• *Si ses règles ne sont pas revenues*, l'implant peut lui être posé à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Elle devra utiliser une méthode d'appoint* pendant les 7 premiers jours suivant la pose. • *Si ses règles sont revenues*, l'implant peut lui être posé dans les mêmes conditions que chez les femmes ayant leurs règles (voir la première ligne de ce tableau).
Pratique l'allaitement partiel	• *Si ses règles ne sont pas revenus*, l'implant peut lui être posé à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte.† Elle devra utiliser une méthode d'appoint* pendant les 7 premiers jours suivant la pose. • *Si ses règles sont revenues*, l'implant peut lui être posé dans les mêmes conditions que chez les femmes ayant leurs règles (voir la première ligne de ce tableau).
N'allaite pas (après l'accouchement)	
Moins de 4 semaines après l'accouchement	• L'implant peut lui être posé à tout moment. Inutile d'utiliser une méthode d'appoint.
Plus de 4 semaines après l'accouchement	• *Si ses règles ne sont pas encore revenues*, l'implant peut lui être posé à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte.† Elle devra utiliser une méthode d'appoint pendant les 7 premiers jours suivant la pose. • *Si ses règles sont revenues*, l'implant peut lui être posé dans les mêmes conditions que chez les femmes ayant leurs règles (voir voir la première ligne de ce tableau).
N'a pas ses règles (sans lien avec l'accouchement ou l'allaitement)	• L'implant peut lui être posé à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Elle devra utiliser une méthode d'appoint* pendant les 7 premiers jours suivant la pose.

(Suite à la page suivante)

† *Dans les lieux où une consultation est recommandée systématiquement 6 semaines après l'accouchement et où les autres possibilités d'obtenir une contraception est limitée, certains prestataires de soins et programmes peuvent poser l'implant à la consultation des 6 semaines, sans éléments probants supplémentaires indiquant que la femme n'est pas enceinte, si ses règles ne sont pas encore revenues.*

Situation de la femme	Quand commencer ? *(suite)*
Après une fausse couche ou un avortement	• *Immédiatement. Si l'implant est posé dans les 7 jours* suivant une fausse couche ou un avortement provoqué au cours du premier ou du deuxième trimestre de grossesse. Inutile d'utiliser une méthode d'appoint. • *Si plus de 7 jours se sont écoulés* depuis une fausse couche ou un avortement du premier ou du deuxième trimestre, l'implant peut lui être posé à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Elle devra utiliser une méthode d'appoint* pendant les 7 premiers jours suivant la pose.
Après avoir pris la pilule contraceptive d'urgence (PCU)	**Après avoir pris une pilule contraceptive d'urgence combinée ou de progestatif seul** • L'implant peut être posé le même jour que la prise de la PCU. *Il est inutile d'attendre ses prochaines règles*. Elle devra utiliser une méthode d'appoint* pendant les 7 premiers jours suivant la pose. • Si elle ne le fait pas poser immédiatement, mais qu'elle revient ultérieurement dans ce but, elle pourra le faire poser à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. **Après avoir pris une PCU à base d'ulipristal acétate (UPA)** • L'implant peut être posé le 6e jour après la prise de la PCU-UPA. Lui donner un rendez-vous pour qu'elle revienne se faire poser l'implant le 6e jour après avoir pris la PCU-UPA ou dès que possible après ce délai. *Il est inutile d'attendre ses prochaines règles*. Les implants et l'UPA interagissent entre eux. Le progestatif contenu dans l'implant et l'UPA interagissent l'un avec l'autre. Si l'implant est posé plus tôt, les deux molécules seront présentes en même temps dans son organisme. Cela risque de les rendre moins efficaces. • Ile devra utiliser une méthode d'appoint* entre le moment de la prise de la PCU-UPA et le 7e jour après la pose de l'implant. • Si l'implant n'est pas posé le 6e jour, mais qu'elle revient ultérieurement dans ce but, elle pourra le faire poser à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte.

* *Les méthodes d'appoint sont l'abstinence, les préservatifs masculins et féminins, les spermicides et le retrait. Lui indiquer que les spermicides et le retrait sont les méthodes contraceptives les moins efficaces. Si possible, lui donner des préservatifs.*

Fournir des conseils sur les effets secondaires

IMPORTANT : des conseils approfondis sur les changements dans les saignements et autres effets secondaires doivent être fourni avant la pose de l'implant. Les conseils sur les changements dans les saignements représentent probablement l'aide la plus importante dont une femme a besoin pour continuer à utiliser la méthode sans inquiétude.

Décrire les effets secondaires les plus fréquents	• Changements dans le type de saignements : – Au cours de la première année : saignements irréguliers qui durent plus de 8 jours d'affilée – Par la suite : saignements réguliers, peu fréquents ou absence de saignements menstuels • Maux de tête, douleurs abdominales et tensions mammaires, et possiblement d'autres effets secondaires.
Expliquer ces effets secondaires	• Les effets secondaires ne sont pas le signe d'une maladie. • L'absence de règles n'indique pas forcément une grossesse. • La plupart des effets secondaires s'atténuent ou disparaissent après la première année d'utilisation. • Les effets secondaires sont courants, bien que certaines femmes n'en aient pas. • La patiente peut revenir et demander de l'aide si les effets secondaires la gênent ou la préoccupent ou si elle a d'autres inquiétudes.

Poser l'implant

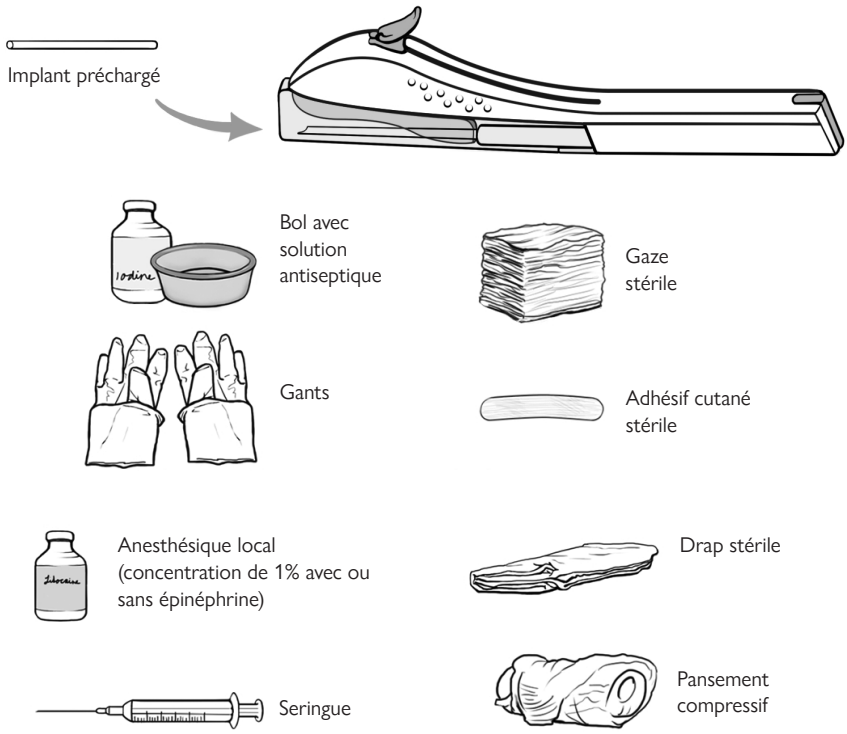
Expliquer la technique de la pose de l'implant

Une femme qui a choisi d'utiliser l'implant doit savoir ce qui se passera durant la pose. La description suivante aide à en expliquer les différentes étapes. La formation et la pratique sous supervision directe sont nécessaires pour apprendre à poser et à retirer les implants. L'insertion des implants ne prend généralement que quelques minutes, mais elle peut parfois nécessiter plus de temps en fonction de la maîtrise du prestataire. Les complications sont rares et dépendent souvent elles aussi de la maîtrise du prestataire.

Technique de la pose de l'implant à 1 bâtonnet - Implanon NXT (Nexplanon)

Le prestataire doit s'assurer que l'équipement essentiel, le matériel et l'implant lui-même sont disponibles (voir ci-dessous).

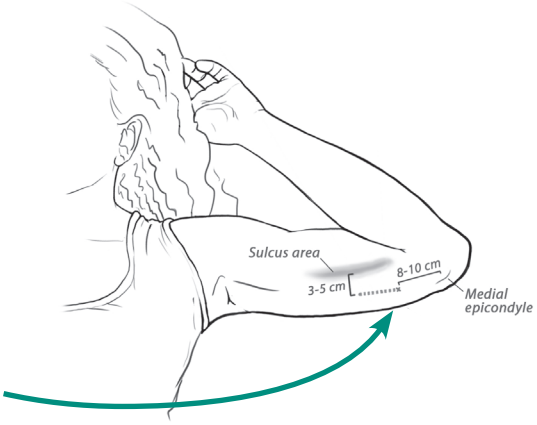
Le prestataire de soins doit appliquer les bonnes pratiques de prévention des infections tout au long de l'intervention.



Étapes de la technique de la pose de l'implant à 1 bâtonnet

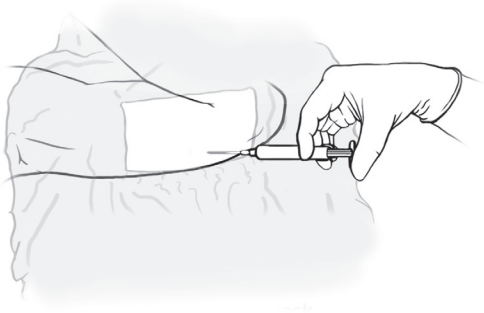
1 Placez un linge propre et sec sous le bras de la femme et positionnez le bras non dominant avec le coude fléchi et la main derrière l'oreille.

Sur le bras, marquez un repère à l'emplacement d'insertion du bâtonnet, entre 8 et 10 cm de l'épicondyle médial et entre 3 et 5 cm sous le sillon.

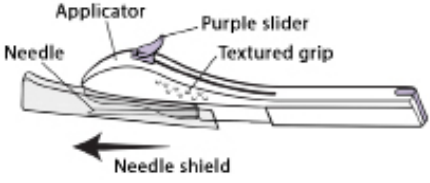


2 Nettoyez le site d'insertion avec une solution antiseptique et un drap stérile.

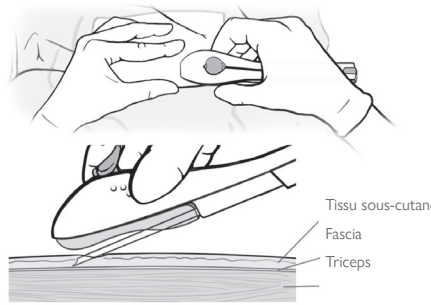
Injectez 1 à 2 ml de lidocaïne 1% juste sous la peau, ce qui soulève une papule au site d'insertion puis poussez jusqu'à 5 cm le long de la voie d'insertion.



3 En utilisant la technique sans contact, retirez l'applicateur stérile jetable à 1 bâtonnet de la plaquette thermoformée. Maintenez-le sur la zone texturée. Vérifiez que l'implant est visible dans l'aiguille. Retirez l'embout de protection de l'aiguille.



4 Le prestataire doit être situé de manière à visualiser l'insertion et à s'assurer qu'elle est sous-cutanée et parallèle au bras.



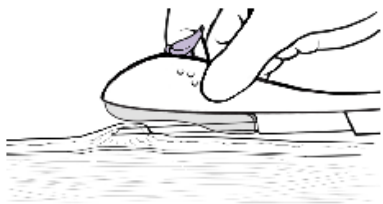
Étirez la peau près du site d'insertion avec le pouce et l'index.

Perforez la peau avec l'applicateur à un angle de 30° et insérez uniquement le biseau de l'aiguille.

5 En visualisant l'aiguille, abaissez l'applicateur jusqu'à ce qu'il soit parallèle à la surface de la peau puis poussez doucement, tout en soulevant la peau vers le haut pour assurer une mise en place superficielle.

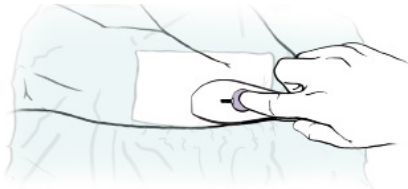
Insérez l'aiguille sur toute sa longueur sans forcer.

Vérifiez que toute la longueur de l'aiguille a été insérée dans la peau avant de passer à l'étape suivante.



6 Maintenez l'applicateur dans cette position et appuyez sur le curseur violet vers le bas jusqu'à ce qu'il s'arrête.

Cette action rétracte l'aiguille dans le corps de l'applicateur.

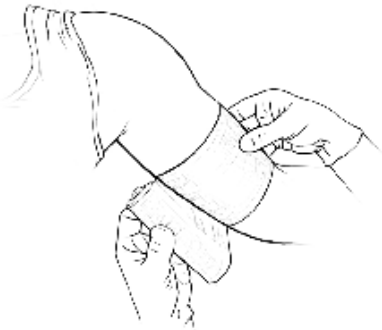


7 Retirez délicatement l'applicateur en laissant l'implant en place.

8 Vérifiez par palpation que l'implant est bien en place. Demandez à la femme de palper l'implant pour confirmer sa présence.

9 Refermez le site d'incision à l'aide d'un adhésif cutané stérile.

10 Appliquez un pansement compressif pour minimiser les saignements et les ecchymoses.



Technique de la pose de l'implant à 2 bâtonnets - Jadelle et Levoplant

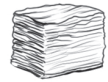
Le prestataire doit s'assurer que l'équipement essentiel, le matériel et l'implant lui-même sont disponibles (voir ci-dessous). Le prestataire de soins doit appliquer les bonnes pratiques de prévention des infections tout au long de l'intervention.

Bol avec solution antiseptique

Gants stériles

Anesthésique local (concentration de 1% avec ou sans épinéphrine)

Seringue

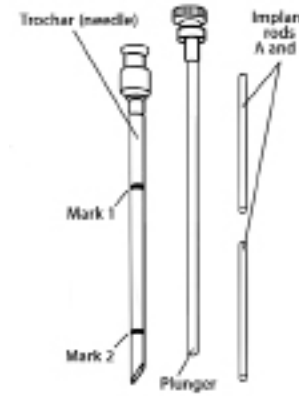


Gaze stérile

Adhésif cutané stérile

Drap stérile

Pansement compressif

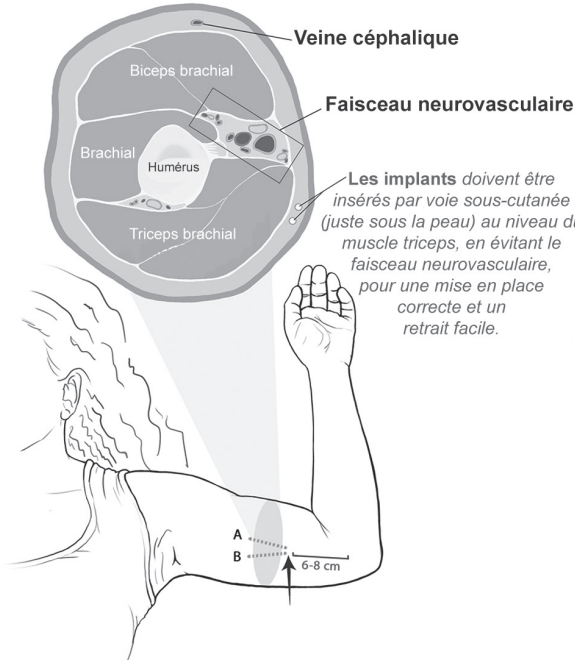


Étapes de la technique de la pose de l'implant à 2 bâtonnets

1

Placez un linge propre et sec sous le bras de la femme et positionnez le bras non dominant avec le coude fléchi et la main parallèle à l'oreille.

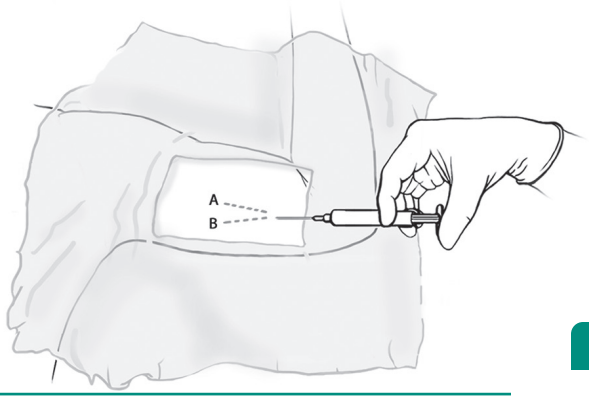
Sur le bras, marquez les repères (A) et (B) à l'emplacement d'insertion des bâtonnets, entre 6 et 8 cm au-dessus de l'épicondyle médial.



2

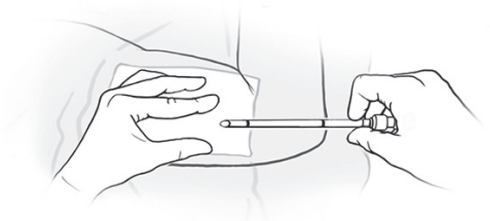
Nettoyez le site d'insertion avec une solution antiseptique et un drap stérile.

Injectez 1 à 2 ml de lidocaïne 1% juste sous la peau, ce qui soulève une papule au site d'insertion puis poussez jusqu'à 5 cm le long de la voie d'insertion (A et B).

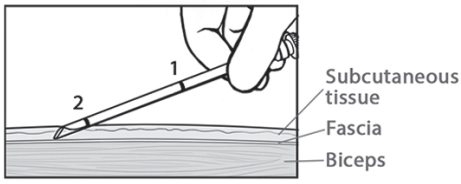


3

Étirez la peau près du site d'insertion avec le pouce et l'index.

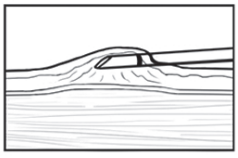


Perforez la peau avec le trocart à un angle de 20° et insérez uniquement le biseau de l'aiguille.

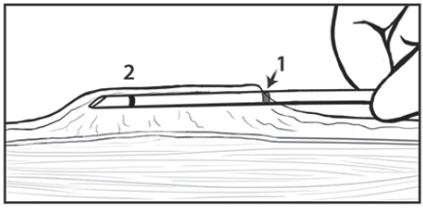


4

Abaissez l'applicateur jusqu'à ce qu'il soit parallèle à la surface de la peau puis poussez doucement, tout en soulevant la peau vers le haut pour assurer une mise en place superficielle.



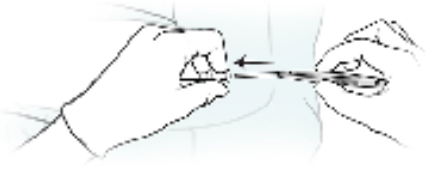
Poussez le trocart et le piston jusqu'au repère (1), au plus près de l'extrémité du trocart.



5

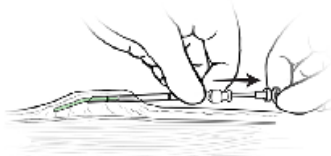
Retirez le piston tout en maintenant le trocart en place.

Placez le premier bâtonnet (A) dans le trocart à l'aide de pinces.

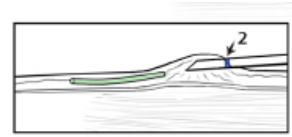


6 Réinsérez le piston et poussez jusqu'à ce que vous sentiez une résistance.

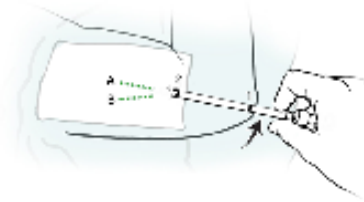
7 Tenez fermement en place le piston d'une main et faites glisser le trocart hors de l'incision jusqu'à ce qu'il atteigne la poignée du piston.



Retirez le trocart et le piston ensemble jusqu'au repère (2) le plus proche de l'extrémité du trocart (ne pas retirez le trocart de l'incision).



8 Au repère (2), réorientez le trocart à environ 15° du premier bâtonnet inséré (A). Poussez le trocart et le piston vers (B) jusqu'au repère (1) et insérez le deuxième bâtonnet (B) en utilisant la même technique (répéter les étapes 5 à 7).



9 Vérifiez que les implants sont bien en place par une palpation. Demandez à la femme de palper les implants pour confirmer leur présence.

10 Refermez le site d'incision à l'aide d'un adhésif cutané stérile.

11 Appliquez un pansement compressif pour minimiser les saignements et les ecchymoses.

Accompagner l'utilisatrice

Donner des consignes spécifiques

Ne pas mouiller le bras	• L'utilisatrice doit garder le site d'insertion bien sec pendant 4 jours. Elle peut retirer la gaze après 2 jours et le pansement adhésif et le sparadrap chirurgical une fois l'incision cicatrisée, généralement après 3 à 5 jours.
La zone peut être sensible et tuméfiée	• Une fois que l'effet de l'anesthésie cesse, son bras peut être douloureux pendant quelques jours. Le site d'insertion peut également être tuméfié et enflé. Cela est fréquent et disparaît sans traitement.
Durée de la protection contre la grossesse	• Expliquer qu'il est important de faire retirer l'implant avant qu'il ne perde son efficacité. À ce moment-là, elle pourra se faire poser un nouvel implant si elle le souhaite. • Discuter de la manière dont elle peut se rappeler la date à laquelle elle doit revenir pour le retrait et le remplacement éventuel de l'implant. • Donner à chaque femme les informations suivantes par écrit sur une fiche de rappel comme celle montrée en exemple ci-dessous, si possible et renseigner : – le type d'implant qu'elle porte et dans quel bras il a été placé – la date de la pose – le mois et l'année où l'implant devra être retiré ou remplacé – l'endroit où elle peut se rendre si elle a des problèmes ou des questions liés à son implant.

Fiche de rappel pour l'implant

Nom de la patiente : _____

Type d'implant : _____ Bras : G _____ D _____

Date de la pose : _____

Date de retrait ou de remplacement : Mois : _____ Année : _____

Si vous avez des problèmes ou des questions, vous rendre à :

_____

(nom et adresse de l'établissement)

Accompagner les utilisatrices continues

En quoi le partenaire peut-il être utile ?

Le partenaire de la patiente est invité à participer à des séances de conseil et à en savoir plus sur la méthode et sur la façon dont il peut aider sa partenaire.

Le partenaire peut :

- soutenir la femme dans le choix de cette méthode
- faire preuve de compréhension et de soutien si elle a des effets secondaires
- utiliser systématiquement des préservatifs en complément de l'implant s'il est atteint d'une IST ou du VIH ou s'il pense être exposé au risque d'une IST ou du VIH.
- l'aider à se souvenir de la date de retrait de l'implant.

"Revenez à n'importe quel moment " : raisons de revenir

Indiquer à chaque patiente qu'elle peut revenir à tout moment, par exemple si elle a des problèmes, des questions ou si elle souhaite utiliser une autre méthode. Elle peut également revenir si elle constate un changement important dans son état de santé ou si elle pense être enceinte.

De plus, elle pourra revenir si :

- le site d'insertion est douloureux, chaud, rouge ou suinte du pus et si cela s'aggrave ou ne disparaît pas, ou si elle voit qu'un bâtonnet est sorti.
- elle veut faire retirer l'implant, quelle qu'en soit la raison.
- le moment de retirer l'implant et, si elle le souhaite, de poser de nouveaux implants est arrivé.

Conseils généraux en matière de santé

Une personne qui sent soudainement que quelque chose va mal avec sa santé devrait immédiatement chercher à obtenir des soins médicaux auprès d'une infirmière ou d'un médecin. Il est fort probable que la cause de cet état ne soit pas la méthode contraceptive, mais elle devrait quand même indiquer laquelle elle utilise au personnel de santé.

Accompagner les utilisatrices continues

IMPORTANT : aucune consultation de suivi systématique n'est requise jusqu'à la date du retrait de l'implant (voir Retirer l'implant, p. 157-160). Il convient toutefois d'inviter clairement la femme à revenir à n'importe quel moment si elle le souhaite

Lors d'e toute consultation ultérieure :

1. Demander à la patiente si tout se passe bien avec la méthode et si elle en est satisfaite. Lui demander si elle a des questions ou si elle souhaite discuter de certains aspects en particulier.
2. Lui demander si elle est préoccupée par des changements dans les saignements. Lui fournir les informations ou l'aide dont elle a besoin (voir Prendre en charge les problèmes, ci-dessous).
3. Demander aux patientes qui utilisent la méthode depuis longtemps si elles ont eu de nouveaux problèmes de santé depuis leur dernier rendez-vous. Traiter les problèmes comme il se doit. En cas de nouveaux problèmes de santé qui nécessiteront peut-être un changement de méthode, voir la section portant ce titre, p. 155-156.
4. Demander aux patientes qui utilisent la méthode depuis longtemps si des changements importants susceptibles de modifier leurs besoins sont survenus dans leur vie : par exemple, le projet d'avoir des enfants ou l'exposition à un risque de contracter une IST ou le VIH. Assurer le suivi, tel que nécessaire.
5. Si elle souhaite continuer à utiliser l'implant et si aucun nouveau critère médical ne l'en empêche, lui rappeler pendant combien de temps encore son implant la protégera contre une grossesse.

Prendre en charge les problèmes

Problèmes signalés comme effets secondaires ou complications

Ces problèmes peuvent être dus à l'utilisation des implants mais pas forcément. Ils ont une incidence sur le niveau de satisfaction de la femme et sur l'utilisation de cette méthode. Le prestataire de soins doit y prêter attention. Les informations suivantes indiquent comment traiter les effets secondaires ou les complications signalés, ainsi que les conditions spécifiques.

Tout effet secondaire ou complication signalé

- Écouter les préoccupations de la patiente, lui donner des conseils, lui apporter un soutien et, si nécessaire, un traitement. Vérifier qu'elle a bien compris les conseils et qu'elle les accepte.
- Proposer de l'aider à choisir une autre méthode maintenant, si elle le souhaite, ou si les problèmes ne peuvent être surmontés.

Saignements irréguliers (saignements à des moments inattendus)

- La rassurer et lui indiquer qu'un grand nombre de femmes utilisant des implants ont des saignements irréguliers. Cela n'est pas grave. Généralement, ils s'atténuent ou cessent après la première année d'utilisation.
- Pour un soulagement modeste à court terme, elle peut prendre 800 mg d'ibuprofène ou 500 mg d'acide méfénamique 3 fois par jour après les repas pendant 5 jours, dès que les saignements irréguliers commencent.
- Si ces médicaments ne l'aident pas, elle peut essayer l'un des moyens suivants, en commençant dès qu'apparaissent les saignements irréguliers :
  - contraceptifs oraux combinés (COC) contenant le progestatif lévonorgestrel. Lui demander de prendre une pilule par jour pendant 21 jours
  - COC contenant 50 µg d'éthinylestradiol. Lui demander de prendre une pilule par jour pendant 21 jours
- Si les saignements irréguliers persistent ou s'ils commencent après plusieurs mois de règles normales ou d'absence de menstruations, ou si vous suspectez un autre problème pour d'autres raisons, envisager des affections sous-jacentes qui ne sont pas liées à l'utilisation de la méthode (voir Saignements vaginaux inexpliqués, à la p. 156).

Absence de saignements menstruels

- Si elle n'a pas ses règles peu après la pose de l'implant, éviter une grossesse (voir l'aide-mémoire Éviter une grossesse). Il est possible qu'elle ait été enceinte au moment de la pose. Si elle est enceinte, retirer l'implant
- Si elle n'est pas enceinte, la rassurer en lui précisant que certaines femmes n'ont plus leurs règles lorsqu'elles utilisent des implants, mais que cela n'est pas dangereux. Il n'est pas nécessaire d'avoir des saignements tous les mois ; le sang ne s'accumule pas dans son corps. C'est s'apparente à l'absence de règles pendant la grossesse. Cela ne signifie pas qu'elle est devenue stérile. Certaines femmes sont heureuses de ne plus avoir leurs règles, lorsqu'elles comprennent que cela est sans risques. En outre, le fait de ne pas avoir de saignements menstruels peut avoir un effet bénéfique sur la santé, par exemple en réduisant le risque d'anémie.

Saignements abondants ou prolongés (deux fois plus abondants que d'habitude ou qui durent plus de 8 jours)

- La rassurer et lui indiquer que certaines femmes utilisant les implants ont des saignements abondants ou prolongés. Généralement, cela n'est pas grave et s'atténue ou cesse après quelques mois d'utilisation.
- Pour un soulagement modeste à court terme, elle peut essayer l'un des traitements contre les saignements irréguliers mentionnés ci-dessus lorsque les saignements abondants commencent. Les contraceptifs oraux combinés (COC) contenant 50 µg d'éthinylestradiol pourraient s'avérer plus efficaces que les COC à plus faible dose.
- Pour contribuer à prévenir l'anémie, lui suggérer de prendre des comprimés de fer et lui dire qu'il est important de manger des aliments riches en fer, par exemple de la viande et de la volaille (surtout du bœuf et du foie de volaille), du poisson, des légumes à feuilles vertes et des légumineuses (haricots, tofu, lentilles et pois).

- Si les saignements abondants ou prolongés persistent ou s'ils commencent après plusieurs mois de règles normales ou d'absence de menstruations, ou si vous suspectez un autre problème pour d'autres raisons, envisager des affections sous-jacentes qui ne sont pas liées à l'utilisation de la méthode (voir Saignements vaginaux inexpliqués, à la page 156).

Maux de tête ordinaires (qui ne sont pas des migraines)

- Lui recommander de prendre de l'aspirine (325 à 650 mg), de l'ibuprofène (200 à 400 mg), du paracétamol (325 à 1 000 mg) ou un autre antidouleur.
- Un bilan devra être effectué en cas d'aggravation ou d'augmentation de la fréquence des maux de tête lors de l'utilisation des implants.

Douleurs abdominales légères

- Lui recommander de prendre du paracétamol (325 à 1 000 mg), de l'aspirine (325 à 650 mg), de l'ibuprofène (200 à 400 mg) ou un autre antidouleur.
- Envisager des remèdes disponibles localement.

Acné

- Envisager des remèdes disponibles localement.
- Si la patiente souhaite cesser d'utiliser les implants en raison de l'acné qu'ils entraînent chez elle, elle peut envisager de passer aux COC. Nombre de femmes utilisant les COC voient leurs problèmes d'acné s'améliorer.

Variations de poids

- Revoir le régime alimentaire de la patiente et apporter des conseils le cas échéant.

Tensions mammaires

- Lui recommander de porter un soutien-gorge offrant un bon maintien (surtout lorsqu'elle a une activité physique intense ou qu'elle dort).
- Essayez les compresses chaudes ou froides.
- Lui recommander de prendre de l'aspirine (325 à 650 mg), de l'ibuprofène (200 à 400 mg), du paracétamol (325 à 1 000 mg) ou un autre antidouleur.
- Envisager des remèdes disponibles localement.

Changements d'humeur ou modification de la libido

- Lui demander s'il y a eu des changements dans sa vie ayant pu affecter son humeur ou sa libido, notamment des changements dans sa relation avec son partenaire. Lui apporter le soutien nécessaire.
- Les patientes qui présentent des changements importants d'humeur tels qu'une dépression sévère devraient être orientées vers les services de soins compétents.
- Envisager des remèdes disponibles localement.

Nausées ou vertiges

- Envisager des remèdes disponibles localement.

Douleur après la pause ou le retrait

- En cas de douleur après la pose, vérifier que le bandage ou la gaze autour du bras ne sont pas trop serrés.
- Lui mettre un nouveau bandage autour du bras et lui recommander d'éviter d'appliquer une pression à cet endroit pendant quelques jours.
- Lui donner de l'aspirine (325 à 650 mg), de l'ibuprofène (200 à 400 mg), du paracétamol (325 à 1000 mg) ou un autre antidouleur.

Infection au niveau du site de la pose (rougeur, chaleur, douleur, pus)

- Ne pas retirer l'implant.
- Nettoyer la zone infectée avec de l'eau et du savon ou un antiseptique.
- Prescrire des antibiotiques par voie orale pour une durée de 7 à 10 jours.
- Demander à la patiente de revenir à la fin de son antibiothérapie si l'infection est toujours présente. Si elle persiste, retirer l'implant ou orienter la patiente vers un autre prestataire pour le retrait.
- L'expulsion totale ou partielle de l'implant est souvent observée après une infection. Demander à la patiente de revenir si elle voit l'implant sortir.

Abcès (poche de pus sous la peau due à une infection)

- Ne pas retirer l'implant.
- Nettoyer la zone avec un antiseptique.
- Inciser et drainer l'abcès.
- Soigner la plaie.
- Prescrire des antibiotiques par voie orale pour une durée de 7 à 10 jours.
- Demander à la patiente de revenir à la fin de son antibiothérapie en cas de rougeur, de chaleur, de douleur ou d'écoulement de pus de la plaie. Si l'infection est encore présente, retirer l'implant ou orienter la patiente vers un autre prestataire pour le retrait.

Expulsion (lorsqu'un ou plusieurs bâtonnets commencent à sortir du bras)

- Ce phénomène est rare, mais s'il se produit. L'expulsion survient généralement dans les mois qui suivent la pose ou à la suite d'une infection.
- En l'absence d'infection, après avoir fourni à la patiente des explications et des conseils, remplacer le bâtonnet ou la capsule expulsé(e) en pratiquant une nouvelle incision à côté des autres bâtonnets ou capsules, ou l'orienter vers les services compétents pour le remplacement.

Douleurs intenses dans le bas-ventre

- Les douleurs abdominales peuvent être causées par divers problèmes, tels que des follicules ou des kystes ovariens de grande taille.
  - La femme peut continuer à utiliser les implants pendant le bilan.
  - Inutile de traiter les follicules ou kystes ovariens de grande taille, à moins qu'ils ne grossissent anormalement, se tordent ou éclatent.
  - Rassurer la patiente en lui précisant que ceux-ci se résorbent généralement d'eux-mêmes. Afin de s'assurer de la résolution du problème, revoir la patiente après 6 semaines, si possible.
- En cas de douleurs abdominales sévères, prêter particulièrement attention aux signes ou symptômes supplémentaires d'une grossesse extra-utérine, problème rare et qui n'est pas causé par les implants, mais qui peut mettre la vie de la patiente en danger (voir la question 7, p. 162). Aux premiers stades d'une grossesse extra-utérine, les symptômes peuvent être absents ou légers, mais dans le temps, ils deviendront graves. Une combinaison des signes ou des symptômes suivants devrait accroître la suspicion d'une grossesse extra-utérine :
  - douleurs ou tensions abdominales inhabituelles
  - saignement vaginal anormal ou absence de saignements menstruels, en particulier si cela représente un changement par rapport au mode habituel de saignements
  - étourdissements ou vertiges
  - évanouissement.
- En cas de suspicion d'une grossesse extra-utérine ou d'un autre problème de santé sérieux, orienter immédiatement la patiente vers les services de diagnostic et de soins. (Voir chapitre 12 Stérilisation féminine, section Prendre en charge une grossesse extra-utérine, p.237, pour de plus amples informations sur les grossesses extra-utérines.)

Nouveaux problèmes pouvant nécessiter un changement de méthode

Ces problèmes peuvent être dus à l'utilisation des implants, mais pas forcément.

Migraines (voir l'aide-mémoire Identifier les migraines avec ou sans aura, p. 458-460)

- Si la patiente a des migraines sans aura, elle peut continuer à utiliser l'implant si elle le souhaite.
- Si elle a des migraines avec aura, retirer l'implant. L'aider à choisir une méthode non hormonale.

Saignements vaginaux inexpliqués (suggérant un problème médical non lié à la méthode)

- Orienter la patiente vers les services compétents ou l'évaluer à partir des antécédents et de l'examen pelvien. Diagnostiquer et traiter comme il se doit.
- Si aucune cause ne peut être identifiée pour les saignements, envisager de retirer l'implant pour faciliter le diagnostic. Lui fournir une autre méthode de son choix qu'elle pourra utiliser jusqu'à ce qu'un bilan soit effectué et qu'elle ait reçu un traitement (hormis un injectable à progestatif seul, un DIU au cuivre ou un DIU-LNG).
- Si les saignements sont dus à une IST ou à une maladie inflammatoire pelvienne, elle peut continuer à utiliser l'implant pendant le traitement.

Certaines affections graves (suspicion de caillot sanguin dans une veine profonde des jambes ou dans les poumons, maladie grave du foie ou cancer du sein). Voir l'annexe B - Signes et symptômes de graves problèmes de santé.

- retirer l'implant ou l'orienter pour le retrait de l'implant.
- Lui proposer une méthode d'appoint qu'elle pourra utiliser jusqu'à ce qu'un bilan soit effectué.
- L'orienter vers les services de diagnostic et de soins compétents si elle n'est pas encore prise en charge.

Cardiopathie due à une artère bouchée ou à une sténose artérielle (cardiopathie ischémique) ou accident vasculaire cérébral

- Une femme qui présente l'une de ces affections peut commencer à utiliser les implants sans risques. Toutefois, si ce problème se produit alors qu'elle porte déjà un implant :
  - retirer l'implant ou l'orienter pour le retrait de l'implant.
  - l'aider à choisir une méthode non hormonale.
  - l'orienter vers les services de diagnostic et de soins compétents si elle n'est pas encore prise en charge.

Suspicion de grossesse

- Déterminer si la patiente est enceinte et éviter une grossesse extra-utérine (voir Douleurs intenses dans le bas-ventre, à la page précédente).
- Retirer l'implant ou l'orienter vers le retrait de l'implant si elle souhaite mener la grossesse à terme.
- Il n'y a pas de risque connu pour le fœtus conçu lorsqu'une femme porte un implant (voir la question 5, p. 161).

Retirer l'implant

IMPORTANT : les prestataires ne doivent en aucun cas refuser ou différer le retrait de l'implant si une femme le demande, quelle que soit sa raison, que celle-ci soit personnelle ou médicale. Tout prestataire doit partir du principe que la patiente ne doit jamais être contrainte ou forcée de continuer à utiliser les implants. Si le retrait de l'implant risque d'être difficile, un prestataire possédant les compétences nécessaires de l'intervention devrait être disponible. Le retrait devrait être pratiqué gratuitement si possible.

Expliquer la technique de retrait de l'implant

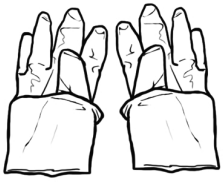
La femme doit savoir ce qui se passera lors du retrait. La description suivante peut aider à lui expliquer les différentes étapes. La même technique de retrait est utilisée pour tous les types d'implants.

Le prestataire devrait demander à la femme si elle souhaite continuer à éviter une grossesse et discuter avec elle des méthodes disponibles. Si elle veut utiliser un nouvel implant, il sera placé au-dessus ou au-dessous du site de l'ancien implant ou dans l'autre bras.

Technique de retrait des implants

Le fournisseur doit s'assurer que l'équipement essentiel et le matériel sont disponibles (voir ci-dessous). Le prestataire de soins doit appliquer les bonnes pratiques de prévention des infections tout au long de l'intervention.

Bol avec solution antiseptique



Gants stériles

Drap stérile

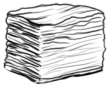
Anesthésique local (concentration de 1% avec ou sans épinéphrine)

Seringue

Scalpel

Pince Mosquito courbe

Pince Mosquito droite



Gaze stérile

Steri-Strips ou adhésif cutané stérile

Pansement compressif

Étapes de la technique de retrait

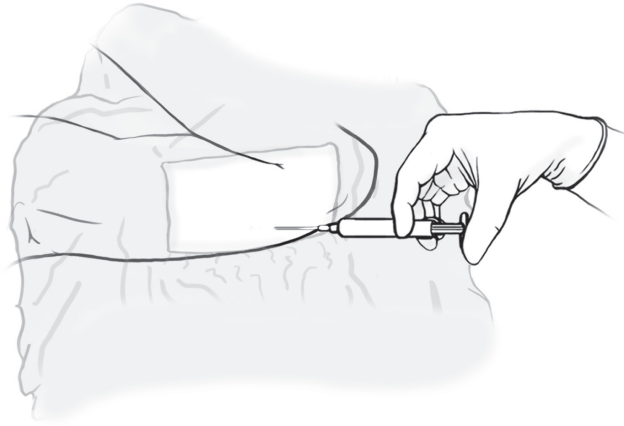
1 Localisez l'implant à 1 ou 2 bâtonnets par palpation et pression. S'il n'est pas possible de localiser l'implant, demandez à la femme de faire un examen plus approfondi.

Déterminez l'emplacement de l'extrémité distale de l'implant par palpation et marquez le site d'incision.

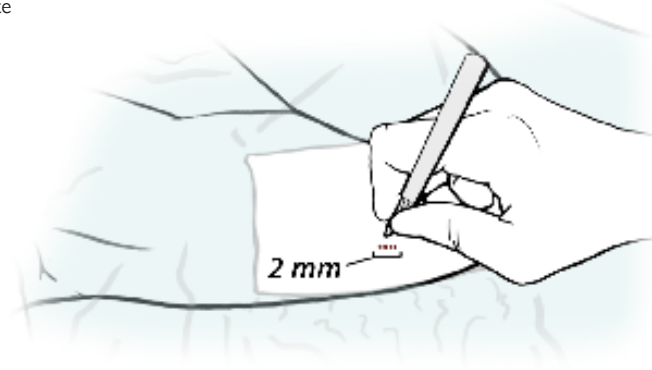
Si l'implant ne peut être localisé, vérifiez les deux sites d'insertion possibles (A et B), ainsi que les deux bras. S'il n'est pas possible de trouver l'implant, demandez à la femme de faire un examen plus approfondi.

2 Nettoyez le site d'insertion avec une solution antiseptique et un drap stérile.

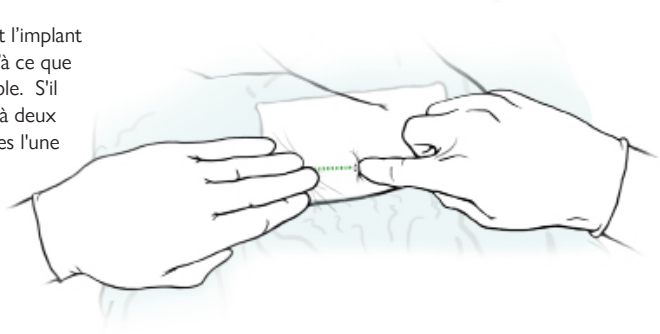
Injectez 1 à 2 ml de lidocaïne à 1 % juste sous l'implant, de façon à ne pas le masquer. S'il s'agit d'un système à deux bâtonnets, injectez entre les deux bâtonnets.



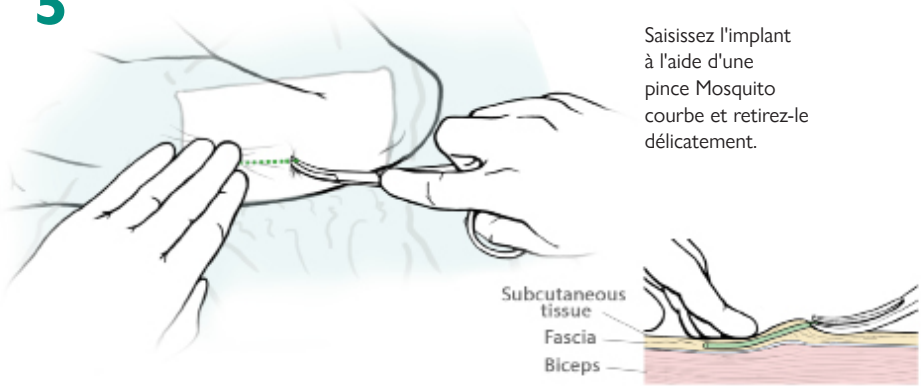
3 Pratiquez une petite incision (2 mm), à l'extrémité ou aux extrémités des implants et parallèlement à ceux-ci.



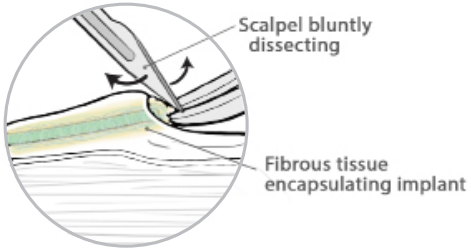
4 Poussez doucement l'implant vers l'incision jusqu'à ce que l'extrémité soit visible. S'il s'agit d'un système à deux bâtonnets, retirez-les l'une après l'autre.



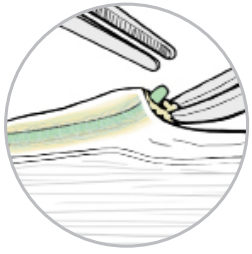
5 Saisissez l'implant à l'aide d'une pince Mosquito courbe et retirez-le délicatement.



6 Si l'extrémité de l'implant n'est pas visible pendant l'incision, insérez une pince dans l'incision, saisissez l'implant et retirez le tissu fibreux avec le dos de la lame du scalpel et/ou de la gaze.

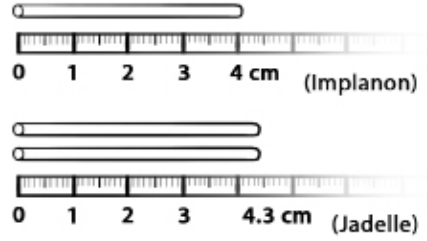


7 Une fois l'implant exposé, saisissez-le à l'aide d'une deuxième paire de pince Mosquito et retirez-le délicatement.



8 Assurez-vous d'avoir complètement retirer le bâtonnet et montrez-le à la patiente.

S'il s'agit d'un implant à deux bâtonnets, répétez les étapes 4 à 7 pour retirer le deuxième bâtonnet.



9 Refermez le site d'incision avec un adhésif cutané stérile.

10 Appliquez un pansement compressif pour minimiser les saignements et les ecchymoses.

Questions et réponses à propos des implants

1. Des consultations de suivi sont-elles nécessaires pour les utilisatrices d'implants ?

Non. Aucune consultation périodique systématique n'est requise pour les utilisatrices d'implants. Une consultation annuelle peut s'avérer utile pour d'autres soins préventifs, mais elle n'est pas nécessaire ni obligatoire. Bien évidemment, les femmes peuvent venir consulter à n'importe quel moment si elles ont des questions ou souhaitent faire retirer leur implant.

2. L'implant peut-il être laissé de manière permanente dans le bras de la femme ?

Il n'est généralement pas recommandé de laisser l'implant en place une fois sa durée d'efficacité écoulée si la femme est encore exposée à un risque de grossesse. L'implant en lui-même n'est pas dangereux, mais il perd en efficacité à mesure que les niveaux d'hormones qu'il contient baissent. Lorsqu'il n'est plus efficace, il peut néanmoins encore libérer une faible dose d'hormones pendant plusieurs années, sans que cela ait un effet contraceptif.

Si la femme veut continuer à utiliser l'implant, elle peut se faire poser un nouvel implant dans l'autre bras même si le premier implant n'est pas retiré à ce moment-là, par exemple, si les services de retrait ne sont pas disponibles dans l'immédiat.

3. Les implants sont-ils une cause de cancer ?

Non. Les études n'ont pas mis en évidence de risque accru de cancer lors de l'utilisation d'implants.

4. Combien de temps faut-il pour tomber enceinte après avoir fait retirer l'implant ?

Les femmes qui cessent d'utiliser les implants peuvent tomber enceintes aussi rapidement que les femmes qui cessent d'utiliser une méthode non hormonale. Les implants ne retardent pas le retour à la fertilité après leur retrait. La femme retrouve généralement des modes de saignement identiques à ceux qu'elle avait avant d'utiliser les implants après leur retrait.

5. L'implant est-il une cause de malformations congénitales ? Est-il nocif pour le fœtus si une femme tombe enceinte alors qu'elle porte un implant ?

Non. Il existe de solides données montrant que les implants ne causent pas de malformations congénitales et qu'ils ne seront pas nocifs pour le fœtus si une femme tombe enceinte alors qu'elle en porte un ou si un implant lui est posé alors qu'elle est enceinte sans le savoir.

6. L'implant peut-il sortir du bras de la femme ?

Il arrive, dans de rares cas, qu'un bâtonnet commence à sortir, la plupart du temps dans les 4 premières semaines suivant la pose. Cela survient généralement lorsqu'il a été mal inséré ou à la suite d'une infection à l'endroit où il a été posé. Dans ces cas, la femme verra l'implant ressortir. Certaines femmes peuvent avoir un changement soudain dans les modes de saignement. Si une femme voit un bâtonnet ressortir, elle devrait commencer à utiliser une méthode d'appoint et revenir immédiatement au centre de santé.

7. Est-ce que les implants augmentent le risque de grossesse extra-utérine ?

Non. Au contraire, l'implant réduit considérablement le risque de grossesse extra-utérine. Les grossesses extra-utérines sont extrêmement rares chez les utilisatrices d'implants. Le taux de grossesses extra-utérines chez les femmes portant d'implants est de 6 pour 100 000 femmes par an. Aux États-Unis, le taux de grossesses extra-utérines chez les femmes qui n'utilisent aucune méthode contraceptive s'élève à 650 pour 100 000 femmes par an.

Dans les très rares cas où l'implant échoue et qu'une grossesse survient, 10 à 17 de ces grossesses sur 100 sont extra-utérines. Par conséquent, la grande majorité des grossesses après échec des implants ne sont pas extra-utérines. Toutefois, une grossesse extra-utérine demeure un problème pouvant mettre la vie en danger ; par conséquent, un prestataire doit garder à l'esprit qu'une grossesse extra-utérine reste possible en cas d'échec de l'implant.

8. Quand une femme qui allaite peut-elle commencer à utiliser des implants ?

En 2015, l'OMS s'est penchée sur la question et a mis à jour ses recommandations afin de permettre à la femme d'utiliser des implants à progestatif seul après l'accouchement, quel que soit le moment où elle a accouché. Elle n'a pas besoin d'attendre jusqu'à 6 semaines après l'accouchement. Ces nouvelles recommandations s'appliquent également aux pilules à progestatif seul et au DIU-LNG. Pour des recommandations détaillées sur le moment où une femme qui allaite peut commencer à utiliser les implants, voir la section Quand commencer ?, à la p. 138.

9. Les femmes en surpoids devraient-elles éviter les implants ?

Non. Il a été observé dans certaines études, mais pas toutes, que les implants Jadelle perdaient légèrement en efficacité chez les femmes en surpoids après 4 années d'utilisation ou un peu plus. Par mesure de précaution, il peut être souhaitable pour les femmes pesant plus de 80 kg de faire remplacer leur implant après 4 ans d'utilisation pour une efficacité optimale. Les études sur l'Implanon n'ont pas mis en évidence de diminution de l'efficacité chez les femmes en surpoids pour la durée d'utilisation approuvée pour ce type d'implant.

10. Que faut-il faire si une utilisatrice d'implant a un kyste ovarien ?

La grande majorité des kystes n'en sont pas véritablement mais sont des structures de l'ovaire remplies de liquide (les follicules) qui continuent de grossir au-delà de leur taille habituelle au cours d'un cycle menstruel normal. Ils peuvent provoquer de légères douleurs abdominales, mais ne nécessitent un traitement que s'ils deviennent anormalement grands, se tordent ou éclatent. Ces follicules disparaissent généralement sans traitement (voir Douleurs intenses dans le bas-ventre à la section de ce chapitre Prendre en charge les problèmes, p. 151).

11. Une femme peut-elle retourner travailler rapidement après la pose de l'implant ?

Oui. Une femme peut faire son travail habituel immédiatement après avoir quitté le centre de santé dès lors qu'elle ne heurte pas le site d'insertion ou ne le mouille pas.

12. Un examen pelvien est-il nécessaire avant de se faire poser un implant ?

Non. En revanche, il convient de poser les bonnes questions afin de déterminer avec une certitude raisonnable que la femme n'est pas enceinte (voir Liste de contrôle de la grossesse, troisième de couverture). Aucun autre problème pouvant être diagnostiqué lors de l'examen pelvien ne constitue de contre-indication à l'utilisation de l'implant.

13. Les jeunes femmes, y compris les adolescentes, peuvent-elles utiliser des implants ?

Oui. Si une jeune femme souhaite utiliser un implant, elle le peut. De fait, les implants et les DIU sont de bonnes méthodes pour les jeunes femmes qui souhaitent être sûres d'éviter une grossesse pendant plusieurs années. Il s'agit de méthodes très efficaces à longue durée d'action. D'après les Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation de la contraception de l'OMS , l'âge n'a pas d'importance pour l'utilisation de l'implant. L'utilisation de l'mplant n'affectera pas la fertilité future de la jeune femme, qu'elle ait déjà eu des enfants ou pas.

Toutes les jeunes femmes qui souhaitent utiliser une contraception, qu'elles soient mariées ou non et qu'elles aient ou pas des enfants, peuvent choisir en toute sécurité parmi toute la gamme des méthodes contraceptives disponibles. Celle-ci inclut les implants, les DIU au cuivre et les DIU-LNG. Si une femme veut avoir des enfants plus tard, elle ne doit toutefois pas choisir la stérilisation féminine, puisqu'il s'agit d'une méthode permanente.

14. L'implant devrait-il être proposé à une femme prenant un traitement par éfavirenz ?

Oui. Il convient de proposer l'implant, au même titre que toute la gamme des méthodes contraceptives disponibles, aux femmes prenant le médicament antirétroviral éfavirenz (ARV), utilisé dans le traitement contre le VIH. Il est toutefois important de leur préciser que l'éfavirenz est susceptible de rendre l'implant moins efficace. Chez les femmes prenant de l'éfavirenz, l'efficacité de l'implant pourrait être à peu près similaire à celle des contraceptifs oraux combinés ou des préservatifs masculins tels qu'ils sont utilisés habituellement.

Les femmes qui suivent ce traitement et choisissent d'utiliser un implant devraient être encouragées à utiliser des préservatifs en complément afin de renforcer la protection contre la grossesse. Elles peuvent également envisager d'utiliser d'autres méthodes contraceptives efficaces qui n'interagissent pas avec l'éfavirenz ou d'autres ARV. Ces méthodes incluent notamment les injectables à progestatif seul, le DIU au cuivre et le DIU-LNG ou, si elles ne veulent plus avoir d'enfants, la stérilisation féminine ou la vasectomie pour leur partenaire.

Une utilisatrice d'implants qui commence à prendre de l'éfavirenz ou suit déjà ce traitement doit être informée de cette baisse d'efficacité. Le prestataire peut alors l'aider à décider si elle souhaite continuer à utiliser l'implant ou passer à une autre méthode, plus efficace. Si elle préfère une autre méthode, il peut lui retirer l'implant et l'aider à commencer cette nouvelle méthode.

Dispositif intra-utérin au cuivre

Ce chapitre décrit essentiellement le dispositif intra-utérin TCu-380A.
(Pour le dispositif intra-utérin au lévonorgestrel, voir p. 181.)

Points clés pour les prestataires et les patientes

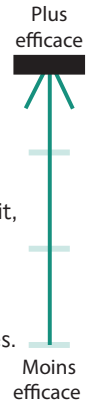
- **Il offre une protection à long terme contre la grossesse.** D'une efficacité prouvée pendant 12 ans, il est réversible immédiatement.
- **Il est posé dans l'utérus par un prestataire spécialement formé.**
- **Il n'y a pratiquement rien à faire pour la patiente une fois le DIU en place.**
- **Les changements dans les saignements sont chose courante.** Généralement, les saignements sont plus longs et plus abondants et la femme a davantage de crampes et de douleurs au moment des règles surtout pendant les 3 à 6 premiers mois.

Qu'est-ce que le dispositif intra-utérin au cuivre ?

- Le dispositif intra-utérin au cuivre (DIU) est une petite armature flexible en plastique. Un fil ou des manchons en cuivre le recouvrent partiellement. Un prestataire de soins de santé spécialement formé l'insère dans l'utérus de la femme en passant par le vagin et le col de l'utérus.
- Presque tous les types de DIU possèdent un ou plusieurs fils attachés en leur extrémité. Les fils sortent par le col dans le vagin.
- Le DIU agit en provoquant une réaction chimique qui altère les spermatozoïdes et les ovocytes avant qu'ils ne puissent se rencontrer.

Quelle efficacité ?

L'une des méthodes les plus efficaces et l'une de celles qui ont la plus longue durée d'action.



- On observe moins d'une grossesse pour 100 femmes lors de la première année d'utilisation d'un DIU (6 pour 1000 femmes en cas d'utilisation parfaite du DIU et 8 pour 1000 tel qu'utilisé habituellement). Autrement dit, 992 à 994 femmes sur 1000 utilisant le DIU ne tomberont pas enceintes.
- Un petit risque de grossesse subsiste au-delà de la première année d'utilisation et aussi longtemps que la femme utilise le DIU.
  – Sur 10 années d'utilisation du DIU : environ 2 grossesses pour 100 femmes.
- Des études ont montré que le TCu-380A reste efficace pendant 12 ans.

Toutefois, le Tcu-380A a été approuvé pour une durée d'utilisation de 10 ans. (Les prestataires devraient se conformer aux recommandations nationales en ce qui concerne le moment indiqué pour le retrait du DIU).

Retour de la fécondité après le retrait du DIU : aucun délai

Protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST) : aucune

Effets secondaires, bénéfices et risques pour la santé et complications

Effets secondaires (voir Prendre en charge les problèmes, p. 173)

Certaines utilisatrices indiquent les problèmes suivants :

- Changements dans les modes de saignements[†] (surtout pendant les 3 à 6 premiers mois) notamment :
  - des saignements menstruels prolongés ou abondants ;
  - des saignements irréguliers ;
  - davantage de crampes et de douleurs pendant les saignements menstruels.

Les changements dans les saignements sont normaux et sans risque. Si une femme les trouve gênants ou inquiétants, il peut s'avérer utile de lui apporter des conseils et un soutien.

Bénéfices connus pour la santé

Aide à protéger contre :

- le risque de grossesse.

Peut aider à protéger contre :

- le cancer du corps de l'utérus (cancer de l'endomètre) ;
- le cancer du col de l'utérus.

Réduit :

- le risque de grossesse extra-utérine.

Risques connus pour la santé

Peu fréquents :

- peut causer une anémie si une femme a déjà de faibles réserves de fer avant la pose du DIU et si le DIU provoque des règles plus abondantes.

Rares :

- une maladie inflammatoire pelvienne (MIP) peut survenir si la femme a une infection à chlamydia ou une gonorrhée au moment de la pose du DIU.

Complications

Rares :

- perforation de la paroi de l'utérus par le DIU ou l'instrument utilisé pour la pose du DIU. Guérit généralement sans traitement ;
- avortement spontané, naissance prématurée ou infection, dans les rares cas où la femme tombe enceinte alors qu'elle porte un DIU.

Corriger les idées reçues (voir aussi Questions/réponses, p.178)

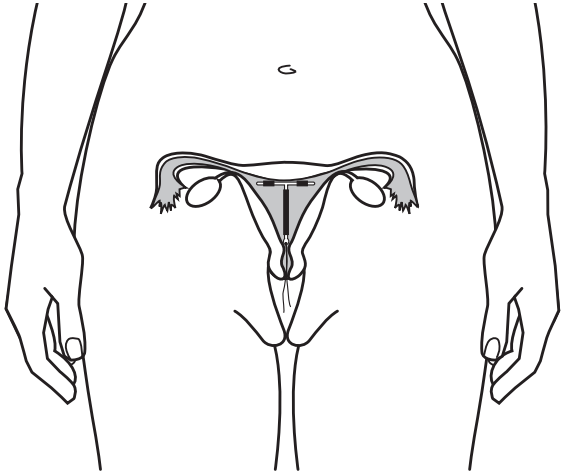
Le dispositif intra-utérin :

[†] *Pour la définition des modes de saignements, voir Saignements vaginaux dans le glossaire p. 407.*

- peut être utilisé par des femmes de tous âges, y compris les adolescentes ;
- convient aux femmes qui ont déjà eu des enfants comme à celles qui n'en n'ont pas encore ;
- cause rarement une maladie inflammatoire pelvienne ;
- n'augmente pas le risque d'IST, dont le VIH ;
- n'augmente pas le risque d'avortement spontané lorsqu'une femme tombe enceinte après le retrait du DIU ;
- ne rend pas la femme stérile ;
- ne cause pas de malformations congénitales ;
- ne cause pas de cancer ;
- ne migre pas vers le cœur ou le cerveau ;
- ne cause pas de gêne ou de douleur à la femme ou à son partenaire masculin lors de leurs rapports sexuels ;
- diminue nettement le risque de grossesse extra-utérine.

Pourquoi le DIU est-il apprécié de certaines femmes ?

- Il protège très efficacement contre le risque de grossesse.
- C'est une méthode à longue durée d'action.
- Il est discret. Généralement, personne n'est capable de détecter sa présence (il se peut que le partenaire sente parfois les fils lors des rapports sexuels).
- Il n'entraîne aucun coût supplémentaire une fois posé.
- Il ne nécessite aucune intervention de la part de l'utilisatrice une fois posé.



Qui peut et qui ne peut pas utiliser le le DIU au cuivre ?

Sans risques et adapté à pratiquement toutes les femmes

La plupart des femmes peuvent utiliser le DIU, sans risques et efficacement, y compris les femmes :

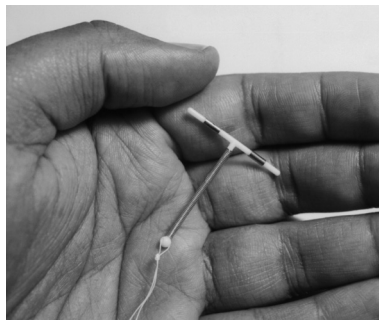
- qui ont ou n'ont pas eu d'enfants ;
- qui sont mariées ou pas ;
- de tout âge, y compris les adolescentes et les femmes de plus de 40 ans ;
- qui viennent d'avoir un avortement spontané ou provoqué (sans signe d'infection) ;
- qui allaitent ;
- qui font beaucoup d'efforts physiques ;
- qui ont eu une grossesse extra-utérine ;
- qui ont eu une maladie inflammatoire pelvienne (MIP) ;
- qui ont des infections vaginales ;
- qui présentent une anémie ;
- qui vivent avec le VIH mais n'en présentent peu ou pas les symptômes et se portent bien, qu'elles soient sous traitement antirétroviral ou non (voir Le DIU chez la femme vivant avec le VIH, p. 162)

Éviter les interventions inutiles

(Voir Importance des interventions, p. 368.)

Les femmes peuvent commencer à utiliser le DIU :

- sans dépistage du cancer du col de l'utérus ;
- sans palpation des seins ;
- sans vérification de la tension artérielle.



Un examen pelvien et une évaluation du risque d'IST sont essentiels. Si possible, un dosage de l'hémoglobine et des tests de dépistage des IST, y compris du VIH, seront pratiqués pour contribuer à l'utilisation sûre et efficace du DIU.

Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation du

DIU au cuivre

Poser à la patiente les questions ci-après portant sur ses problèmes médicaux connus. Si elle répond NON à toutes les questions, alors il est possible de lui poser un DIU si elle le souhaite. Si elle répond OUI à l'une des questions, suivre les instructions. Dans certains cas, la pose du DIU restera possible.

1. Avez-vous accouché il y a plus de 48 heures mais moins de 4 semaines ?

❑ NON ❑ **OUI** Remettre à plus tard la pose du DIU jusqu'à au moins 4 semaines après l'accouchement (voir Peu après l'accouchement, p. 164).

2. Avez-vous une infection survenue après l'accouchement ou l'avortement ?

❑ NON ❑ **OUI** Si elle présente actuellement une infection des organes génitaux survenue au cours des 6 premières semaines suivant l'accouchement (sepsis puerpéral) ou si elle vient d'avoir une infection de l'utérus liée à un avortement (avortement septique), ne pas poser le DIU. La traiter ou l'orienter vers les services compétents si elle n'est pas encore prise en charge. L'aider à choisir une autre méthode ou lui proposer une méthode d'appoint.* Refaire un bilan à l'issue du traitement pour évaluer la possibilité d'utiliser un DIU.

3. Avez-vous des saignements vaginaux qui vous semblent inhabituels ?

❑ NON ❑ **OUI** Si elle a des saignements vaginaux inexpliqués qui pourraient être le signe d'une grossesse ou d'une affection médicale sous-jacente, l'utilisation d'un DIU pourrait rendre plus difficiles le diagnostic et le suivi du traitement. L'aider à choisir une méthode qu'elle pourra utiliser jusqu'à ce qu'un bilan ait été effectué et qu'elle ait reçu un traitement (hormis un DIU hormonal, des progestatifs seuls injectables ou un implant). Refaire un bilan à l'issue du traitement pour évaluer la possibilité d'utiliser un DIU.

4. Avez-vous une autre maladie ou d'autres infections féminines (problèmes gynécologiques ou obstétricaux), comme un cancer de l'appareil génital ou une tuberculose pelvienne ? Dans l'affirmative, de quoi s'agit-il ?

❑ NON ❑ **OUI** En cas de cancer actuel connu du col de l'utérus, de l'endomètre ou des ovaires, de maladie trophoblastique gestationnelle ou de tuberculose pelvienne, ne pas poser de DIU. La traiter et l'orienter vers les services de soins compétents si elle n'est pas encore prise en charge. L'aider à choisir une autre méthode. En cas de tuberculose pelvienne, refaire un bilan à l'issue du traitement pour évaluer la possibilité d'utiliser un DIU.

(Suite à la page suivante)

* *Les méthodes d'appoint sont l'abstinence, les préservatifs masculins et féminins, les spermicides et le retrait. Lui indiquer que les spermicides et le retrait sont les méthodes contraceptives les moins efficaces. Si possible, lui donner des préservatifs.*

Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation du DIU au cuivre (suite)

5. Avez-vous le VIH ou le sida ? Avez-vous des problèmes de santé liés à l'infection par le VIH ?

❑ NON ❑ **OUI** Si la femme est à un stade avancé de l'infection à VIH ou si elle présente de graves symptômes, ne pas lui poser de DIU. En revanche, une femme vivant avec le VIH en bonne santé ou n'ayant pas ou que peu de symptômes peut se faire poser un DIU, qu'elle soit sous traitement antirétroviral ou non (voir Le DIU chez la femme vivant avec le VIH p. 162).

6. Évaluer si elle est exposée à un risque individuel très élevé d'IST.

Il convient de ne pas poser de DIU à une femme très exposée à un risque individuel d'IST, à moins d'avoir écarté toute présence de gonorrhée et de chlamydia à l'aide d'analyses de laboratoire (voir Évaluer le risque d'IST chez la femme, p. 162).

7. Exclure toute grossesse éventuelle.

Poser à la patiente les questions qui figurent sur la Liste de contrôle pour la grossesse (voir troisième de couverture). Si elle répond OUI à l'une des questions, vous pouvez être raisonnablement certain/-e qu'elle n'est pas enceinte et qu'elle peut utiliser un DIU. Si la liste de contrôle ne suffit pas à exclure une grossesse, utiliser un autre outil avant d'insérer un DIU (voir Écarter une grossesse, p. 439).

Par ailleurs, les femmes ne devraient pas utiliser de DIU en cas de lupus érythémateux systémique associé à une thrombopénie sévère. Pour consulter les classifications complètes, voir les Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation de la contraception, p. 388.

S'assurer d'expliquer à la femme les bénéfices et les risques pour la santé ainsi que les effets secondaires de la méthode qu'elle utilisera. Lui signaler également toute affection en raison de laquelle la méthode ne serait pas indiquée, si cela apparaît pertinent dans son cas.

Recourir au jugement clinique dans les cas spéciaux

En règle générale, une femme se trouvant dans l'une des situations citées ci-après ne devrait pas utiliser de DIU. Toutefois, dans des circonstances spéciales, en cas d'indisponibilité d'autres méthodes plus adéquates, ou si la patiente ne les trouve pas acceptables, un prestataire qualifié pourra évaluer attentivement l'état de santé et la situation de la femme en question et décider qu'elle peut utiliser un DIU. Le prestataire doit mesurer la gravité de son problème et, pour la plupart des affections, déterminer si elle aura accès à un suivi.

- A accouché depuis plus de 48 heures et moins de 4 semaines.
- Présente une maladie trophoblastique gestationnelle non cancéreuse (bénigne).
- Est actuellement atteinte d'un cancer des ovaires.
- Est exposée à un risque individuel très élevé d'IST au moment de l'insertion.
- Est atteinte du VIH à un stade sévère ou avancé.
- Présente un lupus érythémateux systémique associé à une thrombopénie sévère.

Questions de dépistage à se poser lors de l'examen pelvien préalable à la pose du DIU

Un examen pelvien et une évaluation du risque d'IST devraient être menés avant toute pose de DIU. (Voir la page suivante pour l'évaluation du risque d'IST.) Lors de l'examen pelvien, vous poser les questions suivantes vous aide à identifier des signes de problèmes médicaux qui contre-indiqueraient la pose du DIU. Si la réponse à toutes les questions est NON, alors il est possible de poser le DIU à la patiente. Si la réponse à l'une des questions est OUI, ne pas poser le DIU.

Pour les questions I à 5, si la réponse est OUI, l'orienter vers les services de diagnostic et de traitement compétents. L'aider à choisir une autre méthode et lui conseiller d'utiliser des préservatifs si elle est exposée à un risque d'infections sexuellement transmissibles (IST). Si possible, lui donner des préservatifs. Si une IST ou une maladie inflammatoire pelvienne (MIP) est confirmée et que la patiente souhaite quand même utiliser un DIU, il est possible de le lui poser dès la fin de son traitement si elle n'est pas exposée à un risque de réinfection avant la pose du DIU.

1. Constatez-vous la présence d'ulcérations sur la vulve, le vagin ou le col ?

❑ NON ❑ **OUI** IST possible.

2. Est-ce que la patiente a des douleurs au bas de l'abdomen lorsque vous faites bouger le col ?

❑ NON ❑ **OUI** MIP possible.

3. Existe-t-il d'autres sensibilités au niveau de l'utérus, des ovaires ou des trompes de Fallope (sensibilités annexielles) ?

❑ NON ❑ **OUI** MIP possible.

4. Existe-t-il des pertes vaginales purulentes ?

❑ NON ❑ **OUI** IST ou MIP possible.

5. Est-ce que le col saigne facilement au toucher ?

❑ NON ❑ **OUI** IST ou cancer du col de l'utérus possible.

6. Existe-t-il une anomalie anatomique de la cavité utérine qui empêcherait une pose correcte du DIU ?

❑ NON ❑ **OUI** Si une anomalie anatomique déforme la cavité utérine, le DIU ne pourra probablement pas être posé correctement. L'aider à choisir une autre méthode.

7. Avez-vous été dans l'incapacité de déterminer la taille et ou la position de l'utérus ?

❑ NON ❑ **OUI** Il est essentiel de déterminer la taille et la position de l'utérus avant la pose du DIU pour s'assurer de la possibilité d'insérer le DIU au fond de l'utérus et limiter au maximum le risque de perforation. S'il n'est pas possible de déterminer la taille et la position, ne pas insérer de DIU. L'aider à choisir une autre méthode.

Le DIU chez la femme vivant avec le VIH

- Il est possible de poser sans risques un DIU à des femmes vivant avec le VIH si elles ne présentent pas ou que peu de symptômes cliniques, qu'elles soient sous traitement antirétroviral ou pas.
- Ne pas poser de DIU aux femmes vivant avec le VIH qui se trouvent à un stade avancé ou sévère de la maladie.
- Si une femme est infectée par le VIH alors qu'elle porte déjà un DIU, il n'est pas nécessaire de le retirer.
- Les utilisatrices du DIU vivant avec le VIH qui développent la maladie à un stade avancé ou sévère peuvent conserver leur DIU à condition de faire l'objet d'un suivi étroit pour dépister toute maladie inflammatoire pelvienne (MIP).
- Recommander vivement aux femmes vivant avec le VIH ou exposées à un risque d'infection par le VIH d'utiliser des préservatifs en complément du DIU. S'ils sont utilisés systématiquement et correctement, les préservatifs aident à prévenir la transmission du VIH et des autres IST.
- Il est possible de poser un DIU aux femmes exposées à un risque d'infection par le VIH mais non infectées. Le DIU n'augmente pas le risque d'infection par le VIH.

Évaluer le risque d'IST chez la femme

Le DIU ne devrait pas être posé chez une femme atteinte de gonorrhée ou d'une infection à chlamydia. En effet, la présence de ces infections sexuellement transmissibles au moment de la pose du DIU peut augmenter le risque de maladie inflammatoire pelvienne (MIP). Il n'est toutefois pas toujours facile d'établir un diagnostic clinique des IST, et les tests de laboratoire fiables prennent du temps, sont coûteux et parfois indisponibles. Sans signes ou symptômes cliniques et sans analyses de laboratoire, seuls le comportement et la situation de la femme sont susceptibles d'indiquer qu'elle pourrait être *exposée à un risque individuel très élevé* d'infection. Si ce risque *individuel* est très élevé, il est généralement préférable de ne pas poser le DIU à la patiente.[‡] (Les taux de prévalence des IST ne constituent pas une bonne référence pour mesurer le risque individuel.)

Il n'existe pas d'ensemble universel de questions qui permettrait de déterminer si une femme est exposée à un risque individuel très élevé d'IST. Au lieu de poser des questions, le prestataire peut discuter avec la patiente des comportements personnels et des situations au sein de la communauté qui sont les plus susceptibles d'exposer une femme aux IST.

[‡] En revanche, si la situation d'une femme utilisant déjà un DIU vient à changer et qu'elle se retrouve exposée à un risque individuel très élevé de gonorrhée ou d'infection à chlamydia, elle peut quand même continuer de l'utiliser.

Étapes à suivre :

1. Indiquer à la patiente qu'une femme exposée à un risque individuel très élevé d'IST ne devrait pas utiliser le DIU.
2. Demander à la femme d'évaluer son exposition au risque et de déterminer s'il se peut qu'elle soit atteinte d'une IST. Elle est la mieux placée pour le savoir.[§] Elle n'est pas obligée de faire part de son comportement ou de celui de son partenaire au prestataire. Ce dernier peut lui décrire les situations susceptibles d'exposer une personne à un risque individuel très élevé. La patiente pourra alors se demander si elle a été exposée à de telles situations récemment (au cours des trois derniers mois). Si oui, il se peut qu'elle soit actuellement atteinte d'une IST, qu'elle en ait ou pas remarqué les symptômes, et qu'elle veuille choisir une autre méthode que le DIU.
3. Lui demander si, à son avis, elle présente les conditions requises pour l'utilisation du DIU ou si elle aimerait envisager d'autres méthodes contraceptives à longue durée d'action. Une fois qu'elle aura soupesé le risque individuel auquel elle est exposée et si elle remplit les critères, le DIU peut lui être posé. En revanche, on l'aidera à choisir une autre méthode si elle le souhaite ou si vous avez de bonnes raisons de penser que la patiente est exposée à un risque individuel très élevé d'infection.

Éventuelles situations à risques :

- un partenaire sexuel présente des symptômes d'IST, tels que du pus s'écoulant du pénis, des douleurs ou des brûlures à la miction, ou encore une plaie ouverte sur les parties génitales ;
- la femme ou un partenaire sexuel a reçu un diagnostic d'IST récemment ;
- elle a eu plus d'un partenaire sexuel récemment ;
- elle a un partenaire sexuel qui a eu plusieurs partenaires sexuels récemment.

Toutes ces situations sont moins risquées si la femme ou son partenaire utilise systématiquement et correctement des préservatifs.

De plus, le prestataire pourra mentionner les autres situations à haut risque prévalentes dans la région.

Remarque :

si elle souhaite quand même utiliser le DIU alors qu'elle est exposée à un risque individuel très élevé d'IST et si des tests de laboratoire fiables sont disponibles pour dépister la gonorrhée et l'infection à chlamydia, le DIU pourra lui être posé en cas de résultat négatif. En cas de résultat positif, la femme pourra utiliser le DIU dès la fin de son traitement, si elle n'est pas exposée à un risque de réinfection au moment de la pose.

Par ailleurs, dans des circonstances spéciales, en cas d'indisponibilité d'autres méthodes plus adéquates, ou si la patiente ne les trouve pas acceptables, un prestataire de soins pourra évaluer attentivement l'état de santé et la situation particulière de la femme en question et décider de lui poser le DIU même en cas d'exposition à un risque individuel élevé et d'indisponibilité des tests de dépistage des IST. (Selon les circonstances, le prestataire de soins pourra envisager un traitement présomptif et administrer à la patiente une dose curative complète d'antibiotiques efficaces contre les deux infections, gonorrhée et chlamydia, et lui poser ensuite le DIU une fois le traitement terminé.) Qu'elle reçoive ou non un traitement présomptif, le prestataire devra s'assurer que la patiente revienne pour un suivi afin de dépister une éventuelle infection et de dispenser immédiatement le traitement nécessaire. Il faudra lui indiquer de revenir immédiatement en cas de fièvre, de douleurs au bas de l'abdomen et/ou de pertes vaginales anormales.

[§] Toute femme suspectant être atteinte d'une IST devrait consulter immédiatement.

Fourniture du dispositif intra-utérin

Quand commencer ?

IMPORTANT : en règle générale, une femme peut commencer à utiliser un DIU à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Pour s'assurer raisonnablement qu'elle n'est pas enceinte, utiliser la liste de contrôle pour la grossesse (en troisième de couverture).

Situation de la femme	Quand commencer ?
A ses règles	**À tout moment du mois** • Si elle commence dans les 12 jours qui suivent le début de ses règles, inutile d'utiliser une méthode d'appoint. • Si le début de ses règles remonte à plus de 12 jours, le DIU peut lui être posé à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Inutile d'utiliser une méthode d'appoint.
Souhaite passer d'une autre méthode au DIU	• Immédiatement, si elle utilisait la méthode systématiquement et correctement ou s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Inutile d'attendre les prochaines règles. Inutile d'utiliser une méthode d'appoint. • Si elle souhaite passer d'un injectable au DIU, ce dernier peut lui être posé à la date à laquelle la prochaine injection était prévue. Inutile d'utiliser une méthode d'appoint.
Peu après l'accouchement (qu'elle allaite ou non)	• À tout moment dans les 48 heures qui suivent l'accouchement, y compris par césarienne. (Le prestataire doit être spécifiquement formé à l'insertion post-partum manuelle ou à l'aide d'un ténaculum.) • Si l'accouchement remonte à plus de 48 heures, attendre au moins 4 semaines après la date de l'accouchement.
Pratique l'allaitement maternel complet ou quasi-complet	
Moins de 6 mois après l'accouchement	• Si le DIU n'est pas inséré dans les premières 48 heures et ses règles ne sont pas revenues, il peut lui être posé à tout moment, entre 4 semaines et 6 mois après l'accouchement. Inutile d'utiliser une méthode d'appoint. • Si ses règles sont revenues, le DIU peut lui être posé dans les mêmes conditions que chez les femmes ayant leurs règles (voir ci-dessus).

Situation de la femme	Quand commencer ?
Pratique l'allaitement maternel complet ou quasi-complet (suite)	
Moins de 6 mois après l'accouchement	• Si ses règles ne sont pas revenues, le DIU peut lui être posé à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Inutile d'utiliser une méthode d'appoint. • Si ses règles sont revenues, le DIU peut lui être posé dans les mêmes conditions que chez les femmes ayant leurs règles (voir page précédente).
Pratique l'allaitement maternel partiel ou n'allaite pas	
Plus de 4 semaines après l'accouchement	• Si ses règles ne sont pas revenues, le DIU peut lui être posé s'il est possible de déterminer qu'elle n'est pas enceinte (voir la section Écarter une grossesse, p. 439). Inutile d'utiliser une méthode d'appoint. • Si ses règles sont revenues, le DIU peut lui être posé dans les mêmes conditions que chez les femmes ayant leurs règles (voir page précédente).
N'a pas ses règles (sans lien avec l'accouchement ou l'allaitement)	• À tout moment *s'il est possible de déterminer qu'elle n'est pas enceinte (*voir la section Écarter une grossesse, p. 439*)*. Inutile d'utiliser une méthode d'appoint.
Après un avortement spontané ou provoqué	• Immédiatement, si le DIU est inséré dans les 12 jours suivant un avortement spontané ou provoqué au cours du premier ou du deuxième trimestre et si elle ne présente pas d'infection. Inutile d'utiliser une méthode d'appoint. • Si l'avortement spontané ou provoqué au cours du premier ou du deuxième trimestre remonte à plus de 12 jours et si elle ne présente pas d'infection, le DIU peut lui être posé à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Inutile d'utiliser une méthode d'appoint. • Si une infection est présente, la traiter ou orienter la patiente vers un service de soins compétent, et l'aider à choisir une autre méthode. Si elle souhaite quand même utiliser le DIU, il pourra lui être posé une fois l'infection totalement guérie. • La pose du DIU après un avortement spontané ou provoqué au-delà du deuxième trimestre requiert une formation spéciale. En l'absence de formation spécifique, remettre la pose du DIU jusqu'à au moins 4 semaines après l'avortement.

Situation de la femme	Quand commencer ?
En contraception d'urgence	• Dans les 5 jours qui suivent tout rapport sexuel non protégé. • Si le moment de l'ovulation peut être estimé, le DIU peut lui être posé jusqu'à cinq jours après l'ovulation. Cela reste parfois possible plus de 5 jours après des rapports sexuels non protégés.
Après avoir pris la pilule contraceptive d'urgence (PCU)	• Le DIU peut être inséré le même jour que la prise de la PCU (PCU de progestatif seul, combinée ou à base d'ulipristal acétate). Inutile d'utiliser une méthode d'appoint. • Si le DIU ne lui est finalement pas posé immédiatement, mais qu'elle revient ultérieurement dans ce but, il pourra lui être posé à tout moment, s'il est possible de déterminer qu'elle n'est pas enceinte (voir la section Écarter une grossesse, p. 439).

Prévenir l'infection lors de la pose du DIU

La maîtrise de la technique de pose du DIU contribue à prévenir de nombreux problèmes, tels que l'infection, l'expulsion et la perforation.

- Respecter les mesures de prévention des infections.
- Utiliser des instruments désinfectés à haut niveau ou stériles. Une désinfection de haut niveau s'effectue en faisant bouillir les instruments, en les passant à la vapeur ou en les lassant tremper dans des produits désinfectants.
- Utiliser un nouveau DIU préstérilisé emballé avec l'inserteur.
- La technique de pose « sans toucher » est la plus sûre. Cette technique suppose d'éviter que le DIU chargé ou la sonde utérine ne touche des surfaces non stériles (par exemple, les mains, le spéculum, le vagin, le haut de la table). La technique sans toucher comporte les étapes suivantes :
  - Charger le DIU dans l'inserteur alors que le DIU se trouve encore dans l'emballage stérile, pour éviter de le toucher directement.
  - Nettoyer soigneusement le col avec un antiseptique avant d'insérer le DIU.
  - Faire attention à ne pas toucher la paroi vaginale ou les lames du spéculum avec la sonde utérine ou l'inserteur chargé.
  - Ne passer qu'une seule fois la sonde utérine et l'inserteur chargé du DIU par le canal cervical.
- L'antibioprophylaxie systématique chez les femmes exposées à un faible risque d'IST n'est généralement pas recommandée.

Fournir des conseils sur les effets secondaires

IMPORTANT : des conseils détaillés sur les éventuels changements dans les saignements doivent être apportés avant la pose du DIU. Les conseils sur les changements dans les saignements représentent probablement l'aide la plus importante dont une femme a besoin pour continuer à utiliser la méthode sans inquiétude.

Décrire les effets secondaires les plus fréquents	• Changements dans les modes de saignement : – saignements menstruels prolongés ou plus abondants ; – saignements irréguliers ; – davantage de crampes et de douleurs pendant les saignements menstruels.
Expliquer ces effets secondaires	• Les changements dans les saignements ne sont pas le signe d'une maladie. • Ces effets s'atténuent généralement quelques mois après l'insertion. • La patiente peut revenir consulter si ces problèmes la préoccupent ou la gênent ou pour faire part d'autres inquiétudes.

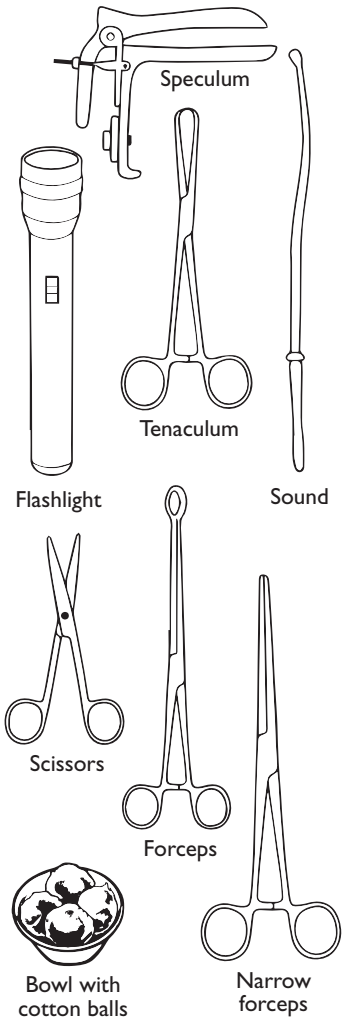
Poser le DIU

Dialoguer avec la patiente avant la pose	• Expliquer la technique de pose (voir page suivante). • Lui montrer le spéculum, le ténaculum ainsi que le DIU et l'inserteur dans l'emballage. • La prévenir qu'elle ressentira une certaine douleur ou gêne pendant la pose et que c'est normal. • Lui indiquer qu'elle peut signaler à n'importe quel moment toute gêne ou toute douleur. • Il est possible de lui donner de l'ibuprofène (200 à 400 mg), du paracétamol (325 à 1000 mg), ou un autre antidouleur 30 minutes avant l'insertion afin de diminuer les crampes et les douleurs. Ne pas donner d'aspirine car celle-ci ralentit la coagulation.
Dialoguer avec la patiente pendant la pose	• Lui indiquer ce qu'il se passe, étape par étape, et la rassurer. • L'avertir avant une étape susceptible d'être douloureuse ou de la surprendre. • Lui demander de temps en temps si elle a mal.
Dialoguer avec la patiente après la pose	• Lui demander comment elle va. • L'informer que la pose s'est bien passée et que le DIU est en place. • Lui dire de rester allongée un petit moment et de prendre son temps pour s'asseoir et se lever avant de se rhabiller. • Lui rappeler que vous aborderez ensemble les prochaines étapes et le suivi

Expliquer la technique de pose

Une femme qui a choisi le DIU doit savoir comment se déroulera la pose. La description suivante aidera à expliquer cette technique. Formation et pratique sous supervision directe sont nécessaires pour apprendre à poser un DIU. Aussi, cette description ne constitue qu'un récapitulatif et non des instructions détaillées.

1. Le prestataire respecte les mesures de prévention des infections..
2. Le prestataire procède à un examen pelvien pour déterminer la position de l'utérus et évaluer l'admissibilité de la femme à la pose d'un DIU (voir Questions de dépistage à se poser lors de l'examen pelvien, p. 161). Le prestataire commence par l'examen bimanuel et insère ensuite un spéculum dans le vagin pour examiner le col.
3. Le prestataire nettoie le col et le vagin avec l'antiseptique approprié.
4. Le prestataire insère doucement le ténaculum par le biais du spéculum et referme le ténaculum juste ce qu'il faut pour stabiliser délicatement le col de l'utérus.
5. Le prestataire introduit lentement et délicatement la sonde utérine à travers le col pour mesurer la profondeur et la position de l'utérus.
6. Le prestataire charge le DIU dans l'inserteur se trouvant tous deux encore dans l'emballage stérile non ouvert.
7. Le prestataire insère doucement et délicatement le DIU et retire l'inserteur.
8. Le prestataire coupe les fils du DIU, laissant pendre environ 3 cm par le col.



9. Après la pose, la femme se repose. Elle reste sur la table d'examen jusqu'à ce qu'elle se sente prête à se rhabiller

Accompagner les utilisatrices continues

Donner des conseils spécifiques

Douleurs et crampes sont à prévoir

- Elle doit s'attendre à des crampes et à quelques douleurs pendant quelques jours après la pose.
- Lui conseiller de prendre de l'ibuprofène (200 à 400 mg), du paracétamol (325 à l000 mg), ou un autre antidouleur si besoin.
- L'informer également qu'elle risque de remarquer des saignements ou de petites taches de sang immédiatement après la pose. **Ces saignements irréguliers peuvent perdurer pendant un mois après la pose.**

Durée de protection contre la grossesse

- Discuter de la manière dont elle peut se rappeler la date à laquelle elle doit revenir pour le retrait ou le remplacement du DIU.
- Donner à chaque femme les informations suivantes par écrit sur une fiche de rappel comme celle montrée en exemple ci-après, si possible, et renseigner :
  - le type de DIU qu'elle porte ;
  - la date de la pose du DIU ;
  - le mois et l'année où le DIU doit être retiré ou remplacé ;
  - l'endroit où elle peut se rendre si elle a des problèmes ou des questions liés à son DIU.

Consultation de suivi

- Une consultation de suivi est recommandée après les premières règles ou 3 à 6 semaines après la pose du DIU. Toutefois, aucune femme ne devrait se voir refuser la pose d'un DIU au seul motif d'un suivi difficile ou impossible.

Fiche de rappel pour le DIU

Nom de la patiente : _____

Type de DIU : _____

Date de la pose : _____

Date de retrait ou de remplacement : Mois : _____ née : _____

Si vous avez des problèmes ou des questions, vous rendre à :

(nom et adresse de l'établissement)

En quoi le partenaire peut-il être utile ?

Il est bienvenu que le partenaire de la patiente puisse l'accompagner afin d'entendre les conseils et d'en savoir plus sur la méthode et la façon dont il peut aider sa partenaire. Le partenaire peut :

- soutenir la femme dans le choix de cette méthode ;
- faire preuve de compréhension et de soutien si elle a des effets secondaires ;
- utiliser systématiquement des préservatifs en complément du DIU s'il est atteint d'une IST ou du VIH ou s'il pense être exposé à un risque d'IST ou de VIH ;
- l'aider à se souvenir de la date de retrait du DIU

« Revenez à n'importe quel moment » : raisons de revenir

Indiquer à chaque patiente qu'elle peut revenir à n'importe quel moment, par exemple, si elle a des problèmes, des questions ou si elle souhaite utiliser une autre méthode. Elle peut également revenir si elle constate un changement important dans son état de santé. De plus elle pourra revenir si :

- le DIU a été expulsé de son utérus ou si elle pense qu'il pourrait l'avoir été ;
- elle présente des symptômes de maladie inflammatoire pelvienne (douleurs croissantes ou intenses au bas de l'abdomen, douleurs pendant les rapports sexuels, pertes vaginales inhabituelles, fièvre, frissons, nausées et/ou vomissements), particulièrement pendant les 20 premiers jours suivant la pose ;
- elle pense être enceinte ;
- elle souhaite faire retirer le DIU, pour quelque raison que ce soit.

Conseil santé :

une personne qui sent soudainement que quelque chose va mal avec sa santé devrait immédiatement chercher à obtenir des soins médicaux auprès d'une infirmière ou d'un médecin. Il est fort probable que la cause de cet état ne soit pas la méthode contraceptive, mais elle devrait quand même indiquer laquelle elle utilise à l'infirmière ou au médecin.

Consultation de suivi après la pose (3 à 6 semaines)

1. Demander à la patiente si tout se passe bien avec la méthode et si elle en est satisfaite. Lui demander si elle a des questions ou si elle souhaite discuter de certains aspects en particulier.
2. Lui demander plus spécifiquement si elle est préoccupée par des changements dans les saignements. Lui fournir les informations ou l'aide dont elle a besoin (voir Prendre en charge les problèmes, p. 173).
3. Lui demander si :
   - elle a des douleurs abdominales croissantes ou intenses lors des rapports sexuels ou à la miction ;
   - elle a observé des pertes vaginales inhabituelles ;
   - elle a de la fièvre ou des frissons ;
   - elle présente des signes ou des symptômes de grossesse ;

- elle a senti le plastique dur du DIU sortir partiellement.
- Un examen pelvien systématique lors de la consultation de suivi n'est pas nécessaire. Toutefois, il peut s'avérer indiqué dans certains contextes ou pour certaines patientes. Il conviendra de mener un examen pelvien notamment lorsque les réponses d'une patiente font suspecter une expulsion partielle ou complète du DIU..

À toutes les consultations

1. Demander à la patiente si tout se passe bien avec la méthode et si elle a observé des changements dans les saignements (voir Consultation de suivi après la pose, points 1 et 2, page précédente).
2. Demander aux patientes qui utilisent la méthode depuis longtemps si elles ont de nouveaux problèmes de santé. Traiter les problèmes, selon qu'il convient. En cas de nouveaux problèmes de santé qui nécessiteront peut-être un changement de méthode, voir p. 177.
3. Demander aux patientes qui utilisent la méthode depuis longtemps si des changements importants susceptibles de modifier leurs besoins sont survenus dans leur vie, par exemple, le projet d'avoir des enfants ou l'exposition à un risque de contracter une STI ou le VIH. Assurer le suivi, tel que nécessaire.
4. Rappeler à la femme combien de temps le DIU continuera de la protéger contre la grossesse et quand celui-ci devra être retiré ou remplacé.

Prendre en charge les problèmes

Problèmes signalés comme effets secondaires ou complications

Ils peuvent être dus à la méthode, mais pas forcément.

- Les problèmes liés à des effets secondaires ou à des complications ont une incidence sur le niveau de satisfaction de la femme et sur l'utilisation du DIU. Le prestataire de soins doit y prêter attention. Si la patiente signale des effets secondaires ou des complications, écouter ses préoccupations, lui donner des conseils, lui apporter un soutien et, si nécessaire, un traitement. Vérifier qu'elle a bien compris les conseils et qu'elle les accepte.
- Proposer d'aider la patiente à choisir une autre méthode, immédiatement si elle le souhaite ou plus tard si les problèmes ne peuvent pas être résolus.

Saignements abondants ou prolongés (deux fois plus abondants que d'habitude ou qui durent plus de8 jours)

- La rassurer et lui indiquer qu'un grand nombre de femmes utilisant le DIU ont des saignements abondants ou prolongés. Généralement, cela est sans risques et le problème s'atténue ou cesse après quelques mois d'utilisation.
- Pour un soulagement rapide, elle peut essayer les médicaments suivants (un à la fois) :
  - acide tranexamique (l500 mg) 3 fois par jour pendant 3 jours, puis l000 mg une fois par jour pendant 2 jours, en commençant dès qu'apparaissent les saignements abondants ;
  - anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS), comme l'ibuprofène, (400 mg) ou l'indométacine (25 mg) 2 fois par jour après les repas pendant 5 jours, en commençant dès qu'apparaissent les saignements abondants. D'autres AINS – sauf l'aspirine – peuvent également soulager les saignements abondants ou prolongés. L'aspirine est susceptible d'augmenter les saignements.

- Lui fournir des comprimés de fer si possible et lui indiquer qu'il est important d'avoir une alimentation riche en fer (voir Possible anémie, page suivante).
- Si les saignements abondants ou prolongés persistent ou s'ils commencent après plusieurs mois de saignements normaux ou longtemps après la pose du DIU, ou si vous suspectez un autre problème pour d'autres raisons, envisager des affections sous-jacentes qui ne sont pas liées à l'utilisation de la méthode (voir Saignements vaginaux inexpliqués, p. 177).

Saignements irréguliers (saignements à des moments inattendus qui gênent ou inquiètent la patiente)

- La rassurer et lui indiquer qu'un grand nombre de femmes utilisant le DIU ont des saignements irréguliers. Cela est sans risques. Généralement, ils s'atténuent ou cessent après les premiers mois d'utilisation.
- Pour un soulagement rapide, elle peut prendre un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS), comme l'ibuprofène (400 mg) ou l'indométacine (25 mg) 2 fois par jour après les repas pendant 5 jours, dès que les saignements irréguliers commencent.
- Si les saignements irréguliers persistent ou s'ils commencent après plusieurs mois de saignements normaux, ou si vous suspectez un autre problème pour d'autres raisons, envisager des affections sous-jacentes qui ne sont pas liées à l'utilisation de la méthode (voir Saignements vaginaux inexpliqués, p. 177).

Crampes et douleurs

- Elle doit s'attendre à des crampes et à quelques douleurs pendant les deux premiers jours suivant la pose du DIU.
- Expliquer que les crampes sont également fréquentes au cours des 3 à 6 premiers mois d'utilisation du DIU, notamment pendant les règles. Généralement, cela est sans risques et s'atténue avec le temps.
  - Lui recommander de prendre de l'aspirine (325 à 650 mg), de l'ibuprofène (200 à 400 mg), du paracétamol (325 à l000 mg) ou un autre antidouleur. En cas de saignements abondants ou prolongés, l'aspirine ne devrait pas être utilisée car elle peut augmenter davantage les saignements.
- Si des crampes intenses persistent plus de deux jours après la pose, examiner la patiente pour écarter toute perforation ou expulsion partielle.

Possible anémie

- Le DIU au cuivre peut contribuer à favoriser l'anémie si une femme a déjà de faibles réserves de fer avant la pose et si le DIU entraîne des saignements mensuels plus abondants.
- Prêter une attention spéciale aux utilisatrices du DIU qui présentent les signes et symptômes suivants :
  - pâleur à l'intérieur des paupières, sous les ongles ou au niveau de la peau, fatigue ou faiblesse, vertiges, irritabilité, céphalées, bourdonnement dans les oreilles, langue aphteuse et ongles cassants ;
  - si des analyses sanguines sont disponibles, hémoglobine inférieure à 9 g/dl ou hématocrite inférieur à 30.
- Fournir des comprimés de fer, si possible.

- Lui dire qu'il est important de manger des aliments riches en fer, par exemple de la viande (surtout du bœuf et du foie de volaille), du poisson, des légumes à feuilles vertes et des légumineuses (haricots, lentilles et pois).

Le partenaire peut sentir les fils du DIU pendant les rapports sexuels

- Expliquer que cela peut arriver lorsque les fils sont coupés trop courts.
- Si le partenaire trouve les fils gênants, décrire l'option suivante et en discuter :
  - Les fils peuvent être coupés encore plus courts, afin qu'ils ne sortent plus par le canal cervical. Son partenaire ne sentira plus les fils, mais cela peut compliquer le retrait (qui devra probablement être effectué par un prestataire spécialement formé).

Douleurs intenses au bas de l'abdomen (suspicion de maladie inflammatoire pelvienne [MIP])

- Certains signes et symptômes de la MIP se retrouvent aussi fréquemment dans d'autres affections abdominales, comme la grossesse extra-utérine. Si la grossesse extra-utérine est écartée, examiner la patiente pour exclure toute MIP.
- Si possible, réaliser un examen abdominal et un examen pelvien (voir Signes et symptômes de graves problèmes de santé, p. 320 pour détecter les signes qui indiqueraient une MIP).
- En cas d'impossibilité de réaliser un examen pelvien, et si la patiente présente une combinaison des signes et symptômes suivants, outre des douleurs dans la partie basse de l'abdomen, suspecter une MIP :
  - pertes vaginales inhabituelles ;
  - fièvre ou frissons ;
  - douleurs lors des rapports sexuels ou à la miction ;
  - saignements après les rapports sexuels ou entre les règles ;
  - nausées et vomissements ;
  - masse pelvienne sensible ;
  - douleurs lorsque l'on exerce une légère pression sur l'abdomen (sensibilité abdominale directe) ou lorsque l'on exerce une légère pression que l'on relâche soudainement (sensibilité abdominale au rebond).
- Traiter la MIP ou orienter immédiatement la patiente vers les services de traitement :
  - étant données les graves conséquences que peut entraîner une MIP, les prestataires de soins de santé devraient traiter tous les cas suspectés sur la base des signes et des symptômes susmentionnés. Le traitement devrait commencer dès que possible. Le traitement est plus efficace et prévient les complications à long
    terme si les antibiotiques adéquats sont donnés immédiatement ;
  - donner un traitement contre la gonorrhée, l'infection à chlamydia et les infections bactériennes à germes anaérobies. Donner les conseils à la patiente sur la prévention et le traitement des IST, ainsi que sur l'utilisation du préservatif. Si possible, lui donner des préservatifs ;

– inutile de retirer le DIU si elle souhaite continuer à l'utiliser. En revanche, si elle préfère ne plus utiliser le DIU, le lui retirer une fois l'antibiothérapie commencée. (En cas de retrait du DIU, envisager la prise de la PCU et discuter du choix d'une autre méthode. Voir Passer du DIU à une autre méthode, p 172.) ;
– si l'infection ne guérit pas, envisager de retirer le DIU tout en continuant l'antibiothérapie. Si le DIU n'est pas retiré, continuer tout de même l'antibiothérapie. Dans les deux cas, la santé de la femme devrait faire l'objet d'une surveillance étroite.

Douleurs intenses au bas de l'abdomen (suspicion de grossesse extra-utérine)

- Nombre de problèmes peuvent être la cause de douleurs abdominales intenses. Prêter particulièrement attention aux signes ou symptômes supplémentaires d'une grossesse extra-utérine, problème rare mais qui peut mettre la vie en danger. Bien que le DIU diminue le risque de grossesse extra-utérine, il ne l'élimine pas totalement (voir la question 10, p. 180).
- Aux premiers stades d'une grossesse extra-utérine, les symptômes peuvent être absents ou légers, mais, dans le temps, ils deviendront graves. Une combinaison des signes ou des symptômes suivants devrait accroître la suspicion d'une grossesse extra-utérine :
  – douleurs ou tensions abdominales inhabituelles ;
  – saignement vaginal anormal, ou absence de saignements menstruels, en particulier si cela représente un changement par rapport au mode habituel de saignements ;
  – étourdissements ou vertiges ;
  – évanouissement.
- En cas de suspicion de grossesse extra-utérine ou d'un autre problème de santé sérieux, orienter immédiatement la patiente vers les services de diagnostic et de soins. (Voir Stérilisation féminine, Prendre en charge de la grossesse extra-utérine, p. 227, pour de plus amples informations sur les grossesses extra-utérines).
- Si la patiente ne présente pas ces symptômes ou signes supplémentaires, l'examiner afin de rechercher une éventuelle maladie inflammatoire pelvienne (voir Douleurs abdominales intenses au bas de l'abdomen, p. 175).

Suspicion de perforation utérine

- En cas de suspicion de perforation au moment de la pose du DIU ou du sondage de l'utérus, arrêter immédiatement l'intervention (et retirer le DIU s'il est inséré). Garder la patiente sous observation au centre de soins.
  – Pendant la première heure, lui demander de rester allongée et vérifier ses constantes vitales (tension artérielle, pouls, respiration et température) toutes les 5 à 10 minutes.
  – Si la femme reste stable après une heure d'observation, vérifier les signes d'hémorragie intra-abdominale, par exemple un faible taux d'hématocrite ou d'hémoglobine, ou, si possible, le rebond à la palpation abdominale, ainsi que ses constantes vitales. L'observer attentivement pendant plusieurs heures. En l'absence de signes ou de symptômes, elle peut rentrer chez elle, mais elle devra éviter tout rapport sexuel pendant deux semaines. L'aider à choisir une autre méthode.

– Si son pouls est rapide et sa tension artérielle chute ou si de nouvelles douleurs apparaissent ou s'intensifient autour de l'utérus, l'orienter vers un niveau de soins supérieur.
– Si l'on suspecte, sur la base de symptômes cliniques, une perforation de l'utérus dans les 6 semaines ou plus suivant la pose, orienter la patiente vers un clinicien expérimenté dans le retrait du DIU dans ces circonstances (voir la question 6, p. 179).

DIU partiellement sorti (expulsion partielle)

- Si le DIU est partiellement sorti, le retirer. Demander à la patiente si elle souhaite utiliser un autre DIU ou si elle préfèrerait changer de méthode. Si elle souhaite un autre DIU, il est possible de l'insérer à tout moment, s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Si la patiente ne souhaite pas continuer à utiliser un DIU, l'aider à choisir une autre méthode.

DIU complètement sorti (expulsion complète)

- Si la patiente signale que le DIU est sorti, lui demander si elle souhaite utiliser un autre DIU ou si elle préfèrerait changer de méthode. Si elle souhaite un autre DIU, il est possible de l'insérer à tout moment, s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte
- Si l'on suspecte une expulsion complète (impossibilité de trouver les fils lors de l'examen pelvien, par exemple) et que la patiente ignore s'il a été expulsé, l'orienter vers les services d'imagerie pour une échographie (ou pour une radiographie si la grossesse peut être écartée) afin de vérifier si le DIU a migré dans la cavité abdominale. Lui fournir une méthode d'appoint qu'elle pourra utiliser en attendant.

Fils manquants (suggérant une éventuelle grossesse, perforation de l'utérus ou expulsion)

- Demander à la patiente :
  – si elle a vu le DIU sortir et quand elle l'a vu sortir ;
  – à quand remontent ses dernières règles ;
  – si elle a des symptômes de grossesse ;
  – si elle a utilisé une méthode d'appoint dès qu'elle a remarqué que le DIU était sorti.
- Commencer toujours par des actes mineurs et sans risques et procéder en douceur. Vérifier la présence des fils dans le canal cervical à l'aide de pinces. Dans la moitié des cas, les fils manquants peuvent être localisés dans le canal cervical.
- Si les fils ne peuvent pas être localisés dans le canal cervical, il se peut qu'ils soient remontés dans l'utérus ou que le DIU ait été expulsé sans que la patiente ne l'ait remarqué. Orienter la patiente vers les services d'imagerie pour une échographie (ou pour une radiographie si la grossesse peut être écartée). Lui fournir une méthode d'appoint qu'elle utilisera en attendant, au cas où le DIU serait effectivement sorti.

Nouveaux problèmes pouvant nécessiter un changement de méthode

Ils peuvent être dus à la méthode, mais pas forcément.

Saignements vaginaux inexpliqués (suggérant un problème médical non lié à la méthode)

- Orienter vers les services compétents ou évaluer à partir des antécédents et de l'examen pelvien. Diagnostiquer et traiter, le cas échéant.
- Elle peut continuer à utiliser le DIU le temps de poser le diagnostic.
- Si les saignements sont dus à une infection sexuellement transmissible ou à une maladie inflammatoire pelvienne, elle peut continuer à utiliser le DIU pendant le traitement.

Suspicion de grossesse

- Déterminer si elle est enceinte et écarter une grossesse extra-utérine.
- Expliquer que la présence d'un DIU dans l'utérus pendant la grossesse augmente le risque d'accouchement prématuré ou d'avortement spontané, y compris d'avortement infecté (septique) au cours du premier ou du deuxième trimestre, et que cela peut mettre sa vie en danger.
- Si la femme ne souhaite pas poursuivre sa grossesse, la conseiller conformément aux lignes directrices du programme.
- Si elle souhaite poursuivre sa grossesse :
  - lui conseiller de retirer le DIU ;
  - expliquer les risques liés à la présence du DIU en cas de grossesse. Le retrait précoce du DIU diminue ces risques, bien que le retrait en lui-même entraîne un petit risque d'avortement spontané ;
  - si elle accepte le retrait du DIU, le retirer en douceur ou l'orienter pour un retrait adapté ;
  - lui indiquer de revenir immédiatement en cas de signes d'avortement spontané ou d'avortement septique (saignements vaginaux, crampes, douleurs, pertes vaginales anormales ou fièvre) ;
  - si elle choisit de garder le DIU, instaurer un suivi étroit par un/-e infirmier/-ère ou un médecin. Elle devra le/la consulter immédiatement si elle présente des signes d'avortement septique.
- Si les fils du DIU ne sont pas localisés dans le canal cervical, le DIU ne pourra pas être retiré en toute sécurité. L'orienter dans ce cas pour une échographie afin de vérifier que le DIU se trouve toujours dans l'utérus. S'il s'y trouve, ou s'il est impossible de réaliser une échographie, sa grossesse devra être étroitement surveillée. Elle devra immédiatement consulter les services compétents en cas de signes d'avortement septique.

Retirer le dispositif intra-utérin

IMPORTANT: les prestataires ne doivent en aucun cas refuser ou différer le retrait du DIU si une femme le demande, quelle que soit sa raison, que celle-ci soit personnelle ou médicale. Tout prestataire doit partir du principe que la patiente ne doit jamais être contrainte ou forcée de continuer à utiliser le DIU.

Si une femme trouve qu'il est difficile de supporter les effets secondaires, il conviendra d'abord de discuter des problèmes qu'elle rencontre (voir Prendre en charge les problèmes, p. 173). Demander si elle souhaite essayer de gérer le problème ou si elle préfère qu'on lui retire immédiatement le DIU.

Le retrait du DIU est une opération généralement simple. Il peut être effectué à n'importe quel moment du cycle menstruel. Le retrait peut être plus facile durant la menstruation, quand le col est naturellement plus mou. En cas de perforation de l'utérus ou si le retrait n'est pas facile (par exemple, si les fils du DIU ne sont plus présents), il convient d'orienter la femme vers un clinicien expérimenté maîtrisant la technique de retrait appropriée.

Expliquer la technique du retrait

Avant de retirer le DIU, expliquer comment se déroulera le retrait :

1. Le prestataire insère un spéculum pour visualiser le col et les fils du DIU et nettoie ensuite soigneusement le col et le vagin à l'aide d'une solution antiseptique, à base d'iode par exemple.
2. Le prestataire demande à la femme de respirer profondément, lentement et de se détendre. La femme devra lui indiquer si elle a mal pendant le retrait.
3. À l'aide de la pince étroite, le prestataire tire sur les fils doucement et délicatement jusqu'à ce que le DIU sorte entièrement du col.

Passer du DIU à une autre méthode

Les recommandations suivantes visent à garantir à la patiente une protection ininterrompue contre la grossesse lorsqu'elle passe du DIU au cuivre ou du DIU hormonal à une autre méthode. Voir également la section « Quand commencer ? » pour chaque méthode.

Passage à/au(x)/ à la	Quand commencer ?
Une méthode hormonale : contraceptifs oraux combinés (COC), pilules de progestatif seul (PPS), progestatifs seuls injectables, injectables mensuels, patch combiné, anneau vaginal combiné, ou implants	• Si elle commence pendant les 7 premiers jours des saignements menstruels (dans les cinq premiers jours pour les COC et les PPS), commencer tout de suite la méthode hormonale et retirer le DIU. Inutile d'utiliser une méthode d'appoint. • Si elle commence après les sept premiers jours des saignements menstruels (après les 5 premiers jours pour les COC et les PPS) et qu'elle a eu des rapports sexuels depuis ses dernières règles, commencer la méthode hormonale immédiatement. Il est recommandé de laisser en place le DIU jusqu'aux prochaines règles. • Si elle commence après les 7 premiers jours des saignements menstruels (après les cinq premiers jours pour les COC et les PPS) et si elle n'a pas eu de rapports sexuels depuis ses dernières règles, le DIU peut rester en place et être retiré lors des prochaines règles ou le DIU peut être retiré et elle peut utiliser une méthode d'appoint* pendant les 7 jours suivants (2 jours pour les PPS).
Préservatifs masculins ou féminins, spermicides, diaphragme, cape cervicale ou retrait	• Dès les premiers rapports sexuels après le retrait du DIU.
Méthodes basées sur la connaissance de la fécondité	• Au cours du même cycle où le DIU a été retiré.
Stérilisation féminine	• Si elle est prévue au cours des 7 premiers jours des saignements menstruels, retirer le DIU et réaliser la stérilisation féminine. Inutile d'utiliser une méthode d'appoint. • Si elle est prévue après les 7 premiers jours des saignements menstruels, réaliser la stérilisation. Dans l'idéal, le DIU devrait rester en place jusqu'à la prochaine consultation de suivi ou jusqu'aux prochaines règles. Si une consultation de suivi n'est pas possible, retirer le DIU au moment de la stérilisation. Inutile d'utiliser une méthode d'appoint.
Vasectomie	• À tout moment. • La fem.me peut garder le DIU jusqu'à confirmation par analyse du sperme que la vasectomie de son partenaire est pleinement efficace, ou pendant les 3 premiers mois suivant l'intervention.

* *Les méthodes d'appoint sont l'abstinence, les préservatifs masculins et féminins, les spermicides et le retrait. Lui indiquer que les spermicides et le retrait sont les méthodes contraceptives les moins efficaces. Si possible, lui donner des préservatifs.*

Questions/réponses à propos du dispositif intra-utérin au cuivre

1. Est-ce que le DIU peut causer une maladie inflammatoire pelvienne (MIP) ?

En lui-même, le DIU ne cause pas de MIP. La gonorrhée et l'infection à chlamydia sont les principales causes directes de MIP. La pose d'un DIU chez une femme atteinte de gonorrhée ou de chlamydia est toutefois susceptible de causer une MIP. Cela n'arrive pas souvent. Mais lorsque cela se produit, la MIP apparaît le plus souvent dans les 20 jours suivant la pose du DIU. D'après les estimations, dans un groupe de patientes où les IST sont fréquentes et où les questions de dépistage permettent d'identifier la moitié des cas d'IST, il pourrait y avoir un cas de MIP pour 666 poses de DIU (ou moins de 2 pour 1000) (voir Évaluation du risque d'IST chez la femme p. 162).

2. Le port du DIU est-il adapté pour les femmes jeunes comme moins jeunes ?

Oui. Il n'existe pas de limite d'âge minimum ou maximum. Le DIU sera retiré après la survenue de la ménopause, dans les 12 mois après les dernières règles (voir Femmes proches de la ménopause, p. 325).

3. Si une femme utilisant déjà un DIU contracte une infection sexuellement transmissible (IST) ou si elle est exposée à un risque individuel très élevé d'être infectée par une IST, est-il préférable de retirer le DIU ?

Non. Si une femme contracte une IST après la pose du DIU, elle ne court pas spécialement un risque de développer une MIP à cause du DIU. Elle peut continuer à utiliser le DIU pendant le traitement de l'IST. Le retrait du DIU n'entraîne aucun bénéfice et pourrait l'exposer à un risque de grossesse non désirée. Lui conseiller d'utiliser les préservatifs et d'autres stratégies pour éviter toute IST à l'avenir.

4. Est-ce que le DIU peut rendre une femme stérile ?

Non. Une fois le DIU retiré, la femme peut tomber enceinte tout aussi rapidement qu'une femme qui n'a jamais utilisé de DIU, bien que la fécondité diminue avec l'âge. Des études de bonne qualité n'ont mis en évidence aucun risque accru d'infertilité chez les femmes ayant utilisé le DIU, y compris les femmes jeunes et les femmes sans enfants. Cependant, le risque de devenir stérile existe chez une femme qui développe une MIP et n'est pas traitée, qu'elle utilise ou non un DIU.

5. Est-ce qu'une femme qui n'a jamais eu d'enfant peut utiliser un DIU ?

Oui. Une femme qui n'a pas eu d'enfants peut généralement utiliser un DIU. Elle doit toutefois garder à l'esprit que le DIU risque davantage de sortir, car son utérus est plus petit que celui d'une femme qui a déjà accouché.

6. Est-ce que le DIU peut se déplacer de l'utérus d'une femme à d'autres parties de son corps, tels que son cœur ou son cerveau ?

Le DIU ne migre jamais vers le cœur, le cerveau ou toute autre partie du corps à l'extérieur de l'abdomen. Généralement, il reste en place dans l'utérus comme une graine dans son enveloppe. Il est rare que le DIU traverse la paroi de l'utérus pour passer dans la cavité abdominale. Lorsque cela arrive, c'est souvent dû à une erreur au moment de la pose. Si le problème est détecté dans les 6 semaines suivant la pose, ou si des symptômes apparaissent à tout autre moment, le DIU devra être retiré par chirurgie laparoscopique ou laparotomique. Souvent, un DIU qui s'est déplacé ne cause pas de problèmes et devrait être laissé à l'endroit où il se trouve. La femme devra utiliser une autre méthode contraceptive.

7. Une femme devrait-elle marquer une pause après le port du DIU pendant plusieurs années ou après la date recommandée pour son retrait ?

Non. Cela n'est pas nécessaire et pourrait être risqué. Retirer l'ancien DIU et poser immédiatement un nouveau DIU pose moins de risques d'infection que de laisser un temps entre les deux interventions. De plus, une femme s'expose à un risque de grossesse pendant la période de pause avant l'insertion du nouveau DIU.

8. Une antibioprophylaxie systématique est-elle nécessaire avant la pose d'un DIU ?

Généralement non. Les recherches les plus récentes menées dans les endroits où les IST ne sont pas fréquentes montrent que le risque de maladie inflammatoire pelvienne est faible avec ou sans antibiotiques. Si les bonnes questions de dépistage du risque d'IST sont posées et si l'insertion du DIU est réalisée dans le respect des mesures de prévention de l'infection (notamment à l'aide de la technique sans toucher), le risque d'infection est faible. Par ailleurs, on pourra envisager l'utilisation d'antibiotiques dans les régions où les IST sont fréquentes et où le dépistage des IST est limité.

9. Est-ce qu'un DIU doit être posé uniquement pendant les règles ?

Non. Chez une femme qui a ses cycles menstruels, un DIU peut être posé à tout moment du cycle s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. La pose du DIU au moment des règles est considérée comme un bon moment, car il n'y a que peu de risques qu'elle soit enceinte et cela peut faciliter l'insertion. Toutefois, il est plus difficile de détecter les signes d'infection lors des règles.

10. Est-ce que le DIU augmente le risque de grossesse extra-utérine ?

Non. Au contraire, le DIU diminue considérablement le risque de grossesse extra-utérine. Les grossesses extra-utérines sont rares chez les utilisatrices du DIU. Le taux de grossesses extra-utérines chez les femmes portant un DIU est de 12 pour 10 000 femmes par an. Aux États-Unis, le taux de grossesses extra-utérines chez les femmes qui n'utilisent aucune méthode contraceptive est de 65 pour l0 000 femmes par an.

Dans les rares cas d'échec du DIU et si une grossesse survient, 6 à 8 sur l00 de ces grossesses sont extra-utérines. Par conséquent, la grande majorité des grossesses après échec du DIU ne sont pas extra-utérines. Une grossesse extra-utérine demeure un problème pouvant mettre la vie en danger ; par conséquent, le prestataire doit garder à l'esprit qu'une grossesse extra-utérine reste possible en cas d'échec du DIU.

Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel

Points clés pour les prestataires et les patientes

- **Il offre une protection à long terme contre la grossesse.** Très efficace pendant 5 ans, il est réversible immédiatement.
- **Il est posé dans l'utérus par un prestataire spécialement formé.**
- **Il n'y a pratiquement rien à faire pour la patiente une fois le DIU en place.**
- **Les changements dans les modes de saignements sont chose courante mais sont sans risques.** En général, la femme constate des saignements plus légers et moins de jours de saignements, ou des saignements peu fréquents ou irréguliers.

Qu'est-ce que le dispositif intra-utérin au lévonorgestrel ?

- Le dispositif intra-utérin au lévonorgestrel (DIU-LNG) est une armature en plastique en forme de T qui libère en continu de petites quantités de lévonorgestrel chaque jour. (Le lévonorgestrel est un progestatif aussi utilisé dans certains implants et dans certaines pilules contraceptives orales.)
- Un prestataire de soins de santé spécialement formé l'insère dans l'utérus de la femme en passant par le vagin et le col de l'utérus.
- On l'appelle également système intra-utérin libérant du lévonorgestrel, DIU-LNG, DIU hormonal ou stérilet hormonal.
- Il est vendu sous les marques Mirena, Liletta, Kyleena, Skyla, et Jaydess. Les DIU Kyleena, Skyla, et Jaydess et leurs inserteurs sont légèrement plus petits que ceux des marques Mirena et Liletta.
- Son mode d'action principal consiste à empêcher le sperme de féconder un ovocyte.

Quelle efficacité ?

L'une des méthodes les plus efficaces et l'une de celles qui ont la plus longue durée d'action

- On observe moins d'une grossesse pour l00 femmes lors de la première année d'utilisation d'un DIU-LNG (2 pour 1000 femmes). Autrement dit, 998 femmes sur 1000 utilisant le DIU-LNG ne tomberont pas enceintes.
- Un petit risque de grossesse subsiste au-delà de la première année d'utilisation et aussi longtemps que la femme utilise le DIU-LNG.
  - Sur 5 années d'utilisation du DIU-LNG Mirena : moins d'une grossesse pour l00 femmes (5 à 8 pour 1000 femmes).
- L'utilisation de Mirena et Kyleena est approuvée jusqu'à 5 ans. Les recherches suggèrent que Mirena peut rester très efficace jusqu'à 7 ans. L'utilisation de Liletta, Skyla et Jaydess est approuvée jusqu'à 3 ans.

Retour de la fécondité après le retrait du DIU-LNG : aucun délai

Protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST) : aucune

Effets secondaires, bénéfices et risques pour la santé et complications

Effets secondaires (voir Prendre en charge les problèmes, p. 202)

Certaines utilisatrices indiquent les situations suivantes :

- le souvent, changements dans les modes de saignements,† notamment :
  - saignements plus légers et moins de jours de saignements,
  - saignements peu fréquents,
  - saignements irréguliers,
  - absence de saignements menstruels,
  - saignements prolongés ;
- acné ;
- maux de tête ;
- douleurs ou tensions mammaires ;
- nausées ;
- prise de poids ;
- vertiges ;
- changements d'humeur.

Les changements dans les saignements sont normaux et sans risques. Si une femme les trouve gênants ou inquiétants, il peut s'avérer utile de lui apporter des conseils et un soutien.

Autres changements physiques possibles :

- kystes ovariens.

† *Pour la définition des modes de saignements, voir Saignements vaginaux dans le glossaire p. 407.*

Bénéfices connus pour la santé

Aide à protéger contre :

- le risque de grossesse ;
- l'anémie ferriprive.

Peut aider à protéger contre :

- le cancer de l'endomètre ;
- le cancer du col de l'utérus.

Réduit :

- les crampes menstruelles ;
- les saignements menstruels abondants ;
- les symptômes de l'endométriose (douleurs pelviennes, saignements irréguliers) ;
- le risque de grossesse extra-utérine.

Risques connus pour la santé

Rares :

- à court terme, une maladie inflammatoire pelvienne (MIP) peut survenir si la femme présente une infection à chlamydia ou une gonorrhée au moment de la pose.

Complications

Rares :

- perforation de la paroi de l'utérus par le DIU-LNG ou l'instrument utilisé pour la pose. Guérit généralement sans traitement.

Très rares :

- avortement spontané, naissance prématurée ou infection, dans les rares cas où la femme tombe enceinte alors qu'elle porte un DIU-LNG.

Corriger les idées reçues

Le DIU-LNG :

- peut être utilisé par des femmes de tous âges, y compris les adolescentes ;
- convient aux femmes qui ont déjà eu des enfants comme à celles qui n'en n'ont pas encore ;
- n'augmente pas le risque d'IST, dont le VIH ;
- n'augmente pas le risque d'avortement spontané lorsqu'une femme tombe enceinte après le retrait du DIU ;
- ne rend pas la femme stérile ;
- ne cause pas de malformations congénitales ;
- ne cause pas de cancer ;
- ne migre pas vers le cœur ou le cerveau ;
- ne cause pas de gêne ou de douleur à la femme ou à son partenaire masculin lors de leurs rapports sexuels.

Pourquoi le DIU-LNG est-il apprécié de certaines femmes ?

- Il protège très efficacement contre le risque de grossesse.
- Il atténue les saignements et peut les faire disparaître pendant plusieurs mois (aménorrhée).
- C'est une méthode à longue durée d'action.
- Il est discret. Il est normalement impossible de dire si une femme en porte un (il peut parfois arriver que le partenaire sente les fils pendant les rapports sexuels).
- Il n'entraîne aucun coût supplémentaire une fois posé.
- Il ne nécessite aucune intervention de la part de l'utilisatrice une fois posé.

Qui peut et qui ne peut pas utiliser le DIU au lévonorgestrel ?

Pratiquement toutes les femmes peuvent utiliser le DIU-LNG

Sans risques, le DIU-LNG est adapté à quasiment toutes les femmes, y compris celles :

- qui ont ou n'ont pas d'enfants ;
- qui sont mariées ou non ;
- de tout âge, y compris les adolescentes et les femmes de plus de 40 ans ;
- qui viennent d'avoir un avortement spontané ou provoqué (sans signe d'infection) ;
- qui allaitent ;
- qui font beaucoup d'efforts physiques ;
- qui ont eu une grossesse extra-utérine ;
- qui ont eu une maladie inflammatoire pelvienne (MIP) ;
- qui ont des infections vaginales ;
- qui présentent une anémie ;
- qui vivent avec le VIH mais n'en présentent que peu ou pas de symptômes et se portent bien, qu'elles soient sous traitement antirétroviral ou non (voir Le DIU chez la femme vivant avec le VIH, p. 189).

Éviter les interventions inutiles

(voir Importance des interventions, p. 368)

Les femmes peuvent commencer à utiliser le DIU :

- sans dépistage du cancer du col de l'utérus ;
- sans palpation des seins ;
- sans vérification de la tension artérielle.

Un examen pelvien et une évaluation du risque d'IST sont essentiels. Si disponibles, un dosage de l'hémoglobine et des tests de dépistage des IST, y compris du VIH, seront pratiqués pour contribuer à l'utilisation sans risques et efficace du DIU.

Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation du

DIU au lévonorgestrel

Poser à la patiente les questions ci-après portant sur ses problèmes médicaux connus. Si elle répond NON à toutes les questions (et qu'il n'existe aucune contre-indication sur la base de l'examen pelvien, voir p. 188), alors il est alors possible de lui poser un DIU-LNG. Si elle répond OUI à l'une des questions, suivre les instructions. Dans certains cas, la pose du DIU-LNG restera possible.

1. Avez-vous accouché il y a plus de 48 heures mais moins de 4 semaines ?

❑ NON ❑ **OUI** Remettre à plus tard la pose du DIU-LNG jusqu'à au moins 4 semaines après l'accouchement (voir Peu après l'accouchement, p. 193).

2. Présentez-vous une infection survenue après l'accouchement ou l'avortement ?

❑ NON ❑ **OUI** Si elle présente actuellement une infection des organes génitaux survenue au cours des 6 premières semaines suivant l'accouchement (sepsis puerpéral) ou si elle vient d'avoir une infection de l'utérus liée à un avortement (avortement septique), ne posez pas le DIU-LNG. La traiter ou l'orienter vers des services compétents si elle n'est pas encore prise en charge. L'aider à choisir une autre méthode ou lui proposer une méthode d'appoint.* Refaire un bilan à l'issue du traitement pour évaluer la possibilité d'utiliser un DIU.

3. Avez-vous actuellement un caillot sanguin dans une veine profonde de vos jambes ou dans vos poumons ?

❑ NON ❑ **OUI** Si elle indique avoir un caillot de sang dans une veine de ses jambes (dans une veine profonde, pas superficielle) ou dans ses poumons et qu'elle ne suit aucun traitement anticoagulant, l'aider à choisir une méthode non hormonale.

4. Êtes-vous atteinte d'une grave cirrhose ou d'une grave tumeur du foie ?

❑ NON ❑ **OUI** Si elle signale être atteinte d'une grave cirrhose ou d'une grave tumeur du foie, comme le cancer du foie, ne pas lui poser de DIU-LNG. L'aider à choisir une méthode non hormonale.

5. Avez-vous actuellement ou avez-vous déjà eu un cancer du sein ?

❑ NON ❑ **OUI** Ne poser pas de DIU-LNG. L'aider à choisir une méthode non hormonale.

6. Avez-vous des saignements vaginaux qui vous semblent inhabituels ?

(Suite à la page suivante)

* *Les méthodes d'appoint sont l'abstinence, les préservatifs masculins et féminins, les spermicides et le retrait. Lui préciser que les spermicides et le retrait sont les méthodes contraceptives les moins efficaces. Si possible, lui donner des préservatifs.*

❑ NON ❑ **OUI** Si elle a des saignements vaginaux inexpliqués qui pourraient être le signe d'une grossesse ou d'une affection médicale sous-jacente, l'utilisation d'un DIU-LNG pourrait rendre plus difficiles le diagnostic et le suivi du traitement. L'aider à choisir une méthode qu'elle pourra utiliser jusqu'à ce qu'un bilan ait été effectué et qu'elle ait reçu un traitement (hormis un DIU au cuivre, des progestatifs seuls injectables ou un implant). Refaire un bilan à l'issue du traitement pour évaluer la possibilité d'utiliser un DIU.

7. Présentez-vous une autre maladie ou d'autres infections féminines (problèmes gynécologiques ou obstétricaux), comme un cancer de l'appareil génital, une tuberculose pelvienne, ou une maladie trophoblastique gestationnelle ?

❑ NON ❑ **OUI** Si elle a actuellement un cancer du col de l'utérus, de l'endomètre ou des ovaires, une maladie trophoblastique gestationnelle ou une tuberculose pelvienne, ne pas lui poser de DIU-LNG. La traiter et l'orienter vers les services compétents si elle n'est pas encore prise en charge. L'aider à choisir une autre méthode. En cas de tuberculose pelvienne, refaire un bilan pour évaluer la possibilité d'utiliser un DIU-LNG à l'issue du traitement.

8. Do you have HIV or AIDS? Do you have any health conditions associated with HIV infection? Avez-vous le VIH ou le sida ? Avez-vous des problèmes de santé liés à l'infection par le VIH ?

❑ NON ❑ **OUI** Si la femme est à un stade avancé de l'infection à VIH ou présente de graves symptômes, ne pas lui poser de DIU-LNG. En revanche, une femme vivant avec le VIH en bonne santé ou ne présentant pas ou que peu de symptômes peut se faire poser un DIU, qu'elle soit sous traitement antirétroviral ou non. (Voir le DIU-LNG chez la femme vivant avec le VIH p. 189.)

9. Évaluer si elle est exposée à un risque individuel très élevé d'IST.

Il convient de ne pas poser de DIU-LNG à une femme très exposée à un risque individuel d'IST, à moins d'avoir écarté toute présence de gonorrhée et de chlamydia à l'aide d'analyses de laboratoire (voir Évaluer le risque d'IST chez la femme, p. 190).

10. Exclure toute grossesse éventuelle.

Poser à la patiente les questions qui figurent dans la Liste de contrôle pour la grossesse (voir dans la troisième de couverture). Si elle répond OUI à l'une des questions, vous pouvez être raisonnablement certain/-e qu'elle n'est pas enceinte et qu'elle peut utiliser un DIU-LNG.

Si la liste de contrôle ne suffit pas à écarter une grossesse, utiliser un autre outil avant d'insérer le DIU-LNG (voir Écarter une grossesse, p. 439).

Par ailleurs, les femmes ne devraient pas utiliser de DIU-LNG en cas de lupus érythémateux systémique associé à des anticorps anti-phospholipides positifs (ou dont on ignore la charge) et qui ne sont pas sous traitement immunosuppresseur. Pour consulter les classifications complètes, voir les Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation de la contraception, p. 388.

S'assurer d'expliquer à la femme les bénéfices et les risques pour la santé ainsi que les effets secondaires de la méthode qu'elle utilisera. Lui signaler également toute affection en raison de laquelle la méthode ne serait pas indiquée, si cela apparaît pertinent dans son cas.

Recourir au jugement clinique dans les cas spéciaux

En règle générale, une femme se trouvant dans l'une des situations citées ci-après ne devrait pas utiliser de DIU-LNG. Toutefois, dans certains cas particuliers, en cas d'indisponibilité d'autres méthodes plus adéquates, ou si la patiente ne les trouve pas acceptables, un prestataire qualifié en mesure d'évaluer attentivement l'état de santé et la situation de la femme en question et décider qu'elle peut utiliser un DIU-LNG. Le prestataire devra évaluer la gravité de son problème et, pour la plupart des affections, déterminer si elle aura accès à un suivi.

- A accouché depuis plus de 48 heures et moins de 4 semaines.
- A un important caillot de sang dans une veine profonde des jambes ou dans les poumons.
- A eu un cancer du sein il y a plus de 5 ans, qui n'a pas récidivé.
- Est atteinte d'une cirrhose grave ou d'une grave tumeur du foie.
- Présente une maladie trophoblastique gestationnelle non cancéreuse (bénigne).
- Est actuellement atteinte d'un cancer des ovaires.
- Est exposée à un risque individuel très élevé d'IST au moment de l'insertion.
- Est atteinte du VIH à un stade sévère ou avancé.
- Présente un lupus érythémateux systémique associé à des anticorps anti-phospholipides positifs (ou dont la charge est inconnue) et n'est pas sous traitement immunosuppresseur.

Questions de dépistage à se poser lors de l'examen pelvien préalable à la pose du DIU

Un examen pelvien et une évaluation du risque d'IST devraient être menés avant toute pose de DIU. (Voir p. 190 pour l'évaluation du risque d'IST.) Lors de l'examen pelvien (bimanuel et avec spéculum), vous poser les questions suivantes vous aide à identifier des signes de problèmes médicaux qui contre-indiqueraient la pose du DIU. Si la réponse à toutes les questions est NON, alors il est possible de poser le DIU à la patiente. Si la réponse à l'une des questions est OUI, ne pas poser le DIU.

Pour les questions I à 5, si la réponse est OUI, l'orienter vers les services de diagnostic et de traitement compétents. L'aider à choisir une autre méthode contraceptive et lui conseiller d'utiliser des préservatifs si elle est exposée à un risque d'infections. Lui donner des préservatifs, si possible. Si une IST ou une maladie inflammatoire pelvienne (MIP) est confirmée et que la patiente souhaite quand même utiliser un DIU, il est possible de le lui poser dès la fin de son traitement si elle n'est pas exposée à un risque de réinfection avant la pose du DIU.

1. Constatez-vous la présence d'ulcérations sur la vulve, le vagin ou le col ?

❑ NON ❑ **OUI** IST possible.

2. Est-ce que la patiente a des douleurs au bas de l'abdomen lorsque vous faites bouger le col ?

❑ NON ❑ **OUI** MIP possible.

3. Existe-t-il d'autres sensibilités au niveau de l'utérus, des ovaires ou des trompes de Fallope (sensibilités annexielles) ?

❑ NON ❑ **OUI** MIP possible.

4. Existe-t-il des pertes vaginales purulentes ?

❑ NON ❑ **OUI** Est-ce que le col saigne facilement au toucher ?

5. Est-ce que le col saigne facilement au toucher ?

❑ NON ❑ **OUI** IST ou cancer du col de l'utérus possible.

6. Existe-t-il une anomalie anatomique de la cavité utérine qui empêcherait une pose correcte du DIU ?

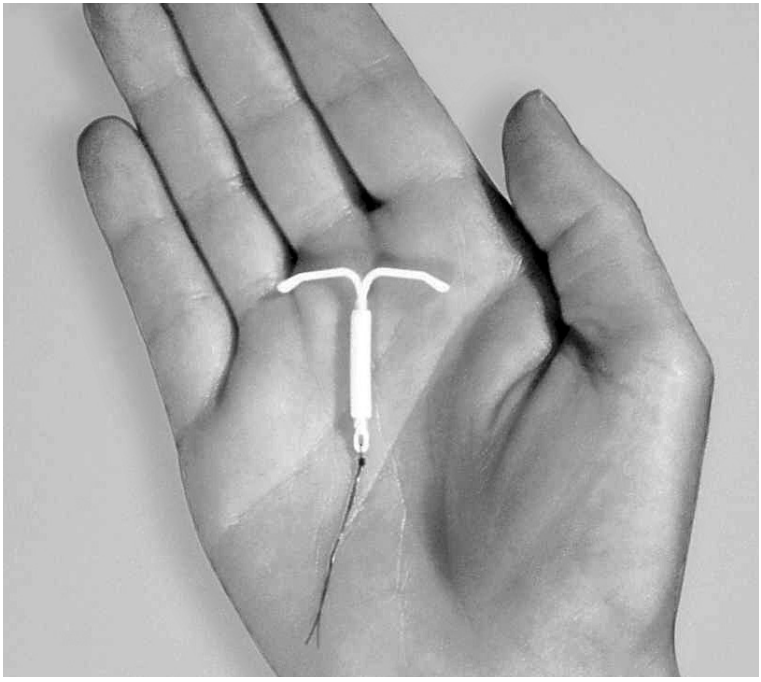
❑ NON ❑ **OUI** Si une anomalie anatomique déforme la cavité utérine, le DIU ne pourra probablement pas être posé correctement. Si disponible, une échographie peut permettre de déterminer si la pose correcte du DIU est possible. Dans le cas contraire, l'aider à choisir une autre méthode.

7. Avez-vous été dans l'incapacité de déterminer la taille et ou la position de l'utérus ?

❑ NON ❑ **OUI** OUI Il est essentiel de déterminer la taille et la position de l'utérus avant la pose du DIU pour s'assurer de la possibilité d'insérer le DIU au fond de l'utérus et limiter au maximum le risque de perforation. S'il n'est pas possible de déterminer la taille et la position, ne pas insérer de DIU. L'aider à choisir une autre méthode.

Le DIU-LNG chez la femme vivant avec le VIH

- Il est possible de poser sans risques un DIU-LNG à des femmes vivant avec le VIH si elles ne présentent pas ou que peu de symptômes cliniques, qu'elles soient sous traitement antirétroviral ou pas.
- Ne pas poser de DIU aux femmes vivant avec le VIH qui se trouvent à un stade avancé ou sévère de la maladie.
- Si une femme est infectée par le VIH alors qu'elle porte déjà un DIU, il n'est pas nécessaire de le retirer.
- Les utilisatrices de DIU vivant avec le VIH qui développent la maladie à un stade avancé ou sévère peuvent conserver leur DIU à condition de faire l'objet d'un suivi étroit pour dépister toute maladie inflammatoire pelvienne (MIP).
- Recommander vivement aux femmes vivant avec le VIH ou exposées à un risque d'infection par le VIH d'utiliser des préservatifs en complément du DIU. S'ils sont utilisés systématiquement et correctement, les préservatifs aident à prévenir la transmission du VIH et des autres IST.
- Il est possible de poser un DIU aux femmes exposées à un risque d'infection par le VIH mais non infectées. Le DIU n'augmente pas le risque d'infection par le VIH.



Évaluer le risque d'IST chez la femme

Le DIU ne devrait pas être posé chez une femme atteinte de gonorrhée ou d'une infection à chlamydia. En effet, la présence de ces infections sexuellement transmissibles au moment de la pose du DIU peut augmenter le risque de développer une maladie inflammatoire pelvienne. Il n'est toutefois pas toujours facile d'établir un diagnostic clinique des IST et les tests de laboratoire fiables prennent du temps, sont coûteux et parfois indisponibles. Sans signes ou symptômes cliniques et sans analyses de laboratoire, seuls le comportement et la situation de la femme sont susceptibles d'indiquer qu'elle pourrait être exposée à un risque individuel très élevé d'infection. Si ce risque individuel est très élevé, il est généralement préférable de ne pas poser de DIU à la patiente.‡ (Les taux de prévalence des IST ne constituent pas une bonne référence pour mesurer le risque individuel.)

Il n'existe pas d'ensemble universel de questions qui permettrait de déterminer si une femme est exposée à un risque individuel très élevé d'IST. Au lieu de poser des questions, le prestataire peut discuter avec la patiente des comportements personnels et des situations au sein de la communauté qui sont les plus susceptibles d'exposer une femme aux IST.

Étapes à suivre :

1. Indiquer à la patiente qu'une femme exposée à un risque individuel très élevé d'IST ne devrait pas utiliser le DIU.
2. Demander à la femme d'évaluer son exposition au risque et de déterminer s'il se peut qu'elle soit atteinte d'une IST. Elle est la mieux placée pour le savoir. Elle n'est pas obligée de faire part de son comportement ou de celui de son partenaire au prestataire. Ce dernier peut lui décrire les situations susceptibles d'exposer une personne à un risque individuel très élevé. La patiente pourra alors se demander si elle a été exposée à de telles situations récemment (au cours des trois derniers mois). Si oui, il se peut qu'elle soit actuellement atteinte d'une IST, qu'elle en ait ou pas remarqué les symptômes, et qu'elle veuille choisir une autre méthode que le DIU.
3. Lui demander si, à son avis, elle présente les conditions requises pour le DIU ou si elle aimerait envisager d'autres méthodes contraceptives à longue durée d'action. Une fois qu'elle aura soupesé le risque individuel auquel elle est exposée et si elle remplit les critères, le DIU peut lui être posé. En revanche, on l'aidera à choisir une autre méthode si elle le souhaite ou si vous avez de bonnes raisons de penser que la patiente est exposée à un risque individuel très élevé d'infection.

‡ En revanche, si la situation d'une femme utilisant déjà un DIU vient à changer et qu'elle se retrouve exposée à un risque individuel très élevé de contracter la gonorrhée ou l'infection à chlamydia, elle peut quand même continuer de l'utiliser.

§ Toute femme suspectant être atteinte d'une IST devrait consulter sans attendre.

Éventuelles situations à risques :

- un partenaire sexuel présente des symptômes d'IST, comme du pus s'écoulant du pénis, des douleurs ou brûlures à la miction ou encore une plaie ouverte sur les parties génitales ;
- la femme ou un partenaire sexuel a reçu un diagnostic d'IST récemment ;
- elle a eu plus d'un partenaire sexuel récemment ;
- elle a un partenaire sexuel qui a eu plusieurs partenaires sexuels récemment.

De plus, le prestataire pourra mentionner les autres situations à haut risque prévalentes dans la région.

Toutes ces situations sont moins risquées si la femme ou son partenaire utilise systématiquement et correctement des préservatifs.

Remarque :

si elle souhaite quand même utiliser le DIU alors qu'elle est exposée à un risque individuel très élevé d'IST et si des tests de laboratoire fiables sont disponibles pour dépister la gonorrhée et l'infection à chlamydia, le DIU pourra lui être posé en cas de résultat négatif. En cas de résultat positif, la femme pourra utiliser le DIU dès la fin de son traitement, si elle n'est exposée à aucun risque de réinfection au moment de la pose.

Par ailleurs, dans des circonstances spéciales, en cas d'indisponibilité d'autres méthodes plus adéquates, ou si la patiente ne les trouve pas acceptables, un prestataire de soins pourra évaluer attentivement l'état de santé et la situation particulière de la femme en question et décider de lui poser le DIU même en cas d'exposition à un risque individuel élevé et d'indisponibilité des tests de dépistage des IST. (Selon les circonstances, le prestataire de soins pourra envisager un traitement présomptif et administrer à la patiente une dose curative complète d'antibiotiques efficaces contre les deux infections, gonorrhée et chlamydia, et lui poser ensuite le DIU une fois le traitement terminé.) Qu'elle reçoive ou non un traitement présomptif, le prestataire devra s'assurer que la patiente revienne pour un suivi afin de dépister une éventuelle infection et de dispenser immédiatement le traitement nécessaire. Il faudra lui indiquer de revenir immédiatement en cas de fièvre, de douleurs au bas de l'abdomen et/ou de pertes vaginales anormales.

Fourniture du dispositif intra-utérin au lévonorgestrel

Quand commencer ?

IMPORTAN T: en règle générale, une femme peut commencer à utiliser un DIU-LNG à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Pour s'assurer raisonnablement qu'elle n'est pas enceinte, voir la liste de contrôle pour la grossesse (en troisième de couverture).

Situation de la femme	Quand commencer ?
A ses règles ou souhaite passer d'une méthode non hormonale au DIU au lévonorgestrel	**À tout moment du mois** • Si elle commence dans les 7 jours qui suivent le début de ses règles, inutile d'utiliser une méthode d'appoint. • Si le début de ses règles remonte à plus de 7 jours, le DIU-LNG peut lui être posé à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Elle devra utiliser une méthode d'appoint* pendant les 7 premiers jours suivant l'insertion.
Souhaite passer d'une méthode hormonale au DIU au lévonorgestrel	• Immédiatement, si elle utilisait la méthode systématiquement et correctement ou s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Inutile d'attendre les prochaines règles. • Si elle commence dans les 7 jours qui suivent le début de ses règles, inutile d'utiliser une méthode d'appoint. • Si elle commence plus de 7 jours après le début de ses règles, elle devra utiliser une méthode d'appoint* pendant les 7 premiers jours suivant l'insertion. • Si elle souhaite passer d'un injectable au DIU-LNG, ce dernier peut lui être posé à la date à laquelle la prochaine injection était prévue. Inutile d'utiliser une méthode d'appoint.

* *Les méthodes d'appoint sont l'abstinence, les préservatifs masculins et féminins, les spermicides et le retrait. Lui préciser que les spermicides et le retrait sont les méthodes contraceptives les moins efficaces. Si possible, lui donner des préservatifs.*

Situation de la femme	Quand commencer ?
Peu après l'accouchement (qu'elle allaite ou non)	• À tout moment dans les 48 heures qui suivent l'accouchement. (Le prestataire doit être spécifiquement formé à l'insertion post-partum manuelle ou à l'aide d'un ténaculum.) • Si l'accouchement remonte à plus de 48 heures, attendre jusqu'à au moins 4 semaines après la date de l'accouchement.
Pratique l'allaitement complet ou quasi-complet Moins de 6 mois après l'accouchement	• S'il n'est pas inséré dans les premières • 48 heures et si ses règles ne sont pas revenues, le DIU-LNG peut lui être posé à tout moment, entre 4 semaines et 6 mois après l'accouchement. Inutile d'utiliser une méthode d'appoint. • Si ses règles sont revenues, le DIU peut lui être posé dans les mêmes conditions que chez les femmes ayant leurs règles (voir page précédente)
Plus de 6 mois après l'accouchement	• Si ses règles ne sont pas revenues, le DIU-LNG peut lui être posé à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Elle devra utiliser une méthode d'appoint pendant les 7 premiers jours suivant la pose. • Si ses règles sont revenues, le DIU-LNG peut lui être posé dans les mêmes conditions que chez les femmes ayant leurs règles (voir page précédente).
Pratique l'allaitement maternepartiel ou n'allaite pas	
Moins de 4 semaines après l'accouchement	• Si le DIU-LNG n'est pas inséré dans les premières 48 heures, attendre jusqu'à au moins 4 semaines après la date de l'accouchement.
Plus de 4 semaines après l'accouchement	• Si ses règles ne sont pas revenues, le DIU-LNG peut lui être posé à tout moment, *s'il est possible de déterminer qu'elle n'est pas enceinte* (voir la section Écarter une grossesse, p. 439). Elle devra utiliser une méthode d'appoint pendant les 7 premiers jours suivant la pose. • Si ses règles sont revenues, le DIU-LNG peut lui être posé dans les mêmes conditions que chez les femmes ayant leurs règles (voir page précédente).

(Suite à la page suivante)

Situation de la femme	Quand commencer ? *(Suite)*
N'a pas ses règles (sans lien avec l'accouchement ou l'allaitement)	• À tout moment *s'il est possible de déterminer qu'elle n'est pas enceinte (voir la section Écarter une grossesse, p. 439)*. Elle devra utiliser une méthode d'appoint pendant les 7 premiers jours suivant la pose.
Après un avortement spontané ou provoqué	• Immédiatement, si le DIU-LNG est inséré dans les 7 jours suivant un avortement spontané ou provoqué au cours du premier ou du deuxième trimestre et si elle ne présente pas d'infection. Inutile d'utiliser une méthode d'appoint. • Si l'avortement spontané ou provoqué au cours du premier ou du deuxième trimestre remonte à plus de 7 jours et si elle ne présente pas d'infection, le DIU-LNG peut lui être posé à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Elle devra utiliser une méthode d'appoint pendant les 7 premiers jours suivant la pose. • Si elle présente une infection, la traiter ou orienter la patiente vers les services compétents, et l'aider à choisir une autre méthode. Si elle souhaite quand même utiliser le DIU-LNG, il pourra lui être posé une fois l'infection totalement guérie. • La pose d'un DIU-LNG après l'avortement spontané ou provoqué au-delà du deuxième trimestre requiert une formation spéciale. En l'absence de formation spécifique, remettre la pose du DIU jusqu'à au moins 4 semaines après l'avortement.
Après avoir pris une pilule contraceptive d'urgence de progestatif seul ou combinée, ou à base d'ulipristal acétate (UPA) (PCU)	• Le DIU-LNG peut lui être posé *s'il est possible de déterminer qu'elle n'est pas enceinte*, par exemple, après le début de ses prochaines règles (voir la section Écarter une grossesse, p. 439). Lui fournir une méthode d'appoint ou des pilules contraceptives orales à utiliser en attendant la pose du DIU. • Ne pas lui poser le DIU-LNG dans les 6 jours suivant la prise de la PCU UPA. Il existe une interaction entre les deux. Si le DIU-LNG est posé plus tôt, auquel cas le LNG et l'UPA sont présents en même temps dans l'organisme, cela risque d'amoindrir l'efficacité de l'une de méthodes o des deux.

Prévenir l'infection lors de la pose du DIU

La maîtrise de la technique de pose du DIU contribue à prévenir de nombreux problèmes, tels que l'infection, l'expulsion et la perforation.

- Respecter les mesures de prévention des infections.
- Utiliser des instruments désinfectés à haut niveau ou stériles. Une désinfection de haut niveau s'effectue en faisant bouillir les instruments, en les passant à la vapeur ou en les lassant tremper dans des produits désinfectants.
- Utiliser un nouveau DIU-LNG préstérilisé emballé avec l'inserteur.
- La technique de pose « sans toucher » est la plus sûre. Cette technique suppose d'éviter que le DIU chargé ou la sonde utérine ne touche des surfaces non stériles (par exemple, les mains, le spéculum, le vagin, le haut de la table). La technique sans toucher comporte les étapes suivantes :
  - nettoyer soigneusement le col avec un antiseptique avant d'insérer le DIU ;
  - faire attention à ne pas toucher la paroi vaginale ou les lames du spéculum avec la sonde utérine ou l'inserteur chargé ;
  - ne passer qu'une seule fois la sonde utérine et l'inserteur chargé du DIU par le canal cervical.
- L'antibioprophylaxie systématique chez les femmes exposées à un faible risque d'IST n'est généralement pas recommandée.

Fournir des conseils sur les effets secondaires

IMPORTANT: des conseils détaillés sur les éventuels changements dans les saignements doivent être apportés avant la pose du DIU. Les conseils sur les changements dans les saignements représentent probablement l'aide la plus importante dont une femme a besoin pour continuer à utiliser la méthode sans inquiétude.

Décrire les effets secondaires les plus fréquents	• Changements dans les modes de saignements : – saignements irréguliers suivis de saignements plus légers, moins longs, peu fréquents, puis plus de saignements menstruels. • Acné, maux de tête, douleurs et tensions mammaires, et possiblement d'autres effets secondaires.
Expliquer ces effets secondaires	• Les changements dans les saignements ne sont généralement pas le signe d'une maladie. L'absence de règles n'indique pas forcément une grossesse. • Les saignements irréguliers s'atténuent dans les 3 à 6 mois après la pose. Nombre de femmes n'ont plus du tout de saignements après un à deux ans d'utilisation du DIU-LNG. Les autres effets secondaires diminuent après quelques mois d'utilisation. • La patiente peut revenir et demander de l'aide si les effets secondaires la gênent ou si elle a d'autres inquiétudes.

Poser le DIU

Dialoguer avec la patiente avant la pose	• Expliquer la technique de pose (voir page suivante). • Lui montrer le spéculum, le ténaculum ainsi que le DIU et l'inserteur dans l'emballage. • La prévenir qu'elle ressentira une certaine douleur ou gêne pendant la pose et que cela est normal. • Lui indiquer qu'elle peut signaler à n'importe quel moment toute gêne ou toute douleur. • Il est possible de lui donner de l'ibuprofène (200 à 400 mg), du paracétamol (325 à 1000 mg), ou un autre antidouleur 30 minutes avant la pose afin de diminuer les crampes et les douleurs. Ne pas donner d'aspirine car celle-ci ralentit la coagulation.
Dialoguer avec la patiente pendant la pose	• Lui expliquer ce qu'il se passe, étape par étape, et la rassurer. • L'avertir avant une étape susceptible d'être douloureuse ou de la surprendre. • Lui demander de temps en temps si elle a mal.
Dialoguer avec la patiente après la pose	• Lui demander comment elle va. • L'informer que la pose s'est bien passée et que le DIU est en place. • Lui dire de rester allongée un petit moment et de prendre son temps pour s'asseoir et se lever avant de se rhabiller. • Lui rappeler que vous aborderez ensemble les prochaines étapes et le suivi.

Expliquer la technique de pose du DIU

Une femme qui a choisi le DIU-LNG doit savoir ce qui se passera pendant la pose. La description suivante aide à en expliquer les différentes étapes. Formation et pratique sous supervision directe sont nécessaires pour apprendre à poser un DIU-LNG. Aussi, cette description ne constitue qu'un récapitulatif et non des instructions détaillées.

1. Le prestataire respecte les mesures de prévention de l'infection.

2. Le prestataire procède à un examen pelvien pour déterminer la position de l'utérus et évaluer l'admissibilité de la femme à la pose d'un DIU (voir Questions de dépistage à se poser lors de l'examen pelvien, p. 188). Le prestataire commence par l'examen bimanuel et insère ensuite un spéculum dans le vagin pour examiner le col.

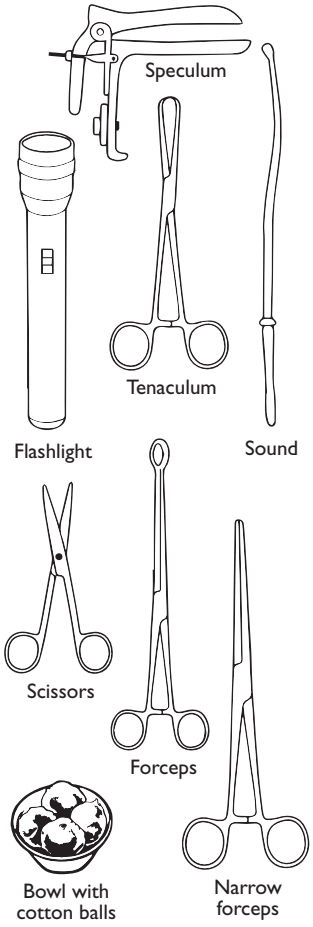
3. Le prestataire nettoie le col et le vagin avec l'antiseptique approprié.

4. Le prestataire insère doucement le ténaculum par le biais du spéculum et referme le ténaculum juste ce qu'il faut pour stabiliser délicatement le col de l'utérus.

5. Le prestataire introduit lentement et délicatement la sonde utérine par le col pour mesurer la profondeur et la position de l'utérus.

6. Le prestataire introduit lentement et délicatement l'inserteur par le col, libère le DIU-LNG dans la cavité utérine et retire l'inserteur.

7. Le prestataire coupe les fils du DIU, en laissant pendre 3 cm par le col.



8. Après la pose, la femme se repose. Elle reste sur la table d'examen jusqu'à ce qu'elle se sente prête à se rhabiller.

Accompagner les utilisatrices continues

Donner des consignes spécifiques

Douleurs et crampes sont à prévoir

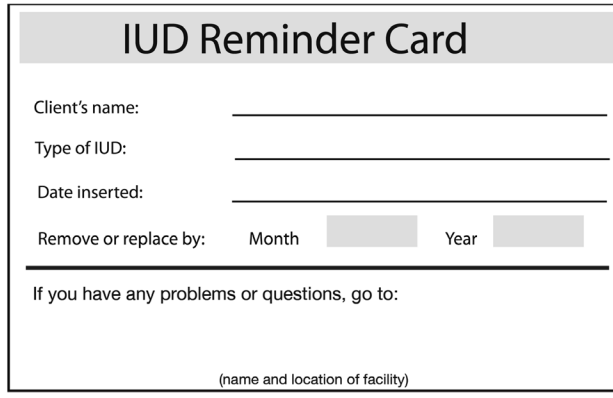
- Elle doit s'attendre à des crampes et à quelques douleurs pendant quelques jours après la pose.
- Lui conseiller de prendre de l'ibuprofène (200 à 400 mg), du paracétamol (325 à l000 mg), ou un autre antidouleur si besoin.
- L'informer également qu'elle risque de remarquer des saignements ou de petites taches de sang immédiatement après la pose.

Durée de protection contre la grossesse

- Discuter de la manière dont elle peut se rappeler la date à laquelle elle doit revenir pour le retrait ou le remplacement du DIU.
- Donner à chaque femme les informations suivantes par écrit sur une fiche de rappel comme celle montrée en exemple ci-dessous, si possible et renseigner :
  - le type de DIU qu'elle porte ;
  - la date de la pose du DIU ;
  - le mois et l'année où le DIU doit être retiré ou remplacé (Pour les DIU-LNG Mirena et Kyleena, 5 ans après la pose. Pour les DIU-LNG Liletta, Skyla et Jaydess, 3 ans après la pose) ;
  - l'endroit où elle peut se rendre si elle a des problèmes ou des questions liés à son DIU.

Consultations de suivi

- Une consultation de suivi est recommandée après les premières règles ou 3 à 6 semaines après la pose du DIU. Toutefois, aucune femme ne devrait se voir refuser la pose d'un DIU au seul motif d'un suivi difficile ou impossible.



IUD Reminder Card

Client's name: _____

Type of IUD: _____

Date inserted: _____

Remove or replace by: Month _____ Year _____

If you have any problems or questions, go to:

(name and location of facility)

En quoi le partenaire peut-il être utile ?

Il est bienvenu que le partenaire de la patiente puisse l'accompagner afin d'entendre les conseils et d'en savoir plus sur la méthode et la façon dont il peut aider sa partenaire. Le partenaire peut :

- soutenir la femme dans le choix de cette méthode ;
- faire preuve de compréhension et de soutien si elle a des effets secondaires ;
- utiliser systématiquement des préservatifs en complément du DIU s'il est atteint d'une IST ou du VIH ou s'il pense être exposé à un risque d'IST ou de VIH ;
- l'aider à se souvenir de la date de retrait du DIU.

« Revenez à n'importe quel moment » : raisons de revenir

Indiquer à chaque patiente qu'elle peut revenir à n'importe quel moment, par exemple, si elle a des problèmes, des questions ou si elle souhaite utiliser une autre méthode. Elle peut également revenir si elle constate un changement important dans son état de santé. De plus elle pourra revenir si :

- le DIU a été expulsé de son utérus ou si elle pense qu'il pourrait l'avoir été ;
- elle présente des symptômes de la maladie inflammatoire pelvienne (douleurs croissantes ou intenses au bas de l'abdomen, douleurs pendant les rapports sexuels, pertes vaginales inhabituelles, fièvre, frissons, nausées et/ou vomissements), particulièrement pendant les 20 premiers jours suivant la pose ;
- elle pense être enceinte ;
- elle souhaite faire retirer le DIU, pour quelque raison que ce soit.

Conseil santé : une personne qui sent soudainement que quelque chose va mal avec sa santé devrait revenir immédiatement pour obtenir des soins médicaux auprès d'une infirmière ou d'un médecin. Il est fort probable que la cause de cet état ne soit pas la méthode contraceptive, mais elle devrait quand même indiquer laquelle elle utilise à l'infirmière ou au médecin.

Consultation de suivi après la pose (3 à 6 semaines)

1. Demander à la patiente si tout se passe bien avec la méthode et si elle en est satisfaite. Lui demander si elle a des questions ou si elle souhaite discuter de certains aspects en particulier.
2. Lui demander si elle est préoccupée par des changements dans les saignements. Lui donner les informations ou l'aide dont elle a besoin (Voir Prendre en charge les problèmes, p. 202).
3. Lui demander si :
   - elle a des douleurs abdominales croissantes ou intenses lors des rapports sexuels ou à la miction ;
   - elle a observé des pertes vaginales inhabituelles ;
   - elle a de la fièvre ou des frissons ;
   - elle présente des signes ou des symptômes de grossesse ;
   - elle a senti le plastique dur du DIU sortir partiellement.

Un examen pelvien systématique lors de la consultation de suivi n'est pas nécessaire. Il peut toutefois s'avérer indiqué dans certains contextes ou pour certaines patientes. Il conviendra de mener un examen pelvien notamment lorsque les réponses d'une patiente font suspecter une expulsion partielle ou complète du DIU.

À toutes les consultations

1. Demander à la patiente si tout se passe bien avec la méthode et si elle a observé des changements dans les saignements.
2. Demander aux patientes qui utilisent la méthode depuis longtemps si elles ont eu de nouveaux problèmes de santé. Traiter les problèmes, selon qu'il convient. Pour de nouveaux problèmes de santé qui nécessiteront peut-être qu'elle change de méthode, voir p. 208).
3. Demander aux patientes qui utilisent la méthode depuis longtemps si des changements importants susceptibles de modifier leurs besoins sont survenus dans leur vie, par exemple, le projet d'avoir des enfants ou l'exposition au risque d'IST ou de VIH. Assurer le suivi, tel que nécessaire.
4. Rappeler à la femme combien de temps le DIU continuera de la protéger contre la grossesse.

Prendre en charge les problèmes

Problèmes signalés comme effets secondaires ou complications

Ils peuvent être dus à la méthode, mais pas forcément.

- Les problèmes liés à des effets secondaires ou à des complications ont une incidence sur le niveau de satisfaction de la femme et sur l'utilisation du DIU. Le prestataire de soins doit y prêter attention. Si la patiente signale des effets secondaires ou des complications, écouter ses préoccupations, lui donner des conseils, lui apporter un soutien et, si nécessaire, un traitement. Vérifier qu'elle a bien compris les conseils et qu'elle les accepte.
- Proposer d'aider la patiente à choisir une autre méthode, immédiatement si elle le souhaite ou plus tard si les problèmes ne peuvent pas être résolus.

Saignements irréguliers (saignements à des moments inattendus qui gênent ou inquiètent la patiente)

- La rassurer et lui indiquer que certaines femmes utilisant le DIU-LNG ont des saignements irréguliers. Cela est sans risques. Généralement, ils s'atténuent ou cessent après les premiers mois d'utilisation.
- Si les saignements irréguliers commencent après plusieurs mois sans saignements, ou si vous suspectez un autre problème pour d'autres raisons, envisager des affections sous-jacentes qui ne sont pas liées à l'utilisation de la méthode (voir Saignements vaginaux inexpliqués, p. 208).

Absence de saignements menstruels

- La rassurer en lui précisant que nombre de femmes finissent par ne plus avoir de menstruations lorsqu'elles utilisent un DIU-LNG, mais que cela n'est pas dangereux. Il n'est pas nécessaire d'avoir des pertes de sang chaque mois. Cela ressemble au fait de ne pas avoir ses règles pendant la grossesse. Elle n'est ni enceinte ni stérile. Le sang ne s'accumule pas dans son corps. (Certaines femmes sont heureuses de ne plus avoir leurs règles.)
- Si les saignements menstruels cessent très peu de temps après la pose du DIU-LNG, écarter la grossesse ou tout autre problème sous-jacent.

Saignements plus abondants ou prolongés (qui durent plus de 8 jours)

- La rassurer et lui indiquer que certaines femmes utilisant le DIU-LNG ont des saignements plus abondants ou prolongés. Généralement, cela est sans risques et le problème s'atténue ou cesse après quelques mois d'utilisation.
- Lui fournir des comprimés de fer si possible et lui indiquer qu'il est important d'avoir une alimentation riche en fer.
- Si les saignements plus abondants ou prolongés commencent après plusieurs mois sans saignements, ou si vous suspectez un autre problème pour d'autres raisons, envisager des affections sous-jacentes qui ne sont pas liées à l'utilisation de la méthode (voir Saignements vaginaux inexpliqués, p. 208).

Crampes et douleurs

- Elle doit s'attendre à des crampes et à quelques douleurs pendant les deux premiers jours suivant la pose du DIU.
  - Lui recommander de prendre de l'aspirine (325 à 650 mg), de l'ibuprofène (200 à 400 mg), du paracétamol (325 à l000 mg) ou un autre antidouleur. En cas de saignements abondants ou prolongés, l'aspirine ne devrait pas être utilisée car elle peut augmenter davantage les saignements.
- Si des crampes intenses persistent plus de deux jours après la pose, examiner la patiente pour écarter toute perforation ou expulsion partielle.

Acné

- Si la patiente souhaite arrêter le DIU-LNG en raison de l'acné qu'il entraîne chez elle, elle peut envisager de passer aux COC. Nombre de femmes utilisant les COC voient leurs problèmes d'acné s'améliorer.
- Envisager des remèdes disponibles localement.

Maux de tête ordinaires (qui ne sont pas des migraines)

- Lui conseiller de prendre de l'aspirine (325 à 650 mg), de l'ibuprofène (200 à 400 mg), du paracétamol (325 à 1000 mg) ou un autre antidouleur.
- Un bilan devra être effectué en cas d'aggravation ou d'augmentation de la fréquence des maux de tête lors de l'utilisation du DIU-LNG.

Tensions mammaires

- Lui recommander de porter un soutien-gorge offrant un bon maintien (surtout lorsqu'elle a une activité physique intense ou qu'elle dort).
- Essayer des compresses chaudes ou froides.
- Lui conseiller de prendre de l'aspirine (325 à 650 mg), de l'ibuprofène (200 à 400 mg), du paracétamol (325 à 1000 mg) ou un autre antidouleur.
- Envisager des remèdes disponibles localement.

Variations de poids

- Revoir le régime alimentaire et apporter des conseils le cas échéant.

Nausées ou vertiges

- Envisager des remèdes disponibles localement.

Changements d'humeur

- Les patientes qui présentent des changements importants d'humeur tels qu'une dépression sévère devraient être orientées vers les services de soins compétents.
- Envisager des remèdes disponibles localement.

Le partenaire peut sentir les fils du DIU pendant les rapports sexuels

- Expliquer que cela peut arriver lorsque les fils sont coupés trop courts.
- Si le partenaire trouve les fils gênants, décrire l'option suivante et en discuter :
  - les fils peuvent être coupés encore plus courts, afin qu'ils ne sortent plus par le canal cervical. Son partenaire ne sentira plus les fils, mais cela peut compliquer la procédure de retrait (qui devra probablement être effectuée par un prestataire spécialement formé).

Douleurs intenses au bas de l'abdomen (suspicion de maladie inflammatoire pelvienne [MIP])

- Certains signes et symptômes de la MIP se retrouvent aussi fréquemment dans d'autres affections abdominales, comme la grossesse extra-utérine. Si la grossesse extra-utérine est écartée, examiner la patiente pour exclure toute MIP.
- Si possible, réaliser un examen abdominal et un examen pelvien (voir Signes et symptômes de graves problèmes de santé, p. 384 pour détecter les signes qui indiqueraient une MIP).
- En cas d'impossibilité de réaliser un examen pelvien, et si la patiente présente une combinaison des signes et symptômes suivants, outre des douleurs dans la partie basse de l'abdomen, suspecter une MIP :
  - pertes vaginales inhabituelles ;
  - fièvre ou frissons ;
  - douleurs lors des rapports sexuels ou à la miction ;
  - saignements après les rapports sexuels ou entre les règles ;
  - nausées et vomissements ;
  - masse pelvienne sensible ;
  - douleurs lorsque l'on exerce une légère pression sur l'abdomen (sensibilité abdominale directe) ou lorsque l'on exerce une légère pression que l'on relâche soudainement (sensibilité abdominale au rebond).
- Traiter la MIP ou orienter immédiatement la patiente vers les services de traitement :
  - étant données les graves conséquences que peut entraîner une MIP, les prestataires de soins de santé devraient traiter tous les cas suspectés sur la base des signes et des symptômes susmentionnés. Le traitement devrait commencer dès que possible. Le traitement est plus efficace et prévient les complications à long terme si les antibiotiques adéquats sont donnés immédiatement ;
  - traiter contre la gonorrhée, l'infection à chlamydia et les infections bactériennes à germes anaérobies. Donner des conseils à la patiente sur la prévention et le traitement des IST, ainsi que sur l'utilisation du préservatif. Si possible, lui donner des préservatifs ;
  - inutile de retirer le DIU si elle souhaite continuer à l'utiliser. En revanche, si elle préfère ne plus utiliser le DIU, le lui retirer une fois l'antibiothérapie commencée. (En cas de retrait du DIU, envisager la prise de la PCU et discuter du choix d'une autre méthode. Voir passage du DIU-LNG à une autre méthode, p. 201.) ;
- si l'infection ne guérit pas, envisager de retirer le DIU tout en continuant l'antibiothérapie. Si le DIU n'est pas retiré, continuer tout de même l'antibiothérapie. Dans les deux cas, la santé de la femme devrait faire l'objet d'une surveillance étroite.

Douleurs intenses au bas de l'abdomen (suspicion de kyste ovarien)

- Les douleurs abdominales peuvent être causées par divers problèmes, tels que des follicules ou des kystes ovariens de grande taille.
  - La femme peut continuer à utiliser le DIU-LNG pendant le bilan et le traitement.
  - Inutile de traiter les follicules ou kystes ovariens de grande taille, à moins qu'ils ne grossissent anormalement, se tordent ou éclatent. Rassurer la patiente en lui précisant que ceux-ci se résorbent généralement d'eux-mêmes. Afin de s'assurer de la résolution du problème, revoir la patiente après 6 semaines, si possible.

Douleurs intenses au bas de l'abdomen (suspicion de grossesse extra-utérine)

- Nombre de problèmes peuvent être la cause de douleurs abdominales intenses. Prêter particulièrement attention aux signes ou symptômes supplémentaires d'une grossesse extra-utérine, problème rare mais qui peut mettre la vie en danger. Bien que le DIU-LNG diminue le risque de grossesse extra-utérine, il ne l'élimine pas totalement (voir la question 10, p. 180).
- Aux premiers stades d'une grossesse extra-utérine, les symptômes peuvent être absents ou légers, mais, dans le temps, ils deviendront graves. Une combinaison des signes ou des symptômes suivants devrait accroître la suspicion d'une grossesse extra-utérine :
  - douleurs ou tensions abdominales inhabituelles ;
  - saignement vaginal anormal, ou absence de saignements menstruels, en particulier si cela représente un changement par rapport au mode habituel de saignements ;
  - étourdissements ou vertiges ;
  - évanouissement.
- En cas de suspicion d'une grossesse extra-utérine ou d'un autre problème de santé sérieux, orienter immédiatement la patiente vers les services de diagnostic et de soins. (Voir Stérilisation féminine, Prendre en charge une grossesse extra-utérine, p. 227, pour de plus amples informations sur les grossesses extra-utérines.)
- Si la patiente ne présente pas ces symptômes ou signes supplémentaires, l'examiner afin de rechercher une éventuelle maladie inflammatoire pelvienne (voir Douleurs abdominales intenses au bas de l'abdomen, page précédente).

Suspicion de perforation utérine

- En cas de suspicion de perforation au moment de la pose du DIU ou du sondage de l'utérus, arrêter immédiatement l'acte (et retirer le DIU s'il est inséré). Garder la patiente sous observation au centre de soins.
  - Pendant la première heure, lui demander de rester au lit et vérifier ses constantes vitales (tension artérielle, pouls, respiration et température) toutes les 5 à 10 minutes.
  - Si la femme reste stable après une heure d'observation, vérifier les signes d'hémorragie intra-abdominale, par exemple le faible taux d'hématocrite ou d'hémoglobine, ou, si possible, le rebond à la palpation abdominale, ainsi que ses constantes vitales. L'observer attentivement pendant plusieurs heures. Si elle ne présente pas de signes ou de symptômes, elle peut rentrer chez elle mais elle

devrait éviter les rapports sexuels pendant 2 semaines. L'aider à choisir une autre méthode.

- Si son pouls est rapide et sa tension artérielle chute ou si de nouvelles douleurs apparaissent ou s'intensifient autour de l'utérus, l'orienter vers un niveau de soins supérieur.
- Si l'on suspecte, sur la base de symptômes cliniques, une perforation de l'utérus dans les 6 semaines ou plus suivant la pose, orienter la patiente vers un clinicien expérimenté dans le retrait du DIU dans ces circonstances (voir la question 6, p. 179).

DIU partiellement sorti (expulsion partielle)

- Si le DIU est partiellement sorti, le retirer. Demander à la patiente si elle souhaite utiliser un autre DIU ou si elle préfèrerait changer de méthode. Si elle souhaite un autre DIU, il peut être inséré à tout moment, s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Si la patiente ne souhaite pas continuer à utiliser un DIU, l'aider à choisir une autre méthode.

DIU complètement sorti (expulsion complète)

- Si la patiente signale que le DIU est sorti, lui demander si elle souhaite utiliser un autre DIU ou si elle préfèrerait changer de méthode. Si elle souhaite utiliser un autre DIU, il est possible de l'insérer à tout moment, s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte.
- S'il on suspecte une expulsion complète (impossibilité de trouver les fils lors de l'examen pelvien, par exemple) et que la patiente ignore s'il a été expulsé, l'orienter vers les services d'imagerie pour une échographie (ou pour une radiographie si la grossesse peut être écartée) afin de vérifier si le DIU a migré dans la cavité abdominale. Lui fournir une méthode d'appoint qu'elle pourra utiliser en attendant.

Fils manquants (suggérant une éventuelle grossesse, perforation de l'utérus ou expulsion)

- Demander à la patiente :
  - si elle a vu le DIU sortir et quand elle l'a vu sortir ;
  - à quand remontent ses dernières règles ;
  - si elle a des symptômes de grossesse ;
  - si elle a utilisé une méthode d'appoint dès qu'elle a remarqué que le DIU était sorti.
- Commencer toujours par des actes mineurs et sans risques et procéder en douceur. Vérifier la présence des fils dans le canal cervical à l'aide de pinces. Environ la moitié des fils manquants du DIU peuvent être localisés dans le canal cervical.
- Si les fils ne peuvent pas être localisés dans le canal cervical, il se peut qu'ils soient remontés dans l'utérus ou que le DIU ait été expulsé sans que la patiente ne l'ait remarqué. Orienter la patiente vers les services d'imagerie pour une échographie (ou pour une radiographie si la grossesse peut être écartée). Lui fournir une méthode d'appoint qu'elle utilisera en attendant, au cas où le DIU serait effectivement sorti.

Nouveaux problèmes pouvant nécessiter un changement de méthode

Ils peuvent être dus à la méthode, mais pas forcément.

Saignements vaginaux inexpliqués (suggérant un problème médical non lié à la méthode)

- Orienter vers les services compétents ou évaluer à partir des antécédents et de l'examen pelvien. Diagnostiquer et traiter, le cas échéant.
- Elle peut continuer à utiliser le DIU le temps de poser le diagnostic.
- Si les saignements sont dus à une infection sexuellement transmissible ou à une maladie inflammatoire pelvienne, elle peut continuer à utiliser le DIU pendant le traitement.

Cardiopathie due à une artère bouchée ou à une sténose artérielle (cardiopathies ischémiques)

- Une femme déjà atteinte d'une cardiopathie peut commencer à utiliser sans risques un DIU-LNG. Toutefois, si ce problème apparaît alors qu'elle porte déjà un DIU-LNG :
  - retirer le DIU ou l'orienter pour le retrait du DIU ;
  - l'aider à choisir une méthode non hormonale ;
  - l'orienter vers les services de diagnostic et de soins compétents si elle n'est pas encore prise en charge.

Migraines (voir Identifier les migraines avec ou sans aura, p. 436)

- Si elle a des migraines sans aura, elle peut, si elle le souhaite, continuer à utiliser le DIU-LNG.
- Si des migraines avec aura apparaissent, retirer le DIU-LNG. L'aider à choisir une méthode non hormonale.

Certaines affections graves (**caillots sanguins dans une veine profonde des jambes ou dans les poumons, cancer du sein, maladie trophoblastique gestationnelle, tuberculose pelvienne).** Voir Signes et symptômes de graves problèmes de santé, p. 384

- Retirer le DIU ou l'orienter pour le retrait du DIU.
- Lui proposer une méthode d'appoint qu'elle pourra utiliser jusqu'à ce qu'un bilan soit effectué.
- L'orienter vers les services de diagnostic et de soins compétents si elle n'est pas encore prise en charge.

Suspicion de grossesse

- Déterminer si elle est enceinte et écarter une grossesse extra-utérine.
- Expliquer que l'exposition du fœtus au DIU-LNG n'augmente pas le risque de malformations congénitales. Expliquer qu'un DIU qui se trouve dans l'utérus pendant la grossesse augmente toutefois le risque d'accouchement prématuré ou d'avortement spontané y compris d'avortement infecté (septique) pendant le premier ou le second trimestre, et que cela peut mettre sa vie en danger.

- Si la femme ne souhaite pas poursuivre sa grossesse, la conseiller conformément aux lignes directrices du programme.
- Si elle souhaite poursuivre sa grossesse :
  - lui conseiller de faire retirer le DIU ;
  - expliquer les risques liés à la présence du DIU en cas de grossesse. Le retrait précoce du DIU diminue ces risques, bien que le retrait en lui-même entraîne un petit risque d'avortement spontané ;
  - si elle accepte le retrait du DIU, le retirer en douceur ou l'orienter pour un retrait adapté ;
  - lui indiquer de revenir immédiatement en cas de signes d'avortement spontané ou d'avortement septique (saignements vaginaux, crampes, douleurs, pertes vaginales anormales ou fièvre) ;
  - si elle choisit de garder le DIU, instaurer un suivi étroit par un/e infimier/ère ou un médecin. Elle devra le/la consulter immédiatement si elle présente des signes d'avortement septique.
- Si les fils du DIU ne sont pas localisés dans le canal cervical, le DIU ne pourra pas être retiré en toute sécurité. L'orienter dans ce cas pour une échographie afin de vérifier que le DIU se trouve toujours dans l'utérus. S'il s'y trouve, ou s'il est impossible de réaliser une échographie, sa grossesse devra être étroitement surveillée. Elle devra immédiatement consulter les services compétents en cas de signes d'avortement septique.

Retirer le dispositif intra-utérin

IMPORTANT : les prestataires ne doivent en aucun cas refuser ou différer le retrait du DIU si une femme le demande, quelle que soit sa raison, que celle-ci soit personnelle ou médicale. Tout prestataire doit partir du principe que la patiente ne doit jamais être contrainte ou forcée de continuer à utiliser le DIU.

Si une femme trouve qu'il est difficile de supporter les effets secondaires, il conviendra d'abord de discuter des problèmes qu'elle rencontre (voir Prendre en charge les problèmes, p. 202). Demander si elle souhaite essayer de gérer le problème ou si elle préfère qu'on lui retire immédiatement le DIU.

Le retrait du DIU est une opération simple. Il peut être effectué à n'importe quel moment du mois. Le retrait peut être plus facile durant la menstruation, quand le col est naturellement plus mou. En cas de perforation de l'utérus ou si le retrait n'est pas facile (par exemple, si les fils du DIU ne sont plus présents), il convient d'orienter la femme vers un clinicien expérimenté maîtrisant la technique de retrait appropriée.

Expliquer la technique du retrait

Avant de retirer le DIU, expliquer comment se déroulera le retrait.

1. Le prestataire insère un spéculum pour visualiser le col et les fils du DIU et ensuite nettoie soigneusement le col et le vagin avec une solution antiseptique, par exemple de l'iode.
2. Le prestataire demande à la femme de respirer profondément, lentement et de se détendre. La femme devra lui indiquer si elle a mal pendant le retrait.
3. À l'aide de la pince étroite, le prestataire tire sur les fils doucement et délicatement jusqu'à ce que le DIU sorte entièrement du col.

Passer du DIU-LNG à une autre méthode

Les recommandations suivantes visent à garantir à la patiente une protection ininterrompue contre la grossesse lorsqu'elle passe du DIU-LNG à une autre méthode. Voir également la section « Quand commencer ? » pour chaque méthode.

Passage à/au(x)/ à la	Quand commencer ?
Une méthode hormonale : contraceptifs oraux combinés (COC), pilules de progestatif seul (PPS), progestatifs seuls injectables, injectables mensuels, patch combiné, anneau vaginal combiné ou implants	• Si elle commence pendant les 7 premiers jours des saignements menstruels (dans les 5 premiers jours pour les COC et les PPS), commencer tout de suite la méthode hormonale et retirer le DIU. Inutile d'utiliser une méthode d'appoint.* • Si elle commence après les 7 premiers jours des saignements menstruels (après les 5 premiers jours pour les COC et les PPS) et si elle *n'a pas* eu de rapports sexuels depuis ses dernières règles, commencer tout de suite la méthode hormonale. Il est recommandé de laisser le DIU en place jusqu'aux prochaines règles. • Si elle commence après les 7 premiers jours des saignements menstruels (après les 5 premiers jours pour les COC et les PPS) et si elle *n'a pas* eu de rapports sexuels depuis ses dernières règles, le DIU peut rester en place et être retiré lors des prochaines règles ou il peut être retiré et elle peut utiliser une méthode d'appoint pendant les 7 jours suivants (2 jours pour les PPS).

(Suite à la page suivante)

* *Les méthodes d'appoint sont l'abstinence, les préservatifs masculins et féminins, les spermicides et le retrait. Lui préciser que les spermicides et le retrait sont les méthodes contraceptives les moins efficaces. Si possible, lui donner des préservatifs.*

Passage à/au(x)/ à la	Quand commencer ? *(Suite)*
Préservatifs masculins ou féminins, spermicides, diaphragme, cape cervicale ou retrait	• Dès les premiers rapports sexuels après le retrait du DIU.
Méthodes basées sur la connaissance de la fécondité	• Au cours du même cycle où le DIU a été retiré.
Stérilisation féminine	• Si elle est prévue au cours des 7 premiers jours des saignements menstruels, retirer le DIU et réaliser la stérilisation féminine. Inutile d'utiliser une méthode d'appoint. • Si elle est prévue après les 7 premiers jours des saignements menstruels, réaliser la stérilisation. Dans l'idéal, le DIU devrait rester en place jusqu'à la prochaine consultation de suivi ou jusqu'aux prochaines règles. Si une consultation de suivi n'est pas possible, retirer le DIU au moment de la stérilisation. Inutile d'utiliser une méthode d'appoint.
Vasectomie	• À tout moment • La femme peut garder le DIU jusqu'à confirmation par analyse du sperme que la vasectomie de son partenaire est pleinement efficace, ou pendant les 3 premiers mois suivant l'intervention.

Questions/réponses à propos du DIU-LNG

Voir également les Questions/réponses à propos du DIU au cuivre, pages 178 à 180.

1. En quoi le DIU-LNG diffère-t-il du DIU au cuivre ?

Le DIU-LNG et le DIU au cuivre sont très similaires, mais d'importantes différences les distinguent. Si les deux sont très efficaces, le DIU-LNG l'est un peu plus. Leurs effets secondaires sont différents. Les utilisatrices du DIU-LNG ont généralement des saignements plus légers (réguliers ou irréguliers) voire plus de saignement du tout, tandis que les utilisatrices du DIU au cuivre ont généralement des saignements réguliers mais souvent plus abondants ou prolongés. En outre, les utilisatrices du DIU-LNG peuvent avoir des effets secondaires liés aux hormones (comme les maux de tête) qui n'existent pas chez les utilisatrices du DIU au cuivre. La durée d'utilisation du DIU-LNG est plus courte (de 3 à 5 ans selon la marque) que celle du DIU au cuivre, pouvant aller jusqu'à 12 ans. Par ailleurs, le DIU-LNG est plus onéreux que le DIU au cuivre. (Voir Comparatif des DIU, p. 430).

2. En quoi le DIU-LNG diffère-t-il des autres méthodes hormonales ?

Le DIU-LNG libère en continu une petite quantité d'hormone dans l'utérus. Étant donné que l'hormone est libérée directement dans l'utérus, la quantité circulant dans le sang est inférieure à celle d'autres méthodes hormonales. Aussi les femmes ont-elles moins d'effets secondaires. Le DIU-LNG ne requiert aucune action de la part de la femme une fois posé, contrairement à la pilule, qui doit être prise chaque jour, ou aux injections, qui doivent lui être administrées tous les mois ou tous les trois mois. Le DIU-LNG est inséré dans l'utérus tandis que la majeure partie des autres méthodes hormonales se présentent sous forme de pilules, d'injections ou d'implants sous-cutanés.

3. En plus d'offrir une contraception, quels sont les autres bénéfices du DIU-LNG ?

Le DIU-LNG constitue un traitement efficace en cas de règles abondantes. Il s'agit de l'approche non chirurgicale la plus efficace pour traiter ce problème. En outre, le DIU-LNG réduit les saignements chez les femmes ayant des fibromes. Les saignements plus légers peuvent également être bénéfiques chez les femmes anémiques. Par ailleurs, le DIU-LNG peut contribuer à traiter l'endométriose, l'hyperplasie de l'endomètre, le cancer de l'endomètre et les troubles menstruels de la périménopause.

Stérilisation féminine

Points-clés pour les prestataires et les patientes

- **Il s'agit d'une méthode permanente.** Elle est destinée à conférer une protection à vie, très efficace et permanente contre la grossesse. Elle est généralement irréversible.
- **Un examen physique et un acte chirurgical sont nécessaires.** L'acte est réalisé un prestataire spécialement formé.
- **Elle n'a aucun effet secondaire à long terme.**

Qu'est-ce que la stérilisation féminine ?

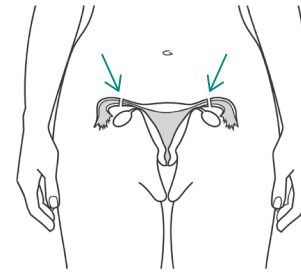
- Il s'agit d'une contraception chirurgicale permanente pour les femmes qui ne veulent plus avoir d'enfants.
- Les deux techniques chirurgicales les plus fréquemment utilisées sont :
  - la minilaparotomie, qui implique une petite incision dans la paroi abdominale. Les trompes de Fallope sont ramenées vers l'incision et sont sectionnées ou obturées ;
  - la laparoscopie, qui consiste à insérer dans l'abdomen un long tube fin muni de lentilles, en passant par une petite incision. Cette laparoscopie permet au médecin de voir et d'obturer ou de sectionner les trompes de Fallope dans l'abdomen.
- Elle est également connue sous les noms suivants : stérilisation tubaire, ligature des trompes, contraception chirurgicale volontaire, tubectomie, ligature bitubaire, nouer les trompes, minilaparotomie et « l'opération ».
- Elle fonctionne car les trompes de Fallope sont obturées ou sectionnées. Les ovocytes libérés par les ovaires ne peuvent plus se déplacer vers l'extrémité des trompes et ne peuvent donc plus rencontrer de spermatozoïdes.

Quelle efficacité ?

C'est l'une des méthodes les plus efficaces, bien qu'il existe un léger risque d'échec.

- On observe moins d'une grossesse pour 100 femmes au cours de la première année suivant la stérilisation (5 pour 1000 femmes). Autrement dit, 995 femmes stérilisées sur 1000 ne tomberont pas enceintes.

- Un petit risque de grossesse subsiste au-delà de la première année d'utilisation et jusqu'à ce que la femme atteigne la ménopause.
  - Sur 10 ans d'utilisation : on observe environ 2 grossesses pour 100 femmes (18 à 19 pour 1000 femmes).
- L'efficacité varie légèrement selon la manière dont les trompes sont obturées, mais les taux de grossesse sont faibles pour toutes les techniques. L'une des techniques les plus efficaces consiste à sectionner et à nouer les extrémités des trompes de Fallope après l'accouchement (ligature tubaire).



Il n'y a pas de retour de la fécondité car, en général, la stérilisation n'est pas réversible. L'intervention a pour but d'être permanente. La chirurgie réversible est difficile, onéreuse et souvent indisponible. Lorsqu'elle est pratiquée, bien souvent la chirurgie de reperméabilisation ne permet toutefois pas de donner lieu à une grossesse (voir la question 7, p. 196).

Protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST) : aucune

Effets secondaires, bénéfices et risques pour la santé et complications

Effets secondaires

Aucun

Bénéfices connus pour la santé

Aide à protéger contre :
- le risque de grossesse ;
- la maladie inflammatoire pelvienne (MIP).

Peut aider à protéger contre :
- le cancer des ovaires.

Réduit :
- le risque de grossesse extra-utérine.

Risques connus pour la santé

Peu fréquents ou extrêmement rares :
- les complications de la chirurgie et de l'anesthésie (voir ci-après).

Complications de la chirurgie (Voir également Prendre en charge les problèmes, p. 226)

Peu fréquentes ou extrêmement rares :
- La stérilisation féminine est une méthode de contraception sûre. Elle requiert toutefois une intervention chirurgicale et une anesthésie. Comme tout autre acte chirurgical mineur, la stérilisation féminine entraîne certains risques, tels que l'infection ou l'abcès de la plaie. Les complications graves sont rares. Le décès, dû à l'intervention ou à l'anesthésie, est extrêmement rare.
- Le risque de complications est significativement plus faible sous anesthésie locale, avec ou sans sédation et analgésie, que sous anesthésie générale. Le risque de complications peut-être ramené au minimum si les techniques appropriées sont utilisées et si l'intervention est réalisée par un prestataire qualifié dans un milieu adapté.

Corriger les idées reçues (voir aussi Questions/réponses, p. 228)

La stérilisation féminine :

- n'affaiblit pas les femmes ;
- n'entraîne pas de douleurs chroniques dans le dos, l'utérus ou l'abdomen ;
- n'entraîne pas le retrait de l'utérus de la femme, ni la nécessité de le retirer ;
- ne cause pas de déséquilibres hormonaux ;
- n'entraîne pas de saignements plus abondants ou irréguliers et n'influe pas sur les cycles menstruels de la femme :
- ne cause pas de variations de poids et n'influe pas sur l'appétit ou l'apparence ;
- ne modifie pas le comportement sexuel ou la libido de la femme ;
- n'entraîne pas de risque de grossesse extra-utérine ; au contraire, elle en réduit considérablement le risque (voir la question 11, page 230).

Pourquoi la stérilisation féminine est-elle appréciée de certaines femmes ?

- Elle n'a pas d'effets secondaires.
- Il n'y a plus besoin de s'inquiéter d'une éventuelle grossesse ou de se soucier de sa contraception.
- Il n'y a rien à faire et rien à penser après l'intervention.

Qui peut avoir une femme Stérilisation

Sans risques pour toutes les femmes

Avec de bons conseils et un consentement éclairé en amont, toute femme peut recourir à la stérilisation sans risques, y compris les femmes qui :

- n'ont pas d'enfants ou en ont peu ;
- sont mariées ou non ;
- n'ont pas l'autorisation de leur mari ;
- sont jeunes ;
- viennent d'accoucher (dans les 7 derniers jours) ;
- allaitent ;
- vivent avec le VIH, qu'elles soient sous traitement antirétroviral ou pas (voir La stérilisation féminine chez la femme vivant avec le VIH p. 217) ;

Dans certaines de ces situations, des conseils particuliers et attentifs sont importants pour s'assurer que la femme ne regrettera pas sa décision (voir Parce que la stérilisation est permanente, p. 220).

Éviter les interventions inutiles

(Voir Importance des interventions, p. 368)

Les femmes peuvent recourir à la stérilisation :

- sans analyse de sang ni autre analyse de laboratoire systématique ;
- sans dépistage du cancer du col de l'utérus ;
- sans test de grossesse.
  - Une femme peut recourir à la stérilisation même si elle n'a pas ses règles à ce moment-là, s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte (voir la liste de contrôle pour la grossesse en troisième de couverture).

Avant la stérilisation féminine, un examen pelvien et la mesure de la tension artérielle s'avèrent essentiels. Si disponible, un dosage de l'hémoglobine peut contribuer à la pratiquer efficacement et sans risques. (Voir l'importance de l'évaluation clinique, p. 218.)

Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation de la

Stérilisation féminine

Toutes les femmes peuvent recourir à la stérilisation. Aucune affection médicale ne contre-indique la stérilisation féminine chez la femme. Cette liste de contrôle permet de poser à la patiente des questions sur ses problèmes médicaux connus susceptibles de conditionner le moment, le lieu et la technique de la stérilisation. Poser à la patiente les questions ci-après. Si elle répond NON à toutes les questions, elle peut alors avoir recours à la stérilisation dans le service habituellement compétent sans attendre. Si elle répond OUI à l'une des questions, suivre les instructions, lesquelles recommandent de procéder avec prudence, remettre à plus tard, ou encore prendre des mesures spécifiques.

Dans la liste de contrôle ci-après :

- **Prudence** signifie que l'intervention peut avoir lieu dans le service compétent avec toutefois une préparation et des précautions supplémentaires, selon la situation ou le problème médical.
- **Différer** signifie que la stérilisation féminine doit être remise à plus tard. Les problèmes doivent être traités et résolus en amont de la stérilisation. Aider la patiente à choisir une autre méthode jusqu'à ce que l'intervention ait lieu.
- **Spécifique** signifie que des mesures spéciales doivent être prises avant de réaliser l'intervention dans un service comptant un chirurgien et un personnel expérimentés, l'équipement nécessaire à l'anesthésie générale et tout autre soutien médical nécessaire. Dans ces cas spéciaux, il est également nécessaire de disposer de la capacité de décider de la technique et du mode d'anesthésie les plus appropriés. En attendant l'intervention, aider la patiente à choisir une autre méthode.

1. Présentez-vous ou avez-vous déjà présenté par le passé une maladie ou un problème médical propres aux femmes, comme une infection ou un cancer ? Si oui, lequel/laquelle ?

❑ NON ❑ **OUI** Si elle est concernée par l'un des points suivants, procéder avec prudence :

- antécédents de chirurgie abdominale ou pelvienne ;
- antécédents de maladie inflammatoire pelvienne après la dernière grossesse ;
- fibrome utérin ;
- cancer du sein ;

▶ Si elle est concernée par l'un des points suivants, **différer** la stérilisation féminine :

En lien avec la grossesse

- grossesse en cours ;
- l'accouchement date de 7 à 42 jours ;
- en post-partum après une grossesse avec pré-éclampsie ou éclampsie ;
- complications graves du post-partum ou post-avortement (tels qu'une infection, une hémorragie, ou un traumatisme), exceptées la rupture ou la perforation utérine (**spécifique**, voir ci-après) ;
- hématométrie (grande rétention de sang dans l'utérus) ;

Sans lien avec la grossesse

- saignement vaginal inexpliqué qui indique une affection médicale sous-jacente ;
- cervicite purulente, infection à chlamydia ou gonorrhée ;
- maladie inflammatoire pelvienne ;
- cancer pelvien (les traitements sont susceptibles de la rendre stérile) ;
- maladie trophoblastique maligne ;

▶ Si elle est concernée par l'un des points suivants, prendre des mesures **spécifiques** :

- utérus peu mobile en raison d'une précédente chirurgie ou infection ;
- endométriose ;
- hernie (paroi abdominale ou ombilicale) ;
- rupture ou perforation du post-partum ou post-avortement.

(Suite à la page suivante)

Critères de recevabilité médicale pour la stérilisation féminine (suite)

2. Présentez-vous ou avez-vous déjà présenté des problèmes cardiovasculaires, un accident vasculaire cérébral, une hypertension artérielle, un diabète ou des complications dues au diabète ? Dans l'affirmative, lesquels ?

❑ NON ❑ **OUI** Si elle est concernée par l'un des points suivants, procéder avec **prudence** :

- tension artérielle élevée sous contrôle ;
- tension artérielle élevée (140/90 à 159/99 mm Hg) ;
- antécédents d'accident vasculaire cérébral ou de cardiopathie sans complications ;
- diabète sans lésions aux artères, à la vision, aux reins ou au système nerveux ;

▶ Si elle est concernée par l'un des points suivants, **différer** la stérilisation féminine :

- cardiopathie due à une artère bouchée ou à une sténose artérielle ;
- caillot de sang dans une veine profonde des jambes ou dans les poumons.

▶ Si elle est concernée par l'un des points suivants, prendre des mesures **spécifiques** :

- plusieurs facteurs pouvant augmenter le risque de maladie cardiaque ou d'accident vasculaire cérébral, comme l'âge, le tabagisme, une tension artérielle élevée ou un diabète ;
- tension artérielle modérément élevée ou très élevée (160/100 mmHg ou plus) ;
- diabète depuis plus de 20 ans ou lésions causées par le diabète aux artères, à la vision, aux reins ou au système nerveux ;
- valvulopathie compliquée.

3. Êtes-vous atteinte d'une maladie de longue durée ou présentez-vous tout autre problème ? Dans l'affirmative, lequel/laquelle/lesquels ?

❑ NON ❑ **OUI** elle est concernée par l'un des points suivants, procéder avec **prudence** :

- anémie ferriprive modérée (hémoglobine 7 à 10 g/dl) ;
- dénutrition sévère (est-elle extrêmement maigre ?) ;
- drépanocytose ;
- anémie héréditaire (thalassémie) ;
- hernie diaphragmatique ;
- épilepsie ;
- hypothyroïdie ;
- cirrhose modérée du foie, tumeurs hépatiques, ou schistosomiase associée à une fibrose hépatique ;
- néphropathie ;

- obésité (présente-t-elle un important surpoids ?) ;
- chirurgie abdominale programmée au moment où elle souhaite se faire stériliser ;
- dépression ;
- jeune âge ;
- lupus non compliqué associé à des anticorps anti-phospholipides négatifs.

▶ Si elle est concernée par l'un des points suivants, **différer** la stérilisation féminine :

- maladie de la vésicule biliaire avec symptômes ;
- hépatite virale active ;
- anémie ferriprive sévère (hémoglobine inférieure à 7 g/dl) ;
- pneumopathie (bronchite ou pneumonie)
- infection systémique ou gastroentérite aiguë ;
- infection de la peau de l'abdomen ;
- chirurgie abdominale en urgence ou pour une infection, ou chirurgie majeure avec immobilisation prolongée.

▶ Si elle est concernée par l'un des points suivants, prendre des mesures **spécifiques** :

- grave cirrhose du foie ;
- hyperthyroïdie ;
- trouble de la coagulation (le sang ne coagule pas) :
- pneumopathie chronique (asthme, bronchite, emphysème, infection pulmonaire) ;
- tuberculose pelvienne ;
- VIH à un stade avancé ou sévère de la maladie (voir La stérilisation féminine chez la femme vivant avec le VIH, ci-après) ;
- lupus érythémateux systémique associé à des anticorps anti-phospholipides positifs (on dont la charge est inconnue), à une thrombopénie sévère ou sous traitement immunosuppresseur.

La stérilisation féminine chez la femme vivant avec le VIH

- Les femmes vivant avec le VIH ou sous traitement antirétroviral (TAR) peuvent recourir à la stérilisation sans risques. Des mesures spéciales doivent être prises pour réaliser une stérilisation chez les femmes vivant avec le VIH à un stade avancé ou sévère de la maladie. L'intervention devra probablement être différée si la femme présente une maladie liée au VIH.
- Encourager vivement ces femmes à utiliser les préservatifs même après la stérilisation féminine. S'ils sont utilisés systématiquement et correctement, les préservatifs aident à prévenir la transmission du VIH et des autres IST.
- *Aucune femme ne devrait être contrainte ou forcée de recourir à la stérilisation féminine, pas même les femmes vivant avec le VIH.*

L'importance de l'évaluation clinique

Étant donné que la stérilisation féminine implique une intervention chirurgicale et l'administration d'une anesthésie locale (avec ou sans légère sédation et analgésie), la patiente doit faire l'objet en amont d'une évaluation clinique attentive, complète et précise. Cette évaluation est importante quelle que soit la situation, mais elle l'est encore plus lorsque l'intervention a lieu dans des zones difficiles d'accès, dans un service de proximité, ou dans des centres éloignés des services de niveau supérieur.

L'évaluation doit comprendre la vérification des critères de recevabilité médicale (ci-dessus) et l'examen pelvien. Voir chapitre 25, p. 368 sur l'importance du choix des interventions en vue de la fourniture des méthodes de planification familiale.

Réaliser la stérilisation féminine

Quand réaliser l'intervention ?

IMPORTANT : une femme peut recourir à la stérilisation féminine s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte et s'il n'existe aucune raison médicale de remettre à plus tard l'intervention ou qui en conditionne le moment, le lieu et la technique. Pour s'assurer raisonnablement qu'elle n'est pas enceinte, voir la liste de contrôle pour la grossesse (en troisième de couverture).

Situation de la femme	Quand commencer ?
A ses règles ou souhaite passer d'une autre méthode à la stérilisation féminine	**À tout moment du mois** • À tout moment dans les 7 jours suivant le début de ses règles. Inutile d'utiliser une autre méthode avant l'intervention. • Si le début de ses saignements menstruels remonte à plus de 7 jours, la stérilisation peut être réalisée à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. • Si elle souhaite arrêter les contraceptifs oraux, elle peut continuer à prendre sa pilule jusqu'à ce qu'elle termine sa plaquette afin de maintenir son cycle régulier. • Si elle utilisait auparavant un DIU, elle peut bénéficier de l'intervention immédiatement (voir DIU au cuivre, Passer d'un DIU à une autre méthode, p. 172).
N'a pas ses règles	• À tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte.
Après l'accouchement	• Immédiatement ou dans les 7 jours suivant l'accouchement, si elle a effectué ce choix de façon volontaire et éclairée en amont. • À tout moment 6 semaines au moins après l'accouchement, s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte.

Après un avortement spontané ou provoqué	• Dans les 48 heures qui suivent un avortement sans complications, si elle a effectué ce choix de façon volontaire et éclairée en amont.
Après la prise de la pilule contraceptive d'urgence (PCU)	• La stérilisation peut être réalisée dans les 7 jours suivant le début des prochaines règles ou à tout moment s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Lui donner une méthode d'appoint ou des contraceptifs oraux qu'elle peut commencer à prendre le jour après qu'elle termine la prise de la PCU et qu'elle pourra utiliser jusqu'au moment de l'intervention.

S'assurer d'un choix éclairé

IMPORTANT: un conseiller bienveillant écoute les préoccupations de la femme, répond à ses questions et lui fournit des informations appropriées, claires et pratiques sur la stérilisation, notamment sur son caractère permanent, afin d'aider la femme à prendre une décision éclairée et d'en faire une utilisatrice satisfaite qui n'aura aucun regret plus tard (voir Étant donné que la stérilisation est permanente..., page suivante). Il est utile de faire participer le partenaire aux séances de conseils, mais ce n'est pas nécessaire ni obligatoire.

Le consentement éclairé en 7 points

Les conseils doivent couvrir l'ensemble des 7 points suivants en vue d'un consentement éclairé. Certains programmes exigent la signature d'un consentement éclairé par la patiente et le conseiller. Afin de donner son consentement éclairé à la stérilisation, la patiente doit comprendre les points ci-dessous.

1. Des contraceptifs temporaires sont également disponibles pour la patiente, y compris des contraceptifs à longue durée d'action réversibles.
2. La stérilisation volontaire est une intervention chirurgicale.
3. Il existe certains risques liés à l'intervention, ainsi que des bénéfices. (Les risques et les bénéfices doivent être expliqués de manière compréhensible à la patiente).
4. Si elle est réussie, la stérilisation permettra à la patiente de ne plus jamais avoir d'enfants.
5. Cette chirurgie est considérée comme permanente et probablement irréversible.
6. La patiente peut refuser l'intervention à tout moment avant qu'elle n'ait lieu (sans perdre les droits d'obtenir d'autres services ou avantages médicaux, sanitaires ou autres).
7. La stérilisation ne protège pas contre les infections sexuellement transmissibles, telles que le VIH.

Étant donné que la stérilisation est-permanente...

Une femme qui envisage de recourir à la stérilisation devrait prendre le temps de réfléchir à la question suivante : « Existe-t-il la moindre possibilité que je veuille à nouveau avoir des enfants dans le futur ?». Les prestataires de soins peuvent aider la patiente à réfléchir à cette question et à prendre une décision éclairée. Si la patiente envisage d'avoir d'autres enfants, une autre méthode de planification familiale serait préférable.

Poser des questions peut être utile. Le prestataire peut demander :

- « Souhaitez-vous avoir d'autres enfants plus tard ? »
- « Si vous ne souhaitez plus en avoir, pensez-vous que vous pourriez changer d'avis dans le temps ? Qu'est-ce qui pourrait vous faire changer d'avis ? Par exemple, si l'un de vos enfants venait à mourir ? »
- « Et en cas de décès de votre mari ou de divorce, vous pourriez souhaiter avoir d'autres enfants avec votre nouveau partenaire ?»
- « Votre partenaire souhaite-t-il avoir d'autres enfants dans le futur ?»

Les patientes qui ne peuvent pas répondre à ces questions devraient être encouragées à réfléchir davantage à leur décision de recourir à la stérilisation.

En général, les personnes qui ont le plus de risques de regretter la stérilisation :

- sont jeunes ;
- n'ont que peu d'enfants voire aucun ;
- viennent juste de perdre un enfant ;
- ne sont pas mariées ;
- traversent des problèmes de couple ;
- ont un partenaire qui s'oppose à la stérilisation.

Bien qu'aucun de ces critères n'exclue la réalisation de la stérilisation, les prestataires de soins devraient s'assurer tout particulièrement que les personnes présentant ces caractéristiques prennent leur décision de façon réfléchie, en toute connaissance de cause.

Par ailleurs, s'il est plus pratique et sûr de réaliser une stérilisation volontaire juste après un accouchement ou un avortement, il est également plus probable que la femme qui y recourt à ce moment-là le regrette plus tard. Fournir des conseils complets et détaillés au cours de la grossesse pour qu'elle prenne une décision avant le début du travail et l'accouchement ou avant l'avortement peut aider à éviter ces regrets.

La décision de recourir à la stérilisation appartient à la patiente, et à elle seule

Un homme ou une femme peut consulter sa ou son partenaire ou toute autre personne au sujet de la possibilité de recourir à la stérilisation et pourra tenir compte de leur opinion. Toutefois, la décision ne pourra pas être prise par le partenaire ou un autre membre de la famille, ou encore par un prestataire de soins, un chef communautaire ou qui que ce soit d'autre. Les prestataires de services de planification familiale ont le devoir de vérifier que la décision de recourir ou non à la stérilisation a été prise par la patiente elle-même, sans y avoir été contrainte ou forcée.

Réaliser la stérilisation

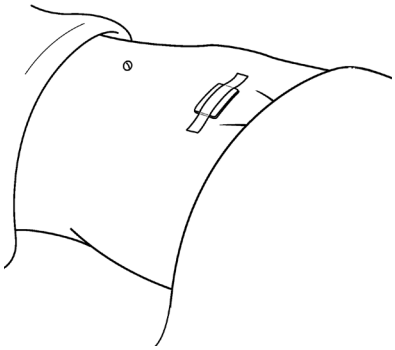
Expliquer la technique

Une femme qui a choisi de recourir à la stérilisation doit savoir ce qui se passera durant l'intervention. La description suivante aide à en expliquer les différentes étapes. Formation et pratique sous supervision directe sont nécessaires pour apprendre à réaliser la stérilisation. Aussi, cette description ne constitue qu'un récapitulatif et non des instructions détaillées.

(La description ci-après concerne les interventions réalisées plus de 6 semaines après l'accouchement. La technique utilisée jusqu'à 7 jours suivant l'accouchement est légèrement différente).

La minilaparotomie

1. Le prestataire respecte les mesures de prévention des infections tout au long de l'intervention (voir Prévention des infections dans le centre de santé, p. 376).
2. Le prestataire réalise un examen physique et un examen pelvien. L'examen pelvien consiste à évaluer l'état et la mobilité de l'utérus.
3. Le prestataire insère un instrument spécial (manipulateur utérin) dans le vagin en passant par le col jusque dans l'utérus pour ramener chacune des deux trompes de Fallope au niveau de l'incision. Cela peut causer une certaine gêne.
4. La femme reçoit généralement une légère sédation et analgésie pour l'aider à se détendre. Elle reste éveillée. Une anesthésie locale est injectée au-dessus de la ligne des poils pubiens. Elle ne sentira aucune douleur intense.
5. Le prestataire pratique une petite incision horizontale (de 2 à 5 centimètres) dans la zone anesthésiée. Cela est généralement peu douloureux. (Chez les femmes qui viennent tout juste d'accoucher, l'incision est pratiquée au niveau du bord inférieur du nombril.)
6. Chaque trompe est alors sectionnée ou obturée à l'aide d'un clip ou d'un anneau.
7. Le prestataire referme l'incision par des points de suture et la recouvre d'un pansement adhésif.
8. La femme reçoit des consignes sur la marche à suivre à la sortie du centre de santé ou de l'hôpital (voir Soins à domicile après une stérilisation féminine, p. 224). Elle peut généralement sortir au bout de quelques heures.



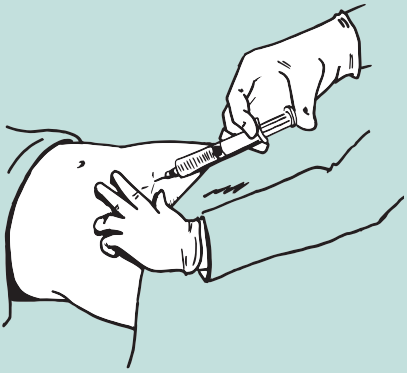
La laparoscopie

1. Le prestataire respecte les mesures de prévention des infections tout au long de l'intervention (voir Prévention des infections dans le centre de santé, p. 376).
2. Le prestataire réalise un examen physique et un examen pelvien. L'examen pelvien consiste à évaluer l'état et la mobilité de l'utérus.
3. La femme reçoit généralement une légère sédation et analgésie pour l'aider à se détendre. Elle reste éveillée. Une anesthésie locale est injectée juste sous le nombril. Elle ne sentira aucune douleur intense.
4. Le prestataire enfonce une aiguille spéciale dans l'abdomen qui permet d'insuffler du gaz ou de l'air. Cela permet d'élever la paroi de l'abdomen, qui ne touche ainsi plus les organes pelviens.
5. Le prestataire pratique une petite incision (d'environ un centimètre) dans la zone anesthésiée et insère un laparoscope. Un laparoscope est un long tube fin muni d'une caméra. Cette caméra permet au prestataire de voir à l'intérieur du corps et de localiser les deux trompes de Fallope.
6. Le prestataire fait passer un instrument dans le laparoscope ou parfois, par le biais d'une seconde incision, afin d'obturer les trompes de Fallope.
7. Chaque trompe est obturée à l'aide d'un clip, d'un anneau ou par électro-coagulation (un courant électrique cautérise et bloque la trompe).
8. Le prestataire retire ensuite l'instrument et le laparoscope. On laisse sortir le gaz ou l'air de l'abdomen de la femme. Le prestataire referme l'incision par des points de suture et la recouvre d'un pansement adhésif.
9. La femme reçoit des consignes sur la marche à suivre à la sortie du centre de santé ou de l'hôpital (voir Soins à domicile après une stérilisation féminine, p. 224). Elle peut généralement sortir au bout de quelques heures.

L'anesthésie locale est préférable en cas de stérilisation féminin

L'anesthésie locale, avec ou sans légère sédation et analgésie, est préférable à l'anesthésie générale. L'anesthésie locale avec sédation et analgésie :

- est plus sûre que l'anesthésie générale, rachidienne ou péridurale ;
- permet à la femme de sortir du centre de santé ou de l'hôpital plus tôt ;
- permet un rétablissement plus rapide ;
- permet à d'autres établissements de santé de réaliser la stérilisation féminine.



La stérilisation féminine sous anesthésie locale, avec ou sans légère sédation et analgésie peut être réalisée dès lors qu'un membre de l'équipe chirurgicale a été formé

à l'administration de la sédation et de l'analgésie et que le chirurgien a été formé à la technique de l'anesthésie locale. L'équipe chirurgicale doit être formée à la prise en charge des urgences et l'établissement doit disposer de l'équipement et des médicaments nécessaires pour y faire face le cas échéant.

Les prestataires de soins peuvent expliquer à l'avance à la femme qu'elle restera éveillée pendant l'intervention et que cela est plus sûr pour elle. Les prestataires peuvent lui parler pendant l'intervention et la rassurer si nécessaire.

L'anesthésique le plus fréquemment utilisé est la lidocaïne. Le choix des sédatifs et des analgésiques pouvant être utilisés pour l'intervention est grand. Le dosage des médicaments doit être ajusté en fonction du poids corporel. Une trop forte sédation doit être évitée, car cela peut réduire la capacité de la patiente à rester consciente et, dans certains cas, ralentir ou même arrêter sa respiration.

L'anesthésie générale peut parfois s'avérer nécessaire. Voir les Critères de recevabilité médicale pour la stérilisation féminine, p. 214, en cas de problème médical nécessitant des mesures spécifiques, notamment une anesthésie générale.

Accompagner l'utilisatrice

Expliquer les soins à domicile pour la stérilisation féminine

Avant l'intervention, la femme devrait :	• Utiliser un contraceptif jusqu'à l'intervention. • Rester à jeun pendant 8 heures avant la chirurgie. • Elle peut boire des liquides clairs jusqu'à 2 heures avant la chirurgie. • Ne prendre aucun médicament dans les 24 heures précédant la chirurgie (sauf indication contraire). • Porter des vêtements propres et amples pour se rendre à l'établissement de santé. • Ne porter ni vernis à ongles ni bijoux. • Si possible, venir avec son partenaire, un/e ami/e ou un proche pour la raccompagner à domicile à l'issue de l'intervention.
Après l'intervention, la femme devrait :	• Se reposer pendant 2 jours et éviter les tâches difficiles ou de porter de lourdes charges pendant une semaine. • Maintenir le site de l'incision propre et sec pendant 1 à 2 jours. • Éviter de frotter le site de l'incision pendant 1 semaine. • Éviter tout rapport sexuel pendant au moins 1 semaine, et jusqu'à ne plus sentir de gêne
Solutions aux problèmes fréquents	• Douleurs et gonflement au niveau de l'abdomen sont possibles après l'opération. Cela s'atténue généralement en l'espace de quelques jours. Lui recommander de prendre de l'ibuprofène (200 à 400 mg), du paracétamol (325 à 1000 mg), ou un autre antidouleur. Elle ne devrait pas prendre de l'aspirine car celle-ci ralentit la coagulation. Il est rarement nécessaire de prendre des antidouleurs plus puissants. Si elle a eu une laparoscopie, il se peut qu'elle ait mal à l'épaule ou se sente ballonnée pendant quelques jours.
Planification du suivi/ de la consultation de suivi	• Une consultation de suivi est vivement recommandée dans les 7 jours, ou dans les 2 semaines au maximum. Aucune femme ne devrait se voir refuser la stérilisation au seul motif d'un suivi difficile ou impossible. • Le prestataire de soins examine le site de l'incision, écarte tout signe d'infection et ôte les fils. Ce suivi peut être effectué au centre de santé ou à domicile (par un travailleur paramédical formé, par exemple), ou dans tout autre établissement de santé.

En quoi le partenaire peut-il être utile ?

Il est bienvenu que le partenaire de la patiente puisse l'accompagner afin d'entendre les conseils et d'en savoir plus sur la méthode et la façon dont il peut aider sa partenaire.

Le partenaire masculin peut :

- comprendre que la stérilisation féminine est permanente ;
- discuter avec sa partenaire de leur souhait d'avoir ou non d'autres enfants ;
- soutenir sa décision de mettre fin à sa fécondité s'ils ne souhaitent plus avoir d'enfants ;
- discuter de l'option de la vasectomie ;
- faire preuve de compréhension et de soutien tout au long de l'intervention et de la période de récupération ;
- comprendre la nécessité d'utiliser systématiquement des préservatifs en complément de la stérilisation féminine s'il est atteint du VIH ou d'une IST ou s'il pense être exposé à un risque d'IST ou de VIH.

« Revenez à n'importe quel moment » : raisons de revenir

Indiquer à chaque patiente qu'elle peut revenir à n'importe quel moment, par exemple, si elle a des problèmes, des questions ou si elle pense être enceinte.
(Il arrive dans de rares cas que la stérilisation échoue et que la femme tombe enceinte). De plus elle pourra revenir en cas de :

- saignements, douleurs, pus, chaleur, gonflement ou rougeur de la plaie persistant ou empirant ;
- fièvre élevée (supérieure à 38 °C/101 °F) ;
- évanouissement, étourdissements persistants ou vertiges sévères dans les 4 premières semaines, et en particulier au cours de la première semaine.

Conseil santé :

une personne qui sent soudainement que quelque chose va mal avec sa santé après une stérilisation devrait revenir immédiatement pour obtenir des soins médicaux auprès d'une infirmière ou d'un médecin. Après une intervention chirurgicale, tout problème de santé doit faire l'objet d'une évaluation attentive et être considéré comme lié à l'intervention jusqu'à ce que cette possibilité ait pu être écartée sur la base de critères médicaux.

Prendre en charge les problèmes

Problèmes signalés comme complications

- Les problèmes ont une incidence sur le niveau de satisfaction de la femme à l'égard de la stérilisation féminine. Le prestataire de soins doit y prêter attention. Si la patiente signale des complications suite à la stérilisation, écouter ses préoccupations, lui donner des conseils, lui apporter un soutien et, si nécessaire, un traitement. Vérifier qu'elle a bien compris les conseils et qu'elle les accepte.

Infection au niveau du site de l'incision (rougeur, chaleur, douleur, pus)

- Nettoyer la zone infectée avec de l'eau et du savon ou un antiseptique.
- Prescrire des antibiotiques par voie orale pour une durée de 7 à 10 jours.
- Demander à la patiente de revenir à la fin de son antibiothérapie si l'infection est toujours présente.

Abcès (poche de pus sous la peau causée par l'infection)

- Nettoyer la zone à l'aide d'un antiseptique.
- Inciser et drainer l'abcès.
- Soigner la plaie.
- Prescrire des antibiotiques par voie orale pour une durée de 7 à 10 jours.
- Demander à la patiente de revenir à la fin de son antibiothérapie en cas de rougeur, de chaleur, de douleur ou d'écoulement de pus de la plaie.

Douleurs intenses au bas de l'abdomen

- Si l'intervention chirurgicale est récente, évaluer tout problème susceptible d'indiquer un lien avec la chirurgie, comme une hémorragie, le manque d'appétit, l'absence de transit intestinal, une dysurie, ou de la fièvre. Si l'un de ces problèmes existe, orienter rapidement la patiente vers un établissement de soins de niveau supérieur doté d'un service de chirurgie.
- Si l'intervention remonte à plusieurs mois ou plusieurs années, suspecter une grossesse extra-utérine.
- Voir également Prendre en charge une grossesse extra-utérine, à la page suivante.

Suspicion de grossesse

- Déterminer si elle est enceinte et écarter une grossesse extra-utérine.

Gestion de la grossesse extra-utérine

- La grossesse extra-utérine est une grossesse qui se développe en dehors de la cavité utérine. Un diagnostic précoce est important. La grossesse extra-utérine est un problème rare, mais qui peut mettre la vie en danger (voir la question I1 p. 230).
- Aux premiers stades d'une grossesse extra-utérine, les symptômes peuvent être absents ou légers, mais, dans le temps, ils deviendront graves. Une combinaison des signes ou des symptômes suivants devrait accroître la suspicion d'une grossesse extra-utérine :
  - douleurs ou tensions abdominales inhabituelles ;
  - saignement vaginal anormal, ou absence de saignements menstruels, en particulier si cela représente un changement par rapport au mode habituel de saignements ;
  - étourdissements ou vertiges ;
  - évanouissement.
- *Grossesse extra-utérine rompue :* une douleur soudaine et aiguë au bas de l'abdomen, comme un coup de poignard, parfois d'un côté, et parfois diffusée dans l'ensemble du corps, est l'indication d'une grossesse extra-utérine rompue (rupture de la trompe de Fallope en raison de la grossesse). Une douleur à l'épaule droite peut survenir suite à l'écoulement de sang dû à la grossesse extra-utérine rompue qui presse le diaphragme. Généralement, en l'espace de quelques heures, l'abdomen se rigidifie et la femme entre en état de choc.
- *Prise en charge :* la grossesse extra-utérine est une urgence vitale qui exige une intervention chirurgicale immédiate. En cas de suspicion de grossesse extra-utérine, réaliser un examen pelvien uniquement si l'établissement dispose de l'équipement nécessaire pour une chirurgie immédiate. Dans le cas contraire, orienter et/ou transférer immédiatement la patiente vers un établissement en mesure de confirmer le diagnostic et d'assurer la prise en charge chirurgicale.

Questions/réponses à propos de la stérilisation féminine

1. Est-ce que la stérilisation modifiera les saignements menstruels de la femme ou les fera cesser ?

Non. La plupart des recherches ne mettent en évidence aucun changement majeur dans les modes de saignements suite à la stérilisation féminine. Si la femme utilisait une méthode hormonale ou un DIU avant la stérilisation, son mode de saignements redeviendra le même qu'avant l'utilisation de ces méthodes. Par exemple, les femmes qui arrêtent les contraceptifs oraux pour recourir à la stérilisation féminine noteront probablement des règles plus abondantes lorsque les saignements menstruels reviennent à leur mode habituel. En revanche, les saignements menstruels d'une femme deviennent généralement moins réguliers au fur et à mesure qu'elle s'approche de la ménopause.

2. Est-ce que la stérilisation entraîne une baisse de la libido ? Est-ce que cela la fait grossir ?

Non. Après la stérilisation, la femme aura la même apparence et se sentira comme avant. Elle peut poursuivre sa sexualité comme avant. Il se peut même qu'elle l'apprécie davantage puisqu'elle n'aura plus à craindre de grossesse. Elle ne prendra pas de poids à cause de la stérilisation.

3. La stérilisation doit-elle être proposée uniquement à des femmes qui ont eu un certain nombre d'enfants, qui ont atteint un certain âge ou qui sont mariées ?

Non. Aucune femme ne devrait se voir refuser la stérilisation uniquement à cause de son âge, du nombre d'enfants vivants qu'elle a, de leur sexe ou de sa situation matrimoniale. Les prestataires ne doivent pas imposer de règles rigides concernant l'âge, le nombre d'enfants, l'âge du dernier-né ou la situation matrimoniale. Chaque femme doit pouvoir décider par elle-même si elle souhaite avoir ou non d'autres enfants ou si elle souhaite recourir ou non à la stérilisation.

4. N'est-il pas plus facile pour la femme et pour le prestataire de soins d'opter pour l'anesthésie générale ? Pourquoi utiliser une anesthésie locale ?

L'anesthésie locale est plus sûre. L'anesthésie générale est plus risquée que la chirurgie de stérilisation elle-même. L'utilisation correcte de l'anesthésie locale supprime la plus grande source de risque dans l'intervention de stérilisation féminine, à savoir l'anesthésie générale. De plus, après une anesthésie générale, les femmes ont généralement des nausées. Cela n'arrive pas aussi souvent après une anesthésie locale.

En revanche, en cas d'anesthésie locale associée à une sédation et analgésie, les prestataires de soins doivent veiller à ne pas administrer une sédation excessive à la femme. Ils doivent également la traiter avec douceur et lui parler tout au long de l'intervention. Cela aidera la femme à rester calme. Il est possible d'éviter les sédatifs avec nombre de patientes, notamment en présence d'un prestataire compétent et de bons conseils.

5. Est-ce qu'une femme qui a eu recours à la stérilisation doit craindre de tomber à nouveau enceinte ?

Généralement non. La stérilisation féminine est une méthode de prévention de la grossesse très efficace qui se veut permanente. Cependant, elle n'est pas efficace à 100 %. Les femmes qui ont été stérilisées ne courent qu'un léger risque de tomber enceintes : environ 5 femmes sur 1000 tombent enceintes dans l'année qui suit la chirurgie. Un petit risque de grossesse subsiste au-delà de la première année et jusqu'à ce que la femme arrive à la ménopause.

6. La grossesse après la stérilisation féminine est rare, mais pourquoi survient-elle ?

La plupart du temps, c'est parce que la femme était déjà enceinte au moment de la stérilisation. Dans certains cas, une ouverture se développe dans la trompe de Fallope. Une grossesse reste également possible si le prestataire ne sectionne pas les trompes de Fallope au bon endroit.

7. Si la femme décide finalement d'avoir un autre enfant, la stérilisation est-elle réversible ?

Généralement non. L'intervention a pour but d'être permanente. Les personnes susceptibles de vouloir plus d'enfants devraient choisir une autre méthode de planification familiale. La chirurgie de reperméabilisation n'est possible que chez certaines femmes, à savoir celles chez qui la taille des trompes de Fallope restante est suffisante. Toutefois, même chez ces femmes, bien souvent, cette chirurgie ne permet pas de donner lieu à une grossesse. L'intervention est difficile et coûteuse et il est difficile de trouver les chirurgiens capables de la pratiquer. Si une grossesse survient après la reperméabilisation, le risque de grossesse extra-utérine est plus élevé que la normale. Aussi, la stérilisation devrait-elle être considérée comme une chirurgie irréversible.

8. La stérilisation féminine est-elle préférable à la stérilisation masculine (vasectomie) ?

Chaque couple doit choisir par lui-même la méthode qui lui convient le mieux. Toutes deux sont des méthodes très efficaces, sans risques pour des couples qui sont sûrs de ne plus vouloir d'autres enfants. En théorie, un couple devrait envisager les deux méthodes. Si les deux leur paraissent acceptables, la vasectomie serait préférable car elle est plus simple, plus sûre, plus facile et moins onéreuse que la stérilisation féminine.

9. Est-ce que la stérilisation féminine est douloureuse ?

Oui, un peu. La femme est placée sous anesthésie locale pour soulager la douleur, et, sauf cas particulier, elle reste éveillée. La femme peut sentir le praticien faire bouger l'utérus et les trompes de Fallope. Cela peut être inconfortable. Si un anesthésiste formé et l'équipement adapté sont disponibles, les femmes qui redoutent véritablement la douleur peuvent être mises sous anesthésie générale. La femme se sentira probablement endolorie et faible pendant plusieurs jours voire quelques semaines après l'intervention, mais très vite, elle reprendra ses forces.

10. Comment les prestataires de soins peuvent-ils aider une femme à décider de recourir à la stérilisation ?

Fournir des informations claires et objectives sur la stérilisation féminine et d'autres méthodes de planification familiale et aider la femme à réfléchir mûrement à sa décision. Discuter en profondeur de ses sentiments à propos de la maternité et du fait de mettre fin à sa fécondité. Par exemple, le prestataire peut aider la femme à se projeter et à imaginer ce qu'elle pourrait ressentir en cas de changement de vie, tel que la rencontre d'un nouveau partenaire ou le décès de l'un de ses enfants. Passer en revue les 7 points du consentement éclairé pour vérifier que la femme comprend ce qu'implique l'intervention de stérilisation (voir p. 219).

11. Est-ce que la stérilisation féminine augmente le risque de grossesse extra-utérine ?

Non. Au contraire, la stérilisation féminine diminue considérablement le risque de grossesse extra-utérine. Les grossesses extra-utérines sont très rares chez les femmes stérilisées. Le taux de grossesses extra-utérines chez les femmes stérilisées est de 6 pour 10 000 femmes par an. Aux États-Unis, le taux de grossesses extra-utérines chez les femmes qui n'utilisent aucune méthode contraceptive est de 65 pour l0 000 femmes par an.

Dans les rares cas où la stérilisation échoue et qu'une grossesse survient, 33 de ces grossesses sur 100 (1 sur 3) sont extra-utérines. Par conséquent, la plupart des grossesses après l'échec de la stérilisation ne sont pas extra-utérines. Toutefois, une grossesse extra-utérine demeure un problème pouvant mettre la vie en danger ; par conséquent, le prestataire doit garder à l'esprit qu'une grossesse extra-utérine reste possible en cas d'échec de la stérilisation.

12. Où peut-on réaliser la stérilisation féminine ?

S'il n'existe aucun problème médical préexistant, qui exigerait des mesures spécifiques :

- la minilaparotomie peut être pratiquée dans des maternités et des établissements de santé de base équipés pour la chirurgie, à savoir des établissements permanents ou temporaires pouvant orienter la femme vers un niveau supérieur de soins en cas d'urgence ;
- la laparoscopie doit être réalisée dans un établissement mieux équipé, où l'intervention est pratiquée régulièrement et qui compte sur la présence d'un anesthésiste.

Vasectomie

Points-clés pour les prestataires et les patients

- **Il s'agit d'une méthode permanente.** Elle est destinée à conférer une protection à vie, très efficace et permanente contre la grossesse. Elle est généralement irréversible.
- **Elle repose sur une intervention chirurgicale simple et sans risques.**
- **Elle est efficace au bout de 3 mois.** L'homme ou le couple doit utiliser des préservatifs ou une autre méthode contraceptive au cours des 3 premiers mois suivant la vasectomie.
- **Elle n'affecte en rien la performance sexuelle de l'homme.**

Qu'est-ce que la vasectomie ?

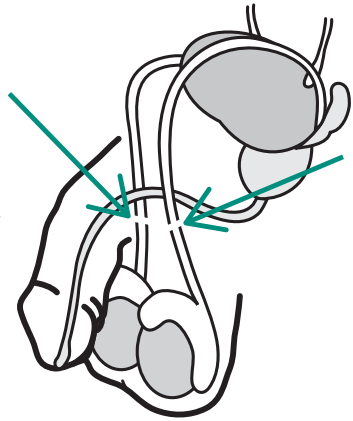
- Il s'agit d'une contraception permanente pour les hommes qui ne veulent plus avoir d'enfants.
- Le prestataire de soins pratique une petite incision dans la peau du scrotum ou la perfore afin d'accéder aux deux tubes qui transportent les spermatozoïdes jusqu'au pénis (canaux déférents) et de les sectionner ou de les obturer en les nouant, ou en appliquant de la chaleur ou de l'électricité (cautérisation).
- Elle est également appelée stérilisation masculine ou contraception chirurgicale masculine.
- Elle agit en fermant chaque canal déférent, empêchant ainsi les spermatozoïdes de se mêler au sperme. Le sperme continue à être éjaculé mais ne peut plus entraîner de grossesse.

Quelle efficacité ?

C'est l'une des méthodes les plus efficaces, bien qu'il existe un léger risque d'échec :

- on observe bien moins de 1 grossesse pour 100 partenaires d'hommes ayant recouru à la vasectomie pendant la première année suivant l'intervention. De fait, moins de 2 femmes sur 1000 tomberont enceintes. Autrement dit, 998 ou 999 femmes sur 1000 dont les partenaires ont eu recours à la vasectomie ne tomberont pas enceintes.
- Parfois, le sperme des hommes est analysé 3 mois après l'intervention afin de vérifier s'il contient encore des spermatozoïdes. Si aucun spermatozoïde n'est détecté, 1 femme sur 1000 tombera enceinte pendant la première année suivant l'intervention.

- Chez les partenaires des hommes dont le sperme n'est pas analysé, on observe un peu plus de grossesses, mais toujours chez moins de 2 femmes sur 1000.
- La vasectomie devient pleinement efficace 3 mois après l'intervention.
  - Certaines grossesses surviennent lors de la première année car le couple n'utilise pas systématiquement et correctement des préservatifs ou une autre méthode efficace pendant les trois premiers mois suivant l'intervention, avant que la vasectomie ne devienne entièrement efficace.



- Un petit risque de grossesse subsiste au-delà de la première année d'utilisation et jusqu'à ce que la partenaire de l'homme atteigne la ménopause.
  - Sur 3 ans d'utilisation : environ 4 grossesses pour 1000 femmes.
- Si la partenaire d'un homme ayant eu recours à la vasectomie tombe enceinte, cela peut être dû aux raisons suivantes :
  - le couple n'a pas systématiquement utilisé une autre méthode au cours des 3 premiers mois suivant l'intervention ;
  - le prestataire a commis une erreur ;
  - les parties des canaux déférents sectionnées se sont ressoudées.

Il n'y a pas de retour de la fertilité car, en général, la vasectomie ne peut pas être arrêtée et elle n'est pas réversible. L'intervention a pour but d'être permanente. La chirurgie d'inversion est difficile, coûteuse et n'est pas réalisable dans la plupart des pays. Lorsqu'elle est pratiquée, bien souvent la chirurgie de reperméabilisation ne permet toutefois pas de donner lieu à une grossesse (voir la question 7, p. 244).

Protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST) : aucune

Pourquoi la vasectomie est-elle appréciée de certains hommes ?

- Elle est sans risques, permanente et pratique.
- Elle entraîne moins d'effets secondaires et de complications qu'un grand nombre de méthodes pour les femmes.
- L'homme endosse la responsabilité de la contraception et allège la femme de cette charge.
- Elle est associée à un plaisir sexuel accru et une plus grande fréquence des rapports sexuels.

Effets secondaires, bénéfices et risques pour la santé et complications

Effets secondaires

Aucun

Bénéfices connus pour la santé

- Elle permet de réduire le risque de grossesse chez la partenaire

Risques connus pour la santé

Aucun

Complications (voir Prendre en charge les problèmes, p. 242)

Peu fréquentes à rares :

- vives douleurs au niveau du scrotum ou des testicules qui durent des mois, voire des années (voir la question 2, p. 243).

Peu fréquentes à très rares :

- infection du site de l'incision ou à l'intérieur de l'incision (peu fréquentes avec la technique d'incision classique, très rares avec la technique sans bistouri, voir Techniques de vasectomie, p. 238).

Rares :

- saignements sous-cutanés (la peau enfle) et hématome.

Corriger les idées reçues (voir aussi Questions/réponses, p. 243)

La vasectomie :

- ne suppose pas le retrait des testicules. La vasectomie consiste à obturer les canaux par lesquels passent les spermatozoïdes produits par les testicules. Les testicules restent en place ;
- ne diminue pas la libido ;
- n'affecte pas la fonction sexuelle. L'érection de l'homme est tout aussi forte et tout aussi durable, et il continue d'éjaculer comme avant ;
- n'entraîne pas de prise de poids ou de faiblesse chez l'homme, ou ne le fait pas devenir moins masculin ou moins performant ;
- n'entraîne pas de maladies plus tard dans la vie ;
- ne protège pas contre la transmission d'infections sexuellement transmissibles, dont le VIH.

Qui peut recourir à une vasectomie ?

Sans risques pour tous les hommes

Avec de bons conseils et un consentement éclairé en amont, tout homme peut recourir à la vasectomie sans risques, y compris les hommes qui :

- n'ont pas d'enfants ou en ont peu ;
- sont mariés ou non ;
- n'ont pas l'autorisation de leur partenaire ;
- sont jeunes ;
- sont atteints de drépanocytose ;
- sont exposés à un risque élevé d'infection par le VIH ou d'autres IST ;
- vivent avec le VIH, qu'ils soient sous traitement antirétroviral ou pas (voir La vasectomie chez l'homme vivant avec le VIH p. 236.)

Dans certaines de ces situations, des conseils particuliers et attentifs sont importants pour s'assurer que l'homme ne regrettera pas sa décision (voir Stérilisation féminine, Parce que la stérilisation est permanente...., p. 220).

Éviter les interventions inutiles

(Voir Importance des interventions, p. 368)

Les hommes peuvent recourir à la vasectomie :

- sans analyse de sang ni autre analyse de laboratoire systématique ;
- sans vérification de la tension artérielle ;
- sans dosage de l'hémoglobine ;
- sans vérification du cholestérol ou de la fonction hépatique ;
- même s'il n'est pas possible d'examiner le sperme au microscope par la suite pour voir s'il contient encore des spermatozoïdes.

Un examen génital doit être réalisé avant toute vasectomie.

Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation de la

Vasectomie

Tous les hommes peuvent avoir recours à une vasectomie. Aucune affection médicale ne contre-indique la vasectomie chez l'homme. Cette liste de contrôle permet de poser au patient des questions sur ses problèmes médicaux connus susceptibles de conditionner le moment, le lieu et la technique de la vasectomie. Poser au patient les questions ci-après. S'il répond NON à toutes les questions, il peut alors recourir à la vasectomie dans le service habituellement compétent sans attendre. S'il répond OUI à l'une des questions, suivre les instructions, lesquelles recommandent de procéder avec prudence, remettre à plus tard, ou encore prendre des mesures spécifiques.

Dans la liste de contrôle ci-après :

- Prudence signifie que l'intervention peut avoir lieu dans le service habituellement compétent avec toutefois une préparation et des précautions supplémentaires, selon la situation ou le problème médical.
- Différer signifie que la vasectomie doit être remise à plus tard. Les problèmes doivent être traités et résolus en amont de la vasectomie. Lui fournir une méthode d'appoint à utiliser en attendant l'intervention.
- Spécifique signifie que des mesures spéciales doivent être prises avant de réaliser l'intervention dans un service comptant un chirurgien et un personnel expérimentés, l'équipement nécessaire à l'anesthésie générale et tout autre soutien médical nécessaire. Dans ces cas spéciaux, il est également nécessaire de disposer de la capacité de décider de la technique et du mode d'anesthésie les plus appropriés En attendant l'intervention, aider le patient à choisir une autre méthode*.

1. Présentez-vous des problèmes au niveau de vos parties génitales, comme une infection, un gonflement, des lésions ou des nodules sur votre pénis ou scrotum ? Si oui, lesquels ?

❑ NON ❑ **YES** Si il est concerné par l'un des points suivants, procéder avec **prudence** :

- antécédents de lésions au niveau du scrotum ;
- gonflement du scrotum dû à la dilatation des veines ou des membranes dans le cordon spermatique ou testiculaire (varicocèle ou hydrocèle importante) ;
- testicule non descendu (cryptorchidie), uniquement d'un côté. (La vasectomie n'est effectuée que du côté normal. Ensuite, si des spermatozoïdes sont présents dans l'échantillon de sperme après trois mois, l'autre côté doit également être opéré.)

(Suite à la page suivante).

* *Les méthodes d'appoint sont l'abstinence, les préservatifs masculins et féminins, les spermicides et le retrait. Lui préciser que les spermicides et le retrait sont les méthodes contraceptives les moins efficaces. Si possible, lui donner des préservatifs*

Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation de la vasectomie (suite)

▶ S'il est concerné par l'un des points suivants, **différer** la vasectomie :

- infection sexuellement transmissible active ;
- gonflement (inflammation) au niveau du gland, des canaux transportant les spermatozoïdes (épididyme), ou des testicules ;
- infection de la peau du scrotum ou masse dans le scrotum.

▶ S'il est concerné par l'un des points suivants, prendre des mesures **spécifiques** :

- hernie au niveau de l'aine (S'il est qualifié, le prestataire pourra effectuer la vasectomie en même temps qu'il répare la hernie inguinale. Si cela n'est pas possible, la réparation de la hernie se fera en premier.) ;
- testicules non descendus, des deux côtés (cryptorchidie bilatérale).

2. Êtes-vous concerné par l'un des problèmes ou l'une des situations suivantes ? Dans l'affirmative, lesquels/lesquelles ?

❑ NON ❑ **OUI** Si il est concerné par l'un des points suivants, procéder avec **prudence** :

- diabète ;
- dépression ;
- jeune âge ;
- lupus associé à des anticorps anti-phospholipides positifs (ou dont la charge est inconnue) ou sous traitement immunosuppresseur ;

▶ S'il est concerné par l'un des points suivants, **différer** la vasectomie :

- infection systémique ou gastroentérite ;
- filariose ou éléphantiasis.

▶ S'il est concerné par l'un des points suivants, prendre des mesures **spécifiques** :

- VIH à un stade avancé ou sévère de la maladie (voir La vasectomie chez l'homme vivant avec le VIH, ci-après) ;
- sang qui ne coagule pas (troubles de la coagulation) ;
- lupus associé à une thrombopénie sévère.

La vasectomie chez l'homme vivant avec le VIH

- Les hommes vivant avec le VIH ou sous traitement antirétroviral (TAR) peuvent recourir à la vasectomie sans risques. Des mesures spéciales doivent être prises pour réaliser une vasectomie chez les hommes vivant avec le VIH à un stade avancé ou sévère de la maladie.
- La vasectomie ne protège pas contre la transmission du VIH.
- Recommander vivement à ces hommes d'utiliser les préservatifs même après la vasectomie. S'ils sont utilisés systématiquement et correctement, les préservatifs aident à prévenir la transmission du VIH et des autres IST.
- Aucun homme ne devrait être contraint ou forcé de recourir à la vasectomie, pas même les hommes vivant avec le VIH.

Réaliser la vasectomie

Quand réaliser l'intervention ?

- À la demande de l'homme (s'il n'existe aucune raison médicale de la différer).

S'assurer d'un choix éclairé

IMPORTANT : un conseiller bienveillant écoute les préoccupations de l'homme, répond à ses questions et lui fournit des informations appropriées, claires et pratiques sur la vasectomie, notamment sur son caractère permanent, afin d'en faire un utilisateur satisfait qui n'aura aucun regret plus tard (voir Étant donné que la stérilisation est permanente..., p. 220). Il est utile de faire participer la partenaire aux séances de conseils, mais ce n'est pas nécessaire ni obligatoire.

Le consentement éclairé en 7 points

Les conseils doivent couvrir l'ensemble des 7 points suivants en vue d'un consentement éclairé. Certains programmes exigent la signature d'un consentement éclairé par le patient et le conseiller. Afin de donner son consentement éclairé à la vasectomie, le patient doit comprendre les points ci-dessous.

1. Des contraceptifs temporaires sont également disponibles pour le patient.
2. La vasectomie volontaire est une intervention chirurgicale.
3. Il existe certains risques liés à l'intervention, ainsi que des bénéfices. (Les risques et les bénéfices doivent être expliqués de manière compréhensible au patient).
4. Si elle est réussie, la vasectomie permettra au patient de ne plus jamais avoir d'enfants.
5. Cette chirurgie est considérée comme permanente et probablement irréversible.
6. Le patient peut refuser l'intervention à tout moment avant qu'elle n'ait lieu (sans perdre les droits d'obtenir d'autres services ou avantages médicaux, sanitaires ou autres).
7. La vasectomie ne protège pas contre les infections sexuellement transmissibles, dont le VIH.

Techniques de vasectomie

Accéder aux canaux : vasectomie sans bistouri

La vasectomie sans bistouri est la technique recommandée pour accéder aux deux canaux dans le scrotum (canaux déférents) qui transportent les spermatozoïdes jusqu'au pénis. C'est la technique de référence utilisée à présent partout dans le monde.

Elle se distingue de la technique classique avec des incisions par les aspects suivants :

- seule une petite perforation est pratiquée à la place d'une ou deux incisions dans le scrotum ;
- les points de suture pour refermer la peau ne sont pas nécessaires ;
- la technique spéciale d'anesthésie ne demande qu'une piqûre au lieu de 2 ou plus.

Avantages :

- moins de douleurs et d'hématomes et récupération plus rapide ;
- moins d'infections et moins d'accumulation de sang dans les tissus (hématomes) ;
- un temps d'intervention réduit en cas d'utilisation de la technique sans bistouri par des prestataires qualifiés.

Les deux techniques, classique et sans bistouri, sont rapides, sans risques et efficaces.

Obturer les canaux

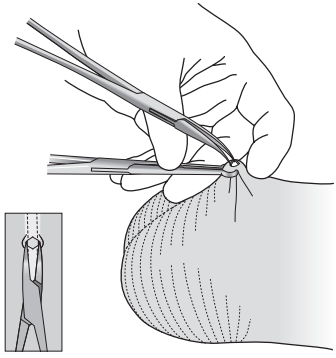
La plupart des vasectomies utilisent la technique de la ligature et de l'excision. Cela revient à couper et retirer un petit morceau de chaque canal, dont chaque extrémité est ensuite nouée. Cette technique comporte un faible taux d'échec. La cautérisation de chaque extrémité (à la chaleur ou à l'électricité) est associée à un taux d'échec encore plus faible que la ligature et l'excision. Il est possible de diminuer davantage le risque d'échec de la vasectomie en insérant les extrémités sectionnées et cautérisées dans la fine couche de tissus qui entoure le canal (interposition fasciale). Si l'on dispose de la formation et de l'équipement, il est recommandé d'utiliser les techniques de la cautérisation et/ou de l'interposition. Il n'est pas recommandé d'obturer le canal avec un clip, cette technique étant associée à des taux plus élevés de grossesse.

Réaliser la vasectomie

Expliquer la technique

Un homme qui a choisi de recourir à la vasectomie doit savoir ce qui se passera durant l'intervention. La description suivante aide à en expliquer les différentes étapes. Formation et pratique sous supervision directe sont nécessaires pour apprendre à réaliser la vasectomie. Aussi, cette description ne constitue qu'un récapitulatif et non des instructions détaillées.

1. Le prestataire respecte les mesures de prévention des infections tout au long de l'intervention (voir Prévention des infections dans le centre de santé, p. 376).
2. L'homme reçoit une injection d'anesthésique local dans le scrotum pour prévenir la douleur. Il reste éveillé tout au long de l'intervention.
3. Le prestataire localise par la palpation de la peau du scrotum chaque canal déférent (les deux tubes dans le scrotum qui transportent les spermatozoïdes).
4. Le prestataire pratique une petite perforation ou incision dans la peau :
   - S'il utilise la technique sans bistouri, il maintient le canal à l'aide d'une pince spécialement conçue et pratique une toute petite perforation dans la peau au niveau de la ligne du milieu du scrotum à l'aide d'un instrument chirurgical pointu spécial.
   - S'il utilise la technique classique, le prestataire pratique 1 ou 2 petites incisions dans la peau à l'aide d'un bistouri.



5. Le prestataire sort chaque canal en forme de boucle par la perforation ou l'incision pratiquée. La plupart des prestataires sectionnent ensuite chaque canal et les obturent en nouant une extrémité ou les deux extrémités avec du fil. Certains obturent les extrémités par un procédé thermique ou électrique. Ils peuvent aussi insérer une des extrémités sectionnées dans la fine couche de tissus qui entoure le canal (Voir Techniques de vasectomie, page précédente).
6. En cas de perforation, celle-ci est recouverte d'un pansement adhésif. En cas d'incision, celle-ci est refermée par des points de suture.
7. L'homme reçoit des consignes sur la marche à suivre à la sortie du centre de santé ou de l'hôpital (voir Soins à domicile après une vasectomie, page suivante). L'homme peut se sentir légèrement faible à l'issue de l'intervention. Il est recommandé de l'aider à se lever et de le laisser se reposer 15 à 30 minutes. Généralement, il pourra rentrer chez lui dans l'heure qui suit.

Accompagner l'utilisateur

Expliquer les soins à domicile après une vasectomie

Avant l'intervention, l'homme devrait :

- porter des vêtements propres et amples pour se rendre à l'établissement de soins.

Après l'opération, l'homme devrait :

- se reposer pendant 2 jours, si possible ;
- si possible, appliquer des compresses froides sur le scrotum pendant les 4 premières heures suivant l'opération afin de soulager la douleur et de réduire les saignements. Il ressentira une gêne et présentera un gonflement et un hématome. Ceux-ci devraient disparaître au bout de deux ou trois jours.
- porter des sous-vêtements ajustés pendant 2 ou 3 jours pour soutenir le scrotum. Cela contribuera à atténuer le gonflement, les saignements et la douleur ;
- maintenir le site de la perforation/l'incision propre et sec pendant 2 à 3 jours. Il peut également utiliser une serviette humide pour se laver mais ne devrait pas se doucher ou se baigner ;
- éviter tout rapport sexuel pendant au moins 2 à 3 jours ;
- utiliser des préservatifs ou une autre méthode efficace de planification familiale pendant les 3 mois qui suivent l'opération. (L'autre option qui consistait à recommander d'attendre 20 éjaculations s'est avérée moins fiable que le fait d'attendre trois mois et elle n'est donc plus recommandée.)

Solutions aux problèmes les plus fréquents

- La gêne au niveau du scrotum dure généralement de 2 à 3 jours. Lui recommander de prendre de l'ibuprofène (200 à 400 mg), du paracétamol (325 à 1000 mg) ou un autre antidouleur. Il ne devrait pas prendre de l'aspirine car celle-ci ralentit la coagulation du sang.

Planification de la consultation de suivi

- Lui demander de revenir 3 mois après l'opération pour une analyse de sperme, si disponible (voir la question 4, p. 244).
- Aucun homme ne devrait se voir refuser une vasectomie au seul motif d'un suivi difficile ou impossible.

« *Utiliser des préservatifs ou une autre méthode efficace de planification familiale pendant les 3 mois qui suivent l'opération.*

En quoi la partenaire peut-elle être utile ?

Il est bienvenu que la partenaire du patient puisse l'accompagner afin d'entendre les conseils et d'en savoir plus sur la méthode et la façon dont elle peut aider son partenaire.

La partenaire féminine peut :

- comprendre que la vasectomie est permanente ;
- discuter avec son partenaire de leur souhait d'avoir ou non d'autres enfants ;
- soutenir sa décision d'interrompre sa fertilité s'ils ne souhaitent plus avoir d'enfants ;
- discuter de l'option de la stérilisation féminine ;
- discuter de la façon dont ils se protègeront contre la grossesse au cours des 3 premiers mois suivant l'intervention, en attendant que la vasectomie devienne efficace : utiliser des préservatifs ou une autre méthode pendant cette période ;
- faire preuve de compréhension et de soutien tout au long de l'intervention et de la période de récupération ;
- utiliser systématiquement des préservatifs féminins ou l'encourager à utiliser systématiquement des préservatifs masculins en complément après la vasectomie si l'un des partenaires pense être atteint du VIH ou d'une IST ou pense être exposé à ce risque.

Revenez à n'importe quel moment » : raisons de revenir

Indiquer à chaque patient qu'il peut revenir à n'importe quel moment, par exemple, s'il a des problèmes, des questions ou si sa partenaire pense être enceinte. (Il arrive dans de rares cas que la vasectomie échoue et que la partenaire du patient tombe enceinte.) De plus il pourra revenir en cas de :

- saignements, douleurs, pus, chaleur, gonflement ou rougeur au niveau des parties génitales qui persistent ou empirent.

Conseil santé :

toute personne qui sent soudainement que quelque chose ne va pas avec sa santé après une vasectomie devrait venir consulter immédiatement une infirmière ou un médecin. Après une intervention chirurgicale, tout problème de santé doit faire l'objet d'une évaluation attentive et être considéré comme lié à l'intervention jusqu'à ce que cette possibilité ait pu être écartée sur la base de critères médicaux.

Problèmes signalés comme complications

- Les problèmes ont une incidence sur le niveau de satisfaction de l'homme à l'égard de la vasectomie. Le prestataire de soins doit y prêter attention. Si le patient signale des complications suite à la vasectomie, écouter ses préoccupations, lui donner des conseils, lui apporter un soutien et, si nécessaire, un traitement. Vérifier qu'il a bien compris les conseils et qu'il les accepte.

Saignements ou caillots de sang après l'intervention

- Le rassurer et lui expliquer que les petits saignements et les petits caillots de sang non infectés se résorbent généralement sans traitement sous deux semaines.
- Les caillots de sang de plus grande taille peuvent quant à eux nécessiter un drainage chirurgical.
- Des caillots de sang infectés exigent un traitement par antibiotiques et une hospitalisation.

Infection au niveau du site de la perforation ou de l'incision (rougeur, chaleur, douleur, pus)

- Nettoyer la zone infectée avec de l'eau et du savon ou un antiseptique.
- Prescrire des antibiotiques par voie orale pour une durée de 7 à 10 jours.
- Demander au patient de revenir à la fin de son antibiothérapie si l'infection est toujours présente.

Abcès (poche de pus sous la peau causée par l'infection)

- Nettoyer la zone à l'aide d'un antiseptique.
- Inciser et drainer l'abcès.
- Soigner la plaie.
- Prescrire des antibiotiques par voie orale pour une durée de 7 à 10 jours.
- Demander au patient de revenir à la fin de son antibiothérapie en cas de rougeur, de chaleur, de douleur ou d'écoulement de pus de la plaie.

Douleurs qui durent pendant des mois

- Recommander au patient de porter des sous-vêtements ajustés ou un support athlétique pour un bon maintien du scrotum.
- Recommander de le tremper dans de l'eau tiède.
- Lui conseiller de prendre de l'aspirine (325 à 650 mg), de l'ibuprofène (200 à 400 mg), du paracétamol (325 à 1000 mg) ou un autre antidouleur.
- Fournir des antibiotiques si une infection est suspectée.
- Si la douleur lui est insupportable, l'orienter pour des soins supplémentaires (voir la question 2, page suivante).

Questions/réponses à propos de la vasectomie

1. Est-ce que la performance sexuelle de l'homme est affectée après une vasectomie ? Entraîne-t-elle une faiblesse ou une prise de poids ?

Non. Après la vasectomie, l'homme aura la même apparence et se sentira comme avant. Il pourra avoir des rapports sexuels comme avant. L'érection de l'homme sera tout aussi forte et tout aussi durable, et il continuera d'éjaculer comme avant. Il pourra travailler tout autant et ne grossira pas à cause de la vasectomie.

2. La douleur dure-t-elle longtemps après la vasectomie ?

Certains hommes signalent des douleurs chroniques ou une gêne au niveau du scrotum ou des testicules qui durent parfois entre 1 et 5 ans ou plus après une vasectomie. Dans les études à grande échelle portant sur plusieurs milliers d'hommes, moins de 1 % ont signalé des douleurs au niveau du scrotum ou des testicules ayant nécessité un traitement chirurgical. Dans des études plus petites, portant sur environ 200 hommes, près de 6 % ont signalé de vives douleurs au niveau du scrotum ou des testicules plus de 3 ans après la vasectomie. Par ailleurs, dans un groupe analogue d'hommes qui n'ont pas eu de vasectomie, environ 2 % ont signalé les mêmes douleurs. Peu d'hommes présentant de vives douleurs indiquent regretter avoir eu recours à la vasectomie. On ne connaît pas la cause de la douleur. Cela pourrait être dû à la pression causée par l'accumulation de spermatozoïdes qui fuient d'un canal déférent mal obturé ou mal noué ou à l'atteinte d'un nerf. Le traitement indiqué comprend le bon maintien du scrotum et la prise d'antidouleurs. Un anesthésique peut être injecté dans le cordon spermatique pour endormir les nerfs innervant les testicules. Certains prestataires de soins indiquent que l'opération visant à retirer l'endroit douloureux ou reperméabiliser les canaux soulage la douleur. Une vive douleur qui dure longtemps après une vasectomie est chose rare mais tous les hommes envisageant une vasectomie devraient être informés de ce risque.

3. Est-ce qu'un homme a besoin d'utiliser une autre méthode contraceptive après la vasectomie ?

Oui, pendant les trois premiers mois. Si sa partenaire utilise une méthode contraceptive, elle peut continuer à l'utiliser pendant ce temps-là. La non-utilisation d'une autre méthode pendant ces trois mois est la principale cause de grossesses chez les couples qui ont eu recours à la vasectomie.

4. Est-il possible de vérifier si une vasectomie est efficace ?

Oui. Le prestataire examine au microscope un échantillon de sperme pour voir s'il contient encore des spermatozoïdes. Si le prestataire ne voit aucun spermatozoïde qui bouge (motile), cela signifie que la vasectomie est efficace. Un examen du sperme est recommandé à n'importe quel moment à partir de 3 mois après l'opération, mais il n'est pas indispensable.

S'il existe moins d'un spermatozoïde non motile pour dix champs à fort grossissement (moins de 100 000 spermatozoïdes par millilitre) dans l'échantillon frais, alors l'homme peut avoir totalement confiance dans la vasectomie et arrêter d'utiliser une méthode contraceptive d'appoint. Si le sperme contient encore des spermatozoïdes motiles, l'homme devra continuer à utiliser une méthode d'appoint et revenir au centre de santé après un mois pour refaire une analyse de sperme. Si son sperme continue à contenir des spermatozoïdes, il faudra peut-être répéter la vasectomie.

5. Que se passe-t-il si la partenaire de l'homme tombe enceinte ?

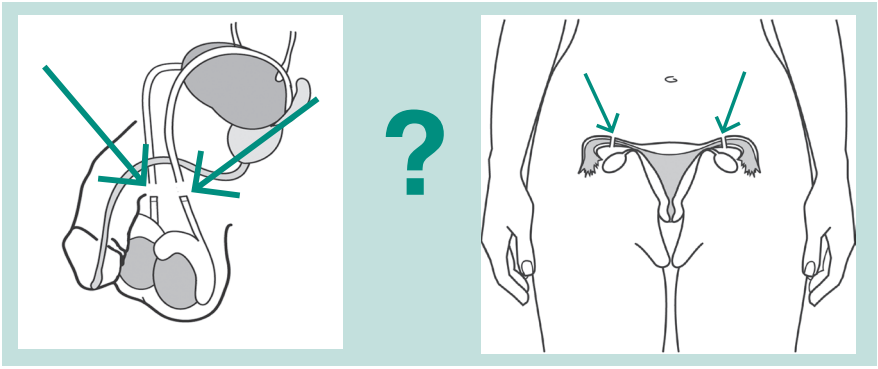
Tout homme ayant recours à une vasectomie devrait savoir que la vasectomie peut parfois échouer et que sa partenaire peut donc tomber enceinte. Il ne devrait pas partir du principe que sa partenaire l'a trompé si elle tombe enceinte. Si sa partenaire tombe enceinte au cours des trois premiers mois suivant la vasectomie, lui rappeler qu'une autre méthode contraceptive devait être utilisée pendant cette période. Si possible, proposer une analyse du sperme et, si des spermatozoïdes sont détectés, répéter la vasectomie.

6. Est-ce que la vasectomie cessera de fonctionner au bout d'un certain temps ?

Généralement non. L'intervention a pour but d'être permanente. Dans de rares cas, toutefois, il peut arriver que les canaux qui transportent les spermatozoïdes se ressoudent seuls et que l'homme doive se soumettre à une nouvelle vasectomie.

7. La vasectomie peut-elle être réversible si l'homme décide d'avoir un autre enfant ?

Généralement non. L'intervention a pour but d'être permanente. Les personnes susceptibles de vouloir plus d'enfants devraient choisir une autre méthode de planification familiale. La chirurgie de reperméabilisation n'est possible que chez certains hommes et, bien souvent, elle ne permet toutefois pas de donner lieu à une grossesse. L'intervention est difficile et coûteuse et il est difficile de trouver les chirurgiens capables de la pratiquer. Aussi, la vasectomie devrait-elle être considérée comme une chirurgie irréversible.



8. La vasectomie est-elle préférable à la stérilisation féminine ?

Chaque couple doit choisir par lui-même la méthode qui lui convient le mieux. Toutes deux sont des méthodes très efficaces, sans risques pour des couples qui sont sûrs de ne plus vouloir d'autres enfants. Dans l'idéal, un couple devrait envisager les deux méthodes. Si les deux leur paraissent acceptables, la vasectomie serait préférable car elle est plus simple, plus sûre, plus facile et moins onéreuse que la stérilisation féminine.

9. Comment les prestataires de soins peuvent-ils aider un homme à décider de recourir ou non à la vasectomie ?

Fournir des informations claires et objectives sur la vasectomie et d'autres méthodes de planification familiale et aider l'homme à réfléchir mûrement à sa décision. Discuter en profondeur de ses sentiments à propos de la paternité et du fait de mettre fin à sa fertilité. Par exemple, le prestataire peut aider l'homme à se projeter et à imaginer ce qu'il pourrait ressentir en cas de changement de vie, tel que la rencontre d'une nouvelle partenaire ou le décès de l'un de ses enfants. Passer en revue les 7 points du consentement éclairé pour vérifier que l'homme comprend ce qu'implique l'intervention de vasectomie (voir p. 237).

10. La vasectomie doit-elle être proposée uniquement à des hommes qui ont atteint un certain âge ou qui ont déjà un certain nombre d'enfants ?

Non. Aucun homme ne devrait se voir refuser la vasectomie uniquement à cause de son âge, du nombre d'enfants vivants qu'il a ou de sa situation matrimoniale. Les prestataires ne doivent pas imposer de règles rigides concernant l'âge, le nombre d'enfants, l'âge du dernier-né ou la situation matrimoniale. Chaque homme doit décider par lui-même s'il souhaite avoir ou non d'autres enfants ou s'il souhaite recourir ou non à la vasectomie.

11. Est-ce que la vasectomie augmente le risque de cancer ou de maladie cardiaque plus tard dans la vie d'un homme ?

Non. Des études à grande échelle bien conçues montrent que la vasectomie n'augmente pas les risques de cancer des testicules (cancer testiculaire), de cancer de la prostate ou de cardiopathie.

12. Un homme qui a eu une vasectomie peut-il transmettre des maladies sexuellement transmissibles (IST), telles que le VIH, ou être infecté par ces dernières ?

Oui. La vasectomie ne protège pas contre la transmission d'infections sexuellement transmissibles, dont le VIH. Tout homme exposé à un risque d'IST, y compris le VIH, qu'il ait eu recours à une vasectomie ou pas, doit utiliser des préservatifs pour se protéger et protéger sa partenaire de toute transmission d'infection.

13. Où peut-on réaliser une vasectomie ?

S'il n'existe aucun problème médical préexistant qui exigerait des mesures spécifiques, la vasectomie peut être réalisée dans n'importe quel établissement de soins, notamment dans les centres de santé, les centres de planification familiale et la salle d'examen d'un cabinet de médecin privé. Lorsqu'il n'existe pas de services proposant la vasectomie, des équipes mobiles peuvent les effectuer, ainsi que les consultations de suivi, dans des établissements de santé de base et des véhicules spécialement équipés, à condition qu'ils disposent des médicaments, des fournitures, des instruments et de l'équipement nécessaires.

Préservatifs masculins

Le présent chapitre est consacré aux préservatifs masculins en latex. Les préservatifs féminins, qui se placent à l'intérieur du vagin, sont disponibles dans certaines régions (voir Préservatifs féminins, p. 261, et Comparatif des préservatifs, p. 428).

Points-clés pour les prestataires et les patients

- **Les préservatifs masculins aident à protéger contre les infections sexuellement transmissibles, dont le VIH.** Les préservatifs sont la seule méthode contraceptive offrant une protection à la fois contre la grossesse et contre les infections sexuellement transmissibles.
- **Pour une efficacité maximale, ils doivent être utilisés correctement lors de chaque rapport sexuel.**
- **Ils nécessitent une bonne coopération entre les deux partenaires.** Le couple sera plus susceptible d'utiliser un préservatif s'il convient de son utilisation avant les rapports sexuels.
- **Ils peuvent réduire la sensation de contact sexuel chez certains hommes.** La discussion entre les partenaires aide parfois à lever l'objection.

Qu'est-ce que le préservatif masculin ?

- C'est un fourreau ou une enveloppe servant à recouvrir le pénis en érection.
- Également appelé « capote », « condom » ou « prophylactique », il est vendu sous une multitude de noms de marques.
- La plupart sont fabriqués en caoutchouc (latex) fin. Il en existe aussi en polyuréthane, polyisoprène, peau d'agneau et nitrile.
- Son mode d'action principal consiste à former une barrière empêchant les spermatozoïdes de pénétrer dans le vagin et, par conséquent, à prévenir la grossesse. Il empêche également la transmission à l'autre partenaire des infections présentes dans le sperme ou dans le vagin.

Quelle efficacité ?

L'efficacité dépend de l'utilisateur : c'est lorsque les préservatifs ne sont pas utilisés systématiquement lors de chaque rapport sexuel que le risque de grossesse ou d'infection sexuellement transmissible (IST) est le plus élevé. Le risque de grossesse ou d'infection est faible en cas d'utilisation incorrecte, de glissement ou de déchirement du préservatif.

Protection contre la grossesse :

- on observe environ 13 grossesses pour 100 femmes pendant la première année d'utilisation des préservatifs masculins tels qu'ils sont utilisés habituellement. Cela signifie que 87 femmes sur l00 dont les partenaires utilisent les préservatifs ne tomberont pas enceintes.
- Lorsqu'ils sont utilisés correctement à chaque rapport sexuel, on observe environ 2 grossesses pour 100 femmes dont les partenaires utilisent les préservatifs pendant la première année d'utilisation.

Retour de la fécondité après avoir arrêté l'utilisation des préservatifs : aucun délai

Protection contre le VIH et les IST :

- les préservatifs masculins diminuent significativement le risque d'infection par le VIH lorsqu'ils sont utilisés correctement à chaque rapport sexuel, vaginal ou anal.
- Lorsque les préservatifs sont utilisés systématiquement et correctement, ils permettent d'éviter 80% à 95 % des cas de transmission de VIH qui seraient survenus en l'absence de préservatifs (voir la question 2, p. 257).
- Lorsqu'ils sont utilisés systématiquement et correctement à chaque rapport sexuel vaginal ou anal, les préservatifs protègent contre la transmission de nombreuses IST.
  - Ils offrent la meilleure protection contre la transmission des IST qui se fait par les sécrétions (VIH, gonorrhée et chlamydia).
  - Ils protègent également contre la transmission des IST par contact peau-à-peau (herpès et papillomavirus humain).

Effets secondaires, bénéfices et risques pour la santé

Effets secondaires

Aucun

Bénéfices connus pour la santé

Aident à protéger contre :

- le risque de grossesse ;
- les IST, dont le VIH.

Peuvent aider à protéger contre :

- les affections causées par les IST :
  - maladies inflammatoires pelviennes récurrentes et douleurs pelviennes chroniques,
  - cancer du col de l'utérus,
  - infertilité (masculine et féminine).

Risques connus pour la santé

Extrêmement rares :

- grave réaction allergique (chez les personnes allergiques au latex).

Pourquoi les préservatifs sont-ils appréciés de certains hommes et de certaines femmes ?

- Ils n'ont aucun effet secondaire hormonal.
- Ils peuvent être utilisés comme méthode régulière, temporaire ou d'appoint.
- Ils peuvent être utilisés sans consulter auparavant un prestataire de soins de santé.
- Ils sont commercialisés dans nombre d'endroits et sont généralement faciles à obtenir.
- Ils aident à protéger à la fois contre la grossesse et contre les IST, dont le VIH.
- Ils peuvent allonger la durée des rapports sexuels.

Parler de l'utilisation du préservatif

Certaines femmes trouvent qu'il est difficile et délicat d'indiquer à leur partenaire qu'elles aimeraient qu'il utilise des préservatifs. D'autres ont du mal à persuader leur partenaire de les utiliser systématiquement, à chaque rapport sexuel. Les hommes peuvent quant à eux avancer différentes raisons pour éviter de les utiliser.

Certains n'apprécient pas la façon dont ils peuvent réduire la sensation de contact pendant les rapports sexuels. D'autres prêtent l'oreille à des rumeurs ou des idées reçues. Si elle dispose de toutes les données, une femme saura mieux répondre aux objections de son partenaire (voir Corriger les idées reçues, p. 202).

Il est utile d'en parler d'abord. Les femmes qui parlent avec leur partenaire de l'utilisation du préservatif avant d'avoir des rapports sexuels en augmentent les chances d'utilisation effective. Les femmes peuvent aborder le sujet de différentes manières, en fonction de leur partenaire et des circonstances. Les arguments exposés ci-après sont souvent convaincants :

- Elles peuvent insister en premier lieu sur l'utilisation du préservatif en prévention de la grossesse plutôt qu'en prévention des IST.
- Elles peuvent en appeler au souci que porte chacun à la santé de l'autre, en avançant par exemple : « de nombreuses personnes au sein de la communauté sont atteintes du VIH, aussi il vaut mieux être prudents ».
- Elles peuvent suggérer que le préservatif peut augmenter leur plaisir à tous les deux au cours des rapports sexuels.
- Elles peuvent faire preuve de fermeté dans leur décision, par exemple : « Je refuse d'avoir des rapports sexuels sans préservatif ».
- Elles peuvent proposer d'essayer le préservatif féminin, si disponible. Certains hommes le préfèrent au préservatif masculin.
- Les femmes enceintes pourront discuter des risques que posent certaines IST pour la santé du bébé et insister sur la protection qu'offrent les préservatifs pour l'enfant qu'elles portent.

De plus, la femme pourra suggérer à son partenaire de se rendre seul ou en couple au centre de santé pour obtenir des conseils sur l'importance d'utiliser un préservatif.

Corriger les idées reçues (voir aussi Questions/réponses, p. 257)

Les préservatifs masculins :

- ne rendent pas l'homme stérile, impuissant ou faible ;
- n'entraînent pas une baisse de la libido chez l'homme ;
- ne peuvent pas être perdus dans le corps de la femme ;
- ne comportent pas de trous laissant passer le VIH à travers ;
- ne sont pas enduits de virus VIH ;
- ne causent pas de maladie chez la femme en bloquant l'entrée du sperme. L'exposition de la femme au sperme et aux spermatozoïdes n'est pas nécessaire à sa bonne santé ;
- ne causent pas de maladies chez l'homme du fait de la rétention du sperme ;
- ne sont pas destinés exclusivement à une utilisation hors mariage. Ils peuvent être utilisés par des couples mariés ;
- ne provoquent pas le cancer et ne contiennent pas de produits cancérogènes.

Qui peut et qui ne peut pas utiliser les préservatifs masculins ?

Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation des

Préservatifs masculins

Tous les hommes et toutes les femmes peuvent utiliser sans risques les préservatifs masculins sauf :

- les personnes qui ont de graves réactions allergiques au latex.

En cas de situation particulière, comme l'exposition à un risque élevé d'IST ou de VIH, si les préservatifs non en latex ne sont pas disponibles, un prestataire qualifié pourra évaluer attentivement l'état de santé de l'homme ou de la femme en question et décider qu'il/elle peut utiliser des préservatifs en latex.

Les préservatifs masculins fabriqués dans d'autres matières que le latex ne provoquent pas de réactions allergiques.

Pour de plus amples informations sur l'allergie au latex, voir Irritation légère au niveau du vagin ou du pénis ou Légère réaction au préservatif, p. 256 ; Grave réaction allergique au préservatif, page 256 et la question 11, p. 210.

Fourniture des préservatifs masculins

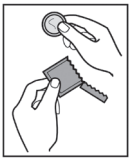
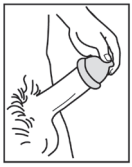
Quand commencer ?

- À tout moment, dès lors que l'homme ou le couple souhaite se protéger contre la grossesse et les IST.

Expliquer comment les utiliser

IMPORTANT: chaque fois que possible, montrer aux patients comment mettre un préservatif. Utiliser un modèle de pénis ou un autre objet tel qu'une banane pour expliquer.

Expliquer les 5 fondamentaux de l'utilisation du préservatif

Fondamentaux	Détails importants
1. Utiliser un nouveau préservatif lors de chaque rapport sexuel	• Vérifier l'état de l'emballage. Ne pas utiliser le préservatif s'il est endommagé ou déchiré. Éviter d'utiliser un préservatif dont la date de péremption est dépassée. Ne l'utiliser que s'il on ne dispose pas d'un préservatif dont la date n'est pas dépassée.  • Ouvrir le sachet en le déchirant avec précaution. Ne pas utiliser les ongles, les dents ou tout ce qui est susceptible d'endommager le préservatif.
2. Avant tout contact physique, placer le préservatif sur le pénis en érection avec le bord enroulé à l'extérieur	• Pour une protection optimale, mettre le préservatif avant tout contact génital, oral ou anal.14 
3. Dérouler le préservatif jusqu'à la base du pénis en érection	• S'assurer que le préservatif se déroule facilement. On risque de le déchirer pendant l'utilisation si on le force. • Si le préservatif ne se déroule pas facilement, il est possible qu'il soit à l'envers, périmé ou endommagé. Le jeter et utiliser un nouveau préservatif. • S'il a été placé à l'envers et qu'aucun autre n'est disponible, • le retourner et le dérouler sur le pénis.

(Suite à la page suivante)

Fondamentaux	Détails importants	
4. Immédiatement après l'éjaculation, maintenir le préservatif sur le pénis en le tenant par la base et le retirer avant la perte d'érection	• Retirer le pénis. • Retirer le préservatif en le faisant glisser et en évitant de répandre du sperme. • En cas de nouveau rapport sexuel ou en cas de passage d'un acte sexuel à un autre, utiliser un nouveau préservatif.	
5. Jeter avec les mesures de précaution qui s'imposent	• Remettre le préservatif dans son • sachet et le jeter dans la poubelle ou une latrine. Ne pas le jeter dans les WC au risque d'endommager la plomberie.	

Ce que les utilisateurs des préservatifs ne doivent pas faire

Pour que le préservatif ne se déchire pas, certaines pratiques sont à proscrire :

- ne pas dérouler le préservatif avant de l'avoir placé sur le pénis ;
- ne pas mettre des lubrifiants à base d'huile, car ils sont susceptibles d'endommager le latex ;
- ne pas utiliser de préservatif dont la couleur est altérée ou n'est pas uniforme ;
- ne pas utiliser de préservatif cassant au toucher, desséché ou très collant ;
- ne pas réutiliser les préservatifs ;
- ne pas avoir de rapports sexuels « secs » ;
- ne pas utiliser plus d'un préservatif à la fois ;
- ne pas utiliser un préservatif masculin et un préservatif féminin à la fois.

Il est également nécessaire de changer de préservatif lors du passage d'un acte sexuel à un autre, par exemple, s'il on passe d'un rapport anal à un rapport vaginal. Ne pas en changer peut faciliter la propagation des bactéries à l'origine d'infections.

Lubrifiants pour les préservatifs en latex

La lubrification favorise l'utilisation du préservatif et évite qu'il ne se déchire. Il existe trois manières de lubrifier : les sécrétions vaginales naturelles, l'adjonction d'un lubrifiant à utiliser sans risques avec le préservatif ou l'utilisation de préservatifs déjà lubrifiés dans leur emballage.

De l'eau claire ou la salive peuvent également servir à la lubrification. Les lubrifiants présents dans l'emballage du préservatif sont souvent à base de silicone. Il en existe également conditionnés séparément. Des lubrifiants à base d'eau ou de glycol sont également disponibles et peuvent s'avérer moins coûteux. Ils peuvent aussi être utilisés en toute sécurité avec les préservatifs.

Les lubrifiants doivent être appliqués sur la surface extérieure du préservatif, dans le vagin ou dans l'anus. Il ne faut pas mettre de lubrifiant sur le bout du pénis, car cela risquerait de faire glisser le préservatif. Une goutte ou deux de lubrifiant à l'intérieur de l'extrémité du préservatif avant qu'il ne soit déroulé intensifie la sensation de contact chez certains hommes. En revanche, trop de lubrifiant à l'intérieur risque de faire glisser le préservatif.

Ne pas employer de lubrifiants à base d'huile pour les préservatifs en latex car ils peuvent endommager le latex.

Parmi les matières à ne pas utiliser avec les préservatifs en latex figurent :

- toutes les huiles (culinaires, à usage pédiatrique, huile de coco, huiles minérales) et tous les produits à base d'huile ;
- la vaseline ;
- les lotions ;
- les crèmes de beauté ;
- le beurre ;
- le beurre de cacao ;
- la margarine.

Accompagner les utilisateurs continus

Vérifier que le patient comprend l'utilisation correcte	• Demander au patient d'expliquer les 5 fondamentaux de l'utilisation du préservatif en faisant la démonstration de sa mise en place et de son retrait sur un modèle ou un autre objet. S'appuyer sur les illustrations de la p. 251 lors d'une séance de conseils.
Demander au patient d'indiquer le nombre de préservatifs dont il aura besoin jusqu'à son prochain rendez-vous	• Lui donner un grand nombre de préservatifs et, si disponible, un lubrifiant à base d'eau ou de silicone. Les lubrifiants à base d'huile ne devraient pas être utilisés avec les préservatifs en latex. Voir l'encadré de la page précédente. • Indiquer aux patients où ils peuvent se procurer des préservatifs s'ils en ont besoin.
Expliquer pourquoi chaque acte sexuel nécessite un changement de préservatif	• Un seul acte sexuel non protégé peut aboutir à une grossesse ou à une IST, ou les deux. • Si vous n'avez pas utilisé de préservatif lors d'un rapport sexuel, essayez d'en utiliser un la prochaine fois. Ce n'est pas parce qu'on a omis de le faire une fois qu'il faut renoncer et ne plus le faire du tout.
Expliquer l'utilisation de la pilule contraceptive d'urgence (PCU)	• Expliquer l'utilisation de la PCU en cas d'utilisation incorrecte du préservatif (y compris l'absence d'utilisation du préservatif) afin de prévenir une grossesse (voir Pilule contraceptive d'urgence, p. 49). Donner des PCU, si disponibles.
Discuter des manières d'aborder l'utilisation du préservatif	• Discuter des techniques et aptitudes permettant de négocier l'utilisation du préservatif avec le/la partenaire (voir Parler de l'utilisation du préservatif, p. 249).

En quoi la partenaire peut-elle être utile ?

Il est bienvenu que la partenaire du patient puisse l'accompagner afin d'entendre les conseils et d'en savoir plus sur la méthode et la façon dont elle peut aider son partenaire. La partenaire féminine peut :

- soutenir l'homme dans le choix de cette méthode ;
- discuter et convenir de l'utilisation du préservatif masculin en en comprenant parfaitement le mode d'utilisation optimal ;
- encourager son partenaire à utiliser systématiquement le préservatif ;
- l'aider à l'utiliser correctement ;
- l'aider à veiller à toujours en avoir à portée de main ;
- s'assurer de disposer de la PCU si le préservatif venait à glisser ou à se déchirer, ou en cas d'oubli.

« Revenez à n'importe quel moment » : raisons de revenir

Indiquer à chaque patient/e qu'il/elle peut revenir à n'importe quel moment, par exemple, s'il/elle a des problèmes, des questions, s'il/elle souhaite utiliser une autre méthode ou si la partenaire pense être enceinte. De plus il/elle pourra revenir en cas de :

- difficultés à utiliser les préservatifs correctement ou systématiquement ;
- signes ou symptômes d'une grave réaction allergique au préservatif en latex (voir Grave réaction allergique au préservatif, p. 256) ;
- rapports sexuels récents non protégés si la femme veut éviter une grossesse. Elle pourra peut-être prendre la PCU (voir Pilule contraceptive d'urgence, p. 49).

Accompagner les utilisateurs continus

1. Demander aux patients si tout se passe bien avec la méthode et s'ils en sont satisfaits. Leur demander s'ils ont des questions ou s'ils souhaitent discuter de certains aspects en particulier.
2. Leur demander s'ils rencontrent des difficultés à utiliser correctement ou systématiquement le préservatif. Leur fournir des informations ou l'aide dont ils ont besoin (voir Prendre en charge les problèmes, p. 206).
3. Leur donner d'autres préservatifs et leur recommander de revenir pour en obtenir avant qu'ils n'arrivent à court de réserves. Leur indiquer également les autres lieux où ils peuvent s'en procurer.
4. Demander aux patients qui utilisent la méthode depuis longtemps si des changements importants susceptibles de modifier leurs besoins sont survenus dans leur vie, par exemple, le projet d'avoir des enfants ou l'exposition à un risque d'IST ou de VIH. Assurer le suivi, tel que nécessaire.

Prendre en charge les problèmes

Problèmes liés à l'utilisation

Ils peuvent être dus à la méthode, mais pas forcément.

- Les problèmes rencontrés avec les préservatifs ont une incidence sur le niveau de satisfaction des patients et sur l'utilisation de la méthode. Le prestataire de soins doit y prêter attention. Si le patient signale un problème, écouter ses préoccupations et lui apporter des conseils et un soutien. Vérifier qu'il a bien compris les conseils et qu'il les accepte.
- Proposer de choisir une autre méthode, à présent ou plus tard s'ils le souhaitent ou si le problème ne peut pas être résolu, à moins que les préservatifs ne restent nécessaires pour une protection contre les IST, dont le VIH.

Le préservatif glisse, se déchire ou n'est pas utilisé

- Dans de telles circonstances, la PCU peut aider à éviter une grossesse (voir Pilule contraceptive d'urgence, p. 49). Si l'homme constate que le préservatif a glissé ou s'est déchiré, il devrait le faire savoir à sa partenaire pour qu'elle puisse utiliser la PCU si elle le souhaite.

- Si un patient signale qu'un préservatif a glissé, s'est déchiré ou n'a pas été utilisé, l'orienter pour une prophylaxie post-exposition au VIH et un éventuel traitement présomptif contre d'autres IST (voir la question 7, p. 259). Si le patient présente des signes ou des symptômes d'IST après avoir eu des rapports sexuels non protégés, faire un bilan ou l'orienter vers les services compétents.
- Si un patient indique que le préservatif s'est déchiré ou a glissé :
  - lui demander de montrer comment il ouvre le sachet et pose le préservatif à l'aide d'un modèle ou tout autre objet. Corriger toutes les erreurs ;
  - demander si des lubrifiants ont été utilisés. Un mauvais lubrifiant ou du lubrifiant en quantité insuffisante peut être la cause de la déchirure (voir Lubrifiants pour les préservatifs en latex, p. 252). Le préservatif peut également glisser si une trop grande quantité de lubrifiant est appliquée ;
  - demander au patient à quel moment il retire son pénis. S'il attend trop longtemps, quand l'érection commence à passer, le préservatif risque davantage de glisser.

Difficulté à poser le préservatif

- Demander au patient de montrer comment il pose le préservatif à l'aide d'un modèle ou tout autre objet. Corriger toutes les erreurs.

Difficulté à persuader le/la partenaire d'utiliser le préservatif ou à l'utiliser systématiquement

- Discuter des manières d'aborder l'utilisation du préservatif (voir Parler de l'utilisation du préservatif, p. 249) et également des stratégies de double protection (voir Choisir une stratégie de double protection, p. 335).
- Envisager de combiner le préservatif avec :
  - une autre méthode contraceptive efficace pour une meilleure protection contre la grossesse ;
  - une méthode basée sur la connaissance de la fécondité, s'il n'existe pas de risque de contracter une IST, en utilisant les préservatifs uniquement lors des périodes de fécondité (voir Méthodes basées sur la connaissance de la fécondité, p. 291).
- Si le patient ou sa partenaire sont exposés à un risque d'IST, les encourager vivement à utiliser de façon systématique les préservatifs pendant que le problème est traité. Si aucun des partenaires n'est infecté par une IST, c'est une relation de fidélité réciproque qui confère la meilleure protection contre les IST sans nécessité d'utiliser de préservatif. Cela ne les protègera toutefois pas contre le risque de grossesse.

Légère irritation à l'intérieur ou autour du vagin ou au niveau du pénis ou légère réaction allergique au préservatif (démangeaisons, rougeurs, éruption cutanée et/ou gonflement au niveau des parties génitales, de l'aine ou des cuisses pendant ou après l'utilisation du préservatif)

- Suggérer d'utiliser une autre marque de préservatifs. Une personne peut être plus sensible à une marque qu'à une autre.
- Recommander d'appliquer du lubrifiant ou de l'eau sur le préservatif pour éviter des frottements pouvant être à l'origine de l'irritation.

- i les symptômes persistent, faire un bilan ou orienter vers les services compétents pour dépister une éventuelle infection vaginale ou IST.
  - En l'absence d'infection et si l'irritation persiste ou revient, il se peut que le patient soit allergique au latex.
  - S'il n'est pas exposé au risque d'IST, dont le VIH, l'aider à choisir une autre méthode.
  - Si le patient ou sa partenaire sont exposés à un risque d'IST, proposer d'utiliser le préservatif féminin ou le préservatif masculin en plastique, si disponible. Si ce type de préservatif n'est pas disponible, recommander vivement de continuer à utiliser les préservatifs en latex. Il devra cependant arrêter de les utiliser si les symptômes s'aggravent (Voir Grave réaction allergique au préservatif, ci-après).
  - Si aucun des partenaires n'est infecté par une IST, c'est une relation de fidélité réciproque qui confère la meilleure protection contre les IST sans nécessité d'utiliser de préservatif. Cela ne les protègera toutefois pas contre le risque de grossesse.

Nouveaux problèmes pouvant nécessiter un changement de méthode

Ils peuvent être dus à la méthode, mais pas forcément.

La partenaire utilise du miconazole ou de l'éconazole (pour le traitement des infections vaginales)

- Une femme ne devrait pas se fier aux préservatifs en latex pendant l'utilisation par voie vaginale du miconazole ou de l'éconazole. Ces produits peuvent endommager le latex. (Le traitement par voie orale n'altèrera pas les préservatifs).
- Elle devrait utiliser des préservatifs féminins ou des préservatifs masculins en plastique, ou une autre méthode contraceptive, ou encore, s'abstenir d'avoir des rapports sexuels jusqu'à la fin du traitement.

Grave réaction allergique au préservatif (urticaire ou éruption cutanée étendue sur le corps, vertiges, difficultés à respirer ou perte de conscience pendant ou après l'utilisation du préservatif). Voir Signes et symptômes de graves problèmes de santé, p. 384

- Dire au patient d'arrêter d'utiliser les préservatifs en latex.
- L'orienter vers les services de soins compétents, si nécessaire. Une grave réaction allergique au latex peut entraîner un choc anaphylactique potentiellement fatal. Aider le patient à choisir une autre méthode.
- Si le patient ou sa partenaire sont exposés à un risque d'IST, proposer d'utiliser le préservatif féminin ou le préservatif masculin en plastique, si disponible. Si aucun des partenaires n'est infecté par une IST, c'est une relation de fidélité réciproque qui confère la meilleure protection contre les IST sans nécessité d'utiliser de préservatif. Cela ne les protègera toutefois pas contre le risque de grossesse.

Questions/réponses à propos des préservatifs masculins

1. Est-ce que le préservatif est une méthode de prévention de la grossesse efficace ?

Oui, le préservatif est une méthode efficace de planification familiale, à condition de l'utiliser correctement et systématiquement à chaque rapport sexuel. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et systématiquement, on observe seulement 2 grossesses pour 100 femmes dont le partenaire utilise les préservatifs au cours de la première année d'utilisation. Toutefois, nombreuses sont les personnes qui n'utilisent pas les préservatifs correctement ou à chaque rapport sexuel. La protection contre la grossesse s'en retrouve diminuée.

2. Dans quelle mesure le préservatif protège-t-il contre l'infection à VIH ?

Lorsque les préservatifs sont utilisés systématiquement et correctement, leur efficacité en termes de protection contre l'infection par le VIH est de l'ordre de 80 % à 95 %. Cela signifie que le préservatif permet d'éviter 80% à 95 % des cas de transmission de VIH qui seraient survenus en l'absence de préservatifs. (Cela *ne* veut toutefois *pas* dire pour autant que 5 % à 20 % des utilisateurs du préservatif seront infectés par le VIH.) Par exemple, sur l0 000 femmes non infectées dont les partenaires vivent avec le VIH, si chaque couple avait un seul rapport sexuel vaginal et ne présentait aucun autre facteur de risque l'exposant à l'infection, en moyenne :

- 10 d'entre elles seraient probablement infectées par le VIH si aucune de ces 10 000 femmes n'utilisait de préservatif ;
- 1 ou 2 d'entre elles seraient probablement infectées par le VIH si l'ensemble de ces 10 000 femmes utilisaient correctement des préservatifs.

Les risques d'infection par le VIH chez une personne exposée au virus peuvent varier considérablement et dépendent de différents facteurs : du stade d'évolution de l'infection à VIH auquel se trouve le partenaire (les premiers stades et les stades plus avancés sont les plus infectieux), de si la personne exposée est infectée par d'autres IST (cela augmente la probabilité d'infection par le VIH), de si l'homme est circoncis (les hommes non circoncis sont plus susceptibles d'être infectés par le VIH) et de si la femme est enceinte (les femmes enceintes courent probablement un risque plus élevé d'infection), entre autres nombreux facteurs. En moyenne, en cas d'exposition au virus, les femmes ont deux fois plus de risques d'être infectées que les hommes.

3. Est-ce que le fait d'utiliser le préservatif seulement de temps en temps protège quand même contre les IST, y compris le VIH ?

Pour une protection optimale, un préservatif doit être utilisé à chaque rapport sexuel. Dans certains cas, son utilisation occasionnelle peut offrir une protection. Par exemple, si la personne a un/e partenaire fixe, fidèle et a un rapport sexuel avec une autre personne, l'utilisation d'un préservatif avec cette autre personne peut conférer une très bonne protection. En revanche, chez les personnes fréquemment exposées aux IST, y compris au VIH, l'utilisation occasionnelle du préservatif n'offrira qu'une protection limitée.

4. L'utilisation du préservatif réduit-elle le risque de transmission des IST lors des rapports sexuels anaux ?

Oui. Les IST peuvent se transmettre d'une personne à une autre au cours de tout acte sexuel comportant une pénétration (insertion du pénis dans une partie quelconque du corps d'une autre personne). Certains actes sexuels sont plus risqués que d'autres. Par exemple, le risque d'infection par le VIH est 5 fois plus élevé lors de rapports sexuels anaux non protégés (réceptifs) que lors de rapports sexuels vaginaux non protégés (réceptifs). En cas d'utilisation d'un préservatif en latex pour un rapport anal, il est indispensable d'appliquer un lubrifiant à base d'eau ou de silicone pour éviter que le préservatif ne se déchire.

5. Les préservatifs en plastique (synthétique) protègent-ils efficacement contre les IST, y compris contre le VIH ?

Oui. Bien qu'ils n'aient pas fait l'objet d'études aussi approfondies, les préservatifs en plastique offrent normalement la même protection que les préservatifs en latex. Les préservatifs fabriqués à partir de membrane animale, comme les préservatifs en peau d'agneau (également appelés préservatifs en peau naturelle) ne protègent quant à eux pas efficacement contre les IST, ni contre le VIH.

6. Est-ce que les préservatifs se déchirent ou glissent souvent pendant les rapports sexuels ?

Non. En moyenne, environ 2 % des préservatifs glissent ou se déchirent pendant les rapports sexuels et, la plupart du temps, cela est dû à une utilisation incorrecte. Il est rare qu'un préservatif se déchire s'il est utilisé correctement. Il ressort des études ayant mis en évidence des taux plus élevés de déchirure que seuls quelques utilisateurs concentraient le plus grand nombre de déchirures de l'ensemble de l'étude. D'autres études montrent également que bien que la plupart des personnes utilisent correctement les préservatifs, il en existe encore quelques-unes qui les utilisent souvent mal, et c'est la raison pour laquelle ils se déchirent ou glissent. Aussi est-il important d'apprendre aux gens à ouvrir, poser et retirer correctement le préservatif (voir p. 251) et à éviter les pratiques qui augmentent le risque de déchirure (voir Ce que les utilisateurs du préservatif ne doivent pas faire, p. 252).

7. Que peuvent faire les hommes et les femmes pour réduire le risque de grossesse et d'IST si un préservatif se déchire ou glisse pendant un rapport sexuel ?

Si un préservatif glisse ou se déchire, la prise de la pilule contraceptive d'urgence peut réduire le risque de grossesse (voir Pilule contraceptive d'urgence, p. 49). En cas d'exposition probable au VIH, un traitement antirétroviral (prophylaxie post-exposition), si disponible, peut contribuer à réduire le risque de transmission du VIH. Si l'exposition à d'autres IST est suspectée, le médecin peut prescrire un traitement présomptif contre ces IST. Autrement dit, il peut traiter le patient ou la patiente comme s'ils étaient infectés.

Laver le pénis ne permet pas de prévenir les IST. Les douches vaginales ne sont pas non plus très efficaces pour prévenir une grossesse et elles accroissent le risque d'infection par une IST, y compris le VIH, ainsi que de maladie inflammatoire pelvienne.

8. Un homme peut-il mettre deux ou trois préservatifs en même temps pour plus de protection ?

Peu de données montrent qu'il serait bénéfique de mettre deux préservatifs ou plus. Généralement, cette pratique n'est pas recommandée car les frictions entre les préservatifs augmentent le risque de déchirure.

9. Est-ce que le préservatif rend l'homme impuissant (incapable d'avoir une érection) ?

Non, dans la plupart des cas. L'impuissance peut être due à de nombreuses raisons. Il existe certaines causes physiques. D'autres sont d'ordre émotionnel. Le préservatif, en lui-même, ne cause pas l'impuissance. Certains hommes peuvent toutefois avoir du mal à maintenir une érection lorsqu'ils utilisent un préservatif. D'autres, surtout les hommes plus âgés, peuvent avoir du mal à maintenir une érection car le préservatif réduit chez eux la sensation de contact sexuel. En utilisant plus de lubrifiant, ces hommes retrouveront davantage cette sensation.

10. N'est-il pas vrai que les préservatifs sont utilisés surtout en cas de relations occasionnelles ou par les travailleurs du sexe ?

Non. Si le préservatif est souvent utilisé comme protection pour les relations occasionnelles, il n'en reste pas moins utilisé par les couples mariés dans le monde entier pour se protéger de la grossesse. Au Japon, 40 % des couples mariés utilisent des préservatifs, plus que toute autre méthode de planification familiale.

11. L'allergie au latex est-elle fréquente ?

Non. L'allergie au latex n'est pas fréquente au sein de la population générale et le signalement de légères réactions allergiques au préservatif reste très rare. Les graves réactions allergiques aux préservatifs sont quant à elles extrêmement rares.

Les personnes qui ont une réaction allergique aux gants ou ballons en caoutchouc risquent d'avoir une réaction analogue aux préservatifs en latex. Une réaction légère se traduit par des rougeurs, des démangeaisons, une éruption cutanée ou un gonflement de la peau entrée en contact avec le latex. Une réaction grave se traduit par une urticaire étendue sur le corps, des vertiges, des difficultés à respirer ou une perte de conscience après un contact avec du latex. L'allergie au latex et aux préservatifs en latex peut toucher aussi bien les hommes que les femmes.

Préservatifs féminins

Points-clés pour les prestataires et les patientes

- **Les préservatifs féminins aident à protéger contre les infections sexuellement transmissibles, dont le VIH.** Les préservatifs sont la seule méthode contraceptive offrant une protection à la fois contre la grossesse et contre les infections sexuellement transmissibles.
- **Pour une efficacité maximale, ils doivent être utilisés correctement lors de chaque rapport sexuel.**
- **Une femme peut prendre l'initiative du choix des préservatifs féminins,** mais l'utilisation de cette méthode nécessite une bonne coopération entre les deux partenaires.
- **Ils peuvent demander une certaine pratique.** Le placement et le retrait du préservatif féminin deviennent plus faciles avec le temps.

Qu'est-ce que le préservatif féminin ?

- C'est un fourreau ou tube en plastique fin, souple et transparent servant à recouvrir la paroi vaginale de la femme.
  - Il est muni d'un anneau souple à chaque extrémité.
  - L'anneau à l'extrémité fermée doit être placé à l'intérieur du vagin.
  - L'autre anneau, à l'extrémité ouverte, se place à l'extérieur du vagin et sert à recouvrir la vulve.
- Les préservatifs féminins sont fabriqués en différentes matières, comme le latex, le polyuréthane et le nitrile.
- Son mode d'action principal consiste à former une barrière empêchant les spermatozoïdes de pénétrer dans le vagin et, par conséquent, à prévenir la grossesse. Il empêche également la transmission à l'autre partenaire des infections présentes dans le sperme ou dans le vagin.

Quelle efficacité ?

L'efficacité dépend de l'utilisatrice : c'est lorsque les préservatifs ne sont pas utilisés systématiquement lors de chaque rapport sexuel que le risque de grossesse ou d'infection sexuellement transmissible (IST) est le plus élevé. Le risque de grossesse ou d'infection est faible en cas d'utilisation incorrecte, de glissement ou de déchirement du préservatif.

Protection contre la grossesse :

- on observe environ 21 grossesses pour 100 femmes pendant la première année d'utilisation des préservatifs féminins tels qu'ils sont utilisés habituellement. Cela signifie que 79 femmes sur 100 utilisant le préservatif féminin ne tomberont pas enceintes ;
- lorsqu'ils sont utilisés correctement à chaque rapport sexuel, on observe environ 5 grossesses pour 100 femmes pendant la première année d'utilisation.

Retour de la fécondité après avoir arrêté d'utiliser le préservatif : aucun délai

Protection contre le VIH et les IST : les préservatifs féminins diminuent le risque d'infection par une IST, y compris par le VIH, lorsqu'ils sont utilisés correctement à chaque rapport sexuel.

Pourquoi les préservatifs féminins sont-ils apprécies de certaines femmes ?

- Les femmes peuvent prendre l'initiative de leur utilisation.
- Leur texture est douce et humide et elle procure une sensation plus naturelle que les préservatifs masculins en latex.
- Ils aident à protéger à la fois contre la grossesse et contre les IST, dont le VIH.
- L'anneau extérieur procure une stimulation sexuelle supplémentaire à certaines femmes.
- Ils peuvent être utilisés sans consulter auparavant un prestataire de soins de santé.

Pourquoi les préservatifs féminins sont-ils appréciés de certains hommes ?

- Ils peuvent être posés à l'avance, ce qui évite toute interruption du rapport.
- Ils ne sont pas aussi étroits et serrés que les préservatifs masculins.
- Ils n'atténuent pas la sensation de contact comme le préservatif masculin.
- Ils n'ont pas besoin d'être retirés immédiatement après l'éjaculation.

Effets secondaires, bénéfices et risques pour la santé

Effets secondaires

Aucun

Bénéfices connus pour la santé

Aident à protéger contre :

- le risque de grossesse ;
- les IST, dont le VIH.

Risques connus pour la santé

Aucun

Corriger les idées reçues (voir aussi Questions/réponses, p. 269)

Les préservatifs féminins :

- ne peuvent pas se perdre dans le corps de la femme ;
- ne sont pas difficiles à utiliser, mais il convient d'apprendre à les utiliser correctement.
- ne comportent pas de trous laissant passer le VIH à travers ;
- ne sont pas destinés exclusivement à une utilisation hors mariage. Ils peuvent être utilisés par des couples mariés ;
- ne causent pas de maladies chez la femme du fait qu'ils empêchent le sperme ou les spermatozoïdes de pénétrer dans son corps.

Qui peut utiliser les préservatifs féminins ?

Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation des

Préservatifs féminins

Toutes les femmes et tous les hommes peuvent utiliser les préservatifs féminins, sauf les personnes qui ont de graves réactions allergiques au latex.

En cas de situation particulière, comme l'exposition à un risque élevé d'IST ou de VIH, si les préservatifs non en latex ne sont pas disponibles, un prestataire qualifié pourra évaluer attentivement l'état de santé de la femme ou de l'homme en question et décider qu'elle/il peut utiliser les préservatifs en latex.

Les préservatifs fabriqués dans d'autres matières que le latex ne provoquent pas de réactions allergiques.

Pour de plus amples informations sur la prise en charge des patients allergiques au latex, voir Préservatifs masculins, Légère irritation à l'intérieur ou autour du vagin ou au niveau du pénis ou Légère réaction au préservatif, p. 256 et Grave réaction allergique au préservatif, page 256.

Fourniture des préservatifs féminins

Quand commencer ?

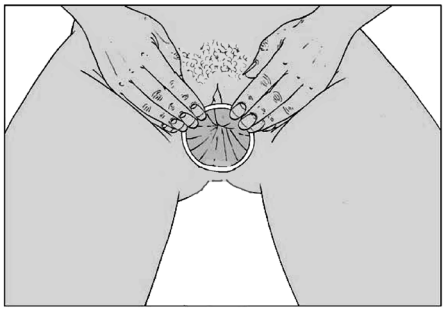
- À tout moment, dès lors que la femme ou le couple souhaite se protéger contre la grossesse et les IST.

Expliquer comment les utiliser

IMPORTANT : chaque fois que possible, montrer aux patientes comment poser le préservatif féminin. Utiliser un modèle ou une image ou vos mains pour expliquer. Vous pouvez créer une ouverture analogue au vagin avec une main et montrer comment insérer le préservatif avec l'autre main.

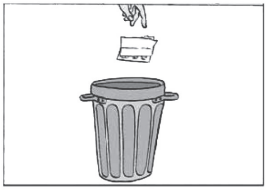
Fondamentaux	Détails importants
1. Utiliser un nouveau préservatif féminin lors de chaque rapport sexuel	• Vérifier l'état de l'emballage du préservatif. Ne pas l'utiliser s'il est endommagé ou déchiré. Éviter d'utiliser un préservatif dont la date de péremption est dépassée. Ne l'utiliser que s'il on ne dispose pas d'un préservatif dont la date n'est pas dépassée. • Si possible, se laver les mains avec de l'eau et du savon doux avant d'insérer le préservatif.
2. Avant tout contact physique, placer le préservatif dans le vagin	• Pour une protection optimale, placer le préservatif avant que le pénis n'entre en contact avec le vagin. Il peut être posé jusqu'à 8 heures avant le rapport sexuel. • Choisir une position confortable pour l'insertion, accroupie, une jambe posée sur une chaise, assise ou allongée. • Frotter les côtés du préservatif l'un contre l'autre pour répartir le lubrifiant uniformément. • Saisir l'anneau à l'extrémité fermée et l'aplatir en le serrant entre les doigts pour qu'il devienne long et étroit. • Avec l'autre main, séparer les grandes lèvres et localiser l'ouverture du vagin. • Pousser doucement l'anneau intérieur du préservatif dans le vagin, aussi profondément que possible. Insérer un doigt dans le préservatif pour bien le mettre en place. Environ 2 à 3 centimètres du préservatif et l'anneau extérieur restent à l'extérieur du vagin.

Fondamentaux	Détails importants
3. Vérifier que le pénis pénètre dans le préservatif et reste à l'intérieur du préservatif	• L'homme ou la femme devront guider attentivement le pénis pour qu'il pénètre dans le préservatif et non pas entre le préservatif et la paroi vaginale. Si le pénis entre à l'extérieur du préservatif, retirer le pénis et réessayer. • Si le préservatif ressort accidentellement ou si l'anneau extérieur est poussé à l'intérieur du vagin lors du rapport, le remettre en place.



4. Une fois que l'homme retire son pénis, tenir l'anneau extérieur, le faire tourner en le torsadant pour éviter que le sperme ne se répande et tirer doucement pour le faire sortir du vagin	• Le préservatif féminin n'a pas besoin d'être retiré immédiatement après le rapport sexuel. • Retirer le préservatif avant de se mettre debout afin d'éviter de répandre du sperme. • Si le couple souhaite avoir un nouveau rapport sexuel, un nouveau préservatif doit être utilisé. • La réutilisation du préservatif est déconseillée (voir la question 5, p. 270).

5. Jeter avec les mesures de précaution qui s'imposent	• Remettre le préservatif dans son sachet et le jeter dans la poubelle ou une latrine. Ne pas le jeter dans les WC au risque d'endommager la plomberie.



Lubrifiants pour les préservatifs féminins

Certains préservatifs féminins sont déjà pré-lubrifiés dans leur sachet, d'autres sont fournis avec du lubrifiant conditionné séparément. Pour une lubrification supplémentaire, la patiente peut utiliser de l'eau propre, de la salive ou un lubrifiant à base d'eau, de glycol ou de silicone. Elle peut également utiliser des produits à base d'huile, comme de l'huile de coco ou du beurre, avec des préservatifs en nitrile ou en polyuréthane, mais pas avec des préservatifs en latex. En effet, l'huile endommage le latex.

Accompagner les utilisatrices continues

1. Vérifier que la patiente comprend l'utilisation correcte	• Demander à la patiente d'expliquer les 5 fondamentaux de l'utilisation du préservatif féminin en en manipulant un. • Si un modèle est disponible, la patiente peut s'entraîner à l'insérer dans le modèle et à le retirer.
2. Demander à la patiente d'indiquer le nombre de préservatifs dont elle aura besoin jusqu'à son prochain rendez-vous	• Lui donner un grand nombre de préservatifs et, si disponible, un lubrifiant • Indiquer aux patientes où elles peuvent se procurer des préservatifs féminins si elles en ont besoin.
3. Expliquer pourquoi chaque acte sexuel nécessite un changement de préservatif	• Un seul acte sexuel non protégé peut aboutir à une grossesse ou à une IST, ou les deux. • Si vous n'avez pas utilisé de préservatif lors d'un rapport sexuel, essayez d'en utiliser la prochaine fois. Ce n'est pas parce qu'on a omis de le faire une fois qu'il faut renoncer et ne plus le faire du tout.
4. Expliquer l'utilisation de la pilule contraceptive d'urgence (PCU)	• Expliquer l'utilisation de la PCU en cas d'utilisation incorrecte du préservatif (y compris l'absence d'utilisation du préservatif) afin de prévenir une grossesse (voir Pilules contraceptives d'urgence, p. 49). Lui donner des PCU, si disponibles.
5. Discuter des manières d'aborder l'utilisation du préservatif	• Discuter des techniques et aptitudes permettant de négocier l'utilisation du préservatif avec le partenaire (voir Parler de l'utilisation du préservatif, p. 249).

Conseils pour les nouvelles utilisatrices

- Conseiller à toute nouvelle utilisatrice de s'entraîner à poser et à retirer le préservatif avant ses prochains rapports sexuels. La rassurer et lui dire que cela deviendra plus facile avec la pratique. L'utilisation deviendra plus aisée au bout de quelques rapports.
- Lui recommander d'essayer différentes positions d'insertion pour déterminer laquelle est la plus simple pour elle.
- Le préservatif féminin est glissant. Certaines femmes constatent qu'il est plus facile de le poser si elles s'y prennent lentement, surtout les premières fois.
- Si la patiente passe d'une autre méthode au préservatif féminin, lui recommander de poursuivre l'utilisation de l'ancienne méthode jusqu'à ce qu'elle maîtrise l'utilisation du préservatif féminin.

« Revenez à n'importe quel moment » : raisons de revenir

Indiquer à chaque patiente qu'elle peut revenir à n'importe quel moment, par exemple, si elle a des problèmes, des questions ou si elle souhaite changer de méthode. Elle peut également revenir si elle constate un changement important dans son état de santé ou si elle pense être enceinte. De plus, elle pourra revenir en cas de :

- difficultés à utiliser les préservatifs féminins correctement ou systématiquement ;
- rapports sexuels récents non protégés si la femme veut éviter une grossesse. Peut-être pourra-t-elle prendre la PCU (voir Pilules contraceptives d'urgence, p. 49).

En quoi le partenaire peut-il être utile ?

Il est bienvenu que le partenaire de la patiente puisse l'accompagner afin d'entendre les conseils et d'en savoir plus sur la méthode et la façon dont il peut aider sa partenaire. Le partenaire masculin peut :

- soutenir la femme dans le choix de cette méthode ;
- discuter et convenir de l'utilisation du préservatif féminin en en comprenant parfaitement le mode d'utilisation optimal ;
- s'assurer de l'utilisation correcte et systématique du préservatif féminin (par exemple, en veillant à bien insérer le pénis dans le préservatif et non entre le préservatif et la paroi vaginale) ;
- l'aider à veiller à toujours en avoir à portée de main ;
- s'assurer qu'elle dispose de PCU en cas d'utilisation incorrecte ou d'absence d'utilisation du préservatif

Visites répétées

1. Demander à la patiente si tout se passe bien avec la méthode et si elle en est satisfaite. Lui demander si elle a des questions ou si elle souhaite discuter de certains aspects en particulier.
2. Lui demander si elle a des difficultés à utiliser les préservatifs féminins correctement ou systématiquement à chaque rapport sexuel. Lui donner les informations ou l'aide dont elle a besoin (Voir Prendre en charge les problèmes, ci-dessous).
3. Lui donner plus de préservatifs et lui recommander de revenir pour en obtenir avant qu'elle n'arrive à court de réserves. Lui rappeler les autres endroits où elle peut s'en procurer.
4. Demander aux patientes qui utilisent la méthode depuis longtemps si des changements importants susceptibles de modifier leurs besoins sont survenus dans leur vie, par exemple, le projet d'avoir des enfants ou l'exposition à un risque d'IST ou de VIH. Assurer le suivi, tel que nécessaire.

Prendre en charge les problèmes

Problèmes liés à l'utilisation

Ils peuvent être dus à la méthode, mais pas forcément.

- Les problèmes rencontrés avec les préservatifs ont une incidence sur le niveau de satisfaction des patientes et sur l'utilisation de la méthode. Ils méritent l'attention du prestataire. Si la patiente signale un problème, écouter ses préoccupations et lui apporter des conseils et un soutien. Vérifier qu'elle a bien compris les conseils et qu'elle les accepte.
- Proposer à la patiente de choisir une autre méthode, à présent ou plus tard si elle le souhaite ou si le problème ne peut pas être résolu, à moins que les préservatifs ne restent nécessaires pour une protection contre les IST, dont le VIH.

Difficultés à mettre en place le préservatif féminin

- Demander à la patiente comment elle pose le préservatif féminin. Si un modèle est disponible, lui demander de faire une démonstration et la laisser s'exercer. S'il n'y a pas de modèle, lui demander de faire la démonstration avec l'aide de ses mains. Corriger toutes les erreurs.

L'anneau intérieur la gêne ou lui fait mal

- Lui recommander de réinsérer ou de repositionner le préservatif de sorte à placer l'anneau intérieur derrière l'os pubien plutôt que dans l'axe.

Le préservatif fait du bruit pendant les rapports sexuels

- Recommander d'ajouter plus de lubrifiant à l'intérieur du préservatif ou sur le pénis.

Le préservatif n'est pas utilisé, glisse ou est utilisé incorrectement

- Dans de telles circonstances, la PCU peut aider à éviter une grossesse (voir Pilules contraceptives d'urgence, p. 49).
- Orienter la patiente pour une prophylaxie post-exposition au VIH et un éventuel traitement présomptif contre d'autres IST (voir Préservatif masculin, question 7, p.

259). Si la patiente présente des signes ou des symptômes d'IST après avoir eu des rapports sexuels non protégés, faire un bilan ou l'orienter vers les services compétents.

- Si la patiente signale que le préservatif glisse, cela pourrait être dû à une pose incorrecte. Lui demander de montrer comment elle pose le préservatif en utilisant un modèle ou ses mains. Corriger toutes les erreurs.

Difficulté à persuader le partenaire d'utiliser le préservatif ou à l'utiliser systématiquement

- Évoquer différentes façons d'aborder avec son partenaire l'importance d'utiliser le préservatif pour les protéger de la grossesse ou des IST. (Voir Préservatifs masculins, difficultés à persuader le partenaire d'utiliser le préservatif ou à l'utiliser systématiquement, p. 255).

Légère irritation à l'intérieur ou autour du vagin ou au niveau du pénis (démangeaisons, rougeurs, éruption cutanée)

- Disparaît généralement toute seule sans traitement.
- Recommander d'ajouter du lubrifiant à l'intérieur du préservatif ou sur le pénis pour réduire les frottements pouvant être à l'origine de l'irritation.
- Si les symptômes persistent, faire un bilan et traiter pour toute infection vaginale ou IST possible, tel que nécessaire.
  - En l'absence d'infection et si elle n'est pas exposée à un risque d'IST, dont le VIH, aider la patiente à choisir une autre méthode.
  - Si la patiente est exposée à un risque d'IST, dont le VIH, recommander l'utilisation des préservatifs masculins. Si l'utilisation du préservatif masculin n'est pas possible, recommander vivement de continuer à utiliser le préservatif féminin malgré la gêne.
  - Si aucun des partenaires n'est infecté par une IST, c'est une relation de fidélité réciproque qui confère la meilleure protection contre les IST sans nécessité d'utiliser de préservatif. Cela ne les protègera toutefois pas contre le risque de grossesse.

Suspicion de grossesse

- Déterminer si elle est enceinte.
- La femme peut continuer à utiliser les préservatifs féminins en toute sécurité pendant la grossesse pour la protéger des IST.

New Problems That May Require Switching Methods

Severe allergic reaction to condom (hives or rash over much of body, dizziness, difficulty breathing, or loss of consciousness during or after condom use). See Signs and Symptoms of Serious Health Conditions, p. 384.

- Tell the client to stop using latex condoms. Non-latex female condoms may be available.
- Refer for care, if necessary. Severe allergic reaction to latex could lead to life-threatening anaphylactic shock. Help the client choose another method.
- If the client or partner cannot avoid risk of STIs, suggest they use non-latex female condoms or plastic male condoms, if available. If neither partner has an infection, a mutually faithful sexual relationship provides STI protection without requiring condom use but does not protect against pregnancy.

Questions/réponses à propos des préservatifs féminins

1. **Le préservatif féminin est-il difficile à utiliser ?**

   Non, mais cela demandera pratique et patience. Voir les Conseils pour les nouvelles utilisatrices p. 267).

2. **Est-ce que le préservatif féminin est une méthode efficace de prévention de la grossesse et des IST, dont le VIH ?**

   Oui. Les préservatifs féminins confèrent une double protection, aussi bien contre la grossesse que contre les IST, y compris le VIH, s'ils sont utilisés systématiquement et correctement. Toutefois, nombreuses sont les personnes qui n'utilisent pas encore les préservatifs correctement ou à chaque rapport sexuel. Cela diminue la protection contre la grossesse et les IST.

3. **Le préservatif masculin et le préservatif féminin peuvent-ils être utilisés en même temps ?**

   Non. Il n'est pas recommandé d'utiliser simultanément le préservatif masculin et le préservatif féminin. Cela peut causer une friction susceptible de faire glisser ou de déchirer les préservatifs.

4. **Quel est le meilleur moyen de vérifier que le pénis entre dans le préservatif et non pas à l'extérieur ?**

   Pour éviter que le préservatif soit utilisé incorrectement, l'homme devrait guider attentivement son pénis et placer le gland à l'intérieur de l'anneau extérieur. Si le pénis pénètre entre la paroi du vagin et le préservatif, le retirer et réessayer.

5. **Est-ce que le préservatif féminin peut être utilisé plus d'une fois ?**

   Il est déconseillé de réutiliser le préservatif féminin. La réutilisation des préservatifs féminins actuellement disponibles n'a pas fait l'objet d'études suffisantes.

6. **Est-ce que le préservatif féminin peut être utilisé si la femme a ses règles ?**

   Les femmes peuvent utiliser le préservatif féminin lorsqu'elles ont leurs règles. En revanche, il ne doit pas être utilisé si elles portent un tampon. Le tampon doit être retiré avant de poser le préservatif.

7. **Le préservatif féminin n'est-il pas trop grand pour être confortable ?**

   Non. Les préservatifs féminins sont de la même longueur que les préservatifs masculins mais ils sont plus larges. Ils sont très souples et épousent la forme du vagin. Les préservatifs féminins ont fait l'objet d'une conception consciencieuse et de divers tests pour être adaptés à toutes les femmes, quelle que soit la taille du vagin, et à tous les hommes, quelle que soit la taille du pénis.

8. **Le préservatif féminin peut-il se perdre dans le corps de la femme ?**

   Non. Le préservatif féminin reste dans le vagin d'une femme jusqu'à ce que cette dernière le retire. Il ne peut pas passer par le col de l'utérus et entrer dans l'utérus car il est trop grand pour cela.

9. **Le préservatif féminin peut-il être utilisé dans différentes positions sexuelles ?**

   Oui. Le préservatif féminin peut être utilisé dans n'importe quelle position sexuelle.

Spermicides et Diaphragmes

Spermicides

Points-clés pour les prestataires et les patientes

- **Les spermicides sont à placer au fond du vagin peu avant le rapport sexuel.**
- **Pour une efficacité optimale, ils doivent être utilisés correctement lors de chaque rapport sexuel.**
- **Il s'agit de l'une des méthodes de contraception les moins efficaces.**
- **Ils peuvent être utilisés comme méthode régulière, temporaire ou d'appoint.**

Que sont les spermicides ?

- Ce sont des substances qui tuent les spermatozoïdes et qui sont insérées au fond du vagin, près du col, avant les rapports sexuels.
  - Le nonoxynol-9 est le plus utilisé.
  - Parmi les autres spermicides figurent le chlorure de benzalkonium, la chlorhexidine, le menfégol, l'octoxynol-9 et le docusate de sodium.
- Ils sont disponibles sous forme de comprimés moussants, ovules moussants ou fondants, flacons de mousse pressurisée, films fondants, gels et crèmes.
  - Les gels, crèmes et mousses en flacon peuvent être utilisés seuls ou en association avec un diaphragme ou un préservatif.
  - Les films, les ovules, les comprimés moussants ou les ovules moussants peuvent être utilisés seuls ou en association avec un préservatif.
- Leur mode d'action consiste à provoquer la rupture de la membrane cellulaire des spermatozoïdes, à les tuer ou réduire leur motilité. Ils empêchent ainsi les spermatozoïdes d'atteindre l'ovocyte.

Quelle efficacité ?

L'efficacité dépend de l'utilisatrice : c'est lorsque les spermicides ne sont pas utilisés lors de chaque rapport sexuel que le risque de grossesse est le plus élevé.

- Il s'agit de l'une des méthodes de planification familiale les moins efficaces.
- On observe environ 21 grossesses pour 100 femmes pendant la première année d'utilisation des spermicides tels qu'ils sont utilisés habituellement. Cela signifie que 79 femmes sur 100 utilisant les spermicides ne tomberont pas enceintes.
- Lorsqu'ils sont utilisés correctement à chaque rapport sexuel, on observe environ 16 grossesses pour 100 femmes pendant la première année d'utilisation.

Retour de la fécondité après l'arrêt des spermicides : aucun délai

Protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST) : aucune. L'utilisation fréquente du nonoxynol-9 pourrait augmenter le risque d'infection par le VIH (voir la question 3, p. 286).

Effets secondaires, bénéfices et risques pour la santé

Effets secondaires (voir Prendre en charge les problèmes, p. 283)

Certaines utilisatrices indiquent les problèmes suivants :

- irritation à l'intérieur et autour du vagin ou au niveau du pénis.

Autres changements physiques possibles :

- lésions vaginales.

Bénéfices connus pour la santé

Aide à protéger contre :

- le risque de grossesse ;

Risques connus pour la santé

Peu fréquentes :

- infection urinaire, particulièrement en cas d'utilisation des spermicides au moins 2 fois par jour.

Rares :

- l'utilisation fréquente du nonoxynol-9 pourrait augmenter le risque d'infection par le VIH (voir la question 3, p. 286).

Corriger les idées reçues (voir aussi Questions/réponses, p. 286)

Les spermicides :

- ne réduisent pas les sécrétions vaginales et ne font pas saigner la femme pendant les rapports sexuels ;
- ne sont pas une cause de cancer du col de l'utérus ou de malformations congénitales ;
- ne protègent pas contre les IST ;
- n'altèrent pas la libido chez l'homme ou la femme et n'atténuent pas le plaisir sexuel chez la plupart des hommes ;
- n'entraînent pas l'interruption des saignements menstruels chez la femme.

Pourquoi les spermicides sont-ils appréciés de certaines femmes ?

- C'est une méthode sous le contrôle de la femme.
- Ils n'ont aucun effet secondaire hormonal.
- Ils favorisent la lubrification vaginale.
- Ils peuvent être utilisés sans consulter auparavant un prestataire de soins de santé.
- Ils peuvent être insérés à l'avance, ce qui évite toute interruption du rapport.

Qui peut et qui ne peut pas utiliser les spermicides ?

Sans risques et adaptés à quasiment toutes les femmes

Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation des

Spermicides

Toutes les femmes peuvent utiliser sans risques les spermicides, exceptées celles qui :

- sont exposées à un risque élevé d'infection par le VIH ;
- sont atteintes du VIH.

Les femmes exposées à un risque élevé de VIH ou vivant avec le VIH devraient utiliser une autre méthode.

Fourniture des spermicides

Quand commencer ?

- À tout moment, dès que la patiente le souhaite.

Expliquer comment utiliser les spermicides

Lui donner des spermicides	• Lui donner des spermicides en quantité suffisante, pour une année d'utilisation si possible.
Expliquer comment insérer les spermicides dans le vagin	**1.** Vérifier la date de péremption et éviter d'utiliser des spermicides dont la date est dépassée. – Se laver les mains avec de l'eau propre et du savon doux si possible. **2.** Mousse ou crème : secouer vigoureusement le flacon/tube de mousse ; presser le spermicide du flacon ou du tube dans un applicateur en plastique ; insérer l'applicateur tout au fond du vagin près du col et pousser le piston. Comprimés, ovules, gels : insérer les spermicides tout au fond du vagin près du col à l'aide d'un applicateur ou avec les doigts. Film : le plier en deux ou l'insérer avec les doigts secs (sinon il collera aux doigts et pas au col).
Expliquer quand insérer les spermicides dans le vagin	• Mousse ou crème : à tout moment, moins d'une heure avant les rapports sexuels. • Comprimés, ovules, gels : entre 10 minutes et une heure avant les rapports sexuels, suivant le type.
Parler des rapports sexuels répétés	• Insérer à nouveau des spermicides juste avant chaque rapport sexuel vaginal.
Éviter la douche vaginale après les rapports sexuels	• La douche vaginale est déconseillée car elle éliminera les spermicides et augmentera le risque d'IST. • Si vous devez vous doucher, attendre au moins 6 heures après le rapport pour le faire.

Accompagner l'utilisatrice

Vérifier que la patiente comprend l'utilisation correcte	• Demander à la patiente de répéter comment et quand elle doit insérer les spermicides.
Décrire les effets secondaires les plus fréquents	• Démangeaisons et irritation à l'intérieur ou autour du vagin ou au niveau du pénis.
Expliquer l'utilisation de la pilule contraceptive d'urgence (PCU)	• Expliquer l'utilisation de la PCU en cas d'utilisation incorrecte ou de non-utilisation des spermicides (voir Pilules contraceptives d'urgence, p. 49). Donner des PCU, si disponibles.
Expliquer la conservation du produit	• Les spermicides doivent être conservés dans un endroit frais et sec, si possible à l'abri de la lumière directe du soleil. Les ovules peuvent fondre à la chaleur. S'ils sont conservés au sec, les comprimés moussants risquent moins de fondre lorsqu'il fait chaud.

En quoi le partenaire peut-il être utile ?

Il est bienvenu que le partenaire de la patiente puisse l'accompagner afin d'entendre les conseils et d'en savoir plus sur la méthode et la façon dont il peut aider sa partenaire. Le partenaire masculin peut :

- soutenir la femme dans le choix des spermicides ou du diaphragme associé aux spermicides ;
- discuter et convenir de l'utilisation des spermicides en en comprenant parfaitement le mode d'utilisation ;
- l'aider à se rappeler d'utiliser les spermicides ou le diaphragme associé aux spermicides à chaque rapport ;
- l'aider à veiller à toujours en avoir à portée de main ;
- s'assurer qu'elle dispose de PCU en cas de non-utilisation des spermicides ou du diaphragme, ou si le diaphragme s'est délogé ;
- utiliser systématiquement des préservatifs en complément des spermicides ou du diaphragme associé aux spermicides s'il est atteint d'une IST ou du VIH ou s'il pense être exposé à un risque d'IST ou de VIH.

Diaphragmes

Points-clés pour les prestataires et les patientes

- **Le diaphragme doit être placé au fond du vagin peu avant le rapport sexuel.** Il recouvre le col de l'utérus. Il offre une meilleure efficacité lorsqu'il est utilisé en association avec les spermicides.
- **Un examen pelvien peut s'avérer nécessaire avant de commencer à l'utiliser.** Le prestataire doit choisir un diaphragme de taille adaptée.
- **Pour une efficacité optimale, il doit être utilisé correctement lors de chaque rapport sexuel.**

Qu'est-ce que le diaphragme ?

- C'est une coupelle souple en latex qui recouvre le col de l'utérus. Des diaphragmes en plastique ou en silicone peuvent également être disponibles.
- Le bord est constitué d'un ressort circulaire souple qui maintient le diaphragme en place.
- Pour une meilleure efficacité, il convient de l'utiliser en association avec des spermicides en crème, gel ou mousse.
- Il existe en plusieurs tailles. Le choix doit être déterminé par un prestataire spécialement formé. Des diaphragmes à taille unique, adaptés à toutes, commencent à être disponibles. Ceux-ci ne requièrent pas l'intervention d'un prestataire. (Voir la question 9, p. 287).
- Son mode d'action consiste à empêcher les spermatozoïdes de pénétrer dans le col de l'utérus. Les spermicides les détruisent ou les rendent inactifs. Ils empêchent tous deux les spermatozoïdes d'atteindre l'ovocyte.

Quelle efficacité ?

L'efficacité dépend de l'utilisatrice : c'est lorsque le diaphragme et les spermicides ne sont pas utilisés lors de chaque rapport sexuel que le risque de grossesse est le plus élevé.

- On observe environ 17 grossesses pour 100 femmes pendant la première année d'utilisation du diaphragme associé aux spermicides tels qu'ils sont utilisés habituellement. Cela signifie que 83 femmes sur l00 utilisant le diaphragme ne tomberont pas enceintes.
- Lorsqu'ils sont utilisés correctement à chaque rapport sexuel, on observe environ 16 grossesses pour 100 femmes pendant la première année d'utilisation.

Retour de la fécondité après avoir arrêté l'utilisation du diaphragme : aucun délai

Protection contre les IST : s'il peut conférer une certaine protection contre certaines IST, il ne constitue pas un moyen de prévention contre les IST (voir la question 8, p. 287).

Effets secondaires, bénéfices et risques pour la santé

Effets secondaires (voir Prendre en charge les problèmes, p. 283)

Certaines utilisatrices signalent les problèmes suivants :

- irritation à l'intérieur ou autour du vagin ou du pénis.

Autres changements physiques possibles :

- lésions vaginales.

Bénéfices connus pour la santé

Aide à protéger contre :

- le risque de grossesse ;

Peut aider à protéger contre :

- certaines IST (chlamydia, gonorrhée, maladie inflammatoire pelvienne, trichomonase) ;
- les lésions précancéreuses et le cancer du col de l'utérus.

Risques connus pour la santé

Fréquents à peu fréquents :

- infection urinaire.

Peu fréquents :

- vaginose bactérienne ;
- candidose.

Rares :

- l'utilisation fréquente du nonoxynol-9 pourrait augmenter le risque d'infection par le VIH (voir la question 3, p 286).

Extrêmement rares :

- syndrome du choc toxique.

Corriger les idées reçues (voir aussi Questions/réponses, p. 286)

Le diaphragme :

- n'affecte pas la sensation de contact sexuel. Quelques hommes indiquent qu'ils sentent le diaphragme pendant les rapports sexuels mais, pour la plupart, ce n'est pas le cas ;
- ne peut pas passer à travers le col de l'utérus. Il ne peut pas rentrer dans l'utérus et ne peut pas se perdre dans le corps de la femme ;
- ne cause pas le cancer du col de l'utérus.

Pourquoi le diaphragme est-il apprécié de certaines femmes ?

- C'est une méthode sous le contrôle de la femme.
- Il n'a aucun effet secondaire hormonal.
- Il peut être inséré à l'avance, ce qui évite toute interruption du rapport.

Qui peut et qui ne peut pas utiliser le diaphragme ?

Sans risques et adapté à quasiment toutes les femmes

Pratiquement toutes les femmes peuvent utiliser le diaphragme sans risques et de manière efficace.

Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation du

Diaphragme

Poser à la patiente les questions ci-après portant sur ses problèmes médicaux connus. Aucun examen ni aucune analyse ne sont nécessaires. Si elle répond NON à toutes les questions, elle peut alors commencer à utiliser le diaphragme si elle le souhaite. Si elle répond OUI à l'une des questions, suivre les instructions. Dans certains cas, elle pourra quand même commencer à utiliser le diaphragme. Ces questions s'appliquent également à la cape cervicale (voir p. 289).

1. Avez-vous récemment accouché ou eu un avortement spontané ou provoqué au cours du deuxième trimestre ? Si oui, quand ?

❑ NON ❑ **OUI** La taille du diaphragme peut être choisie à partir de 6 semaines après l'accouchement ou l'avortement provoqué ou spontané au cours du deuxième trimestre, lorsque le col et l'utérus ont retrouvé leur taille normale. Lui fournir une méthode d'appoint* qu'elle pourra utiliser en attendant.

2. Êtes-vous allergique au latex ?

❑ NON ❑ **OUI** Ne pas donner de diaphragme en latex. Elle pourra utiliser un diaphragme en plastique.

3. Êtes-vous séropositive au VIH ? Pensez-vous être exposée à un risque élevé de VIH ? (Décrire les différentes situations susceptibles d'exposer la femme à un risque élevé d'infection par le VIH, par exemple, si son partenaire est atteint du VIH.) [Voir Qui est exposé aux infections sexuellement transmissibles, dont le VIH, p. 330].)

❑ NON ❑ **OUI** Ne pas donner de diaphragme. Pour une protection contre le VIH, recommander d'utiliser des préservatifs, seuls ou en association avec une autre méthode.

Pour consulter les classifications complètes, voir les Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation de la contraception, p. 388.

S'assurer d'expliquer les bénéfices et les risques pour la santé ainsi que les effets secondaires de la méthode que la patiente utilisera. Lui signaler également toute affection en raison de laquelle la méthode ne serait pas indiquée, si cela apparaît pertinent dans son cas.

* *Les méthodes d'appoint sont l'abstinence, les préservatifs masculins et féminins, les spermicides et le retrait. Lui préciser que les spermicides et le retrait sont les méthodes contraceptives les moins efficaces. Si possible, lui donner des préservatifs.*

Recourir au jugement clinique dans les cas spéciaux

En règle générale, une femme se trouvant dans l'une des situations citées ci-après ne devrait pas utiliser de diaphragme. Toutefois, dans des circonstances spéciales, en cas d'indisponibilité d'autres méthodes plus adéquates, ou si la patiente ne les trouve pas acceptables, un prestataire qualifié pourra évaluer attentivement l'état de santé et la situation de la femme en question et décider qu'elle peut utiliser le diaphragme en association avec les spermicides. Le prestataire devra évaluer la gravité de son problème et, pour la plupart des affections, déterminer si elle aura accès à un suivi.

- Antécédents de syndrome de choc toxique.
- Allergie au latex, notamment en cas de réaction légère (voir Légère irritation à l'intérieur ou autour du vagin ou du pénis ou Légère réaction allergique au préservatif, p. 256).
- Infection à VIH.

Fourniture du diaphragme

Quand commencer ?

Situation de la femme	Quand commencer ?
À tout moment	**À tout moment** • Si elle a accouché à terme ou a eu un avortement spontané ou provoqué au cours du deuxième trimestre il y a moins de 6 semaines, lui donner, si besoin, une méthode d'appoint jusqu'à ce que la 6e semaine se soit écoulée.
Conseils spéciaux pour les femmes changeant de méthode	• Lui recommander de poursuivre la méthode qu'elle souhaite arrêter pendant qu'elle essaie le diaphragme. Elle pourra l'arrêter une fois qu'elle saura utiliser le diaphragme avec suffisamment d'assurance.

* *Les méthodes d'appoint sont l'abstinence, les préservatifs masculins et féminins, les spermicides et le retrait. Lui préciser que les spermicides et le retrait sont les méthodes contraceptives les moins efficaces. Si possible, lui donner des préservatifs.*

Expliquer le processus de détermination de la taille

Déterminer la taille de diaphragme adaptée demande formation et pratique. Par conséquent, il s'agit d'un récapitulatif et non pas d'instructions détaillées.

1. The Le prestataire respecte les mesures de prévention des infections. (voir Prévention des infections dans le centre de santé, p. 376).
2. La femme est couchée sur le dos pour l'examen pelvien.
3. Le prestataire vérifie s'il existe des problèmes qui rendraient impossible l'utilisation du diaphragme, par exemple, un prolapsus utérin.
4. Le prestataire insère l'index et le majeur dans le vagin pour déterminer la taille adaptée du diaphragme.
5. Le prestataire insère un diaphragme adapté dans le vagin de la femme, de sorte à couvrir le col. Le prestataire vérifie ensuite l'emplacement du col et vérifie que le diaphragme est bien ajusté et ne sort pas facilement.
6. Le prestataire donne à la femme un diaphragme adapté et des spermicides en quantité suffisante pour les utiliser en association. Il lui explique comment les utiliser correctement (voir Expliquer comment utiliser le diaphragme, ci-après).

Si le diaphragme est bien ajusté, la patiente ne devrait en principe pas le sentir dans son vagin, y compris lors de ses différents mouvements ou lors de ses rapports sexuels.

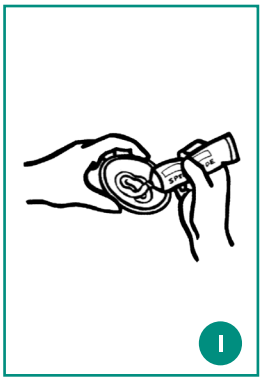
Expliquer comment utiliser le diaphragme

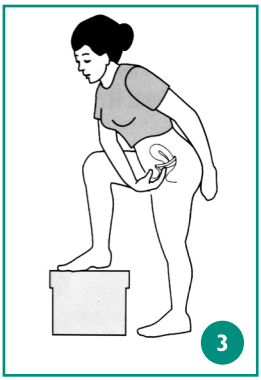
IMPORTANT: si possible, montrer à la femme l'emplacement de l'os pubien et du col de l'utérus sur un modèle ou une image. Expliquer que le diaphragme est inséré derrière l'os pubien et recouvre le col.

Expliquer les 5 fondamentaux de l'utilisation du diaphragme

Fondamentaux	Détails importants
1. Appliquer l'équivalent d'une cuillerée de spermicides en crème, gel ou mousse dans le diaphragme et sur les bords	• Se laver les mains avec de l'eau propre et du savon doux si possible. • Vérifier l'absence de trous, de craquelures ou de déchirures en l'exposant à la lumière. • Vérifier la date de péremption des spermicides et éviter d'utiliser des spermicides dont la date est dépassée.
2. Presser les bords opposés entre les doigts et pousser le diaphragme dans le vagin aussi loin que possible	• Insérer le diaphragme moins de 6 heures avant les rapports sexuels. • Choisir une position confortable pour l'insertion, par exemple, accroupie, debout avec une jambe surélevée, assise ou allongée.

Fondamentaux	Détails importants
3. Toucher le diaphragme pour s'assurer qu'il recouvre le col de l'utérus	• Au niveau du dôme du diaphragme, le col de l'utérus ressemble au bout du nez au toucher. • Si le diaphragme est gênant, le retirer et le réinsérer.





4. Le laisser en place au moins pendant 6 heures après le rapport sexuel	• Laisser le diaphragme en place au minimum pendant 6 heures après le rapport sexuel, mais pas plus de 24 heures. • *Laisser le diaphragme en place pendant plus d'une journée peut augmenter le risque de syndrome de choc toxique.* Cela peut également provoquer une mauvaise odeur et des pertes vaginales. (Les odeurs est les pertes vaginales disparaissent d'elles-mêmes une fois le diaphragme retiré.) • En cas de rapports sexuels répétés, s'assurer que le diaphragme est bien positionné et ajouter des spermicides devant le diaphragme avant chaque rapport.
5. Pour le retirer, glisser un doigt sous le bord du diaphragme, le faire descendre et le retirer	• Se laver les mains avec de l'eau propre et du savon doux si possible. • Insérer un doigt dans le vagin jusqu'à sentir le bord du diaphragme. • Glisser doucement le doigt sous le bord et faire descendre le diaphragme pour le retirer. Veiller à ne pas le déchirer avec l'ongle. • Laver le diaphragme à l'eau propre et au savon doux et le sécher après chaque utilisation.

Accompagner l'utilisatrice

Vérifier que la patiente comprend l'utilisation correcte	• Demander à la patiente de répéter comment et quand elle doit insérer et retirer le diaphragme.
Expliquer que l'utilisation devient plus facile avec le temps	• La pose et le retrait du diaphragme deviennent plus faciles avec le temps.
Décrire les effets secondaires les plus fréquents	• Démangeaisons et irritation à l'intérieur et autour du vagin ou au niveau du pénis.
Expliquer l'utilisation de la pilule contraceptive d'urgence (PCU)	• Expliquer l'utilisation de la PCU en cas d'utilisation incorrecte ou de déplacement du diaphragme (voir Pilules contraceptives d'urgence, p. 49). Donner des PCU, si disponibles.
Expliquer le remplacement du diaphragme	• Lorsque le diaphragme devient plus fin, commence à être troué ou à se rigidifier, il ne doit plus être utilisé et doit être remplacé. La femme doit se procurer un nouveau diaphragme tous les deux ans environ.

Conseils pour les utilisatrices des spermicides ou du diaphragme en association avec les spermicides

- Les spermicides doivent être conservés dans un endroit frais et sec, si possible à l'abri de la lumière directe du soleil. Les ovules peuvent fondre à la chaleur. S'ils sont conservés au sec, les comprimés moussants risquent moins de fondre lorsqu'il fait chaud.
- Le diaphragme doit être conservé dans un endroit frais et sec, si possible.
- Elle devra se procurer un nouveau diaphragme adapté à sa taille après un accouchement ou un avortement spontané ou provoqué au cours du deuxième trimestre.

« Revenez à n'importe quel moment » : raisons de revenir

Indiquer à chaque patiente qu'elle peut revenir à n'importe quel moment, par exemple, si elle a des problèmes, des questions ou si elle souhaite utiliser une autre méthode. Elle peut également revenir si elle constate un changement important dans son état de santé ou si elle pense être enceinte.

Conseil santé :

une personne qui sent soudainement que quelque chose va mal avec sa santé devrait immédiatement chercher à obtenir des soins médicaux auprès d'une infirmière ou d'un médecin. Il est fort probable que la cause de cet état ne soit pas la méthode contraceptive, mais elle devrait quand même indiquer laquelle elle utilise à l'infirmière ou au médecin.

Accompagner les utilisatrices continues

1. Demander à la patiente si tout se passe bien avec la méthode et si elle en est satisfaite. Lui demander si elle a des questions ou si elle souhaite discuter de certains aspects en particulier.
2. Lui demander si elle a des problèmes pour utiliser correctement la méthode. Lui donner des informations ou l'aide dont elle a besoin (voir Prendre en charge les problèmes, ci-après).
3. Lui remettre suffisamment de produits et lui recommander de revenir pour en obtenir avant qu'elle n'arrive à court de réserves. Lui rappeler les autres endroits où elle peut également se procurer des spermicides lorsqu'elle en a besoin.
4. Demander aux patientes qui utilisent la méthode depuis longtemps si elles ont eu de nouveaux problèmes de santé depuis leur dernier rendez-vous. Traiter les problèmes, selon qu'il convient. En cas de nouveaux problèmes de santé qui nécessiteront peut-être un changement de méthode, voir p. 285.
5. Demander aux patientes qui utilisent la méthode depuis longtemps si des changements importants susceptibles de modifier leurs besoins sont survenus dans leur vie, par exemple, le projet d'avoir des enfants ou l'exposition à un risque d'IST ou de VIH. Assurer le suivi, tel que nécessaire.

Prendre en charge les problèmes

Problèmes signalés comme effets secondaires ou liés à l'utilisation

Ils peuvent être dus à la méthode, mais pas forcément.

- Les effets secondaires ou les problèmes rencontrés avec les spermicides ou le diaphragme ont une incidence sur le niveau de satisfaction des patientes et sur l'utilisation de la méthode. Le prestataire de soins doit y prêter attention. Si la patiente signale des effets secondaires ou des problèmes, écouter ses préoccupations, lui donner des conseils, lui apporter un soutien et, si nécessaire, un traitement. Vérifier qu'elle a bien compris les conseils et qu'elle les accepte.
- Proposer d'aider la patiente à choisir une autre méthode, immédiatement si elle le souhaite ou plus tard si les problèmes ne peuvent pas être résolus.

Difficultés à insérer ou à retirer le diaphragme

- Lui donner des conseils sur sa pose et son retrait. Lui demander d'insérer et de retirer le diaphragme au cours de sa visite au centre de santé. Vérifier s'il est bien placé une fois qu'elle l'a inséré. Corriger toutes les erreurs.

Gênes ou douleurs liées à l'utilisation du diaphragme

- Un trop grand diaphragme peut causer une gêne. Vérifier que la taille est adaptée.
  - Lui donner un diaphragme plus petit si le sien est trop grand.
  - Si la taille est la bonne et que différents types de diaphragmes sont disponibles, lui en faire essayer un différent.
- Lui demander d'insérer et de retirer le diaphragme pendant sa visite au centre de santé. Vérifier si le diaphragme est bien placé une fois qu'elle l'a inséré. Lui donner les conseils nécessaires.
- Vérifier l'absence de lésions vaginales :

- s'il existe des lésions ou des plaies vaginales, proposer d'utiliser une autre méthode temporairement (préservatifs ou contraceptifs oraux) et lui remettre les produits. Les lésions guériront d'elles-mêmes si elle passe à une autre méthode.
- Rechercher une infection vaginale ou une infection sexuellement transmissible (IST). La prendre en charge, fournir un traitement ou l'orienter pour un traitement le cas échéant.

Irritation à l'intérieur ou autour du vagin ou au niveau du pénis (démangeaisons, éruption cutanée ou irritation depuis plus d'un jour)

- Rechercher une infection vaginale ou une IST. La prendre en charge, fournir un traitement ou l'orienter pour un traitement le cas échéant.
- En l'absence d'infection, lui proposer d'essayer un autre type ou une autre marque de spermicides.

Infection urinaire (brûlures ou douleurs à la miction, mictions fréquentes en petites quantités, sang dans les urines, douleurs dans le dos)

- Lui donner 240 mg de cotrimoxazole par voie orale une fois par jour pendant 3 jours, ou 100 mg de triméthoprime par voie orale une fois par jour pendant 3 jours, ou 50 mg de nitrofurantoïne par voie orale deux fois par jours pendant 3 jours.
- Si l'infection récidive, envisager de fournir à la patiente un diaphragme de plus petite taille.

Vaginose bactérienne (pertes vaginales anormales, blanches ou grises malodorantes, et possible brûlures à la miction et/ou démangeaisons au niveau du vagin)

- Lui donner 2 g de métronidazole par voie orale en dose unique ou 400 à 500 mg de métronidazole par voie orale deux fois par jours pendant 7 jours.

Candidose (pertes vaginales anormales blanches liquides ou épaisses et grumeleuses, et possibles brûlures à la miction et/ou rougeurs et démangeaisons au niveau du vagin)

- Lui donner 150 mg de fluconazole par voie orale en dose unique, 1 ovule contenant 200 mg de miconazole une fois par jour pendant 3 jours ou un comprimé vaginal contenant 100 mg de clotrimazole deux fois par jour pendant 3 jours.
- Les ovules de miconazole sont à base d'huile et peuvent endommager les diaphragmes en latex. Les femmes utilisant du miconazole par voie vaginale ne devraient pas utiliser de diaphragme ou de préservatifs en latex pendant le traitement. Leur recommander d'utiliser des préservatifs féminins ou masculins en plastique ou une autre méthode
en attendant la fin du traitement. (Le traitement par voie orale n'endommagera pas le latex).

Suspicion de grossesse

- Déterminer si elle est enceinte.
- Il n'y a pas de risque connu pour le fœtus conçu lorsqu'une femme utilise des spermicides.

Nouveaux problèmes pouvant nécessiter un changement de méthode

Ils peuvent être dus à la méthode, mais pas forcément.

Infections urinaires ou infections vaginales récidivantes (vaginoses bactériennes, candidoses)

- Si l'infection récidive, envisager de fournir à la patiente un diaphragme de plus petite taille.

Allergie au latex (rougeurs, démangeaisons, éruption cutanée et/ou gonflement au niveau des parties génitales, de l'aine ou des cuisses [réaction légère], urticaire ou éruption cutanée étendue sur le corps, vertiges, difficultés à respirer ou perte de conscience [réaction grave]

- Dire à la patiente d'arrêter d'utiliser le diaphragme en latex. Lui remettre un diaphragme en plastique si disponible ou l'aider à choisir une autre méthode, hormis les préservatifs en latex.

Syndrome du choc toxique (fièvre élevée et soudaine, éruption cutanée sur le corps, vomissements, diarrhée, vertiges, maux de gorge et myalgies). Voir Signes et symptômes de graves problèmes de santé, p. 384

- Donner un traitement à la patiente ou l'orienter immédiatement vers les services de diagnostic et de soins. Le syndrome du choc toxique peut mettre la vie de la patiente en danger.
- Dire à la patiente d'arrêter d'utiliser le diaphragme. L'aider à choisir une autre méthode hormis la cape cervicale.

Questions/réponses à propos des spermicides et diaphragmes

1. Les spermicides sont-ils une cause de malformations congénitales ? Sont-ils nocifs pour le fœtus si une femme utilise accidentellement des spermicides alors qu'elle est enceinte ?

Non. Il existe de solides données montrant que les spermicides ne causent pas de malformations et qu'ils ne seront pas nocifs pour le fœtus si une femme tombe enceinte alors qu'elle en utilise ou si elle en utilise alors qu'elle est enceinte sans le savoir.

2. Les spermicides sont-ils une cause de cancer ?

Non, les spermicides ne causent pas le cancer.

3. Est-ce que les spermicides augmentent le risque d'infection par le VIH ?

Les femmes qui utilisent plusieurs fois par jour du nonoxynol-9 sont probablement exposées à un risque accru d'être infectées par le VIH. Les spermicides peuvent causer une irritation vaginale susceptible de provoquer de petites lésions sur la paroi vaginale ou sur les parties génitales externes. Ces lésions peuvent faciliter l'infection par le VIH. Les études qui suggèrent que l'utilisation des spermicides pourrait augmenter le risque d'infection par le VIH portaient sur des femmes qui utilisaient les spermicides plusieurs fois par jour. Les femmes qui ont plusieurs rapports sexuels chaque jour devraient utiliser une autre méthode contraceptive. Une étude portant sur des femmes utilisant le nonoxynol-9 en moyenne 3 fois par semaine n'a, en revanche, mis en évidence aucun risque accru d'infection par le VIH chez ces femmes par rapport à celles qui n'utilisaient pas de spermicides. De nouveaux spermicides moins irritants seront probablement bientôt disponibles.

4. Le diaphragme est-il inconfortable pour les femmes ?

Non, s'il est à la bonne taille et bien posé. En général, la femme et son partenaire ne sentent pas le diaphragme pendant les rapports sexuels. Le prestataire choisit pour chaque femme un diaphragme de taille adaptée de façon à faciliter son positionnement et à éviter toute douleur. S'il s'avère gênant, la femme devrait revenir pour vérifier s'il est bien adapté et si elle sait l'insérer et le retirer correctement.

5. Si une femme utilise le diaphragme sans spermicides, suffira-t-il à prévenir la grossesse ?

On ne dispose pas de preuves suffisantes permettant de l'affirmer avec certitude. Certaines études ont mis en évidence des taux de grossesse plus élevés chez des

utilisatrices du diaphragme n'utilisant pas de spermicides. Par conséquent, il est déconseillé d'utiliser un diaphragme sans spermicides.

6. Une femme peut-elle laisser le diaphragme en place toute une journée ?

Oui, bien qu'il soit, en règle générale, déconseillé de le faire. Une femme peut laisser un diaphragme en place toute une journée si elle est dans l'impossibilité de l'insérer peu avant les rapports sexuels. En revanche, elle doit éviter de laisser le diaphragme en place pendant plus de 24 heures. En effet, cela augmente le risque de syndrome de choc toxique.

7. Une femme peut-elle utiliser des lubrifiants avec un diaphragme ?

Oui, mais uniquement des lubrifiants à base d'eau ou de silicone si le diaphragme est en latex. Les produits à base d'huile peuvent endommager le latex. Les produits ne devant pas être utilisés avec le latex incluent les huiles culinaires, les huiles à usage pédiatrique, l'huile de coco et les huiles minérales. Les gels à base de pétrole, les lotions, les crèmes de beauté, le beurre, le beurre de cacao et la margarine sont également à proscrire. En revanche, les lubrifiants à base d'huile n'endommagent pas les diaphragmes en plastique. En règle générale, les spermicides apportent suffisamment de lubrification aux utilisatrices du diaphragme.

8. Le diaphragme aide-t-il les femmes à se protéger du risque d'IST, y compris le VIH ?

Les recherches montrent que le diaphragme peut conférer une certaine protection contre les infections du col telles que la gonorrhée et l'infection à chlamydia. Certaines études ont également montré que le diaphragme pouvait protéger contre les maladies inflammatoires pelviennes et la trichomonase. L'adjonction d'un microbicide au diaphragme pour aider à prévenir toute infection par le VIH ou d'autres IST est en cours d'évaluation. Pour l'heure, seuls les préservatifs féminins et masculins sont recommandés en prévention du VIH et des autres IST.

9. Existe-t-il un nouveau diaphragme à taille unique ?

Oui. Le diaphragme SILCS à taille unique a été conçu pour convenir à un maximum de femmes et ne nécessite pas l'aide d'un prestataire spécialement formé. Fabriqué en silicone, il peut s'avérer plus facile à manier et plus confortable que les diaphragmes en latex classiques. Il est connu sous la marque Caya dans une trentaine de pays. Utilisé en association avec un gel spermicide, il offre une protection comparable aux diaphragmes classiques.

10. Qu'est-ce que l'éponge vaginale et quelle est son efficacité ?

L'éponge vaginale est en plastique et contient des spermicides. Elle doit être humidifiée avec de l'eau et insérée dans le vagin de sorte à être bien placée au contact du col de l'utérus. Chaque éponge ne peut être utilisée qu'une seule fois. Elle n'est pas disponible partout.

L'efficacité dépend de l'utilisatrice : c'est lorsque la femme n'utilise pas l'éponge lors de chaque rapport sexuel que le risque de grossesse est le plus élevé.

Pour les femmes qui ont déjà accouché :

- telle qu'elle est utilisée habituellement, il s'agit de l'une des méthodes les moins efficaces ;
- on observe environ 32 grossesses pour 100 femmes pendant la première année d'utilisation de l'éponge telle qu'elle est utilisée habituellement ;
- lorsqu'elle est utilisée systématiquement à chaque rapport sexuel, on observe environ 20 grossesses pour 100 femmes au cours de la première année d'utilisation ;

Elle s'avère plus efficace pour les femmes qui n'ont pas encore accouché :

- on observe environ 16 grossesses pour 100 femmes pendant la première année d'utilisation de l'éponge telle qu'elle est utilisée habituellement ;
- lorsqu'elle est utilisée systématiquement à chaque rapport sexuel, on observe environ 9 grossesses pour 100 femmes au cours de la première année d'utilisation).

Capes cervicales

Points clés pour les prestataires et les patientes

- **La cape cervicale est placée au fond du vagin avant les rapports sexuels.** Elle couvre le col.
- **Elle doit être utilisée correctement à chaque rapport sexuel pour une efficacité optimale.**
- **Elle s'utilise avec des spermicides pour une meilleure efficacité.**

Qu'est-ce que la cape cervicale ?

- Une coupole en latex ou en plastique à la texture douce qui recouvre entièrement le col de l'utérus.
- Elle est disponible en plusieurs tailles ; un prestataire ayant suivi une formation spéciale doit déterminer celle qui convient le mieux à la patiente.

Quelle efficacité ?

L'efficacité dépend de l'utilisatrice : c'est lorsque la cape cervicale et les spermicides ne sont pas utilisés systématiquement à chaque rapport sexuel que le risque de grossesse est le plus élevé.

Chez la femme qui a déjà accouché :

- il s'agit de l'une des méthodes les moins efficaces, telle qu'utilisée habituellement.
- On observe environ 32 grossesses pour 100 femmes pendant la première année d'utilisation de la cape cervicale associée aux spermicides tels qu'ils sont utilisés habituellement. Autrement dit, 68 femmes utilisant la cape cervicale sur 100 ne tomberont pas enceintes.
- Lorsqu'elle est utilisée correctement à chaque rapport sexuel, on observe environ 26 grossesses pour l00 femmes utilisant la cape cervicale pendant la première année.

Elle est plus efficace chez la femme n'ayant jamais accouché :

- telle qu'elle est utilisée habituellement, on observe environ 16 grossesses pour 100 femmes qui utilisent la cape cervicale associée à des spermicides pendant la première année. Autrement dit, 84 femmes utilisant la cape cervicale sur 100 ne tomberont pas enceintes.
- Lorsqu'elle est utilisée correctement à chaque rapport sexuel, on observe environ 9 grossesses pour l00 femmes utilisant la cape cervicale au cours de la première année.

Retour de la fécondité après l'arrêt de la cape cervicale : aucun délai

Protection contre les infections sexuellement transmissibles : aucune

Effets secondaires, bénéfices et risques pour la santé

Ce sont les mêmes que pour les diaphragmes (voir Diaphragmes, Effets secondaires, bénéfices et risques pour la santé, p. 277).

Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation de

La cape cervicale

Poser à la patiente les questions relatives aux Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation du diaphragme (voir p. 278). Lui poser aussi les questions suivantes sur ses problèmes médicaux connus. Aucun examen ni aucune analyse ne sont nécessaires. Si elle répond NON à toutes les questions incluses ici et à toutes celles pour le diaphragme, alors elle peut commencer à utiliser la cape cervicale si elle le souhaite. Si elle répond OUI à l'une des questions, suivre les instructions. Dans certains cas, elle pourra quand même commencer à utiliser la cape cervicale.

1. Avez-vous déjà été traitée ou allez-vous être traitée pour des lésions précancéreuses du col de l'utérus (néoplasie intraépithéliale cervicale, CIN) ou pour un cancer du col de l'utérus ?

❑ NON ❑ **OUI** Ne pas donner de cape cervicale.

Pour consulter les classifications complètes, voir les Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation de la contraception, p. 388.

S'assurer d'expliquer les bénéfices et les risques pour la santé ainsi que les effets secondaires de la méthode que la patiente utilisera. Lui signaler également toute affection en raison de laquelle la méthode ne serait pas indiquée, si cela apparaît pertinent dans son cas.

Fourniture de la cape cervicale

Les recommandations relatives à la cape cervicale sont les mêmes que celles pour la fourniture du diaphragme (voir p. 270) pour l'accompagnement des utilisatrices de diaphragme (voir p. 283). Voici les principales différences :

Insertion

- Remplir un tiers de la cape avec une crème, un gel ou une mousse spermicide.
- Presser le rebord de la cape autour du col de l'utérus jusqu'à ce que celui-ci soit entièrement recouvert, en pressant doucement sur le dôme pour appliquer une succion et sceller ainsi la cape.
- Insérer la cape cervicale à n'importe quel moment, 42 heures au maximum avant un rapport sexuel.

Retrait

- Laisser la cape cervicale en place pendant au moins 6 heures après la dernière éjaculation du partenaire, mais pas plus de 48 heures après le moment où elle a été mise en place.
- Le fait de laisser la cape en place pendant plus de 48 heures peut augmenter le risque de syndrome de choc toxique et risque de dégager une mauvaise odeur et de provoquer des pertes vaginales.
- Faire pression sur le rebord de la cape jusqu'à ce qu'elle se détache du col et descendre doucement la cape pour la sortir du vagin.

Méthodes basées sur la connaissance de la fécondité

Points clés pour les prestataires et les patientes

- **Les méthodes basées sur la connaissance de la fécondité requièrent la coopération des deux partenaires.** Les couples doivent être déterminés à s'abstenir de relations sexuelles ou à utiliser une autre méthode lors des jours féconds.
- **La femme doit faire attention aux changements dans son corps ou doit suivre les jours, selon les règles applicables pour la méthode choisie.**
- **Il n'y pas d'effets secondaires ni de risques pour la santé.**

Que sont les méthodes basées sur la connaissance de la fécondité ?

- « La connaissance de la fécondité » signifie que la femme sait dire quand la période féconde de son cycle menstruel commence et quand elle se termine. (La période féconde est celle où elle peut tomber enceinte.)
- Cette méthode est parfois appelée abstinence périodique ou planification familiale naturelle.
- Une femme peut utiliser plusieurs méthodes, soit seules soit en combinaison, pour déterminer quand la période féconde commence et quand elle se termine.
- Pour les *méthodes basées sur le calendrier*, la femme doit suivre les jours de son cycle menstruel pour identifier le début et la fin de la période féconde.
  - Exemples : la méthode des jours fixes qui consiste à éviter les rapports sexuels vaginaux non protégés entre le 8e et le 19e jour du cycle menstruel, et la méthode du rythme.
- Les *méthodes basées sur les symptômes* consistent à observer les signes de fécondité.
  - Sécrétions cervicales : quand une femme voit ou sent des sécrétions cervicales, elle pourrait être féconde. Il arrive qu'elle ne sente qu'une légère humidité vaginale.
  - Température basale du corps (TBC) : la température du corps de la femme au repos augmente légèrement après la libération d'un ovocyte (ovulation). Il est peu probable qu'elle tombe enceinte entre 3 jours après cette hausse de température et le début de ses prochaines règles. Sa température reste plus élevée jusqu'au début de ses prochains saignements menstruels.

– Exemples : méthode des deux jours, méthode TBC, méthode de l'ovulation (également appelée méthode Billings ou méthode des glaires cervicales), et méthode symptothermique.

- Leur principe essentiel est d'aider la femme à savoir quand elle pourrait tomber enceinte. Le couple évite une grossesse en n'ayant pas de rapports sexuels vaginaux non protégés pendant ces jours féconds, généralement en s'abstenant de relations sexuelles ou en utilisant des préservatifs ou un diaphragme. Certains couples utilisent des spermicides ou ont recours au retrait, mais ceux-ci font partie des méthodes les moins efficaces.

Quelle efficacité ?

L'efficacité dépend de l'utilisatrice : c'est lorsque les couples ont des rapports sexuels lors des jours féconds sans utiliser d'autre méthode que le risque de grossesse est le plus élevé.

- On observe environ 15 grossesses pour 100 femmes au cours de la première année de recours à l'abstinence périodique. Autrement dit, 85 femmes sur 100 appliquant l'abstinence périodique ne tomberont pas enceintes. La plupart des couples dans cette étude utilisaient la méthode du rythme.
- Les taux de grossesse en cas d'utilisation systématique et correcte varient selon les différents types de méthode de connaissance de la fécondité (voir tableau ci-dessous). Ces taux reflètent l'expérience des couples qui se sont portés volontaires pour utiliser ces méthodes dans le cadre de projets de recherche (voir la question 3, p. 306). Aucun taux d'efficacité fiable n'est disponible pour la méthode du rythme ou la méthode de la température basale du corps.
- En règle générale, il est plus efficace de s'abstenir de relations sexuelles pendant la période féconde que d'utiliser une autre méthode.

	Grossesses pour 100 femmes pendant la première année	
Méthode	**Utilisation systématique et correcte**	**Telle qu'utilisée habituellement**
Méthodes basées sur le calendrier		
Méthode des jours fixes	5	12
Méthodes basées sur les symptômes		
Méthode des deux jours	4	14
Méthode de l'ovulation	3	23
Méthode symptothermique	<1	2

Retour de la fécondité après l'arrêt des méthodes basées sur la connaissance de la fécondité : aucun délai

Protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST) : aucune

Effets secondaires, bénéfices et risques pour la santé

Effets secondaires

Aucun

Bénéfices connus pour la santé

Les méthodes basées sur la connaissance de la fécondité aident à protéger contre :

- le risque de grossesse ;

Risques connus pour la santé

Aucun

Pourquoi les méthodes basées sur la connaissance de la fécondité sont-elles appréciées de certaines femmes ?

- Elles n'ont aucun effet secondaire.
- Elles ne requièrent aucune intervention et ne nécessitent généralement pas de produits ni de matériel.
- Elles aident la femme à mieux connaître son corps et sa fécondité.
- Elles ne vont pas à l'encontre des principes religieux et culturels relatifs à la contraception de certains couples.
- Elles peuvent être utilisées pour identifier les jours féconds aussi bien par les femmes qui souhaitent tomber enceinte que par celle qui veulent éviter une grossesse.

Corriger les idées reçues (voir aussi Questions/réponses, p. 305)

Les méthodes basées sur la connaissance de la fécondité :

- peuvent être efficaces si elles sont utilisées systématiquement et correctement ;
- n'exigent pas que la personne sache lire et écrire ou qu'elle ait un niveau d'instruction élevé ;
- ne sont pas mauvaises pour la santé des hommes qui s'abstiennent de relations sexuelles ;
- ne sont pas efficaces si le couple ne sait pas identifier la période féconde, par exemple s'il pense qu'elle intervient pendant les règles.

Les méthodes basées sur la connaissance de la fécondité chez la femme vivant avec le VIH

- Les femmes vivant avec le VIH ou sous traitement antirétroviral (ARV) peuvent utiliser les méthodes basées sur la connaissance de la fécondité sans risques.
- Leur recommander vivement d'utiliser des préservatifs en complément des méthodes basées sur la connaissance de la fécondité. S'ils sont mis systématiquement et correctement, les préservatifs aident à prévenir la transmission du VIH et des autres IST.

Qui peut utiliser les méthodes basées sur le calendrier ?

Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation des

Méthodes basées sur le calendrier

Toutes les femmes peuvent utiliser les méthodes basées sur le calendrier. Aucun critère médical ne contre-indique l'utilisation de ces méthodes, mais certaines situations peuvent en compliquer l'utilisation.

Prudence signifie que des conseils supplémentaires ou spécifiques peuvent être nécessaires pour garantir une utilisation correcte de la méthode.

Différer signifie qu'il faut remettre à plus tard l'utilisation d'une méthode basée sur la connaissance de la fécondité donnée jusqu'à ce que le problème soit évalué ou corrigé. Recommander à la patiente une autre méthode qu'elle pourra utiliser jusqu'à ce qu'elle puisse utiliser la méthode basée sur le calendrier.

Dans la situation suivante, agir avec **prudence** en ce qui concerne l'utilisation des méthodes basées sur le calendrier :

- les cycles menstruels sont irréguliers. (Les irrégularités de cycle menstruel sont fréquentes notamment chez les jeunes femmes pendant les premières années où elles ont leurs règles ou chez les femmes plus âgées à l'approche de la ménopause. Il n'est pas toujours facile de déterminer la période féconde dans ces cas.)

Dans les situations suivantes, **différer** l'utilisation des méthodes basées sur le calendrier :

- la femme a accouché récemment ou allaite (**différer** jusqu'à ce qu'elle ait eu au moins 3 cycles menstruels et que ses cycles soient à nouveau réguliers. Pendant plusieurs mois après le retour de cycles réguliers, à utiliser avec prudence) ;
- la femme a eu récemment un avortement spontané ou provoqué (différer jusqu'au début de ses prochaines règles) ;
- la femme a des saignements vaginaux irréguliers (différer jusqu'à ce que ses cycles deviennent plus réguliers).

Dans la situation suivante, **différer** ou agir avec **prudence** en ce qui concerne l'utilisation des méthodes basées sur le calendrier :

- la femme prend des médicaments qui peuvent rendre le cycle menstruel irrégulier (par exemple, certains antidépresseurs, un traitement pour la thyroïde, un traitement de longue durée par certains antibiotiques ou l'utilisation prolongée d'anti-inflammatoires non stéroïdiens tels que l'aspirine ou l'ibuprofène).

Fourniture d'explications sur les méthodes basées sur le calendrier

Quand commencer ?

Après avoir reçu des explications, la femme ou le couple peuvent en général commencer à utiliser les méthodes basées sur le calendrier à tout moment. Donner aux patientes qui ne peuvent pas commencer à les utiliser immédiatement une autre méthode qu'elles pourront utiliser en attendant.

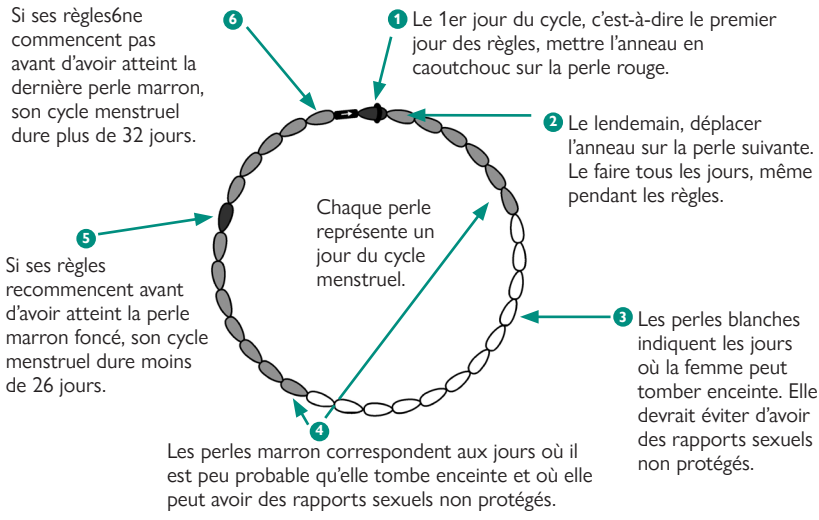
Situation de la femme	Quand commencer ?
A des cycles menstruels réguliers	**À tout moment du mois** • Inutile d'attendre le début de ses prochaines règles.
Absence de saignements menstruels	• Remettre à plus tard l'utilisation des méthodes basées sur le calendrier jusqu'à ce que ses règles reviennent.
Après l'accouchement (qu'elle allaite ou pas)	• Remettre à plus tard l'utilisation de la méthode des jours fixes jusqu'à ce qu'elle ait eu 4 cycles menstruels et que le dernier ait duré de 26 à 32 jours. • Les cycles réguliers reviendront plus tard chez les femmes qui allaitent que chez celles qui n'allaitent pas.
Après un avortement spontané ou provoqué	• Remettre à plus tard l'utilisation de la méthode des jours fixes jusqu'au début de ses prochaines règles, moment où elle pourra commencer à utiliser la méthode si elle n'a pas de saignements dus à une lésion génitale.
Souhaite passer d'une méthode hormonale à une méthode basée sur le calendrier	• Remettre à plus tard l'utilisation de la méthode des jours fixes jusqu'au début de ses prochaines règles. • Si elle passe des injectables à la méthode des jours fixes, remettre à plus tard son utilisation au moins jusqu'au moment où elle aurait reçu sa prochaine injection, puis lui dire de commencer lorsqu'elle aura ses règles suivantes.
Après avoir pris la pilule contraceptive d'urgence	• Remettre à plus tard l'utilisation de la méthode des jours fixes jusqu'au début de ses prochaines règles.

Expliquer comment utiliser les méthodes basées sur le calendrier

Méthode des jours fixes

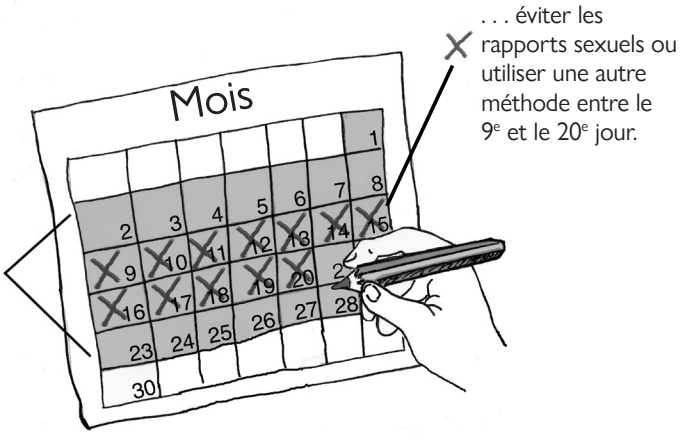
IMPORTANT : une femme peut utiliser la méthode des jours fixes si la plupart de ses cycles menstruels durent de 26 à 32 jours. Si elle a plus de 2 cycles plus longs ou plus courts en l'espace d'une année, la méthode des jours fixes sera moins efficace et il pourrait être préférable qu'elle choisisse une autre méthode.

Suivre les jours du cycle menstruel	• La femme suit les jours de son cycle menstruel, en comptant comme jour 1 le premier jour de ses règles.
Éviter les rapports sexuels non protégés du 8e au 19e jour	• La période allant du 8e jour au 19e jour de chaque cycle est considérée comme celle des jours féconds pour toutes les utilisatrices de la méthode des jours fixes. • Le couple évite les rapports sexuels vaginaux ou utilise des préservatifs ou un diaphragme du 8e au 19e jour. Il peut également utiliser le retrait ou les spermicides, mais ces méthodes sont moins efficaces. • Le couple peut avoir des rapports sexuels non protégés tous les autres jours du cycle, c'est-à-dire du 1er au 7e jour au début du cycle et à partir du 20e jour jusqu'au début des règles suivantes.
Utiliser des aide-mémoires si nécessaire	• Le couple peut utiliser le collier du cycle dont les perles de couleur différentes indiquent les jours féconds et non féconds d'un cycle (voir schéma ci-dessous), ou alors il peut marquer les jours sur un calendrier ou utiliser une autre forme d'aide-mémoire.



Méthode du rythme

Suivre les jours du cycle menstruel	• Avant d'utiliser cette méthode, la femme note le nombre de jours dans chaque cycle menstruel pendant 6 mois au moins. Le premier jour des règles est toujours considéré comme le jour 1.
Estimer la période féconde	• La femme soustrait 18 de la durée du cycle le plus court qu'elle a noté. Cela lui indique le premier jour estimé de sa période féconde. Ensuite, elle soustrait 11 de la durée du cycle le plus long qu'elle a noté. Cela lui indique le dernier jour estimé de sa période féconde.
Éviter les rapports sexuels non protégés pendant la période féconde	• Le couple évite les rapports sexuels vaginaux ou utilise des préservatifs ou un diaphragme pendant la période féconde. Il peut également utiliser le retrait ou les spermicides, mais ces méthodes sont moins efficaces.
Actualiser les calculs tous les mois	• Elle refait ces calculs chaque mois, en se basant toujours sur les 6 derniers cycles. Par exemple : – Si le plus court de ses 6 derniers cycles était de 27 jours, 27 – 18 = 9. Elle commence à éviter les rapports sexuels non protégés le 9e jour. – Si le plus long de ses 6 derniers cycles était de 31 jours, 31 – 11 = 20. Elle peut avoir à nouveau des rapports sexuels non protégés le 21e jour. – Par conséquent, elle doit éviter les rapports sexuels non protégés du 9e au 20e jour de son cycle.



Qui peut utiliser les méthodes basées sur les symptômes ?

Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation des

Méthodes basées sur les symptômes

Toutes les femmes peuvent utiliser les méthodes basées sur les symptômes. Aucun critère médical ne contre-indique l'utilisation de ces méthodes, mais certaines situations peuvent en compliquer l'utilisation.

Prudence signifie que des conseils supplémentaires ou spécifiques peuvent être nécessaires pour garantir une utilisation correcte de la méthode.

Différer signifie qu'il faut remettre à plus tard l'utilisation d'une méthode basée sur la connaissance de la fécondité donnée jusqu'à ce que le problème soit évalué ou corrigé. Recommander à la patiente une autre méthode qu'elle pourra utiliser jusqu'à ce qu'elle puisse utiliser la méthode basée sur les symptômes.

Dans les situations suivantes, agir avec **prudence** en ce qui concerne l'utilisation des méthodes basées sur les symptômes :

- la femme a eu un avortement spontané ou provoqué récemment ;
- la femme vient juste d'avoir ses premiers cycles menstruels, ou ses cycles menstruels sont devenus moins fréquents ou se sont arrêtés en raison de son âge. (Les irrégularités de cycle menstruel sont fréquentes notamment chez les jeunes femmes pendant les premières années où elles ont leurs règles ou chez les femmes plus âgées à l'approche de la ménopause. Il n'est pas toujours facile de déterminer la période féconde dans ces cas.) ;
- la femme est atteinte d'une maladie chronique qui fait augmenter sa température corporelle (pour la méthode de la température basale du corps et la méthode symptothermique).

Dans les situations suivantes, différer l'utilisation des méthodes basées sur les symptômes :

- la femme a accouché récemment ou elle allaite (différer l'utilisation de la méthode jusqu'à ce que les sécrétions normales soient revenues, habituellement au moins 6 mois après l'accouchement chez la femme qui allaite et au moins 4 semaines après l'accouchement chez la femme qui n'allaite pas. Pendant plusieurs mois après le retour de cycles réguliers, à utiliser avec prudence) ;
- la femme est atteinte d'une maladie aiguë qui fait augmenter sa température corporelle (pour la méthode de la température basale du corps et la méthode symptothermique) ;
- la femme a des saignements vaginaux irréguliers ;
- la femme a des pertes vaginales anormales.

Dans la situation suivante, différer ou agir avec une certaine prudence en ce qui concerne l'utilisation des méthodes basées sur les symptômes :

- la femme prend des médicaments qui modifient les sécrétions cervicales, tels que des antihistaminiques, ou qui augmentent la température du corps, comme certains antibiotiques.

Fourniture d'explications sur les méthodes basées sur les symptômes

Quand commencer ?

Après avoir reçu des explications, la femme ou le couple peuvent en général commencer à utiliser les méthodes basées sur les symptômes à tout moment. Les femmes qui n'utilisent pas de méthode hormonale peuvent s'entraîner à suivre leurs signes de fécondité avant de commencer à utiliser les méthodes basées sur les symptômes. Donner aux patientes qui ne peuvent pas commencer à les utiliser immédiatement une autre méthode qu'elles pourront utiliser en attendant.

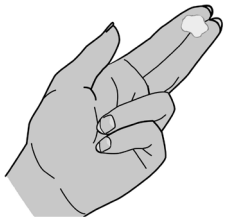
Situation de la femme	Quand commencer ?
A des cycles menstruels réguliers	**À tout moment du mois** • Inutile d'attendre le début de ses prochaines règles.
N'a pas ses règles	• Remettre à plus tard l'utilisation des méthodes basées sur les symptômes jusqu'à ce que ses règles reviennent.
Après l'accouchement (qu'elle allaite ou pas)	• Elle peut commencer à utiliser les méthodes basées sur les symptômes une fois les sécrétions normales revenues. • Les sécrétions normales reviendront plus tard chez les femmes qui allaitent que chez celles qui n'allaitent pas.
Après un avortement spontané ou provoqué	• Elle peut commencer à utiliser les méthodes basées sur les symptômes immédiatement si elle bénéficie de conseils et d'un accompagnement spéciaux, si elle n'a pas de sécrétions liées à une infection ni de saignements dus à une lésion génitale.
Souhaite passer d'une méthode hormonale à une méthode basée sur les symptômes	• Elle peut commencer à utiliser les méthodes basées sur les symptômes au cours du cycle menstruel qui suit l'arrêt de la méthode hormonale.
Après avoir pris la PCU	• Elle peut commencer à utiliser les méthodes basées sur les symptômes une fois les sécrétions normales revenues.

Expliquer comment utiliser les méthodes basées sur les symptômes

Méthode des deux jours

IMPORTAN T: si une femme a une infection vaginale ou un autre problème qui entraîne une modification de la glaire cervicale, la méthode des deux jours sera difficile à utiliser.

Vérifier les sécrétions



- La femme vérifie la présence de sécrétions chaque après-midi et/ou soir, sur les doigts, les sous-vêtements, sur du papier toilette ou encore en notant les sensations dans le vagin et autour.
- Dès qu'elle observe des sécrétions, quels qu'en soient le type, la couleur ou la consistance, elle considère qu'elle est féconde ce jour-là et le lendemain.

Éviter les rapports sexuels ou utiliser une autre méthode lors des jours féconds

- Le couple évite les rapports sexuels vaginaux ou utilise des préservatifs ou un diaphragme les jours où la femme observe des sécrétions et le lendemain. Il peut également utiliser le retrait ou les spermicides, mais ces méthodes sont moins efficaces.

Reprendre les rapports sexuels non protégés après 2 jours sans sécrétions

- Le couple peut à nouveau avoir des rapports sexuels non protégés après que la femme a observé 2 jours secs consécutifs (sans aucune sécrétion).

Méthode de la température basale du corps (TBC)

IMPORTANT : si la femme a de la fièvre ou d'autres variations de la température basale, la méthode TBC sera difficile à utiliser.

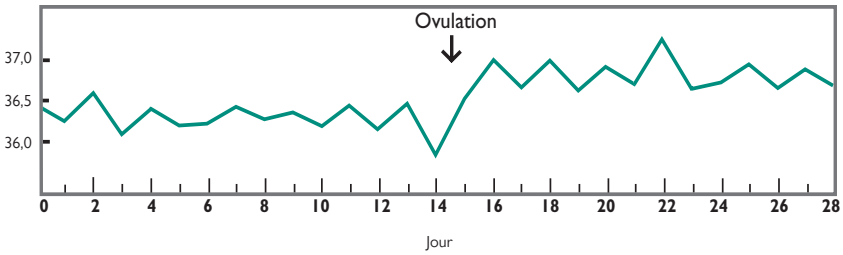
Prendre tous les jours la température du corps

- La femme prend sa température corporelle à la même heure chaque matin avant de se lever et avant de manger quelque chose. Elle note sa température sur un diagramme spécial.
- Elle observe sa température afin de déterminer le moment où elle augmente légèrement (de 0,2 °C à 0,5° C , 0,4° F à 1,0° F) juste après l'ovulation (généralement vers le milieu du cycle menstruel)

Éviter les rapports sexuels ou utiliser une autre méthode jusqu'à 3 jours après l'augmentation de la température

- Le couple évite les rapports sexuels vaginaux ou utilise des préservatifs ou un diagramme à partir du 1er jour des règles et jusqu'à ce que le 3e jour après la hausse de la température au-dessus de sa température habituelle se soit écoulé. Il peut aussi utiliser le retrait ou des spermicides, mais ces méthodes sont moins efficaces.

Reprendre les rapports sexuels non protégés jusqu'au début des prochaines règles	• Lorsque la température de la femme a monté, s'élevant au-dessus de sa température habituelle et qu'elle est restée plus élevée pendant 3 jours entiers, l'ovulation s'est produite et la période féconde est passée. • Le couple peut avoir des rapports sexuels non protégés dès le 4e jour et jusqu'à ce que commencent les prochains saignements menstruels



Méthode de l'ovulation

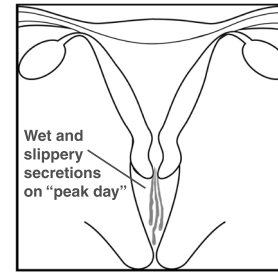
IMPORTANT : si une femme a une infection vaginale ou un autre problème qui entraîne une modification de la glaire cervicale, la méthode des deux jours sera difficile à utiliser.

Vérifier les sécrétions cervicales tous les jours	• La femme vérifie chaque jour la présence de sécrétions cervicales sur les doigts, les sous-vêtements, sur du papier toilette ou encore en notant les sensations dans le vagin et autour.
Éviter les rapports sexuels non protégés les jours de saignements menstruels abondants	• L'ovulation peut survenir en début de cycle, lors des derniers jours des règles, et des saignements abondants peuvent rendre l'observation de la glaire difficile.
Reprendre les rapports sexuels non protégés jusqu'à ce que les sécrétions commencent	• Entre la fin des règles et le début des sécrétions, le couple peut avoir des rapports sexuels non protégés mais pas 2 jours de suite. (Éviter les rapports sexuels un jour sur deux laisse le temps nécessaire pour que le sperme disparaisse et que la glaire cervicale puisse être observée.) • Il est recommandé d'avoir les rapports sexuels le soir, après que la femme a été en position debout pendant quelques heures au moins et qu'elle a pu vérifier la présence de glaire cervicale.

(Suite à la page suivante)

Éviter les rapports sexuels non protégés entre l'apparition des sécrétions et jusqu'à 4 jours après le « jour pic »

- Dès qu'elle remarque la présence de sécrétions, elle considère qu'elle est féconde et évite les rapports sexuels non protégés.
- Elle continue à rechercher chaque jour la présence de sécrétions cervicales. Les sécrétions ont un pic : le dernier jour où elles sont claires, glissantes, filantes et humides. Elle saura que le pic est passé lorsque, le lendemain, ses sécrétions sont collantes ou sèches, ou si elle n'a plus de sécrétions du tout. Elle continue à se considérer féconde pendant 3 jours après ce jour pic et évite les rapports sexuels non protégés.



Reprendre les rapports sexuels non protégés

- Le couple peut avoir des rapports sexuels non protégés le 4e jour après le jour pic et jusqu'au début de ses prochaines règles.

Méthode symptothermique (température basale du corps + sécrétions cervicales + autres signes de fécondité)

Éviter les rapports sexuels non protégés pendant les jours féconds

- Les utilisatrices identifient les jours féconds et non féconds en associant les consignes de la TBC et de la méthode de l'ovulation.
- Elles peuvent également identifier la période féconde en observant d'autres signes tels que les tensions mammaires ou les douleurs ovulatoires (douleurs ou crampes au bas de l'abdomen au moment de l'ovulation).
- Le couple évite les rapports sexuels non protégés entre le premier jour des règles et le quatrième jour après le pic de sécrétions cervicales ou le troisième jour entier après la hausse de la température corporelle (TBC), selon celui qui survient en dernier.
- Certaines femmes qui utilisent cette méthode ont des rapports sexuels non protégés entre la fin de leurs règles et le début des sécrétions, mais pas pendant deux jours de suite.

Accompagner l'utilisatrice les utilisatrices continues

En quoi le partenaire peut-il être utile ?

Il est bienvenu que le partenaire de la patiente puisse l'accompagner afin d'entendre les conseils et d'en savoir plus sur la méthode et la façon dont il peut aider sa partenaire. Le partenaire peut :

- soutenir la femme dans le choix de cette méthode ;
- discuter et accepter d'utiliser la méthode de connaissance de la fécondité en comprenant parfaitement bien comment l'utiliser ;
- partager la responsabilité de suivre les cycles et de savoir quand a lieu la période féconde ;
- ne pas insister pour avoir des rapports sexuels sans contraception pendant la période féconde ;
- convenir à l'avance de la façon dont ils éviteront une grossesse s'ils ont des rapports sexuels pendant les jours féconds (en utilisant une autre méthode, par exemple) ;
- aider la femme à s'assurer d'avoir des PCU à portée de main au cas où ils auraient des rapports sexuels non protégés pendant la période féconde ;
- utiliser systématiquement des préservatifs en complément de la méthode basée sur la connaissance de la fécondité s'il est atteint d'une IST ou du VIH ou s'il pense être exposé à un risque d'IST ou de VIH.

« Revenez à n'importe quel moment » : raisons de revenir

Aucune consultation de suivi systématique n'est requise. Les prestataires devraient toutefois inviter la femme ou le couple à les rencontrer plusieurs fois au cours des premiers cycles d'utilisation de la méthode s'ils ressentent le besoin d'un accompagnement supplémentaire. Indiquer à chaque patiente qu'elle peut revenir à n'importe quel moment, par exemple, si elle a des problèmes, des questions ou si elle souhaite utiliser une autre méthode. Elle peut également revenir si elle constate un changement important dans son état de santé ou si elle pense être enceinte. De plus elle pourra revenir si :

- elle a du mal à déterminer les jours où elle est féconde ;
- elle a des difficultés à éviter les rapports sexuels ou à utiliser une autre méthode lors des jours féconds. Par exemple, si son partenaire se montre peu coopératif.

Accompagner les patientes à chaque consultation

1. Demander à la patiente si tout se passe bien avec la méthode et si elle en est satisfaite. Lui demander si elle a des questions ou si elle souhaite discuter de certains aspects en particulier.
2. Lui demander en particulier si elle a du mal à déterminer ses jours féconds ou si elle a des difficultés à éviter les rapports sexuels non protégés ces jours-là.
3. Vérifier si le couple utilise la méthode correctement. Passer en revue les observations ou les notes prises concernant les signes de fécondité. Planifier une autre consultation si nécessaire.
4. Demander aux patientes qui utilisent la méthode depuis longtemps si elles ont eu de nouveaux problèmes de santé depuis leur dernier rendez-vous. Traiter les problèmes, selon qu'il convient.
5. Demander aux patientes qui utilisent la méthode depuis longtemps si des changements importants susceptibles de modifier leurs besoins sont survenus dans leur vie : par exemple, le projet d'avoir des enfants ou l'exposition à un risque de contracter une IST ou le VIH. Assurer le suivi, tel que nécessaire.

Prendre en charge les problèmes

Problèmes liés à l'utilisation

- Les problèmes liés aux méthodes basées sur la connaissance de la fécondité ont une incidence sur le niveau de satisfaction de la femme et sur l'utilisation de ces méthodes. Le prestataire de soins doit y prêter attention. Si la patiente signale des problèmes, écouter ses préoccupations, lui donner des conseils et lui apporter un soutien. Vérifier qu'elle a bien compris les conseils et qu'elle les accepte.
- Proposer d'aider la patiente à choisir une autre méthode, immédiatement si elle le souhaite ou plus tard si les problèmes ne peuvent pas être résolus.

Incapacité à s'abstenir de relations sexuelles pendant la période féconde

- Discuter ouvertement du problème avec le couple et le mettre à l'aise pour qu'il ne soit pas gêné d'en parler.
- Discuter de l'utilisation possible des préservatifs, du diaphragme, du retrait, des spermicides ou du contact sexuel sans rapports vaginaux pendant la période féconde.
- Si elle a eu des rapports sexuels non protégés au cours des 5 derniers jours, elle peut envisager de prendre la PCU (voir Pilules contraceptives d'urgence, p. 49).

Méthodes basées sur le calendrier

Durée des cycles n'entrant pas dans la fourchette de 26 à 32 jours pour la méthode des jours fixes

- Si elle a eu 2 cycles ou plus dont la durée était en-dehors de la fourchette de 26 à 32 jours sur une période de 12 mois, lui proposer d'utiliser à la place la méthode du rythme ou une méthode basée sur les symptômes.

Cycles menstruels très irréguliers chez l'utilisatrice d'une méthode basée sur le calendrier

- Lui proposer d'utiliser à la place une méthode basée sur les symptômes.

Méthodes basées sur les symptômes

Difficultés à reconnaître les différents types de sécrétions pour la méthode de l'ovulation

- Donner des conseils à la patiente et l'aider à apprendre à interpréter les sécrétions cervicales.
- Lui proposer d'utiliser à la place la méthode des deux jours pour laquelle l'utilisatrice n'a pas besoin d'apprendre à différencier les types de sécrétions.

Difficultés à reconnaître la présence de sécrétions pour la méthode de l'ovulation ou la méthode des deux jours

- Lui donner des recommandations supplémentaires sur la façon de reconnaître les sécrétions.
- Lui proposer d'utiliser à la place une méthode basée sur le calendrier.

Questions/réponses à propos des méthodes basées sur la connaissance de la fécondité

1. Est-ce que seuls les couples instruits peuvent utiliser les méthodes basées sur la connaissance de la fécondité ?

Non. Les couples qui ont un niveau de scolarité faible ou n'ont pas été scolarisés peuvent eux aussi utiliser efficacement les méthodes basées sur la connaissance de la fécondité. Ils doivent être très motivés, bien renseignés sur l'utilisation de la méthode et être disposés à éviter les rapports sexuels non protégés pendant la période féconde.

2. Les méthodes basées sur la connaissance de la fécondité sont-elles fiables ?

Pour de nombreux couples, ces méthodes permettent de déterminer avec fiabilité les jours féconds. Si le couple évite les rapports sexuels vaginaux ou utilise des préservatifs ou un diaphragme pendant la période féconde de la femme, les méthodes de connaissance de la fécondité peuvent être efficaces. Il est moins efficace d'utiliser le retrait ou les spermicides pendant la période féconde.

3. Quelles différences offrent les méthodes basées sur la connaissance de la fécondité les plus récentes, telles que la méthode des jours fixes et la méthode des deux jours ?

Ces méthodes de connaissance de la fécondité sont plus faciles à utiliser correctement que certaines méthodes plus anciennes. Aussi pourraient-elles attirer un plus grand nombre de couples et s'avérer plus efficaces pour certaines personnes. Elles sont toutefois similaires aux méthodes plus anciennes dans le sens où elles reposent sur les mêmes techniques pour déterminer la période où la femme peut être féconde : en suivant les jours du cycle pour la méthode des jours fixes ou en observant les sécrétions cervicales pour la méthode des deux jours. Peu d'études ont été menées jusqu'à présent sur ces méthodes. D'après un essai clinique, lors de l'utilisation habituelle de la méthode des jours fixes par des femmes dont la plupart des cycles étaient compris entre 26 et 32 jours, 12 grossesses pour 100 femmes ont été observées lors de la première année d'utilisation. Dans un essai clinique sur la méthode des deux jours, telle qu'utilisée habituellement, 14 grossesses pour 100 femmes ont été observées lors de la première année d'utilisation. Ce taux concerne les femmes qui sont restées dans l'étude jusqu'à son terme. Les femmes qui ont observé des sécrétions pendant moins de 5 jours ou plus de 14 jours pendant chaque cycle ont été exclues.

4. Quelle est la probabilité qu'une femme tombe enceinte si elle a des rapports sexuels pendant ses règles ?

Pendant les saignements menstruels, les risques de grossesse sont minces mais pas nuls. Les saignements en eux-mêmes n'empêchent pas la grossesse, pas plus d'ailleurs qu'ils ne la favorisent. C'est lors des premiers jours de règles que les risques de grossesse sont les plus faibles. Par exemple, le deuxième jour du cycle (si l'on considère le premier jour des règles comme le premier jour du cycle), la probabilité de tomber enceinte est extrêmement faible (moins d'1 %). Plus les jours passent, plus les risques de grossesse augmentent, qu'il y ait encore des saignements ou non. Le risque de grossesse augmente jusqu'à l'ovulation. Le lendemain de l'ovulation, la probabilité de tomber enceinte commence à diminuer régulièrement. Certaines méthodes basées sur la connaissance de la fécondité qui dépendent des sécrétions cervicales recommandent d'éviter les rapports sexuels non protégés pendant les règles car la présence de sécrétions cervicales ne peut pas être détectée pendant les saignements alors qu'il existe un risque, bien que faible, d'ovulation à ce moment-là.

5. Combien de jours d'abstinence ou d'utilisation d'une autre méthode sont nécessaires pour chacune des méthodes basées sur la connaissance de la fécondité ?

Le nombre de jours varie en fonction de la durée du cycle de la femme. Voici le nombre moyen de jours où une femme est considérée féconde et devrait par conséquent s'abstenir de rapports sexuels ou utiliser une autre méthode : pour la méthode des jours fixes : 12 jours, pour la méthode des deux jours : 13 jours, pour la méthode symptothermique : 17 jours, pour la méthode de l'ovulation : 18 jours.

Retrait

Points-clés pour les prestataires et les patients

- **Il s'agit de l'une des méthodes contraceptives les moins efficaces.** Certains hommes l'utilisent toutefois avec succès. Elle offre une meilleure protection contre la grossesse que l'absence de contraception.
- **Elle est toujours disponible en toutes circonstances.** Elle peut être utilisée comme méthode principale ou d'appoint.
- **Elle ne nécessite aucune fournitures ni de se rendre au centre de santé ou à la pharmacie.**
- **Elle encourage la participation de l'homme et la communication au sein du couple.**

Qu'est-ce que le retrait ?

- Juste avant l'éjaculation, l'homme retire son pénis du vagin de sa partenaire et éjacule à l'extérieur en évitant que son sperme n'entre en contact avec les organes génitaux externes de la femme.
- Il est également appelé « coït interrompu ».
- Il consiste à empêcher les spermatozoïdes d'entrer dans le corps de la femme.

Quelle efficacité ?

L'efficacité dépend de l'utilisateur : c'est lorsque l'homme ne retire pas son pénis du vagin avant d'éjaculer lors de chaque rapport sexuel que le risque de grossesse est le plus élevé.

- Il s'agit de l'une des méthodes les moins efficaces telle qu'elle est utilisée habituellement.
- On observe environ 20 grossesses pour 100 femmes pendant la première année d'utilisation du retrait par le partenaire tel qu'il est utilisé habituellement. Cela signifie que 80 femmes sur l00 dont les partenaires utilisent le retrait ne tomberont pas enceintes.
- Lorsqu'il est utilisé systématiquement à chaque rapport sexuel, on observe environ 4 grossesses pour 100 femmes dont les partenaires utilisent le retrait pendant la première année d'utilisation.

Retour de la fécondité après avoir arrêté l'utilisation du retrait : aucun délai
Protection contre les infections sexuellement transmissibles : aucune

Effets secondaires, bénéfices et risques pour la santé

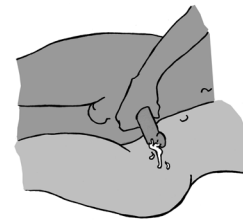
Aucun

Qui peut et qui ne peut pas utiliser le retrait ?

- **Tous les hommes peuvent utiliser le retrait.** Aucune affection médicale ne peut en empêcher l'utilisation.
- Le retrait peut s'avérer particulièrement adapté pour les couples qui :
  – n'ont aucune autre méthode disponible au moment du rapport ;
  – attendent de commencer une autre méthode ;
  – ont des rapports sexuels peu fréquents ;
  – ne souhaitent pas utiliser d'autres méthodes.

Utiliser le retrait

- Il peut être utilisé à tout moment.
- Son efficacité dépend de l'envie et de la capacité du couple à l'utiliser à chaque rapport sexuel.



Expliquer comment l'utiliser

Quand l'homme sent qu'il est sur le point d'éjaculer	• Il doit retirer son pénis du vagin de sa partenaire et éjaculer à l'extérieur en évitant que son sperme n'entre en contact avec les organes génitaux externes de la femme.
Si l'homme a éjaculé récemment	• Avant tout rapport sexuel, il doit uriner et essuyer le bout de son pénis afin d'éliminer le sperme restant.

Fournir des conseils sur l'utilisation

Apprendre à utiliser correctement cette méthode peut prendre du temps.	• Proposer au couple d'utiliser également une autre méthode jusqu'à ce que l'homme se sente en capacité d'utiliser correctement le retrait lors de chaque rapport sexuel.
Il existe de meilleures protections contre la grossesse.	• Proposer une méthode de planification familiale supplémentaire ou alternative. (Il convient d'encourager les couples qui utilisent efficacement cette méthode à continuer de le faire).
Certains hommes peuvent éprouver des difficultés à utiliser le retrait.	• Les hommes qui ne sentent pas toujours quand ils sont sur le point d'éjaculer. • Les hommes qui ont des éjaculations précoces
La pilule contraceptive d'urgence (PCU) est toujours disponible.	• Expliquer l'utilisation de la PCU dans les cas où l'homme éjacule avant de se retirer (voir Pilules contraceptives d'urgence, p. 49). Donner des PCU, si disponibles.

Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée

Points-clés pour les prestataires et les patientes

- **Il s'agit d'une méthode de planification familiale basée sur l'allaitement maternel.** Elle confère une protection pour la mère et constitue le meilleur aliment pour le bébé.
- **Elle peut être efficace jusqu'à six mois après l'accouchement,** tant que la femme n'a pas eu son retour de règles et qu'elle pratique un allaitement complet ou quasi-complet.
- **Elle requiert que la mère allaite souvent, jour et nuit.** La quasi-totalité de l'alimentation du bébé devrait être du lait maternel.
- **Elle constitue une méthode continue qu'elle peut poursuivre après six mois.**

Qu'est-ce que la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée ?

- Il s'agit d'une méthode temporaire de planification familiale basée sur l'effet naturel de l'allaitement sur la fécondité (« aménorrhée » signifie absence de règles).
- La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) repose sur trois conditions qui doivent toutes être remplies.
  1. La mère n'a pas eu son retour de règles.
  2. Le bébé est complètement ou quasi-complètement allaité au sein, souvent, jour et nuit.
  3. Le bébé est âgé de moins de six mois.
- L'« allaitement complet » inclut l'allaitement exclusif (le bébé ne reçoit aucun autre liquide ni aliment, pas même de l'eau, en-dehors du lait maternel) et l'allaitement quasi-exclusif (le bébé reçoit de temps à autres des vitamines, de l'eau, des jus ou d'autres nutriments en plus du lait maternel).
- L'« allaitement quasi-complet » signifie que le bébé reçoit certains liquides ou aliments en plus du lait maternel mais que l'essentiel de l'alimentation (plus des trois-quarts) est constitué de lait maternel.
- Cette méthode agit essentiellement en empêchant la libération des ovules par les ovaires (ovulation). L'allaitement maternel fréquent arrête temporairement la sécrétion des hormones naturelles responsables de l'ovulation.

Quelle efficacité ?

L'efficacité dépend de l'utilisatrice : c'est lorsqu'une femme ne pratique pas l'allaitement complet ou quasi-complet que le risque de grossesse est le plus élevé.

- Telle que la méthode est utilisée habituellement, on observe environ 2 grossesses pour 100 femmes qui utilisent la MAMA pendant les six premiers mois qui suivent la naissance. Autrement dit, 98 femmes utilisant la MAMA sur 100 ne tomberont pas enceintes.
- Quand elle est utilisée correctement, on observe moins d'une grossesse pour 100 femmes qui utilisent la MAMA durant les six premiers mois qui suivent la naissance.

Retour de la fécondité après l'arrêt de la MAMA : cela dépend de la fréquence à laquelle la femme continue d'allaiter.

Protection contre les infections sexuellement transmissibles : aucune.

Effets secondaires, bénéfices et risques pour la santé

Effets secondaires

Aucun. Les difficultés sont les mêmes que pour toutes les autres femmes allaitantes.

Bénéfices connus pour la santé

Aide à protéger contre :

- le risque de grossesse.

Encourage :

- les meilleurs modes d'allaitement, bénéfiques aussi bien pour la mère que pour le bébé

Risques connus pour la santé

Aucun

Corriger les idées reçues (voir aussi Questions/réponses, p. 318)

La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée :

- est très efficace lorsque la femme remplit les trois critères de la MAMA ;
- est tout aussi efficace chez les femmes en surpoids que chez les femmes minces ;
- peut être utilisée par les femmes ayant une alimentation normale. Aucun régime spécial n'est requis ;
- peut être utilisée pendant six mois complets sans besoin de donner des compléments au bébé. Un bébé peut être parfaitement nourri uniquement au lait maternel pendant les six premiers mois de sa vie. Le lait maternel est d'ailleurs l'aliment idéal pour un bébé dans cette période de sa vie ;
- peut être utilisée pendant six mois sans craindre que le lait ne s'épuise. Le lait continuera à être produit pendant six mois ou plus, tant que le bébé tète ou que la mère exprime son lait.

Qui peut utiliser la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée ?

Critères de recevabilité médicale pour la

Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée

Toutes les femmes qui allaitent peuvent utiliser sans risques la MAMA, mais une femme qui se trouve dans une ou plusieurs des situations suivantes devra peut-être envisager d'autres méthodes contraceptives :

- Si elle présente une infection par le VIH (voir La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée chez la femme vivant avec le VIH page suivante).
- Si elle prend certains médicaments pendant l'allaitement (médicaments qui altèrent l'humeur, réserpine, ergotamine, antimétabolites, cyclosporine, corticoïdes à hautes doses, bromocriptine, médicaments radiopharmaceutiques, lithium et certains anticoagulants).
- Si le nouveau-né a un problème qui rend l'allaitement difficile (notamment s'il est petit pour l'âge gestationnel ou né prématuré et doit être placé en unité de soins intensifs, s'il ne digère pas correctement, s'il a des malformations dans la bouche, la mâchoire ou le palais).

Pourquoi la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée est-elle appréciée de certaines femmes ?

- C'est une méthode de planification familiale naturelle.
- Elle renforce la pratique d'un allaitement optimal avec tous les bénéfices que cela comporte pour le bébé et la mère.
- Elle n'engendre aucun coût direct en termes de planification familiale ou d'alimentation du bébé.

La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée chez la femme vivant avec le VIH

- Les femmes qui vivent avec le VIH peuvent utiliser la MAMA. L'allaitement maternel n'aggravera pas leur état. En revanche, il existe un risque que les mères qui vivent avec le VIH transmettent le virus à leur bébé lors de l'allaitement si elles ne sont pas sous traitement antirétroviral (TAR).
- Les femmes sous TAR peuvent utiliser la MAMA. Mettre une mère infectée par le VIH ou un bébé exposé au VIH sous TAR réduit de façon significative le risque de transmission du virus par le lait maternel. 14 % des bébés dont la mère n'est pas sous TAR seront infectés après deux ans d'allaitement contre moins de 1 % des bébés dont la mère est sous TAR.
- L'allaitement exclusif réduit le risque de décès dû aux maladies infantiles courantes et améliore la santé et le développement de l'enfant ainsi que la santé de la mère.
- Si la politique nationale encourage l'allaitement chez les femmes vivant avec le VIH, ces dernières devraient bénéficier des interventions relatives au TAR et allaiter exclusivement leur bébé pendant les six premiers mois de vie, puis introduire des aliments appropriés à six mois et poursuivre l'allaitement pendant encore six mois. L'allaitement pourra alors être arrêté uniquement une fois qu'une alimentation sûre et adaptée sans lait maternel peut être donnée.
- Recommander vivement aux femmes vivant avec le VIH d'utiliser des préservatifs en plus de la MAMA. S'ils sont mis systémati quement et correctement, les préservatifs aident à prévenir la transmission du VIH et des autres IST.
- Après six mois, ou plus tôt si elle a son retour de règles ou si elle arrête l'allaitement exclusif, la femme doit commencer à utiliser une autre méthode contraceptive à la place de la MAMA.

(Pour de plus amples orientations en matière d'alimentation du bébé pour les femmes vivant avec le VIH, voir Santé maternelle et néonatale, Prévention de la transmission mère-enfant du VIH, p. 352).

Fourniture d'explications sur la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée

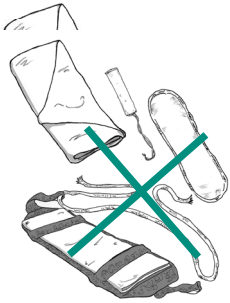
Quand commencer ?

Situation de la femme	Quand commencer ?
Dans les six mois qui suivent l'accouchement	• Commencer à allaiter immédiatement (dans l'heure) ou le plus tôt possible après la naissance. Dans les premiers jours suivant la naissance, la mère produit un liquide jaunâtre, appelé colostrum, qui contient des substances très importantes pour la santé du bébé. • À tout moment si la mère allaite complètement ou quasi-complètement son bébé depuis la naissance et qu'elle n'a pas eu son retour de règles.

Quand une femme peut-elle utiliser la MAMA ?

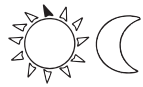
Une femme qui allaite peut utiliser la MAMA pour retarder la prochaine naissance et comme méthode de transition avec une autre méthode de contraception. Elle peut commencer à l'utiliser à tout moment si elle remplit l'ensemble des critères, qui sont au nombre trois.

Poser à la mère les trois questions suivantes:



1 Vos règles sont-elles revenues ?

2 Donnez-vous régulièrement à votre bébé des aliments autres que votre lait ou laissez-vous s'écouler de longues périodes sans allaiter, le jour ou la nuit ?



3 Votre bébé est-il âgé de plus de six mois ?

Si la réponse à toutes ces questions est non...

...elle peut utiliser la MAMA. Le risque qu'elle tombe enceinte n'est que de 2 % à ce stade. Une femme peut, à tout moment, choisir une autre méthode de planification familiale, de préférence une méthode sans œstrogènes tant que son bébé n'a pas six mois. Les méthodes avec œstrogènes incluent les contraceptifs oraux combinés, les injectables mensuels, le patch combiné et l'anneau vaginal combiné.

Mais lorsque la réponse à l'une de ces questions est oui...

...le risque de grossesse augmente. Lui conseiller de commencer une autre méthode de planification familiale et de continuer l'allaitement maternel pour la santé du bébé.

Expliquer comment l'utiliser

Allaiter souvent

- Idéalement, il faut allaiter à la demande (c'est-à-dire chaque fois que le bébé réclame) et au moins 10 à 12 fois par jour pendant les premières semaines qui suivent la naissance, puis huit à dix fois par jour, y compris au moins une fois par nuit les premiers mois.
- Pendant la journée, les tétées ne doivent pas être espacées de plus de quatre heures, et la nuit, de plus de six heures.
- Certains bébés ne voudront pas téter huit à dix fois par jour et voudront peut-être dormir toute la nuit. Il faudra les encourager en douceur à téter plus souvent.

Introduire d'autres aliments à six mois.

- La mère devrait commencer à donner d'autres aliments en plus de son lait quand son bébé est âgé de six mois. À cet âge, le lait maternel peut ne pas nourrir complètement un bébé en pleine croissance.

Planifier une consultation de suivi

- Planifier la prochaine consultation de suivi tant que les critères de la MAMA s'appliquent encore pour qu'elle puisse choisir une autre méthode et continuer ainsi à être protégée contre une éventuelle grossesse.
    - Si c'est possible, lui donner immédiatement des préservatifs ou une pilule de progestatifs seuls. Elle peut commencer à les utiliser lorsque le bébé n'est plus complètement ou quasi-complètement allaité, si elle a son retour de règles ou si son bébé arrive à l'âge de 6 mois avant qu'elle ne puisse revenir pour obtenir une autre méthode. Planifier une méthode de suivi. Lui remettre de suite les produits nécessaires.

Accompagner les utilisatrices continues

En quoi le partenaire peut-il être utile ?

Il est bienvenu que le partenaire de la patiente puisse l'accompagner afin d'entendre les conseils et d'en savoir plus sur la méthode et la façon dont il peut aider sa partenaire. Le partenaire masculin peut :

- soutenir la femme dans le choix de la MAMA ;
- comprendre comment la MAMA fonctionne et quand ce ne sera plus le cas ;
- encourager la femme à allaiter souvent et à ne pas donner de complément à son bébé pendant les six premiers mois ;
- veiller à ce qu'elle s'alimente et s'hydrate bien pendant l'allaitement ;
- discuter et prévoir une autre méthode à utiliser quand l'une des conditions de la MAMA à remplir ne sera plus satisfaite, à savoir si elle a son retour de règles, si elle introduit d'autres aliments ou si son bébé atteint six mois, ou avant si elle préfère ;
- commencer ou rappeler à sa compagne de commencer à utiliser une autre méthode de planification familiale dès que l'un des critères d'efficacité de la MAMA ne sera plus rempli ;
- aider à garantir que sa partenaire ait des PCU à portée de main au cas où l'une des conditions de la MAMA ne serait plus remplie et qu'elle n'ait pas encore commencé à utiliser un autre contraceptif.
- utiliser systématiquement des préservatifs en complément de la MAMA s'il est atteint d'une IST ou du VIH ou s'il pense être exposé à un risque d'IST ou de VIH.

« Revenez à n'importe quel moment » : raisons de revenir

Indiquer à chaque patiente qu'elle peut revenir à n'importe quel moment, par exemple, si elle a des problèmes, des questions ou si elle souhaite utiliser une autre méthode. Elle peut également revenir si elle constate un changement important dans son état de santé ou si elle pense être enceinte.

- En outre, elle pourra revenir si elle ne remplit plus l'un des trois critères de la MAMA et ne peut donc plus compter sur cette méthode.

Aider les patientes à passer a une methode continue

1. Une femme peut, à tout moment, décider de commencer une autre méthode tout en utilisant la MAMA. Si elle remplit toujours les trois conditions de la méthode, il est raisonnablement certain de penser qu'elle n'est pas enceinte. Elle peut commencer une nouvelle méthode sans devoir faire de test de grossesse, d'analyses ou un bilan.

2. Pour continuer à se protéger contre une éventuelle grossesse, une femme doit changer de méthode dès qu'elle ne remplit plus l'une des trois conditions de la MAMA.

3. Aider la patiente à choisir une nouvelle méthode avant qu'elle n'en ait besoin. Si elle veut continuer à allaiter, elle peut choisir entre plusieurs méthodes hormonales ou non hormonales en fonction du temps qui s'est écoulé depuis l'accouchement (voir Santé maternelle et néonatale, À quel moment une femme peut-elle commencer au plus tôt une méthode de planification familiale après l'accouchement ? p. 351). Après six mois, si elle veut continuer à allaiter, elle peut envisager de choisir un anneau vaginal libérant de la progestérone (voir p. 127).

Prendre en charge les problèmes

Problèmes liés à l'utilisation

- Les problèmes liés à la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée ont une incidence sur le niveau de satisfaction et sur l'utilisation de la méthode. Si la patiente signale des difficultés, écouter ses préoccupations, lui donner des conseils, lui apporter un soutien et, si nécessaire, un traitement. S'assurer qu'elle comprend les conseils et qu'elle les accepte.
- Proposer d'aider la patiente à choisir une autre méthode, immédiatement si elle le souhaite, ou plus tard si les problèmes ne peuvent pas être résolus.
- Pour de plus amples informations sur les difficultés liées à l'allaitement, voir Santé maternelle et néonatale, Prendre en charge les difficultés liées à l'allaitement maternel, p. 355.

Questions/réponses à propos de la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée

1. La MAMA peut-elle être une méthode de planification familiale efficace ?

Oui. La MAMA est efficace si la femme n'a pas eu son retour de règles, si elle pratique l'allaitement complet ou quasi-complet et si son bébé est âgé de moins de six mois.

2. Quand une mère peut-elle commencer à donner à son bébé d'autres aliments en plus de son lait ?

Dans l'idéal, pas avant les six mois du bébé. En plus des autres aliments, le lait maternel doit rester l'aliment principal jusqu'aux deux ans du bébé ou plus.

3. Une femme qui travaille en-dehors de chez elle peut-elle utiliser la MAMA ?

Oui. Une femme qui peut emmener son bébé à son travail ou le faire garder non loin de son travail, et peut donc allaiter souvent, peut se fier à la MAMA tant qu'elle remplit les trois conditions de la méthode. Si elle est séparée de son bébé, elle peut utiliser la MAMA à condition que les tétées ne soient pas espacées de plus de quatre heures. Elle peut également exprimer son lait au moins toutes les quatre heures, mais le taux de grossesse peut être légèrement plus élevé chez les femmes qui sont séparées de leur bébé. Dans la seule étude qui a évalué l'utilisation de la MAMA chez les femmes qui travaillent, le taux de grossesse était estimé à 5 % pendant les six premiers mois suivant l'accouchement par rapport à 2 % tel que la méthode est utilisée habituellement.

4. Que se passe-t-il si une femme apprend qu'elle est séropositive au VIH alors qu'elle utilise la MAMA ? Peut-elle continuer à allaiter et à utiliser la méthode ?

Si une femme a récemment été infectée par le VIH, le risque de transmission du virus par le lait maternel peut être plus élevé que si elle avait été infectée plus tôt car sa charge virale est plus importante. Les recommandations en matière d'allaitement sont toutefois les mêmes que pour n'importe quelle autre femme vivant avec le VIH. Une femme séropositive au VIH et son bébé devraient être mis sous un traitement antirétroviral approprié. La mère devrait allaiter exclusivement son bébé pendant les six premiers mois puis introduire des aliments adaptés en complément tout en continuant à allaiter jusqu'aux douze mois du bébé. Après six mois, ou plus tôt si ses règles sont revenues ou si elle arrête l'allaitement exclusif, la femme doit commencer à utiliser une autre méthode contraceptive à la place de la MAMA et continuer à utiliser des préservatifs. (Voir également Santé maternelle et néonatale, Prévention de la transmission mère-enfant du VIH, p. 352.)

Adaptation des services de planification familiale à différents groupes

Points-clés pour les prestataires et les patients

Adolescentes

- **Tous les contraceptifs sont sans risques pour les jeunes.** Les jeunes mariés ou célibataires peuvent avoir des besoins différents en matière de santé sexuelle et reproductive.

Hommes

- **Les hommes qui disposent des informations appropriées peuvent prendre des décisions mieux éclairées concernant leur santé mais aussi celle de leur partenaire.** Les couples qui abordent la question de la contraception sont plus susceptibles de faire des projets qu'ils seront en mesure de concrétiser.

Femmes proches de la ménopause

- **Afin d'éviter une grossesse non désirée, les femmes devraient utiliser une contraception jusqu'à ce qu'une période d'aménorrhée consécutive de 12 mois se soit écoulée.**

Personnes en situation de handicap

- **Les personnes en situation de handicap sont en droit d'obtenir des informations exhaustives et parfois adaptées de même que des soins respectueux et consciencieux au même titre que les autres patients.**

Adolescentes

Les jeunes peuvent consulter un prestataire de services de planification familiale non seulement pour des questions de contraception mais aussi pour obtenir des conseils sur les changements physiques, la sexualité, les relations, la famille et les problèmes liés à l'adolescence. Leurs besoins sont propres à leur situation. Certains sont célibataires et sexuellement actifs, d'autres ne sont pas sexuellement actifs et d'autres encore sont déjà mariés. Certains ont déjà des enfants. L'âge en soi est déterminant, car les jeunes mûrissent rapidement pendant leurs années d'adolescence. C'est pourquoi il est important de se renseigner au préalable sur chaque patient/-e, de comprendre la raison de sa venue et de pouvoir ainsi fournir des conseils et d'autres services adaptés.

Fournir des services avec attention et respect

Les jeunes ont droit à des services de santé reproductive respectueux et dénués de tout jugement qui répondent à leurs besoins, quel que soit leur âge. Toute critique ou attitude négative les éloigneront des soins dont ils ont besoin. Les services et les conseils n'encouragent pas les jeunes à avoir des relations sexuelles. En revanche, ils les aident à protéger leur santé.

Des services de santé sexuelle et reproductive appropriés, notamment la contraception, devraient être à la disposition de tou.te.s les adolescent.e.s sans autorisation d'un parent ou d'un tuteur exigée par une loi, une politique ou une pratique. Dans la mesure du possible, les programmes devraient éviter de dissuader les adolescentes d'avoir recours à ces services et de limiter leur choix de contraceptifs en raison de leur coût.

Pour que ces services soient adaptés aux jeunes, vous pouvez :

- montrer aux jeunes que vous avez à cœur de travailler avec eux ;
- proposer des services gratuits ou à un prix aussi réduit que possible ;
- proposer un large éventail de méthodes contraceptives, notamment des méthodes réversibles à longue durée d'action ;
- les conseiller en privé dans un endroit où vous et le/la patient-e ne serez ni vus ni entendus. Vous devez garantir la confidentialité des informations relatives aux patientes ;
- écouter attentivement et poser des questions ouvertes, comme « Comment puis-je t'aider ? » ou « As-tu des questions à me poser ? » ;
- utiliser un langage simple et éviter les termes médicaux ;
- utiliser des termes adaptés aux jeunes. Évitez les expressions telles que « planification familiale » qui peuvent sembler étrangères à ceux qui ne sont pas mariés ;
- accueillir les partenaires et les faire participer à la séance de conseils, si le/la patient/-e le souhaite ;
- vérifier que le choix d'une jeune femme est bien le sien et qu'elle n'est pas forcée par son partenaire ou sa famille. En particulier si elle est forcée à avoir des rapports sexuels, aidez-la à réfléchir à ce qu'elle peut dire et faire pour résister à une telle pression. Apprenez-lui à négocier l'utilisation du préservatif ;
- parler sans porter de jugement (par exemple, il vaut mieux dire « tu peux » plutôt que « tu devrais »). Ne critiquez pas, même si vous n'êtes pas d'accord avec ce que la jeune personne dit ou fait. Aidez les jeunes à prendre des décisions dans leur intérêt ;
- prendre le temps de répondre à toutes les questions, craintes et informations erronées à propos des rapports sexuels, des infections sexuellement transmissibles (IST) et des contraceptifs. De nombreux jeunes veulent être rassurés et savoir qu'il est tout à fait normal que leur corps et leurs sentiments changent. Il faut être prêt à répondre aux questions courantes sur la puberté, les règles, la masturbation, l'éjaculation nocturne et l'hygiène intime ;

- rester au fait des normes sexuelles des jeunes et encourager l'adhésion à des normes saines et positives. Vous pouvez notamment aider les jeunes femmes à penser qu'elles ont le droit et le pouvoir de prendre leurs propres décisions sur leur sexualité et leur contraception. Vous pouvez aider les jeunes hommes à comprendre les conséquences de leur comportement sexuel sur eux et leur partenaire.

Tous les contraceptifs sont sans risques pour les jeunes

Les jeunes peuvent utiliser sans risques une méthode contraceptive quelle qu'elle soit. D'un point de vue médical, l'âge ne peut pas être un motif de refus d'une méthode contraceptive pour un adolescent.

- Souvent, les jeunes femmes tolèrent moins bien les effets secondaires que les femmes plus âgées. Néanmoins, avec de bons conseils, elles sauront à quoi s'attendre et seront moins susceptibles d'abandonner ces méthodes.
- Les jeunes célibataires peuvent avoir plus de partenaires sexuels que les personnes plus âgées et, par conséquent, être exposés à un risque plus élevé de contracter des IST. Lorsque vous les conseillez, il est important de parler du risque d'infection par les IST et des mesures pour réduire un tel risque.

Pour certaines méthodes contraceptives, vous devez tenir compte d'aspects spécifiques aux jeunes (voir les chapitres sur les méthodes contraceptives pour obtenir des informations détaillées).

Contraceptifs réversibles à longue durée d'action : les implants et les DIU

- L'implant, le DIU au cuivre et le DIU-LNG peuvent être de bons choix pour de nombreuses jeunes femmes car :
  - ces méthodes sont très efficaces (moins d'une grossesse sur 100 au cours de la première année d'utilisation) ;
  - une fois en place, ces méthodes ne nécessitent aucune intervention de l'utilisatrice qui n'a pas à anticiper ses rapports sexuels ;
  - elles sont fonctionnelles pendant plusieurs années ;
  - elles sont rapidement réversibles. Lorsque l'implant ou le DIU est retiré, une femme peut de nouveau tomber enceinte ;
  - leur utilisation est discrète chez la femme.
- Le risque d'expulsion du DIU est plus élevé chez les femmes nullipares car leur utérus est plus petit.

Contraceptifs injectables

- Les contraceptifs injectables peuvent être utilisés sans que quiconque le sache.

Contraceptifs oraux

- Certaines jeunes femmes pensent que prendre la pilule tous les jours est particulièrement contraignant.

Pilules contraceptives d'urgence (PCU)

- Les jeunes femmes ont probablement moins de contrôle que les femmes plus âgées sur les rapports sexuels et l'utilisation de la contraception. Elles peuvent avoir besoin de recourir plus souvent aux PCU. L'utilisation de PCU à multiples reprises entre les cycles menstruels est sans risques. À long terme, l'utilisation de contraceptifs oraux combinés ou d'une méthode réversible à longue durée d'action est plus efficace.
- Fournir des PCU à l'avance aux femmes en cas de besoin. Les PCU peuvent être utilisées chaque fois qu'elles ont des rapports sexuels non protégés, y compris des rapports sexuels contre leur volonté ou en cas d'échec du contraceptif.

Stérilisation féminine et vasectomie

- À proposer après mûre réflexion. Les jeunes et les personnes n'ayant pas ou que peu d'enfants sont ceux qui risquent le plus de regretter cette décision par la suite.

Préservatifs masculins et féminins

- Ils protègent contre les IST et contre le risque de grossesse, deux aspects fondamentaux pour de nombreux jeunes.
- Ils sont facilement accessibles, abordables et adaptés aux rapports sexuels occasionnels.
- Les jeunes hommes réussissent moins bien à utiliser correctement le préservatif que les hommes plus âgés. Ils auront probablement besoin de s'exercer un peu au préalable.

Diaphragmes, spermicides et capes cervicales

- Bien que ces méthodes figurent parmi les moins efficaces, les jeunes femmes peuvent en contrôler l'utilisation et y avoir recours en cas de besoin.

Méthodes basées sur la connaissance de la fécondité

- Tant que les cycles menstruels ne sont pas réguliers, les méthodes basées sur la connaissance de la fécondité doivent être utilisées avec prudence.
- Une méthode d'appoint ou une PCU est nécessaire en l'absence d'abstinence.

Retrait

- Cette méthode exige que l'homme soit capable de sentir quand il est sur le point d'éjaculer afin de pouvoir se retirer à temps. Cela peut être difficile pour certains jeunes hommes.
- C'est l'une des méthodes de prévention des grossesses les moins efficaces. Néanmoins, elle peut être la seule méthode disponible, toujours disponible d'ailleurs, pour certains jeunes.

Hommes

Les hommes : des soutiens et des patients importants

Du point de vue des prestataires de soins, il est important de prêter attention aux hommes pour deux raisons. Tout d'abord, parce qu'ils ont une influence sur les femmes. Bon nombre d'hommes se soucient de la santé reproductive de leur femme et la soutiennent. D'autres peuvent empêcher leur femme d'agir ou prendre des décisions à sa place. Aussi, l'attitude des hommes influence l'adoption de comportements sains chez la femme. Dans certains cas, par exemple lorsqu'il s'agit d'éviter une infection par le VIH ou d'obtenir rapidement de l'aide pour une urgence obstétricale, la vie de la femme dépend de l'action de l'homme.

Ensuite, parce qu'ils sont importants aussi en tant que patients. Les principales méthodes de planification familiale, à savoir les préservatifs masculins et la vasectomie, sont utilisées par les hommes. Par ailleurs, les hommes ont leurs propres besoins et préoccupations en matière de santé sexuelle et reproductive, notamment concernant les infections sexuellement transmissibles (IST), qui méritent toute l'attention du système de soins de santé et des prestataires de soins.

Différentes façons d'aider les hommes

Les prestataires de soins peuvent aider les hommes, en tant que soutiens de leur femme ou patients, grâce à leur accompagnement et leurs services.

Encourager la communication au sein du couple

Les couples qui abordent la question de la contraception, avec ou sans l'aide d'un prestataire de soins, sont plus susceptibles de faire des projets qu'ils seront en mesure de concrétiser. Les prestataires de soins peuvent :

- montrer aux hommes et aux femmes comment parler de sujets comme la sexualité, la planification familiale et les IST avec leur partenaire ;
- encourager la prise de décision commune concernant des questions de santé sexuelle et reproductive.

La plupart des chapitres du présent manuel comportent un encadré intitulé « En quoi le partenaire peut-il être utile ? ». Les points qui y sont traités peuvent être utiles lorsque vous conseillez un couple ou aidez une patiente à faire accepter sa méthode de contraception à son partenaire.

- inviter et encourager les femmes à venir au centre de santé accompagnées de leur partenaire pour des conseils, une prise de décision et des soins conjoints ;
- encourager les hommes à comprendre et à soutenir leur partenaire dans leur choix de contraception ;
- encourager les hommes à envisager de s'impliquer davantage dans la planification familiale. Par exemple, en utilisant des préservatifs ou en optant pour une vasectomie ;
- suggérer aux patientes de parler à leur partenaire des services de santé dédiés aux hommes. Leur remettre des brochures d'information à emporter, si disponibles.

Fournir des informations précises

Il est indispensable de fournir des informations précises et de corriger les idées reçues afin d'éclairer les décisions et les opinions des hommes. Parmi les sujets importants pour les hommes figurent :

- les méthodes de planification familiale, pour hommes et pour femmes, y compris leur sécurité et leur efficacité ;
- les IST, y compris le VIH ; leurs transmission, prévention, signes et symptômes, dépistage et traitement ;
- les bénéfices de l'espacement des naissances et d'attendre 2 ans avant de concevoir un autre enfant ;
- l'anatomie ainsi que la fonction sexuelle et reproductive de l'homme et de la femme ;
- la grossesse et l'accouchement sans risques.

Proposer des services ou orienter le patient

Parmi les services importants dont souhaitent bénéficier de nombreux hommes figurent :

- les préservatifs masculins et la vasectomie ;
- des informations et des conseils sur les autres méthodes contraceptives, en particulier les méthodes qui nécessitent la coopération masculine, comme les méthodes basées sur la connaissance de la fécondité et les préservatifs féminins ;
- des conseils et une aide pour surmonter les problèmes sexuels ;
- des conseils, un dépistage et un traitement des IST et du VIH ;
- des conseils sur l'infertilité (voir Infertilité, p. 364) ;
- le dépistage du cancer du pénis, des testicules et de la prostate.

À l'instar des femmes, les hommes de tous âges, mariés ou célibataires, ont leurs propres besoins en matière de santé sexuelle et reproductive. Ils ont droit à des services de bonne qualité ainsi qu'à des conseils respectueux, constructifs et dénués de jugement.

Femmes proches de la ménopause

Une femme arrive à la ménopause lorsque ses ovaires cessent de libérer des ovules (ovulation). À l'approche de la ménopause, les règles se font moins régulières. Ainsi, une femme peut considérer qu'elle n'est plus fertile dès lors qu'elle n'a pas eu de règles pendant 12 mois consécutifs.

La ménopause s'installe en général entre 45 et 55 ans. Près de la moitié des femmes sont ménopausées à l'âge de 50 ans et environ 96 % d'entre elles le sont à 55 ans.

Afin d'éviter une grossesse pendant cette transition, les femmes peuvent employer la méthode contraceptive de leur choix à condition de ne présenter aucun problème médical pouvant en limiter l'utilisation. L'âge ne limite pas en soi le choix d'une méthode contraceptive.

Aspects à prendre en considération lors du choix d'une méthode contraceptive

Afin d'aider une femme proche de la ménopause dans son choix, il convient de prendre en considération les méthodes suivantes :

Méthodes hormonales combinées (contraceptifs oraux combinés [COC], injectables mensuels, patch combiné, anneau vaginal combiné)

- Les femmes de 35 ans ou plus qui fument, quel que soit le nombre de cigarettes par jour, ne devraient utiliser ni les COC, ni le patch, ni l'anneau vaginal combiné.
- Les femmes de 35 ans ou plus qui fument au moins 15 cigarettes par jour ne devraient pas utiliser d'injectables mensuels.
- Les femmes de 35 ans ou plus ne devraient utiliser ni les COC, ni les injectables mensuels, ni le patch ni l'anneau vaginal combiné si elles ont des migraines (avec ou sans aura).

Méthodes à base de progestatif seul (pilules de progestatif seul, progestatifs seuls injectables, implants)

- C'est un bon choix pour les femmes qui ne peuvent pas utiliser de méthodes contenant d'œstrogènes.
- Pendant son utilisation, l'AMPR diminue légèrement la densité minérale osseuse. Cela peut augmenter le risque de développer une ostéoporose et de fractures osseuses plus tard, après la ménopause. L'OMS a conclu que cette diminution de la densité minérale osseuse ne justifie pas de fixer une limite d'âge ou de durée pour l'utilisation de l'AMPR.

Pilules contraceptives d'urgence

- Elles peuvent être utilisées par des femmes de tous âges, y compris celles qui ne peuvent pas utiliser de méthodes hormonales en continu.

Stérilisation féminine et vasectomie

- Elles peuvent être un bon choix pour les femmes plus âgées et leur partenaire qui sont sûrs de ne plus vouloir d'autres enfants.
- Les femmes plus âgées sont plus susceptibles de présenter des facteurs nécessitant de différer la stérilisation féminine, d'agir avec prudence ou de prendre des mesures spécifiques.

Préservatifs masculins ou féminins, diaphragme, spermicides, cape cervicale et retrait

- Ces méthodes protègent bien les femmes plus âgées du fait que leur fécondité diminue durant les années qui précèdent la ménopause.
- Ces méthodes sont abordables et adaptées aux femmes qui ont des rapports sexuels occasionnels.

Dispositif intra-utérin (DIU au cuivre et DIU-LNG)

- Les taux d'expulsion diminuent avec l'âge pour atteindre leur niveau le plus bas chez les femmes de plus de 40 ans.
- L'insertion peut être plus difficile en raison du rétrécissement du canal cervical.

Méthodes basées sur la connaissance de la fécondité

- Les cycles qui précèdent la ménopause étant irréguliers, ces méthodes sont moins fiables.

Quand une femme peut-elle arrêter d'utiliser une contraception ?

À l'approche de la ménopause, les cycles deviennent irréguliers. Les femmes dont les règles semblent avoir cessé ont donc du mal à savoir quand elles peuvent arrêter d'utiliser une contraception. Aussi, il est recommandé de continuer d'utiliser une méthode de planification familiale jusqu'à ce qu'une période d'aménorrhée consécutive de 12 mois se soit écoulée.

Dans le cas des méthodes hormonales, les règles sont provoquées artificiellement. Il est donc difficile pour ces femmes de savoir si elles sont ménopausées ou non. Une option consiste à choisir une méthode non hormonale. Une contraception n'est plus nécessaire dès lors qu'une femme n'a plus ses règles depuis 12 mois consécutifs.

Les DIU au cuivre peuvent être laissés en place jusqu'à la ménopause. Ils devraient être retirés 12 mois après les dernières règles.

Soulagement des symptômes de la ménopause

Les femmes connaissent des effets physiques avant, pendant et après la ménopause : bouffées de chaleur, transpiration excessive, fuites urinaires, sécheresse vaginale qui peut provoquer des douleurs lors des rapports sexuels et troubles du sommeil.

Les prestataires de soins peuvent donner les conseils suivants afin d'atténuer certains de ces symptômes :

- respirer profondément à partir du diaphragme pour faire disparaître plus rapidement une bouffée de chaleur. Il est également possible d'essayer de manger des aliments contenant du soja ou de prendre 800 unités internationales de vitamine E par jour ;
- consommer des aliments riches en calcium (produits laitiers, haricots, poisson) et pratiquer des activités physiques modérées pour ralentir la perte de densité osseuse qui accompagne la ménopause ;
- utiliser des lubrifiants vaginaux en cas de sécheresse vaginale persistante provoquant des irritations. Lors des rapports sexuels, utiliser un lubrifiant vaginal disponible dans le commerce, de l'eau ou de la salive si la sècheresse vaginale pose problème.

Personnes en situation de handicap

Les prestataires de soins devraient traiter les personnes en situation de handicap de la même façon que n'importe quelle autre personne, c'est-à-dire avec respect. Ces personnes ont les mêmes besoins et droits en matière de santé sexuelle et reproductive, mais disposent rarement d'informations en la matière ou de soins appropriés. Les personnes en situation de handicap sont plus vulnérables à la maltraitance que les personnes valides. Elles sont aussi davantage exposées à une infection par le VIH ou d'autres IST. Bon nombre d'entre elles ont été stérilisées contre leur volonté, forcées à avorter ou contraintes à se marier et beaucoup ont subi des violences basées sur le genre. Les programmes de soins de santé, y compris les programmes de planification familiale, doivent respecter les articles pertinents de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, notamment les articles portant sur la santé, la vie de famille et les droits légaux.

Pour conseiller au mieux les personnes en situation de handicap, les prestataires de soins doivent tenir compte de leurs préférences et de la nature de leur handicap. Par exemple, les méthodes barrières de contraception peuvent être difficiles à utiliser pour certaines personnes ayant un handicap physique. Les femmes présentant une déficience intellectuelle peuvent avoir du mal à se souvenir de prendre leur pilule tous les jours ou à gérer les changements dans leurs cycles menstruels.

Comme n'importe quel patient, les personnes en situation de handicap ont besoin d'informations sur la santé sexuelle et reproductive pour faire des choix éclairés. Les personnes ayant une déficience intellectuelle ont les mêmes droits que les autres de prendre leurs propres décisions sur la contraception, y compris la stérilisation. Elles peuvent avoir besoin d'une aide spéciale pour ce faire. Lorsqu'un/-e patient/-e

ayant une déficience intellectuelle est dans l'incapacité de communiquer clairement ses préférences, une personne de confiance devrait participer et l'aider à prendre une décision éclairée qui respecte au mieux ses volontés. Ceci est particulièrement important lorsqu'il s'agit de stérilisation. Les systèmes de soins de santé devraient assurer une prise de décision assistée.

Pour aider les personnes en situation de handicap, les programmes devraient informer la communauté que ces personnes sont prises en charge sans discrimination.

Qu'est-ce que la prise de décision assistée ?

La prise de décision assistée désigne le processus où des soutiens, défenseurs ou autres aident les personnes en situation de handicap à prendre leurs propres décisions, sans qu'il n'y ait de conflit d'intérêts, d'influence abusive ou de délégation du pouvoir de prise de décision à autrui. Ce processus peut inclure l'information et le consentement éclairé. (Voir S'assurer du choix éclairé, p. 219.)

Infections sexuellement transmissibles, dont le VIH

Points clés pour les prestataires et les patientes

- **Les personnes atteintes d'infections sexuellement transmissibles (IST), y compris du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), peuvent utiliser la plupart des méthodes de planification familiale sans risques et de manière efficace.**
- **Les préservatifs masculins et féminins peuvent prévenir les IST, dont le VIH,** s'ils sont utilisés systématiquement et correctement.
- **Souvent les IST ne s'accompagnent d'aucun signe ni d'aucun symptôme, en particulier chez les femmes.**
- **Toute personne doit consulter si elle suspecte son partenaire ou elle-même d'être atteint/-e d'une IST.**
- **Certaines IST peuvent être traitées.** Plus elles sont traitées rapidement, plus les problèmes causés à long terme sont limités, comme la stérilité ou les douleurs chroniques, et plus le risque de transmission au partenaire sexuel ou au fœtus est réduit.
- **Dans la plupart des cas, les pertes vaginales ne sont pas dues à des infections sexuellement transmissibles.**

Infections sexuellement transmissibles

Que sont les infections sexuellement transmissibles ?

Les infections sexuellement transmissibles (IST) sont causées par des bactéries, des virus et des parasites qui se transmettent par contact sexuel. Les infections peuvent être présentes dans les sécrétions vaginales et le sperme, sur la peau des parties génitales et autour, mais aussi pour certaines dans la bouche, la gorge et le rectum. Certaines IST ne s'accompagnent d'aucun symptôme ou de symptômes qui peuvent facilement passer inaperçus. D'autres peuvent provoquer des douleurs et des désagréments physiques et psychologiques. Si elles ne sont pas traitées, elles peuvent causer une maladie inflammatoire pelvienne, des douleurs pelviennes chroniques, la

stérilité et le cancer du col de l'utérus chez la femme et le cancer de la prostate chez l'homme. Certaines IST peuvent également augmenter considérablement le risque d'infection par le VIH.

Qui est à risque ?

Certaines patientes de la planification familiale peuvent être exposées à un risque élevé d'infection par une IST. Le risque d'infection par une IST, dont le VIH, dépend de plusieurs facteurs :

- des comportements spécifiques à risque (voir l'encadré ci-dessous)
- la prévalence de ces infections dans la communauté.

Un prestataire de soins de la planification familiale qui est au courant des IST présentes localement pourra mieux aider les patients à évaluer leur propre risque. Un accès limité à des services de santé de qualité se traduit par un plus grand nombre d'infections non traitées, susceptibles d'accroître la transmission au sein de la communauté.

Lorsqu'elles sont conscientes du risque d'infection par le VIH et les autres IST, les personnes sont plus à même de se protéger et de protéger les autres. Elles sont souvent les mieux placées pour évaluer leur exposition au risque d'IST, surtout si les situations et les comportements susceptibles d'augmenter ou de diminuer le risque d'infection leur sont bien expliqués (voir l'encadré ci-dessous et Prévention des infections sexuellement transmissibles).

Pratiques sexuelles et autres comportements qui augmentent le risque d'une IST, y compris le VIH

Les pratiques et les comportements sexuels qui augmentent le risque d'infection doivent être abordés en toute confidentialité et dans le respect de la vie privée. Parmi ces pratiques figurent :

- Tout type de pratique sexuelle (orale, vaginale ou anale) avec un partenaire qui présente des symptômes d'IST ou qui a été diagnostiqué ou traité pour une IST au cours des 6 derniers mois.
- Tout type de pratique sexuelle (orale, vaginale ou anale) avec plus d'un partenaire sans préservatif au cours des 6 derniers mois. Plus il y a de partenaires, plus le risque est élevé.
- L'exposition à des aiguilles contaminées lors de l'utilisation de drogues injectables ou autre exposition (professionnelle, par exemple).

Certains groupes (connus sous le nom de "populations clés") sont plus exposés au risque de contracter le VIH et d'autres IST, indépendamment de la prévalence dans la population générale. Ces groupes incluent :

- Les adolescentes
- Les personnes qui ont des rapports sexuels en échange d'argent, de nourriture, de cadeaux, d'un abri ou de faveurs
- Les homosexuels, bisexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
- Les personnes transgenres
- Les personnes qui s'injectent des drogues
- Les partenaires sexuels de ces personnes.

Quelles sont les causes des IST ?

Plusieurs types d'organismes sont responsables des IST. Celles causées par des bactéries ou des parasites peuvent généralement être guéries. Ce n'est pas le cas de celles dues à des virus, même si leurs symptômes peuvent être soulagés ou supprimés. La plupart des IST se transmettent par l'activité sexuelle, et une grande partie de cette transmission peut être évitée par l'utilisation correcte et systématique de préservatifs. Certaines personnes peuvent toutefois contracter une IST par d'autres moyens. Les détails sont fournis dans le tableau ci-dessous.

Types d'IST, Causes, Traitements et Mode de transmission

IST	Type	Transmission sexuelle	Transmission non sexuelle	Guérissable ?
Chancre	Bactérie	Rapports sexuels par voie vaginale, anale et orale	Aucune	Oui
Chlamydia	Bactérie	Rapports sexuels par voie vaginale, anale, rarement des parties génitales à la bouche	De la mère à l'enfant pendant l'accouchement	Oui
Gonorrhée	Bactérie	Rapports sexuels par voie vaginale et anale, ou contact entre la bouche et les parties génitales	De la mère à l'enfant pendant l'accouchement ou dans le lait maternel Transfusion de sang contaminé	Oui
Hépatite B	Virus	Rapports sexuels par voie vaginale et anale ou du pénis à la bouche	De la mère à l'enfant pendant l'accouchement ou dans le lait maternel Transfusion de sang contaminé	Non

Types d'IST, causes, traitements et mode de transmission *(suite)*

IST	Type	Transmission sexuelle	Transmission non sexuelle	Guérissable ?
Herpès	Virus	Contact génital ou oral avec un ulcère, y compris lors de rapports sexuels par voie vaginale et anale ; également contact génital dans un endroit sans ulcère	De la mère à l'enfant pendant la grossesse ou l'accouchement	Non
Le VIH.	Virus	Rapports sexuels par voie vaginale et anale ou, très rarement, rapports sexuels par voie buccale	De la mère à l'enfant pendant l'accouchement ou dans le lait maternel Utilisation de drogues injectables avec des aiguilles non stériles Transfusion de sang contaminé	Non
Virus du papillome humain (VPH)	Virus	Rapports sexuels par voie vaginale, anale et orale	De la mère à l'enfant pendant l'accouchement	Non
Virus T-lym-photrope humain	Virus	Rapports sexuels par voie vaginale et anale	De la mère à l'enfant pendant la grossesse ou l'accouchement, ou dans le lait maternel Transfusion de sang contaminé	Non
Syphilis	Bactérie	Contact génital ou oral avec un ulcère y compris lors de rapports sexuels par voie vaginale et anale	De la mère à l'enfant pendant la grossesse ou l'accouchement Transfusion de sang contaminé	Oui
Trichomo-nase	Parasite	Rapports sexuels par voie vaginale, anale et buccale	De la mère à l'enfant pendant l'accouchement	Oui

Signes et symptômes des IST

Les signes et symptômes fréquents pouvant suggérer une IST sont énumérés dans le tableau ci-dessous, ainsi que leurs causes possibles.

Symptômes	Cause possible
Écoulement au niveau du pénis : pus, gouttes claires ou jaunâtres, verdâtres	Chlamydia, gonorrhée, trichomonase
Pertes vaginales anormales	IST au niveau du col de l'utérus : chlamydia, gonorrhée IST au niveau du vagin : trichomonase Infections vaginales non IST : vaginose bactérienne, candidose (voir Infections vaginales courantes non sexuellement transmissibles, page suivante)
Écoulement ano-rectal	Chlamydia, gonorrhée
Douleurs au bas-ventre (possibilité de maladie inflammatoire pelvienne)	Chlamydia, gonorrhée, trichomonase
Testicules enflés et/ou douloureux	Chlamydia, gonorrhée
Verrues au niveau des parties génitales, de l'anus ou des zones voisines	VPH, en particulier les types 6 et 11
Ulcères au niveau des parties génitales, de l'anus ou des zones voisines	Herpès génital, syphilis, chancre

Détection précoce des IST

Idéalement, une IST devrait être identifiée (et traitée) à un stade précoce, afin d'éviter les complications et d'éviter de transmettre l'infection. Pour détecter précocement les IST, le prestataire devrait :

- Questionner le/la patient/-e sur ses antécédents sexuels et évaluer le risque de contracter une IST.
- Demander si le/la patient/-e ou son/sa/ses partenaire(s) présente(nt) des symptômes d'IST, tels que des lésions/douleurs/gonflements génitaux, des écoulements génitaux ou anorectaux anormaux, ou des douleurs dans le bas-ventre.
- Vérifier la présence de signes d'IST lors d'un examen pelvien ou génital.
- Diagnostiquer et fournir rapidement des soins appropriés ou, dans certains cas, procéder à un dépistage des IST si besoin (test rapide ou en laboratoire, selon la disponibilité, voir page suivante) ou orienter vers des soins appropriés les patients qui présentent des signes ou des symptômes d'IST.
- Encourager les patientes qui ne présentent aucun signe ou symptôme d'IST mais sont exposées à un risque élevé d'infection d'effectuer un dépistage de la syphilis et, si possible, de la gonorrhée et de l'infection à chlamydia.

En plus, un prestataire de services de planification familiale devrait :

- Conseiller sur l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants, en fonction des besoins de la patiente.
- Proposer son soutien pour informer les partenaires sexuels de tous/toutes les patients/tes chez qui une IST a été diagnostiquée et de ceux/celles qui présentent des symptômes et des signes d'une IST. Si tel est le cas, utiliser différentes stratégies en fonction des préférences de la patiente pour chaque partenaire.

Dans les régions où le dépistage des IST est disponible, les prestataires devraient, le cas échéant :

- Proposer un test de dépistage de l'hépatite B, de préférence à l'aide de tests de dépistage rapides réalisés lors de la visite. Si le test est positif, la patiente devrait être orientée vers une évaluation de sa recevabilité au traitement. Si le test est négatif, la patiente devrait envisager la vaccination contre l'hépatite B lorsqu'elle est recommandée et disponible (voir le tableau sur les mesures de Prévention des infections sexuellement transmissibles à la page suivante pour la vaccination recommandée contre l'hépatite B chez les adultes).
- Proposer des tests de dépistage de la gonorrhée et des infections à chlamydia, s'ils sont disponibles. En fonction des antécédents et des risques, prélever des échantillons de la gorge, du vagin et de l'anus. Si possible, proposer à la patiente de prélever elle-même les échantillons (auto-prélèvement), car certaines trouvent cela plus acceptable.
- Informer les patientes exposées à un risque élevé d'IST qu'elles devraient effectuer un dépistage régulier de la syphilis et du VIH, au moins une fois par an.
- Conseiller aux patients/tes de vérifier la présence de lésions génitales, de verrues ou d'un écoulement anormal aussi bien chez eux/elles que chez leur partenaire sexuel/elle et, le cas échéant, de consulter un médecin dès que possible.

Infections vaginales fréquentes non sexuellement transmissibles

La candidose (également appelée mycose ou muguet) et la vaginose bactérienne sont les infections vaginales les plus fréquentes. Elles sont généralement dues à une prolifération d'organismes normalement présents dans le vagin. Elles peuvent être sexuellement transmissibles ou non. En général, la candidose (qui peut provoquer des pertes semblables à du lait caillé et des démangeaisons) n'est pas sexuellement transmise. Des recherches ont établi un lien entre la vaginose bactérienne et le comportement sexuel. Une femme ayant de nombreux partenaires est plus à même de développer une vaginose bastérienne, mais une femme n'ayant jamais eu de rapports sexuels peut tout à fait développer cette infection, même si cela reste rare.

- Dans la plupart des régions, ces infections sont bien plus fréquentes que les IST. Les chercheurs estiment que la vaginose bactérienne touche entre 5 % et 25 % des femmes et entre 5 % et 15 % ont déjà eu une candidose.
- Les pertes vaginales dues à ces infections peuvent être similaires aux écoulements causés par certaines IST. Les pertes causées par la vaginose bactérienne, par exemple, sont similaires à celles causées par la trichomonase. Il est important d'expliquer à la patiente qui a des pertes vaginales qu'il est possible que ce ne soit pas une IST, surtout si elle ne présente aucun autre symptôme et si elle est exposée à un faible risque d'infection par les IST.

- La vaginose bactérienne peut se traiter à l'aide d'antibiotiques, généralement du métronidazole. La candidose peut se traiter avec des médicaments antifongiques, comme le fluconazole. En l'absence de traitement, la vaginose bactérienne peut entraîner des complications pendant la grossesse et la candidose peut être transmise au nouveau-né lors de l'accouchement.

Une bonne hygiène intime peut aider certaines patientes à éviter les infections vaginales. Se laver les organes génitaux externes à l'eau claire avec du savon sans parfum et ne pas avoir recours aux douches vaginales, détergents, désinfectants, ou agents déshydratants ou nettoyage vaginal sont de bonnes pratiques d'hygiène.

Prévention des infections sexuellement transmissibles

Les prestataires de services de planification familiale peuvent aider leurs patientes de différentes manières à prévenir les IST, y compris le VIH.

Mesures de prévention	Remarques
Vaccin contre le papillomavirus	Voir Vaccin disponible en prévention (au chapitre Cancer du col de l'utérus), p. 354.
Vaccin contre l'hépatite B	Les vaccins, généralement administrés aux nouveau-nés et aux enfants, préviennent contre l'infection par l'hépatite B. La vaccination est également recommandée pour les adolescentes et adultes exposées à un risque élevé d'infection (voir l'encadré de la section Qui est à risque ?, p. 360), notamment les personnes vivant avec le VIH, les contacts familiaux et sexuels des personnes atteintes d'une infection chronique par le virus de l'hépatite B, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes ayant de nombreux partenaires sexuels, les personnes incarcérées et les personnes qui s'injectent de la drogue.
Préservatifs	L'utilisation correcte et régulière de préservatifs masculins ou féminins offre une protection efficace contre les IST, y compris le VIH. Voir les chapitres 14 et 15.
Prophylaxie pré-exposition (PrEP)	La PrEP peut se révéler efficace en prévention du VIH lorsqu'elle est prise conformément à la prescription. Voir chapitre 23, section Prévenir une infection par le VIH, p. 365.
Prophylaxie post-exposition (PPE)	La PPE peut être proposée en prévention de l'infection par le VIH après l'exposition, dans les situations d'urgence. Elle doit commencer à être utilisée dans les 72 heures suivant une éventuelle exposition. Voir chapitre 23, section Prévenir une infection par le VIH, p. 365.

(Suite à la page suivante)

Mesures de prévention	Remarques
Lubrifiant	L'utilisation de lubrifiants est recommandée pour les rapports sexuels anaux et peut également contribuer à la lubrification vaginale en cas de besoin ou d'envie. Les lubrifiants empêchent les micro déchirures des muqueuses anorectales et vaginales, qui peuvent constituer des points d'entrée pour les IST. **Les lubrifiants à base d'eau sont recommandés lorsqu'ils sont utilisés avec des préservatifs.**
Circoncision masculine	La circoncision masculine peut réduire de 50 à 60 % le risque d'infection par le VIH chez l'homme ayant des rapports sexuels vaginaux avec une partenaire féminine. La circoncision masculine peut également réduire le risque pour la partenaire féminine de contracter des IST.
Prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles	Le diagnostic et le traitement des IST permettent d'éviter que le/la patient/te ne contracte d'autres IST, car les lésions ou les ulcères associés à des IST existantes peuvent faciliter l'infection par d'autres IST (y compris le VIH). Par exemple, l'infection par le virus de l'herpès simplex 2 (HSV-2) (herpès génital) multiplie par 3 le risque de contracter le VIH, par 2 celui de la syphilis et par 1,5 celui de la trichomonase.

Un prestataire de services de planification familiale devrait informer les patientes des pratiques ou des comportements qui exposent une personne à un risque accru d'infection par les IST, y compris le VIH (voir Qui est à risque ?, p. 340). Les clients peuvent ensuite réfléchir à leur propre situation et à leurs pratiques pour évaluer leur risque de contracter une IST. Si une patiente demande des conseils supplémentaires, les prestataires doivent, en fonction des besoins de chaque patiente, adapter leurs conseils aux stratégies efficaces pour réduire le risque d'IST, et ce toujours dans un cadre privé et dans le respect de la confidentialité.

La décision de recourir à une (des) mesure(s) de prévention particulière(s) doit être un choix éclairé, fait volontairement par la patiente. Les prestataires ne devraient pas laisser leurs opinions personnelles influencer les choix des patientes en matière de prévention. Il est important de se rappeler que les patientes peuvent choisir d'utiliser différentes stratégies dans différentes situations et avec différents partenaires, ainsi qu'à différents moments de leur vie. **La meilleure stratégie est celle qu'une personne est en mesure d'adopter efficacement dans la situation où elle se trouve.**

Les prestataires de services de planification familiale peuvent contribuer à la prévention, au diagnostic précoce et au traitement du VIH, en particulier chez les personnes exposées à risque élevé d'infection et dans les pays où de nombreuses personnes vivent avec le VIH. Voir chapitre 23 - Planification familiale pour les adolescentes et les femmes exposées à un risque élevé d'infection par le VIH.

Conception plus sûre pour les couples sérodiscordants au VIH

Si un couple souhaite avoir un enfant et qu'un partenaire est séronégatif et l'autre séropositif au VIH (couple sérodiscordant), les prestataires de soins devraient :

- S'assurer que le partenaire séropositif au VIH reçoit un traitement antirétroviral (TAR) systématiquement et correctement et qu'il est régulièrement soumis à des tests de charge virale (ou de numération des cellules CD4, si le test de charge virale n'est pas disponible). Un TAR efficace avec suppression de la charge virale empêche la transmission du VIH aux partenaires sexuels : il n'y a pas de transmission lorsque la charge virale est indétectable ou supprimée (inférieure ou égale à 1 000 copies/mL).
- Proposer au partenaire séronégatif de prendre de la PrEP si l'autre partenaire, qui vit avec le VIH, a toujours une charge virale détectable. La PrEP doit être utilisée jusqu'à ce que le partenaire vivant avec le VIH ait atteint la suppression virale. Certains partenaires séronégatifs peuvent choisir de continuer à prendre la PrEP même après atteint la suppression virale.
- Rassurer le couple en lui expliquant que cette nouvelle approche signifie que l'insémination artificielle n'est plus nécessaire.
- Informer le couple que les deux partenaires doivent se faire dépister et traiter pour d'autres IST avant d'essayer de concevoir un enfant.

Pour plus d'informations sur les méthodes de planification familiale pour les personnes vivant avec le VIH, voir Contraceptifs pour les patientes atteintes d'IST, dont le VIH, p 349.

Choisir une stratégie de double protection

Les prestataires de services de planification familiale peuvent expliquer à leurs patients et patientes les moyens dont ils/elles disposent pour se protéger à la fois contre les IST, y compris le VIH, et prévenir une grossesse (ce que l'on appelle la "double protection").

Stratégie 1 : utiliser un préservatif masculin ou féminin systématiquement (à chaque rapport sexuel) et correctement

- Une méthode qui permet d'éviter une grossesse et de prévenir les IST.

Stratégie 2 : utiliser un préservatif masculin ou féminin systématiquement en plus d'une autre méthode de planification familiale

- L'utilisation de deux méthodes confère une protection supplémentaire contre la grossesse si le préservatif n'est pas ou mal utilisé, ou s'il se déchire
- Il peut s'agir d'un bon choix pour les femmes qui veulent être sûres d'éviter une grossesse mais ne peuvent pas toujours compter sur leur partenaire pour utiliser systématiquement et correctement un préservatif.

Stratégie 3 : si les deux partenaires savent qu'ils ne sont pas infectés par une IST, ou si l'un des partenaires vit avec le VIH mais a atteint la suppression virale grâce à un traitement antirétroviral, utiliser une méthode de planification familiale pour éviter une grossesse et rester dans une relation de fidélité réciproque.

- De nombreux patients des services de planification familiale font partie de cette catégorie et sont donc protégés contre les IST, y compris le VIH, sans utiliser de préservatifs.
- Cette stratégie dépend d'une bonne communication et de la confiance au sein du couple.

D'autres stratégies de double protection n'impliquent pas l'utilisation de contraceptifs, notamment :

Stratégie 4 : partager une intimité sexuelle en évitant la pénétration ou alors en évitant que le sperme et les sécrétions vaginales entrent en contact avec les parties génitales de l'autre partenaire (par exemple, la masturbation mutuelles)

- Cette stratégie ne permet pas de prévenir la syphilis, l'herpès génital, le condylome ou d'autres infections par le VPH, en fonction du type d'interaction physique. Ces IST peuvent se transmettre par un contact peau à peau.
- Cette stratégie dépend d'une bonne communication, de la confiance et de la maîtrise de soi.
- S'il s'agit de la stratégie privilégiée du couple, il est conseillé d'avoir des préservatifs à portée de main en cas de rapports sexuels avec pénétration.

Bon nombre de patient.e.s auront besoin d'aide, de soutien et de conseils pour mener à bien leur stratégie de double protection. Par exemple, ils peuvent avoir besoin d'aide pour se préparer à parler avec leur partenaire de protection contre les IST, apprendre à utiliser un préservatif ainsi que d'autres méthodes de contraception, et gérer les questions pratiques, comme où obtenir les produits et où les conserver. Les prestataires qui ne sont pas en mesure de les aider devraient orienter le/la patient/-e vers une personne en mesure de donner plus de conseils ou l'aider à acquérir les compétences nécessaires, en ayant recours au jeu de rôle pour pratiquer la négociation de l'utilisation du préservatif.

Contraceptifs pour les patientes atteintes d'IST, dont le VIH

Les personnes vivant avec une IST ou le VIH, qu'elles soient sous traitement antirétroviral (TAR) ou non, peuvent commencer ou continuer à utiliser sans risques la plupart des méthodes contraceptives. Il existe néanmoins quelques limitations, décrites dans le tableau ci-dessous. Chaque chapitre de ce manuel consacré à une méthode contraceptive (chapitres 1 à 20) apporte également de plus amples informations aux patientes vivant avec le VIH, y compris celles sous TAR.

Aspects liés à la planification familiale à prendre en considération pour les patientes vivant avec une IST, y compris le VIH

Méthode	Atteint d'une IST	Atteint du VIH
Dispositif intra-utérin (DIU) : DIU au cuivre ou DIU-LNG	• Ne pas poser de DIU chez une femme exposée à un risque individuel très élevé de contracter la gonorrhée ou l'infection à chlamydia, ou qui présente actuellement une gonorrhée, une infection à chlamydia, une cervicite purulente ou une maladie inflammatoire pelvienne (MIP). Toutefois, une utilisatrice portant déjà un DIU qui contracte une gonorrhée, une infection à chlamydia ou une MIP peut continuer à utiliser sans risques un DIU pendant et après son traitement.	• Une femme infectée par le VIH mais qui n'en présente pas les symptômes et se porte bien (stade 1 ou 2 de l'OMS), qu'elle soit sous traitement antirétroviral (TAR) ou non, peut se faire poser un DIU. • En général, il convient de ne pas poser de DIU chez une femme vivant avec le VIH à un stade sévère ou avancé (stade 3 ou 4 de l'OMS). • Une utilisatrice portant déjà un DIU qui est infectée par le VIH ou qui développe la maladie à un stade avancé ou sévère (stade 3 ou 4 de l'OMS) peut continuer à utiliser sans risques le DIU. • Une patiente qui utilise un DIU peut le conserver lorsqu'elle démarre un TAR.

(Suite à la page suivante)

Aspects liés à la planification familiale à prendre en considération pour les patientes vivant avec une IST, y compris le VIH *(suite)*

Méthode	Atteint d'une IST	Atteint du VIH
Stérilisation féminine	• Si la patiente présente une gonorrhée, une infection à chlamydia, une cervicite purulente ou une MIP, il convient de différer la stérilisation jusqu'à la fin du traitement et la guérison de l'infection.	• Les patientes vivant avec le VIH, y compris celles sous TAR, peuvent recourir à la stérilisation féminine sans risques. • L'intervention peut être reportée chez la femme vivant avec le VIH à un stade avancé ou sévère (stade 3 ou 4 de l'OMS) ou si elle présente actuellement une maladie liée au VIH.
Vasectomie	• Si le patient présente une infection de la peau du scrotum, une IST active, un gonflement ou une sensibilisation au niveau du gland, des canaux transportant les spermatozoïdes ou des testicules, reporter la vasectomie en attendant que l'affection soit traitée.	• Les patients qui vivent avec le VIH, y compris ceux sous TAR, peuvent avoir recours à la vasectomie sans risques. • L'intervention peut être reportée chez l'homme vivant avec le VIH à un stade avancé ou sévère (stade 3 ou 4 de l'OMS) ou s'il présente actuellement une maladie liée au VIH.
Spermicides	• Peuvent être utilisés.	• En règle générale, les patientes vivant avec le VIH ne devraient pas utiliser de spermicides (les risques l'emportent généralement sur les avantages).
Toutes les méthodes hormonales (à l'exception des DIU hormonaux) peuvent être utilisées par toute cliente atteinte d'une IST, y compris le VIH.		

Cancer du col de l'utérus

Qu'est-ce que le cancer du col de l'utérus ?

Le cancer du col de l'utérus est dû à une croissance incontrôlée et non traitée de cellules anormales au niveau du col de l'utérus. Le papillomavirus humain (VPH) est une IST qui peut entraîner le développement et la croissance de cellules anormales du col de l'utérus.

Le VPH se trouve sur la peau des parties génitales mais également au niveau des muqueuses du vagin, du col de l'utérus et de la bouche. Ce virus se transmet principalement par contact peau à peau. Il peut aussi se transmettre lors d'un rapport sexuel vaginal, anal et oral ou par contact avec les doigts. Plus de 40 types de VPH peuvent infecter le col de l'utérus, mais seuls 14 d'entre eux (appelés types de VPH oncogènes ou à haut risque) sont responsables des modifications précancéreuses des cellules du col de l'utérus. Parmi ces types à haut risque, deux types (VPH 16 et 18) sont à l'origine de plus de 70 % des cancers du col de l'utérus, et cinq autres types de VPH (VPH 31, 33, 45, 52 et 58) sont à l'origine de 20 % supplémentaires des cancers du col de l'utérus. Dans l'ensemble, plus de 95 % des cancers du col de l'utérus sont dus au VPH, tandis qu'environ 5 % sont attribuables au VIH (les femmes vivant avec le VIH sont plus susceptibles de développer un cancer du col de l'utérus). Deux autres types de VPH (VPH 6 et 11) sont la cause de la plupart des cas de verrues génitales.

La plupart des femmes sexuellement actives sont infectées par le VPH au moins une fois dans leur vie. Dans la plupart des cas, l'infection par le VPH se guérit spontanément (disparaît). En revanche, chez certaines femmes, le VPH persiste et provoque des lésions précancéreuses qui peuvent évoluer vers un cancer. En général, moins de 5,5 % des patientes ayant une infection persistante par le VPH développeront un cancer du col de l'utérus.

Un cancer du col de l'utérus met généralement 10 à 20 ans à se développer. Cela signifie que l'on dispose d'une longue période pour dépister et traiter les changements précancéreux du col de l'utérus avant qu'ils ne se déclarent en cancer. C'est l'objectif du dépistage et du traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus.

Qui est exposé à un risque plus élevé ?

Certains facteurs augmentent le risque d'infection par le VPH chez la femme. D'autres facteurs favorisent la persistance des types d'infection par le VPH à haut risque et l'évolution vers le cancer du col de l'utérus. Le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus sont bénéfiques pour une femme, mais les facteurs et caractéristiques suivants augmentent le risque d'être infectée par le VPH, de développer une infection persistante par le VPH et de développer un état précancereux ou un cancer du col de l'utérus :

- Avoir de nombreux partenaires sexuels et/ou avoir un partenaire qui a de nombreuses partenaires sexuelles.
- Avoir eu de nombreux partenaires sexuels au fil des ans, et/ou avoir un partenaire sexuel qui a eu de nombreuses partenaires sexuelles au fil des ans.
- Avoir un système immunitaire affaibli (notamment les personnes vivant avec le VIH, qui ont 6 fois plus de risques de développer un cancer du col de l'utérus que celles qui ne sont pas séropositives).

- Avoir d'autres IST, comme l'herpès génital, la chlamydia ou la gonorrhée.
- Avoir eu un premier rapport sexuel ou avoir accouché pour la première fois à un jeune âge.
- Fumer.
- Avoir un partenaire qui n'est pas circoncis.

Dépistage et traitement

Le dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus est simple, rapide et n'est généralement pas douloureux. Le dépistage du cancer du col de l'utérus devrait commencer à l'âge de 30 ans, ou à l'âge de 25 ans pour les femmes vivant avec le VIH. La fréquence recommandée du dépistage dépend du test de dépistage utilisé et du fait que la patiente vit ou non avec le VIH. Toute lésion précancéreuse du col de l'utérus (changements des cellules) détectée doit être traitée, que ce soit immédiatement après un test primaire positif ou seulement après un second test de "triage" positif. De plus amples détails sur les tests de dépistage, la fréquence du dépistage et le traitement sont fournis ci-dessous.

Tests de dépistage

Trois méthodes de dépistage sont recommandées, en fonction de la capacité et des conditions locales. S'il est disponible, le test de dépistage primaire recommandé pour détecter le VPH est le test d'amplification des acides nucléiques (TAAN). Les deux autres méthodes de dépistage sont l'examen cytologique et l'inspection visuelle après application d'acide acétique (IVA).

1. Il existe 2 types de tests **TAAN du VPH** : les tests ADN ou les tests basés sur l'ARNm.
    - Les tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN) de l'ADN détectent les souches du VPH.
    - Les tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN) basés sur l'ARNm du VPH détectent les protéines à l'origine des modifications précancéreuses des cellules épithéliales provoquées par le VPH.

Pour les femmes séropositives, seuls les TAAN de l'ADN du VPH sont recommandés. Quant aux autres TAAN du VPH, ils peuvent être utilisés par les femmes séronégatives, bien que le test ADN du VPH soit recommandé comme test de dépistage primaire. Seuls les échantillons pour le TAAN de l'ADN du VPH peuvent être auto-prélevés.

2. **L'examen cytologique** (frottis conventionnel de Papanicolaou, Pap ou frottis en milieu liquide) consiste à prélever une petite quantité de cellules du col de l'utérus. L'échantillon est ensuite envoyé à un laboratoire pour y être analysé. Un examen cytologique suppose que le laboratoire fonctionne bien et qu'il dispose de systèmes d'assurance de qualité.
3. Le test **IVA** consiste à examiner le col de l'utérus à l'œil nu 1 minute après l'application d'une solution de vinaigre dilué (3 à 5% d'acide acétique). Un programme de dépistage du VPH par IVA performant exige la formation et la supervision des prestataires de soins ainsi qu'un contrôle continu de la qualité.

Approches de dépistage

Deux approches de dépistage peuvent être envisagées :

a. Dans une **approche de dépistage et de traitement,** la décision de commencer un traitement est prise sans test de triage (pas de second test de dépistage ni de diagnostic histologique). Le test TAAN du VPH est le test de dépistage recommandé dans cette approche, mais l'IVA peut également être utilisée dans le cadre d'une approche de dépistage et de traitement tout en assurant la transition vers l'utilisation du test TAAN.

b. Dans une approche de **dépistage, triage et traitement,** lorsque le test de dépistage primaire est positif, la décision de poursuivre le traitement est basée sur le résultat d'un second test de triage. Le test TAAN du est le test de dépistage primaire recommandé dans cette approche, bien que l'examen cytologique puisse également être utilisé dans le cadre d'une approche de dépistage, triage et traitement tout en assurant la transition vers l'utilisation du test TAAN.

   i. ***Si un TAAN du VPH est utilisé comme test de dépistage primaire,*** les tests de triage peuvent être le génotypage VPH 16/18, l'IVA, la colposcopie ou l'examen cytologique suivie d'une colposcopie. La patiente n'a pas besoin de commencer un traitement en cas de résultat positif au test de dépistage primaire TAAN du VPH suivi d'un résultat négatif au test de triage. Elle devra toutefois faire l'objet d'une visite de suivi appropriée, à 2 ans pour la population générale des femmes, et à 1 an pour celles qui vivent avec le VIH.

   ii. ***Si l'examen cytologique est utilisé comme test de dépistage primaire,*** le test de triage est la colposcopie. La femme dont le test cytologique de dépistage primaire s'est révélé positif et dont la colposcopie a donné des résultats normaux devrait être soumise à un nouveau test TAAN de l'ADN du VPH à 12 mois et, si celui-ciest négatif, respecter l'intervalle de temps du dépistage recommandé (voir ci-dessous).

   Suite à un résultat positif au test de dépistage primaire et au test de triage, la patiente devrait recevoir un traitement immédiatement ou être orientée vers un traitement ou un bilan plus approfondi.

Âge de départ et intervalle de dépistage

- Pour la population générale des femmes, à partir de l'âge de 30 ans, les tests TAAN de l'ADN du VPH sont le test de dépistage recommandé dans le cadre d'une approche de dépistage et de traitement, ainsi que le test de dépistage primaire recommandé dans le cadre d'une approche de dépistage, triage et traitement, avec un intervalle de dépistage de 5 à 10 ans. Les TAAN basés sur l'ARNm du VPH peuvent également être utilisés à un intervalle de dépistage de 5 ans.
- Pour la population des femmes vivant avec le VIH, à partir de l'âge de 25 ans, les tests de l'ADN du VPH sont le test de dépistage primaire recommandé et une approche de dépistage, triage et traitement est suggérée plutôt qu'une approche de dépistage et de traitement, à un intervalle de dépistage de 3 à 5 ans.
- Lorsque le test VPH n'est pas encore opérationnel, l'OMS suggère un intervalle de dépistage régulier tous les 3 ans lorsque l'IVA ou l'examen cytologique est utilisé comme seul ou principal test de dépistage, aussi bien pour la population générale des femmes que pour les femmes vivant avec le VIH.

- Lors de la transition vers un programme avec un intervalle de dépistage régulier recommandé, le dépistage, ne serait-ce que deux fois dans la vie, est bénéfique à la fois pour la population générale des femmes et pour les femmes vivant avec le VIH.

Méthodes de traitement

Le dépistage sans traitement ne permet pas de prévenir le cancer du col de l'utérus. Si le dépistage est positif, un traitement (immédiat ou après un bilan plus approfondi) doit être mis en place pour empêcher d'évoluer d'un état précancéreux vers un cancer. Les lésions du col de l'utérus qui ont été identifiées comme anormales peuvent être retirées par ablation ou excision. L'ablation est la destruction du tissu anormal par congélation à l'aide d'une sonde (cryothérapie) ou par la chaleur (conisation par anse diathermique). L'excision consiste à retirer chirurgicalement le tissu anormal à l'aide d'une excision à anse large de la zone de transformation (LLETZ) ou d'une conisation au couteau froid. Seule l'excision permet d'obtenir un échantillon de tissu pour l'examen histologique. L'ablation est moins efficace pour les excroissances plus importantes, mais l'excision nécessite une formation plus approfondie et l'utilisation d'une anesthésie locale du col de l'utérus. Ces deux types de traitement n'exigent aucune hospitalisation. Ils sont généralement bien tolérés et efficaces. Tout doit être mis en œuvre pour que le traitement soit administré dans le même établissement où le dépistage a lieu, et lors de la visite de dépistage. Avant le traitement, la femme qui n'a pas encore été dépistée par l'IVA doit faire l'objet d'une inspection visuelle après application d'acide acétique afin de déterminer le type de zone de transformation, d'écarter toute suspicion de cancer du col de l'utérus et de déterminer si elles sont éligibles à l'ablation. Après le traitement, la femme doit être suivie pendant un an.

Vaccin disponible en prévention

Au milieu des années 2000, l'Union européenne et la Food and Drug Administration des États-Unis ont approuvé deux vaccins contre le cancer du col de l'utérus, les lésions précancéreuses et les verrues génitales. Ces deux vaccins protègent contre les types 16 et 18 du VPH , qui sont à l'origine de plus de 70 % des cancers du col de l'utérus. Le Cervarix ne protège que contre ces deux types de VPH , tandis que le Gardasil protège également contre l'infection par les types de 6 et 11 du VPH , qui sont à l'origine de 90 % des verrues génitales. Ces deux vaccins sont plus efficaces lorsqu'ils sont administrés aux patientes avant qu'elles ne deviennent sexuellement actives. En 2018, le Gardasil-9 est devenu disponible. Ce nouveau vaccin contre le papillomavirus protège contre cinq autres types de VPH qui sont à l'origine de 20 % des cancers du col de l'utérus. Récemment, le Cecolin, un vaccin contre le papillomavirus fabriqué en Chine, a également reçu la préqualification de l'OMS.

Questions et réponses à propos des infections sexuellement transmissibles, y compris du VIH

1. Une personne atteinte d'une autre IST est-elle exposée à un risque plus élevé d'infection par le VIH ?

Oui. En particulier les infections qui provoquent des lésions au niveau des parties génitales, comme le chancre ou la syphilis, augmentent le risque d'infection par le VIH chez les personnes exposées à ce virus. D'autres IST peuvent également accroître le risque d'infection par le VIH.

2. Est-ce que le fait d'utiliser le préservatif seulement de temps en temps protège quand même contre les IST, y compris le VIH ?

Pour une protection optimale, un préservatif doit être utilisé correctement et à chaque rapport sexuel. Dans certains cas, toutefois, son utilisation occasionnelle peut offrir une protection. Cela dépend du risque d'IST auquel la personne est exposée (qui dépend du comportement sexuel de la personne et de son partenaire, du nombre de partenaires sexuels et du nombre de personnes infectées dans le même groupe de population ou la même zone géographique). Pour les personnes fréquemment exposées aux IST, y compris au VIH, l'utilisation d'un préservatif seulement une partie du temps n'offrira qu'une protection limitée.

3. Qui est exposé à un risque plus élevé d'infection par une IST ?

Si elles sont exposées aux IST, les femmes sont plus susceptibles d'être infectées que les hommes en raison de facteurs biologiques. Les femmes ont une zone d'exposition plus grande (col de l'utérus et vagin) que les hommes. De petites déchirures peuvent se produire au niveau des tissus vaginaux lors d'un rapport sexuel, offrant ainsi une voie d'accès à l'infection. Toutes les personnes qui ont des rapports sexuels anaux sont exposées à un risque élevé d'IST pour les mêmes raisons.

4. Les IST peuvent-elles être transmises lors d'un rapport sexuel oral (contact bouche à pénis ou vagin) ?

Oui. L'herpès, la syphilis, l'hépatite B, le VPH, l'infection à chlamydia et la gonorrhée peuvent être transmis lors d'un rapport sexuel oral.

5. Les IST peuvent-elles être transmises lors d'un rapport sexuel anal (contact pénis à anus) ?

Oui. Les IST, y compris le VIH, sont couramment transmises lors d'un rapport sexuel anal. Les rapports sexuels anaux non protégés présentent le risque sexuel de transmission du VIH le plus élevé. L'utilisation de préservatifs avec des lubrifiants est le meilleur moyen de se protéger contre les IST lors d'un rapport sexuel anal.

6. Se laver le pénis ou le vagin après un rapport sexuel réduit-il le risque d'être infecté par une IST ?

L'hygiène intime est importante et constitue une bonne pratique. Il n'existe toutefois aucune preuve que se laver les organes génitaux prévient les IST. De fait, les douches vaginales augmentent le risque d'IST, y compris le VIH, et une maladie inflammatoire pelvienne. En cas d'exposition certaine au VIH, le recours à la prophylaxie post-exposition (PEP) permet de prévenir une infection par le VIH. En cas d'exposition certaine à d'autres IST, la PEP devrait également être utilisée pour les IST.

7. Dans quelle mesure les préservatifs protègent-ils contre l'infection par le VIH ?

En moyenne, chez les couples hétérosexuels, lorsque l'un des partenaires est séropositif et l'autre séronégatif, les préservatifs offrent une protection d'au moins 80 % contre le VIH lorsqu'ils sont utilisés à chaque rapport sexuel. Pour les relations anales insertives, les préservatifs offrent une protection d'au moins 63 %, et pour les relations anales réceptives, la protection est d'au moins 72 %. Toutefois, ces estimations sont basées sur l'utilisation de préservatifs déclarée par les intéressés. Ils peuvent donc surestimer le niveau réel de protection.

La probabilité qu'une personne exposée au VIH soit infectée varie considérablement. Le niveau d'immunité dépend de plusieurs facteurs :

- Stade de l'évolution de l'infection par le VIH : les premières semaines suivant l'infection sont celles où la personne est la plus contagieuse et il est probable que son statut sérologique soit méconnu à ce stade précoce de l'infection.
- Suppression virale par traitement antirétroviral (TAR) : il n'y a pas de risque de transmission du VIH si le traitement antirétroviral est pris correctement et si la charge virale est devenue indétectable.
- Type d'activité sexuelle : les rapports sexuels anaux réceptifs présentent le risque le plus élevé, suivis des rapports sexuels vaginaux. L'infection par rapports sexuels oraux est négligeable.
- Présence d'autres IST : le HSV-2 (herpès génital) multiplie par 3 le risque d'infection par le VIH, par 2 celui de la syphilis et par 1,5 celui de la trichomonase.
- Statut de la circoncision masculine : la circoncision masculine peut réduire le risque d'infection par le VIH de 50 à 60 % chez l'homme ayant des rapports sexuels vaginaux avec une partenaire féminine.

Planification familiale pour les adolescentes et les femmes exposées à un risque élevé d'infection par le VIH

Points clés pour les prestataires et les patientes

- **Toutes les méthodes de planification familiale, à l'exception des spermicides au nonoxynol-9,*** **sont sans risques pour les personnes exposées à un risque élevé d'infection par le VIH,**, y compris les méthodes hormonales (combinées ou à progestatif seul) et non hormonales.
- Les adolescentes et les femmes devraient se voir proposer un test de dépistage du VIH ou être orientées vers un tel test le cas échéant.
  - **Dans les régions à forte morbidité du au VIH (≥5% de prévalence du VIH), les adolescentes et les femmes devraient se voir proposer ou être orientés vers un test de dépistage du VIH** dans le cadre des services de planification familiale.
  - ***Dans les régions où le poids de la morbidité liée au VIH est faible ou modéré* (<5% de prévalence du VIH), les prestataires de planification familiale devraient fournir des informations pour aider les adolescentes et les femmes à déterminer si elles sont exposées à un risque élevé d'infection par le VIH et donc si elles ont besoin de se soumettre à un test de dépistage du VIH.**
- Toutes les adolescentes et femmes exposées à un risque élevé d'infection par le VIH devraient recevoir des conseils en matière de prévention du VIH et être soumises à un dépistage. Cela permettra de déterminer si elles peuvent bénéficier d'une prophylaxie pré-exposition (PrEP) pour la prévention du VIH.
- **La PrEP peut être utilisée en toute sécurité avec toutes les méthodes de planification familiale** et pendant l'allaitement.
- **Les préservatifs masculins et féminins** sont les seules méthodes qui peuvent prévenir à la fois le VIH et les autres infections sexuellement transmissibles (IST), ainsi que les grossesses non désirées, quand ils sont utilisés systématiquement et correctement.
- **Le dépistage du VIH** chez le partenaires masculin présente de nombreux avantages pour la femme et l'homme.
- Quel que soit le niveau de risque d'une personne, il est possible de contracter le VIH après un rapport sexuel non protégé, ne serait-ce qu'une seule fois, même dans un contexte où le risque est faible.

** L'utilisation répétée et à haute dose de spermicide à base de nonoxynol-9 a été associée à un risque accru de lésions génitales, ce qui peut augmenter le risque d'infection par VIH (voir chapitre 16 - Spermicides et diaphragmes, question 3, p. 296). À ce titre, les spermicides et les diaphragmes sont classés en catégorie 4 des CRM (c'est-à-dire "méthode à ne pas utiliser") pour la femme exposée à un risque élevé d'infection par le VIH (voir annexe D - Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue des méthodes contraceptives).*

Certains adolescentes et certaines femmes sont exposées à un risque élevé d'infection par le VIH. Les prestataires de services de planification familiale doivent en tenir compte afin de fournir des services de planification familiale de haute qualité. Comme le montre la carte de la page suivante, l'incidence de l'infection par le VIH est particulièrement élevée chez les adolescentes et les jeunes femmes dans certaines régions l'Afrique de l'Est et de l'Afrique australe.

Les adolescentes et les femmes exposées à un risque élevé d'infection par le VIH peuvent utiliser en toute sécurité toutes les méthodes de planification familiale, à l'exception des spermicides à base de nonoxynol-9. Les prestataires de services de planification familiale devraient également encourager les adolescentes et les femmes à avoir accès au dépistage du VIH (y compris les autotests) pour elles-mêmes et leurs partenaires, ainsi qu'aux services de prévention et aux soins lorsqu'ils sont recommandés. Les adolescentes et les femmes exposées à un risque d'infection par le VIH peuvent également l'être à la violence basée sur le genre, y compris la violence sexuelle, la force ou sous la contrainte. Si un prestataire soupçonne la patiente d'être victime de violence, ou si une patiente se confie, consulter la section Violence à l'encontre des femmes au chapitre 25 - Problèmes de santé reproductive (p. 383-396) pour obtenir des informations sur comment apporter un soutien et de prodiguer des soins à la patiente. La patiente peut également être exposée à un risque élevé d'une IST, notamment le papillomavirus humain (VPH). Pour des informations plus détaillées sur les IST, dont le VPH, voir le chapitre 22 - Infections sexuellement transmissibles, dont le VIH (p. 339-356).

Qui est exposé à un risque élevé d'infection par le VIH ?

La première étape importante pour fournir des soins et des services de santé sans risques et de manière efficace est d'avoir une approche centrée sur la patiente. Certaines adolescentes et femmes sexuellement actives sont exposées au risque de contracter le VIH tout simplement parce qu'elles vivent dans une région où la charge de morbidité due au VIH est élevée. Dans ces régions, les adolescentes et les femmes qui cherchent à bénéficier de services de planification familiale doit être considérées comme exposées à un risque élevé d'infection par le VIH. Par ailleurs, celles qui ont de nombreux partenaires sexuels ou un partenaire vivant avec le VIH peuvent être exposées à un risque élevé d'infection par le VIH, quelle que soit le taux de prévalence VIH où elles vivent.

TERMES UTILES :

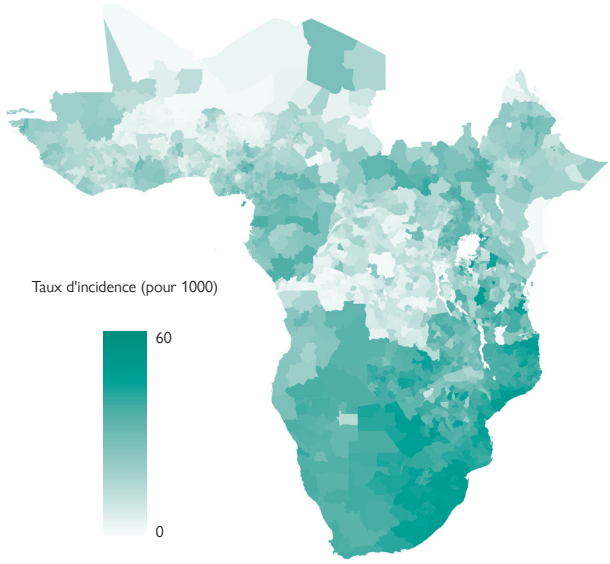
Prévalence du VIH désigne le pourcentage de personnes d'une population donnée qui vivent avec le VIH à un moment donné.

Incidence du VIH désigne le taux de nouvelles infections par le VIH dans une population donnée au cours d'une période donnée.

Qu'est-ce qu'un contexte à forte charge de morbidité due au VIH ?

Dans certaines régions d'Afrique de l'Est et d'Afrique australe, un pourcentage important de la population vit avec le VIH et de nombreuses personnes sont infectées par le virus. Ces régions sont appelées **régions à forte charge de morbidité due au VIH** parce qu'au moins une personne sur 20 vit avec le VIH. Autrement dit, la prévalence du VIH est égale ou supérieure à 5 %. Parfois, la prévalence du VIH chez les femmes est élevée dans l'ensemble du pays, et parfois il y a des endroits spécifiques dans un pays où la prévalence du VIH chez les femmes est élevée. Par conséquent, les besoins des personnes varient.

Incidence (nouvelles infections pour 1 000) en 2019 chez les femmes âgées de 15 à 24 ans au niveau infranational en Afrique subsaharienne



Source: UNAIDS epidemiological estimates, 2020.
Remarque : l'incidence du VIH est estimée en tant que nouvelles infections par le VIH pour 1 000 personnes/années à risque.
Pays : pays sélectionnés en Afrique subsaharienne pour lesquels les données nécessaires à la production d'estimations infranationales sur le VIH étaient disponibles.

Risque d'infection par le VIH dans une région où la charge de morbidité due au VIH est faible ou modérée

Les adolescentes et les femmes vivant dans des régions où la charge de morbidité due au VIH est faible ou modérée (où la prévalence du VIH est inférieure à 5 %) peuvent également être exposées à un risque élevé d'infection par le VIH. Les prestataires de services de planification familiale peuvent aider les adolescentes et les femmes à déterminer si elles sont exposées à un risque élevé d'infection par le VIH en engageant une discussion sur les aspects de leur vie qui peuvent les rendre plus vulnérables au VIH. Les prestataires de soins de santé devraient recommander un test de dépistage du VIH à toutes les patientes susceptibles d'être exposées à un risque élevé d'infection par le VIH, et ce dans tous les contextes.

Ces discussions visant à aider les adolescentes et les femmes à déterminer si elles sont exposées à un risque élevé d'infection par le VIH peuvent commencer par l'évocation d'une série de facteurs indiquant si elles sont éventuellement exposées, comme ceux énumérés dans l'encadré ci-dessous. Dans la mesure du possible, les prestataires de soins devraient utiliser les orientations et les outils nationaux de leur pays en matière de VIH pour aider les patientes à déterminer si elles sont exposées à un risque élevé d'infection par le VIH.

Lors de ces discussions, le prestataire devrait s'exprimer de façon claire et facile à comprendre et éviter de critiquer ou de juger. Les adolescents et les femmes devraient pouvoir répondre librement aux questions et discuter de leurs préoccupations sans crainte des répercussions ou d'être jugées. Voir le chapitre 26 - Planification familiale pour plus de conseils sur la manière d'aborder les questions sensibles (voir la section Séance de conseil réussie, p. 398-400).

Le chapitre 22 sur les IST incluent des informations détaillées pour aider à comprendre les comportements qui augmentent le risque d'IST (voir Qui est à risque ?, p. 340, et Détection précoce, p. 343-344).

Facteurs pouvant indiquer un risque plus élevé de contracter le VIH dans n'importe quel contexte

- Avoir eu plusieurs partenaires sexuels au cours des six derniers mois
- Avoir des rapports sexuels sans préservatif avec un partenaire vivant avec le VIH et dont la charge virale n'a pas été supprimée
- Avoir des rapports sexuels sans préservatif avec un partenaire dont le statut sérologique est méconnu
- Avoir une IST ou avoir eu une IST l'an dernier
- Avoir un partenaire exposé à un risque élevé d'infection par le VIH
- Avoir des rapports sexuels non protégées en échange d'argent ou de biens
- S'injecter des drogues et partager des seringues pour s'injecter
- Avoir subi des violences basées sur le genre

Quelles méthodes de planification familiale peuvent être utilisées par les adolescentes et les femmes exposées à un risque élevé d'infection par le VIH ?

Toutes les méthodes contraceptives peuvent être utilisées en toute sécurité par les adolescentes et les femmes exposées à un risque élevé d'infection par le VIH, en l'absence de toute autre contre-indication médicale ou physiologique, à l'exception des spermicides (voir l'annexe D - Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation de méthodes contraceptives). La recherche a démontré l'efficacité et la sécurité des méthodes hormonales (combinées ou à progestatif seul) et non hormonales pour les femmes exposées au risque d'infection par le VIH, indiquant que ces méthodes n'augmenteront pas la probabilité qu'une femme contracte le VIH, à l'exception des spermicides. Les préservatifs (masculins et féminins) sont la seule stratégie de double protection actuellement disponible pour prévenir à la fois les IST (y compris le VIH) et les grossesses non désirées. Par conséquent, conseiller sur les bénéfices de l'utilisation de la stratégie de double protection (préservatifs et autre méthode contraceptive) aide les patientes à faire des choix éclairés en ce qui concerne la prévention du VIH, des autres IST et de la grossesse (voir le chapitre 22 - Infections sexuellement transmissibles, dont le VIH, section Choisir une stratégie de double protection, pp. 347-348).

Fourniture des services de dépistage et de prévention du VIH

Les prestataires peuvent faciliter l'accès au dépistage du VIH et aux interventions de prévention en proposant ces services lorsque les adolescentes et les femmes se présentent à la planification familiale. Dans les régions où la charge de morbidité due au VIH est élevée, et lorsque des services de planification familiale sont fournis à des patientes exposées à un risque élevé d'infection par le VIH, il convient de proposer les services suivants :

- Préservatifs masculins et féminins et lubrifiant
- fournir des informations sur le dépistage du VIH et l'orienter ou lui fournir un test de dépistage du VIH, le cas échéant (voir les sections Parler du dépistage du VIH, p. 364, et Options de dépistage du VIH, p. 365)
- informer sur toutes les options de prévention et de traitement du VIH ;
- *pour la femme qui apprend sa séropositivité pendant la consultation :* conseils post-test, traitement antirétroviral (TAR) ou orienter immédiatement vers un traitement, et l'accompagner vers des soins adaptés ;
- *pour la femme dont le test est négatif pendant la consultation :* la conseiller sur la réduction des risques liés au VIH, l'accompagner vers un dépistage et la fourniture de prophylaxie pré-exposition (PrEP) (voir Prévenir une infection par le VIH, p. 365-366) ;

- pour la femme accompagnée de son partenaire et si tous les deux y consentent, proposer un test de dépistage du VIH au partenaire ou au couple et conseiller ;
- orienter la femme non accompagnée de son partenaire vers un test de dépistage, après avoir obtenu son consentement ;
- encourager le partenaire à utiliser le préservatif.

Le tableau de la page suivante présente les différences entre les services de dépistage et de prévention du VIH selon qu'ils sont proposés aux femmes vivant dans des régions à forte charge de morbidité due au VIH et celles vivant dans des régions où la charge de morbidité due au VIH est faible ou modérée. Dans les régions où la charge de morbidité due au VIH est élevée, les services de dépistage et de prévention sont proposés à toutes les adolescentes et femmes qui se présentent aux services de planification familiale, alors que dans les régions où la charge de morbidité due au VIH est faible ou modérée, ces services ne sont pas systématiquement proposés et les prestataires se contentent d'offrir un dépistage aux personnes exposées à un risque élevé d'infection par le VIH.

À qui proposer un test de dépistage du VIH ?

Les services de dépistage du VIH devraient être proposés à *à toutes les patientes de la planification familiale exposées à un risque élevé d'infection par le VIH,* soit parce qu'elles vivent dans une région à forte charge de morbidité due au VIH, soit parce qu'elles sont exposées à un risque élevé alors même qu'elles vivent dans une région où la charge de morbidité due au VIH est faible ou modérée (voir le tableau de la page suivante). **Pour ces patientes, le dépistage du VIH devrait être systématiquement proposé** ainsi que tous les services de planification familiale, car il s'agit d'une première étape essentielle pour obtenir des soins et un traitement appropriés contre le VIH, des conseils sur la réduction des risques et des services de prévention.

- Dans les **régions à forte charge de morbidité due au VIH,** un test de dépistage du VIH (accompagné d'informations et de conseils complets) devrait être proposé à toutes les adolescentes et toutes les femmes lorsqu'elles se rendent aux services de planification familiale, ou être orientées vers un test de dépistage du VIH ailleurs s'il n'est pas disponible sur place.
- Dans les ***régions où la charge de morbidité due au VIH* est faible ou modérée,** toutes les adolescents et femmes exposées à un risque élevé d'infection par le VIH et après avoir discuté de leurs facteurs de risque avec un prestataire (voir l'encadré plus haut dans ce chapitre) devraient se voir proposer un test de dépistage du VIH. Il s'agit notamment des travailleuses du sexe et des femmes qui s'injectent des drogues. Si le test VIH n'est pas disponible au centre de planification familiale, les personnes concernées doivent être orientées vers un autre lieu de dépistage.

À quelle fréquence refaire le test de dépistage du VIH ?

Dans tous les contextes, quelle que soit la prévalence du VIH, les adolescentes et les femmes **peuvent se faire dépister chaque année si elles présentent l'un des facteurs de risque** décrits dans l'encadré plus haut dans ce chapitre, à la page 360. Elles devraient également refaire le test si elles tombent enceintes, pendant une consultation de suivi des soins prénatals. Pour plus d'informations, voir la section Questions et réponses à la fin de ce chapitre.

Services de dépistage et de prévention du VIH à proposer systématiquement aux patientes qui souhaitent bénéficier de services de planification familiale (PF), par contexte

	Contextes où la charge de morbidité liée au VIH est faible ou modérée (prévalence du VIH < 5 %)		Contextes à forte charge de morbidité liée au HIV (prévalence du VIH ≥ 5 %)
Service VIH	Patientes du PF ne présentant pas un risque élevé d'infection par le VIH	Patientes du PF présentant un risque élevé d'infection par le VIH	Toutes les patientes du PF
Préservatifs masculins et féminins et lubrifiant	Oui	Oui	Oui
Discussion pour évaluer le risque de contamination par le VIH avant de proposer (ou d'orienter vers) un test de dépistage du VIH (voir la section ci-dessus sur les personnes à haut risque et l'encadré énumérant les facteurs de risque potentiels).	Oui	Oui	*Non obligatoire - le dépistage du VIH devrait être proposé systématiquement*
Proposer ou orienter vers un test de dépistage du VIH et fournir des informations sur le dépistage du VIH	*Pas un service de routine*	Oui	Oui
Pour les femmes dont le test est positif pendant la consultation de PF : conseils post-test, fournir ou orienter vers un traitement antirétroviral (TAR) l'accompagner vers des soins adaptés	Oui	Oui	Oui
Pour les femmes dont le test est négatif lors de la consultation de PF : la conseiller sur la réduction des risques liés au VIH et l'accompagner vers un dépistage et la fourniture de prophylaxie pré-exposition (PrEP)	*Pas un service de routine*	Oui	Oui
Test du partenaire (ou orientation du partenaire) ou test et conseil en matière de VIH pour les couples	*Pas un service de routine*	Oui— si les deux partenaires y consentent	Oui— si les deux partenaires y consentent
encourager le partenaire à utiliser le préservatif	Oui	Oui	Oui

Parler du dépistage du VIH

Les prestataires peuvent aider les clients à comprendre ce que signifie un test de dépistage du VIH et en quoi le fait de faire un test de dépistage du VIH et d'apprendre leur statut leur sera bénéfique. Les patientes doivent être pleinement informés et recevoir des conseils. Les messages suivants peuvent être transmis lors de séances d'information individuelles ou collectives ou par d'autres moyens, comme des affiches, des brochures ou des vidéos. Pour plus d'informations sur les autres IST, voir le chapitre 22 - Infections sexuellement transmissibles, dont le VIH.

Ce qu'il faut savoir sur le dépistage du VIH, les résultats et le suivi avant de faire un test de dépistage du VIH :

- Leur situation en matière de dépistage, leurs discussions et leur statut sérologique resteront confidentiels et ne seront pas divulgués.
- **Les résultats des tests de dépistage du VIH sont fiables,** , pour autant que les algorithmes nationaux de dépistage aient été respectés.
- **Un résultat de test négatif** signifie que la patiente n'est pas séropositive à ce moment-là (inutile de suivre un traitement).
  - Une patiente dont le test est négatif recevra des conseils sur la façon de se protéger du VIH et sera dépisté (ou mis en relation avec des services de prévention du VIH) pour l'aider à rester séronégative (y compris la PrEP et/ou l'utilisation de préservatifs), en particulier si elle exposée à un risque élevé d'infection par le VIH (voir Prévenir une infection par le VIH, à la page suivante).
- **Un résultat positif au test** signifie que des anticorps anti-VIH ont été détectés et que la personne vit avec le VIH.
  - Même si elle se sent bien, une patiente dont le test est positif doit recevoir des informations complètes et être orientée/mise en relation immédiatement avec les services de lutte contre le VIH. Commencer un traitement efficace contre le VIH et accéder à des soins et à un soutien appropriés dès que possible est prioritaire.
- **Il convient de discuter avec le partenaire des options de test ou d'orientation.** Il peut s'avérer bénéfique d'informer volontairement les partenaires masculins des résultats positifs et négatifs des tests de dépistage du VIH et d'encourager les partenaires masculins à se faire dépister eux aussi. **Divulguer un résultat à quiconque (partenaires masculins, maris et membres de la famille) doit toujours être volontaire.**
- **Le traitement du VIH** (également appelé traitement antirétroviral ou TAR) est très efficace, bien toléré et donne de meilleurs résultats lorsqu'il est commencé tôt.
  - Le traitement du VIH permet à la personne vivant avec le VIH de rester en bonne santé, et les personnes qui suivent un traitement antirétroviral systématiquement et correctement peuvent atteindre la suppression virale, stade auquel elles ne transmettent pas le VIH à d'autres personnes.
  - Le traitement du VIH peut être disponible dans le même établissement de santé que le centre de planification familiale, ou les patientes peuvent avoir besoin d'y accéder en étant orientés vers un autre établissement.

Après avoir fourni ces informations sur le dépistage du VIH, de forme individuelle ou collective, les prestataires devraient donner aux patientes la possibilité de poser des

questions et d'accepter ou de refuser de faire le test, individuellement et en privé. Il est important que les prestataires donnent aux patientes la possibilité de poser des questions avant et après le test de dépistage du VIH. Quelques questions et réponses courantes figurent à la fin de ce chapitre.

Options de dépistage du VIH

Les prestataires de services de planification familiale devraient être à l'aise pour discuter des comportements à risque en matière de VIH et de dépistage, ainsi que pour proposer et réaliser des tests de dépistage du VIH, des conseils post-test et des orientations, en particulier dans les régions où la charge de morbidité du VIH est élevée. Dans les établissements de planification familiale, les tests de dépistage du VIH les plus fréquents sont les tests rapides et les autotests de dépistage du VIH. Les prestataires de services de planification familiale devraient conseiller TOUTES les options de test disponibles et permettre aux patientes de choisir l'option qu'elles préfèrent.

Tests rapides de dépistage du VIH : la plupart des patientes subiront un test rapide de dépistage du VIH qui utilise une petite quantité de sang. Si le test est négatif, la femme n'a pas le VIH. Si le test est positif, le résultat doit être confirmé par un autre test rapide. Il est important de suivre l'algorithme national de dépistage du VIH qui comprend plusieurs tests pour diagnostiquer le VIH.

Kits d'autotest du VIH : certains patientes peuvent préférer se tester elles-mêmes à l'aide de kits d'autotest du VIH, soit au centre de santé, soit à domicile. Certains d'entre eux utilisent le sang, d'autres la salive. Étant donné que l'autotest du VIH peut donner lieu à des résultats faussement positifs, tous les résultats positifs doivent être confirmés dans une centre de santé à l'aide de tests rapides, conformément à l'algorithme national de dépistage du VIH.

Prévenir une infection par le VIH

Les prestataires de services de planification familiale peuvent aider les adolescentes et les femmes exposées au risque d'infection par le VIH à rester séronégatives. Ils peuvent le faire en partageant des informations précises sur les mesures de prévention du VIH, en fournissant des préservatifs et un accès à la prophylaxie pré et post-exposition (PrEP et PEP) si nécessaire.

Moyens de **prévenir** une infection par le VIH pour les femmes :

- Utiliser des préservatifs masculins ou féminins et du lubrifiant correctement lors de chaque rapport sexuel ; cela permettra de prévenir le VIH et les autres IST.
- Éviter les contacts sexuels non protégés avec des partenaires qui vivent avec le VIH ou qui ne connaissent pas leur statut sérologique. Utiliser toujours des préservatifs et envisager de prendre la PrEP.
- Encourager les partenaires à faire un test de dépistage du VIH.
- Connaître le statut de son partenaire et, s'il est séropositif, l'encourager à commencer un traitement contre le VIH.
- Prendre la PrEP telle qu'elle vous a été prescrite.

- Utiliser des aiguilles et des seringues stériles en cas d'injection de drogues.
- Proposer de prendre de la prophylaxie post-exposition (PPE) et des pilules contraceptives d'urgence (PCU) dans un environnement favorable et sans jugement aux femmes ayant subi des violences ou des abus sexuels (pour plus de détails, voir le chapitre 3 - Pilules contraceptives d'urgence).

Les femmes qui ont des rapports sexuels non protégés en échange des biens ou de l'argent, qui ont de multiples partenaires sexuels, qui s'injectent des drogues ou qui ont des rapports sexuels avec des hommes qui s'injectent des drogues courent un risque particulièrement élevé de contracter le VIH. Elles devraient également recevoir des préservatifs et des lubrifiants, et se voir proposer une PrEP ou une PEP, en fonction de la situation. Il est important de rappeler que toutes les méthodes de planification familiale sont sûres (à l'exception des spermicides) et efficaces pour ces femmes et qu'elles doivent être utilisées dès que possible, si elles le souhaitent.

La PrEP ou prophylaxie pré-exposition[1] est une pilule qu'une personne séronégative peut prendre chaque jour en prévention d'une infection par le VIH si ou lorsqu'elle est exposée au virus. La PrEP est une combinaison de médicaments contre le VIH, mais ce n'est pas un traitement contre le VIH. La PrEP est sûre et peut être proposée aux adolescentes et aux femmes vivant dans des régions à forte prévalence du VIH ou exposées à un risque élevé d'infection par le VIH pour d'autres raisons. La PrEP et les autres méthodes contraceptives, y compris les contraceptifs hormonaux, peuvent être prises simultanément et en toute sécurité en cas d'allaitement. Pour plus d'informations sur la PrEP, voir le chapitre 22 - Infections sexuellement transmissibles, dont le VIH, à la section Contraceptifs pour les patients atteints d'IST, dont le VIH, p. 345-346.

La PEP ou prophylaxie post-exposition est une méthode d'urgence pour prévenir l'infection par le VIH. Une personne séronégative devrait suivre un traitement antirétroviral (TAR) de 4 semaines commençant très rapidement après - et jamais plus de 72 heures après - que cette personne ait pu être exposée au VIH. Il s'agit d'une mesure d'urgence et non d'une méthode régulière de prévention de la transmission du VIH. Il s'agit d'un traitement préventif précieux pour les personnes qui recherchent des services de planification familiale après avoir subi des violences sexuelles, des rapports sexuels forcés ou contraints, ou après avoir eu des rapports sexuels non protégés (ou sans préservatif) avec une personne vivant avec le VIH qui ne bénéficie pas d'une suppression virale grâce à un traitement antirétroviral (TAR), ou avec une personne dont le statut sérologique est méconnu. Comme la PrEP, la PEP et les autres méthodes contraceptives, y compris les contraceptifs hormonaux, peuvent être prises simultanément et en toute sécurité en cas d'allaitement.

---

1 *Il existe actuellement plusieurs nouvelles options de prévention du VIH à longue durée d'action (notamment l'anneau vaginal de dapivirine et le cabotegravir injectable à longue durée d'action) et des produits combinés de prévention du VIH et de contraception dont l'efficacité a été récemment démontrée ou qui sont en cours de développement. À l'avenir, offrir ces options dans les services de contraception pourrait être acceptable pour les femmes et réalisable. Un programme de recherche opérationnelle est prévu pour comprendre comment ces nouvelles options pourraient être fournies en toute sécurité afin d'en maximiser leur impact.*

Messages au partenaire masculin à propos du dépistage et de la prévention du VIH

Il est important que toutes les personnes sexuellement actives se soumettent à un test de dépistage du VIH et apprennent le statut sérologique de leur(s) partenaire(s) sexuel(s). En tant que prestataire de services de planification familiale, vos patients sont probablement principalement ou exclusivement des femmes. Mais les partenaires sexuels d'une femme peuvent lui transmettre le VIH, et elle peut transmettre le VIH à son/ses partenaire(s) sexuel(s). Le test du partenaire est bénéfique pour le partenaire masculin, car il prend connaissance de son propre statut sérologique. S'il s'avère qu'il vit avec le VIH, il peut être orienté immédiatement vers des soins et un traitement contre le VIH. Si le test est négatif, il peut prendre des mesures pour le rester.

L'orientation vers les services suivants devrait être systématiquement proposée :

Services aux partenaires : si le test d'une adolescente ou d'une femme est positif et qu'elle choisit de révéler son statut à son partenaire, le prestataire peut mettre les couples en contact avec des services et des conseils en matière de VIH. Cette démarche doit être confidentielle et entièrement volontaire. Si la patiente ne souhaite pas révéler son statut à son partenaire, le prestataire peut l'orienter vers le personnel formé au dépistage du VIH afin de garantir la confidentialité des services de gestion des partenaires. Cela implique d'informer ses partenaires sexuels qu'ils peuvent avoir été exposés au VIH et de leur proposer un test sans révéler l'identité de la femme. Il y a des avantages à informer les partenaires masculins des résultats des tests et à les encourager à se faire dépister, mais cela doit toujours se faire de manière volontaire.

Autotest du VIH : le partenaire masculin peut également connaître son statut en utilisant un kit d'autotest du VIH. Certains établissements de planification familiale peuvent fournir des kits d'autotest du VIH aux femmes qui les remettront à leurs partenaires.

Dépistage en couple : une façon d'encourager le dépistage chez l'homme est de proposer un dépistage en couple, où les deux membres du couple sont conseillés et testés en même temps. Cela facilite la décision de partager leurs résultats l'un avec l'autre. **Les deux membres doivent accepter de connaître leur propre statut sérologique et qu'il soit révélé à l'autre membre.**

Autres messages importants concernant les hommes et la transmission du VIH :

- Si un adolescent ou un homme est séronégatif, il peut le rester en utilisant systématiquement et correctement des préservatifs et du lubrifiant ou en prenant de la PrEP. Le risque d'être infecté par le VIH sera réduit s'il n'a qu'un(e) seul(e) partenaire sexuel(elle) et s'il a accès à la circoncision masculine médicale volontaire (CMMV) dans le cas où il n'est pas circoncis.
- Si un adolescent ou un homme qui vit avec le VIH prend un traitement antirétroviral (TAR), il ne transmettra pas le VIH à son(sa) partenaire séronégatif(tive) tant que sa charge virale est supprimée. Il en va de même si une adolescente ou une femme qui vit avec le VIH suit un traitement antirétroviral (TAR), alors que son partenaire est séronégatif.
- Le TAR ne protège pas contre les autres IST. Pour réduire le risque d'autres IST, les couples devraient utiliser des préservatifs avec un lubrifiant.

Questions et réponses à propos de la planification familiale pour les adolescentes et les femmes exposées à un risque élevé d'infection par le VIH

1. Une femme exposée à un risque élevé d'infection par le VIH peut-elles utiliser des contraceptifs hormonaux en toute sécurité ?

Oui. La femme, quel que soit le risque d'infection par le VIH, peut utiliser toutes les méthodes de planification familiale, y compris les méthodes hormonales, sans risques, en l'absence de toute autre contre-indication médicale ou physiologique. La seule exception est le spermicide nonoxynol-9, qui ne doit pas être utilisé par la femme exposée à un risque élevé d'infection par le VIH.[2]

2. Que signifie un résultat réactif ("positif") d'autotest du VIH ?

L'autotest du VIH est un simple test de dépistage et ne permet pas d'établir un diagnostic définitif de séropositivité. Le résultat d'un autotest du VIH peut être **réactif** ("positif") ou **non réactif** ("négatif"). **Un résultat réactif ("positif") à l'autotest du VIH n'est pas un diagnostic positif du VIH.** Si le résultat de l'autotest du VIH est réactif ("positif"), alors la personne doit se soumettre à des tests supplémentaires réalisés par un prestataire de services formé afin **de diagnostiquer le VIH**, en commençant par le premier test de l'algorithme national de dépistage. Un résultat non valide signifie qu'il faut refaire le test avec un nouveau kit d'autotest du VIH. **Si la personne n'est pas certaine du résultat de l'autotest du VIH, elle devrait être encouragée à se faire dépister par un prestataire formé.**

3. Que signifie un résultat non réactif ("négatif") d'autotest du VIH ?

Un résultat non réactif ("négatif") de l'autotest du VIH peut être considéré comme un résultat négatif correct. Il n'est pas nécessaire d'avoir un suivi immédiat ou de se soumettre à d'autres tests de dépistage du VIH (à l'exception des personnes qui prennent la prophylaxie pré-exposition [PrEP]). Si le(la) patient(e) est exposé(e) à un risque élevé d'infection par le VIH, il(elle) peut prendre des mesures pour rester séronégatif(tive) (comme des conseils sur la réduction des risques liés au VIH, le dépistage de la PrEP ou l'utilisation de la PrEP). Un résultat non valide signifie qu'il faut refaire le test avec un nouveau kit d'autotest du VIH. **Si la personne n'est pas certaine**

---

2 *L'utilisation répétée et à forte dose du spermicide nonoxynol-9 a été associée à un risque accru de lésions génitales, ce qui peut augmenter le risque de contracter le VIH (voir chapitre 16 - Spermicides et diaphragmes, question 3, p. 286). À ce titre, les spermicides et les diaphragmes sont classés en catégorie 4 des CRM (c'est-à-dire "méthode à ne pas utiliser") pour la femme exposée à un risque élevé d'infection par le VIH (voir annexe D - Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue des méthodes contraceptives).*

du résultat de l'autotest du VIH, elle devrait être encouragée à se faire dépister par un prestataire formé.

4. Pourquoi les autotests du VIH sont-ils utiles ?

Bien qu'il ne permette pas d'établir un diagnostic positif définitif, l'autodépistage du VIH est un outil de dépistage important et une bonne option pour beaucoup. Il s'agit d'une méthode pratique et confidentielle de dépistage du VIH. L'autotest du VIH est un moyen efficace d'atteindre les personnes qui, autrement, ne se feraient pas dépister, notamment les adolescents et les populations clés.[3]

5. Une femme sous PrEP peut-elle tomber enceinte en toute sécurité ?

Oui. La PrEP est un moyen sûr et efficace en prévention de la transmission du VIH durant la période de conception. De nombreux couples sérodiscordants (où l'un des partenaires est séropositif et en suppression virale sous thérapie antirétrovirale, et l'autre est séronégatif) désirent une grossesse, et l'utilisation de la PrEP peut être considérée comme une stratégie pour une conception plus sûre. Par conséquent, la PrEP devrait être proposée aussi longtemps que nécessaire à la femme exposée à un risque élevé d'infection par le VIH et qui essaie de concevoir un enfant, afin de prévenir l'infection par le VIH. La PrEP n'évite pas la grossesse ni les autres IST. (Voir le chapitre 22 - Infections sexuellement transmissibles, dont le VIH, section Conception plus sûre pour les couples sérodiscordants au VIH, p. 347).

6. Une femme peut-elle prendre de la PrEP en toute sécurité si elle est enceinte ou si elle allaite ?

Oui. Une femme enceinte ou qui allaite peut prendre de la PrEP sans risques. La PrEP est une combinaison de médicaments antirétroviraux qui peut être prise par la femme enceinte et celle qui allaite sans aucun problème pour elle ou son bébé.

En Afrique subsaharienne, l'infection par le VIH peut se produire à des taux élevés pendant la grossesse, et le risque de transmission mère-enfant du VIH est d'autant plus élevé si la mère contracte le VIH pendant sa grossesse. La PrEP est une option sûre et importante en prévention de la transmission mère-enfant du VIH chez la femme enceinte.

7. Pendant combien de temps une femme peut-elle prendre la PrEP ?

Les adolescentes et les femmes peuvent prendre la PrEP sans risques aussi longtemps qu'elles sont exposées au risque de contracter le VIH. Elles doivent se soumettre à un test de dépistage du VIH tous les trois mois pour s'assurer d'être toujours séronégatives en même qu'elles prennent la PrEP. Si une femme est testée séropositive alors qu'elle prend une PrEP, elle doit être immédiatement orientée vers des services de traitement antirétroviral (TAR).

---

3 *Les populations clés sont "des groupes définis qui, en raison de comportements spécifiques à haut risque spécifiques, sont davantage exposés à l'infection du VIH indépendamment du type d'épidémie ou du contexte local". Pour une définition plus complète, voir : Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés - mise à jour 2016. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2016 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/246200).*

8. La PrEP réduit-elle l'efficacité des contraceptifs hormonaux ?

Non. La PrEP n'affecte pas l'efficacité des contraceptifs hormonaux et les contraceptifs hormonaux n'affectent pas l'efficacité de la PrEP. En effet, les médicaments contenus dans la PrEP ne modifient pas les niveaux de contraceptifs hormonaux dans l'organisme. La PrEP peut être utilisée en toute sécurité avec n'importe quelle méthode contraceptive, et n'importe quelle méthode contraceptive peut être utilisée en toute sécurité avec la PrEP.

9. Que signifie être dans la « fenêtre sérologique » ?

La "fenêtre sérologique" désigne une courte période de temps écoulé (généralement moins de trois semaines) entre le moment où une personne est infectée par le VIH et celui où elle n'a pas encore développé une réponse immunitaire (anticorps anti-VIH). Étant donné que les tests de dépistage du VIH détectent les anticorps anti-VIH, un algorithme standard de dépistage du VIH pourrait indiquer qu'une femme est séronégative pendant la "fenêtre sérologique" alors qu'elle est effectivement séropositive (le VIH est présent dans son corps). Si une femme a été récemment exposée au VIH et que son test de dépistage du VIH est négatif, elle doit se soumettre à un autre test dans les deux semaines qui suivent pour confirmer sa séropositivité.

Santé maternelle et néonatale

Points-clés pour les prestataires et les patientes

- **Attendre mjusqu'à ce que l'enfant le plus jeune ait au moins 2 ans avant d'essayer de tomber à nouveau enceinte.** L'espacement des naissances est bon pour la santé de la mère et du bébé.
- **Avoir un premier contact de soins prénatals dans les 12 premières semaines de la grossesse et programmer au moins 8 contacts pendant la grossesse.**
- **Prévoir à l'avance l'utilisation de la planification familiale après l'accouchement.**
- **Se préparer à l'accouchement.** Préparer un plan de naissance pour un accouchement normal et en cas d'urgence.
- **Allaiter pour avoir un bébé en meilleure santé.**

Les prestataires de soins de santé voient de nombreuses femmes qui veulent tomber enceinte, le sont ou qui viennent d'accoucher. Ils voient des adolescentes enceintes. Ils peuvent aider les femmes à planifier leurs grossesses, à prévoir une contraception après l'accouchement, à préparer la naissance et à prendre soin de leur(s) bébé(s). Des soins attentionnés peuvent contribuer à ce que les femmes vivent la grossesse comme une expérience positive.

Planifier la grossesse

Une femme qui souhaite avoir un enfant peut suivre des conseils pour préparer au mieux une grossesse et un accouchement sans risques et avoir un enfant en bonne santé :

- Il est préférable d'attendre au moins 2 ans après l'accouchement pour arrêter la contraception en vue de débuter une nouvelle grossesse.
- Au moins 3 mois avant d'arrêter la contraception pour tomber enceinte, la femme devrait commencer à adopter un régime alimentaire sain et équilibré qu'elle devra suivre tout au long de sa grossesse. Une alimentation saine inclut un apport adéquat en énergie, en protéines, en vitamines et en minéraux provenant des légumes verts et oranges, de la viande, du poisson, des légumineuses, des noix, des céréales complètes et des fruits.

- L'acide folique et le fer sont particulièrement importants.
  - L'acide folique se trouve dans les aliments tels que les légumineuses (haricots, fèves, lentilles et pois), les agrumes, les céréales complètes et les légumes à feuilles vertes. Des comprimés d'acide folique sont recommandés.
  - Le fer se trouve dans les aliments tels que la viande (notamment le bœuf et la volaille), le poisson, les légumes à feuilles vertes et les légumineuses. Des comprimés de fer son recommandés.
- Si la femme a une infection sexuellement transmissible (IST) ou si elle pourrait avoir été exposée à une IST, y compris le VIH, un traitement adéquat peut réduire les risques que l'enfant naisse avec l'infection. Si la femme pense avoir été exposée ou être infectée, elle devrait consulter les services de dépistage s'ils sont disponibles (voir aussi Conception plus sûre pour les couples sérodiscordants au VIH, p. 333).

Pendant la grossesse

Le premier contact prénatal devrait avoir lieu en début de grossesse, dans l'idéal avant la 12e semaine. Pour la plupart des femmes, 8 contacts avec un prestataire de soins de santé sont recommandés pendant la grossesse. Un plus grand nombre de contacts peut être nécessaire chez les femmes qui présentent des problèmes de santé particuliers ou des complications de la grossesse.

Promotion de la santé et prévention des maladies

- Donner aux femmes des conseils pour adopter une bonne alimentation. Les femmes enceintes devraient manger des aliments contenant du fer, des folates, de la vitamine A, du calcium et de l'iode. Elles devraient éviter le tabagisme et le tabagisme passif, la consommation d'alcool et la prise de médicaments (à l'exception de ceux qui lui ont été recommandés par un prestataire de soins de santé). Elles devraient prendre une supplémentation quotidienne par voie orale de fer et d'acide folique, si elles sont disponibles.
- Encourager les femmes à rester actives. L'activité physique est bonne pour la santé de la femme enceinte et l'aide à éviter de prendre trop de poids.
- Si une femme a eu de l'hyperglycémie (taux élevé de sucre dans le sang) diagnostiquée pour la première fois lors d'une grossesse, celle-ci doit être considérée soit comme un diabète gestationnel, qui disparaîtra de lui-même chez la plupart des femmes après la grossesse, soit comme un diabète pendant la grossesse, qui nécessitera un traitement continu après l'accouchement. Une glycémie élevée accroit les risques d'une issue indésirable de la grossesse.
- Évaluer l'âge gestationnel par échographie, si elle est disponible, avant 24 semaines de grossesse.

- Aider les femmes enceintes à se protéger contre les infections et à obtenir un traitement si elles sont infectées.
  - Si elles sont exposées à un risque d'IST, discuter de l'utilisation des préservatifs ou de l'abstinence pendant la grossesse (voir Infections sexuellement transmissibles, dont le VIH, p. 329).
  - S'assurer que les femmes enceintes sont vaccinées contre le tétanos.
  - Pour prévenir ou traiter l'anémie dans les régions où les infections à ankylostomes sont fréquentes, fournir un traitement (antihelminthique) après le premier trimestre.
  - Effectuer un dépistage de bactériurie (présence de bactéries dans les urines) conformément aux recommandations programmatiques. Tous les cas, qu'ils soient symptomatiques ou asymptomatiques, devraient être traités par antibiotiques. La bactériurie asymptomatique augmente les risques d'accouchement prématuré et de faible poids de naissance.
- Aider les femmes enceintes à protéger leur bébé contre les infections.
  - Effectuer un dépistage de la syphilis dès que possible au cours de la grossesse et traiter si nécessaire.
  - Proposer un test de dépistage du VIH et des conseils sur ce virus.
  - Le risque de paludisme est accru chez la femme enceinte. Dans les régions où le paludisme est répandu, distribuer à toutes les femmes enceintes des moustiquaires imprégnées d'insecticide en prévention du paludisme et un traitement antipaludique efficace, que l'infection ait été diagnostiquée ou pas (traitement présomptif). Suivre les femmes enceintes pour détecter les cas de paludisme et fournir un traitement immédiat si le diagnostic est confirmé.
- Les traitements suivants peuvent être utiles pour soulager les symptômes fréquents au cours de la grossesse :
  - nausées en début de grossesse : gingembre, camomille, vitamine B6, acupuncture ;
  - brûlures d'estomac : éviter les repas copieux et gras ainsi que l'alcool, arrêter de fumer, prendre des antiacides (au moins 2 heures avant ou après la prise de suppléments de fer ou d'acide folique) ;
  - crampes dans les jambes : magnésium, calcium ;
  - douleurs lombaires et pelviennes : exercice régulier, kinésithérapie, ceinture de maintien, acupuncture ;
  - constipation : son de blé ou autres suppléments riches en fibres ;
  - varices et œdèmes : bas de contention, surélévation des jambes, faire tremper dans l'eau.
- Pour améliorer la continuité et la qualité des soins, il convient de remettre à chaque femme enceinte le dossier clinique et les résultats d'analyses relatifs à sa grossesse et de lui demander de les présenter à chaque consultation, quel que soit l'établissement de soins où elle se rend.

Prévoir la planification familiale après l'accouchement

Aider les femmes enceintes et les mères venant d'accoucher à décider des mesures qu'elles peuvent prendre pour éviter une grossesse après l'accouchement. Dans l'idéal, des conseils relatifs à la planification familiale devraient déjà être donnés pendant les soins prénatals.

- Il est préférable que la femme attende que son bébé ait au moins 2 ans avant d'essayer de retomber enceinte, pour la santé du bébé comme celle de la mère.
- Une femme qui ne pratique pas l'allaitement complet ou quasi-complet peut tomber enceinte dès 4 à 6 semaines après l'accouchement.
- Une femme qui pratique l'allaitement complet ou quasi-complet peut tomber enceinte dès 6 mois après l'accouchement (voir Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée, p. 309).
- Pour une protection maximale, la femme ne devrait pas attendre son retour de règles pour utiliser une méthode contraceptive, mais elle devrait la commencer dès lors que les recommandations l'autorisent (voir À quel moment une femme peut-elle commencer au plus tôt une méthode de planification familiale après l'accouchement ? p. 351).

Se préparer à l'accouchement et aux complications

Des complications potentiellement mortelles surviennent dans environ 15 % des grossesses, et toutes ces femmes ont besoin de soins immédiats. Environ 70 % des décès maternels sont dus à des complications de la grossesse et de l'accouchement, tels qu'une hémorragie, une hypertension artérielle, une infection ou un avortement. Si la plupart des complications sont imprévisibles, les prestataires peuvent toutefois aider les femmes et leurs familles à prendre les dispositions nécessaires au cas où elles surviendraient.

- Aider les femmes à s'organiser pour prévoir une prise en charge par une personne qualifiée lors de l'accouchement et vérifier si elles savent comment contacter le prestataire qualifié dès les premiers signes du travail.
- Expliquer aux femmes et à leurs familles les signes de danger pendant la grossesse et l'accouchement (voir la page suivante).
- Aider la femme et sa famille à planifier comment rejoindre les services d'urgence en cas de complications : Où ira-t-elle ? Qui la prendra en charge sur place ? Quel transport utiliseront-ils ? Comment paiera-t-elle pour l'aide médicale ? Des personnes sont-elles prêtes à donner leur sang ?

Les établissements de soins qui prennent en charge des femmes enceintes devraient compter des prestataires formés pour :

- assurer le suivi du travail ;
- prendre soin du nouveau-né à la naissance et pendant la première semaine ;

- prendre en charge la prééclampsie, l'éclampsie et leurs complications ;
- prendre en charge un travail difficile ;
- prendre en charge une hémorragie du post-partum, la première cause de mortalité maternelle évitable ;
- pratiquer la réanimation néonatale ;
- prendre en charge le travail prématuré et les nouveau-nés prématurés et de faible poids de naissance ;
- prendre en charge les infections maternelles et néonatales ;
- communiquer efficacement. Les prestataires doivent faire preuve de soutien, de respect et de sensibilité face aux besoins de la femme enceinte et de sa famille. Les femmes devraient se sentir impliquées et informées pour pouvoir faire des choix éclairés concernant leurs soins.

Les établissements doivent avoir mis en place un système d'orientation des patientes ayant des complications vers un établissement de niveau de soins supérieur en cas de besoin.

Signes de danger pendant la grossesse et l'accouchement

Si l'un des signes suivants se présente, la famille devrait suivre son plan d'urgence et emmener immédiatement la femme au service des urgences.

- Fièvre (38 °C/101° F ou plus élevée)
- Pertes vaginales malodorantes
- Maux de tête intenses/vision trouble
- Diminution ou arrêt des mouvements fœtaux
- Liquide vert ou marron s'écoulant du vagin
- Tension artérielle élevée
- Saignement vaginal
- Difficulté à respirer
- Convulsions, évanouissement
- Vives douleurs abdominales

Après l'accouchement

- Les mères et les nouveau-nés devraient recevoir des soins postnatals systématiques. Quatre contacts systématiques après l'accouchement sont recommandés :
  1. dans l'établissement de soins pendant les 24 premières heures ou au domicile dans les 24 premières heures ;
  2. le 3e jour ;
  3. entre le 7e et le 14e jour ;
  4. à 6 semaines.
- Profiter des vaccinations du nourrisson pour mener les consultations de planification familiale.
- L'allaitement maternel optimal offre un triple avantage : amélioration importante de la survie et de la santé de l'enfant, meilleure santé pour la mère et contraception temporaire (voir Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée, p. 309). Cependant, il vaut mieux allaiter même partiellement que pas du tout (sauf si la femme vit avec le VIH, voir Prévention de la transmission mère-enfant du VIH, p. 352).

Recommandations pour un allaitement dans les meilleures conditions possibles

1. Commencer à allaiter le nouveau-né dès que possible, dans l'heure qui suit l'accouchement

- Cela stimule les contractions utérines qui pourraient contribuer à éviter une hémorragie.
- Cela aide le nourrisson à apprendre rapidement à téter, ce qui stimule la lactation.
- Le colostrum, lait jaunâtre produit pendant les premiers jours qui suivent l'accouchement, apporte des nutriments importants à l'enfant et transmet des défenses immunitaires de la mère à l'enfant.

2. Pratiquer l'allaitement complet ou quasi complet pendant 6 mois.

- Le lait de la mère suffit à lui seul à nourrir entièrement un bébé pendant les 6 premiers mois de sa vie.
- Cela permet d'éviter les risques liés au fait de nourrir le bébé avec des liquides ou aliments contaminés.
- L'allaitement complet a des propriétés contraceptives pendant les 6 premiers mois aussi longtemps que les règles ne sont pas revenues (voir Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée, p. 309).

3. À 6 mois, ajouter d'autres aliments au lait maternel

- Après 6 mois, le bébé a besoin d'aliments variés en plus du lait maternel.
- Lors de chaque repas, donner le sein avant les autres aliments.
- L'allaitement peut et devrait continuer au moins jusqu'à la 2e année de l'enfant.

À quel moment une femme peut-elle commencer au plus tôt une méthode de planification familiale après l'accouchement ?

Méthode de planification familiale	Pratique l'allaitement maternel complet ou quasi-complet	Pratique l'allaitement maternel partiel ou n'allaite pas
Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée	Immédiatement	(Sans objet)
Vasectomie	Immédiatement ou pendant la grossesse de la partenaire‡	
Préservatifs masculins ou féminins **Spermicides**	Immédiatement	
Pilules de progestatif seul **Implants**	Immédiatement	
DIU au cuivre **DIU au lévonorgestrel**	Dans les 48 heures. Sinon, attendre 4 semaines.	
Stérilisation féminine	Dans les 7 jours. Sinon, attendre 6 semaines.	
Anneau vaginal libérant de la progestérone	4 à 9 semaines après l'accouchement	Si la femme allaite au moins 4 fois par jour, commencer entre 4 et 9 semaines après l'accouchement Si elle n'allaite pas : sans objet
Diaphragme	La taille peut être choisie 6 semaines après l'accouchement	
Méthodes basées sur la connaissance de la fécondité	Commencer lorsque les sécrétions normales sont revenues (pour les méthodes basées sur les symptômes) ou lorsqu'elle a eu 3 cycles menstruels réguliers (pour les méthodes basées sur le calendrier). Cela interviendra plus tard chez les femmes qui allaitent que chez celles qui n'allaitent pas.	

(Suite à la page suivante)

‡ *Si l'homme a eu une vasectomie pendant les 6 premiers mois de la grossesse de sa partenaire, elle sera efficace au moment où elle accouchera du bébé.*

Méthode de planification familiale	Pratique l'allaitement maternel complet ou quasi-complet	Pratique l'allaitement maternel partiel ou n'allaite pas
Progestatifs seuls injectables	6 semaines après l'accouchement[§]	Immédiatement si elle n'allaite pas[§] 6 semaines après l'accouchement si elle pratique l'allaitement partiel[§]
Contraceptifs oraux combinés **Injectables mensuels, patch combiné, anneau vaginal combiné**	6 mois après l'accouchement[§]	21 jours après l'accouchement si elle n'allaite pas[§] 6 semaines après l'accouchement si elle pratique l'allaitement partiel[§]

[§] *Généralement une utilisation plus précoce n'est pas recommandée, à moins que d'autres méthodes plus appropriées ne soient ni disponibles, ni acceptables.*

Prévention de la transmission mère-enfant du VIH

Une femme vivant avec le VIH peut transmettre le VIH à son enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou par le biais du lait maternel. Le traitement peut considérablement en réduire le risque.

Un traitement antirétroviral (TAR) à vie est recommandé pour tous les adultes et les enfants dès lors que leur séropositivité au VIH est connue. Une femme qui a commencé un TAR avant sa grossesse ou à la suite d'un dépistage effectué pendant la grossesse diminue considérablement les risques que son bébé soit infecté dans l'utérus ou pendant l'accouchement. Le TAR suivi par la mère réduit aussi considérablement le risque de transmettre le VIH à son nourrisson par le biais du lait maternel.

En outre, les nouveau-nés de mères vivant avec le VIH devraient recevoir deux antirétroviraux (ARV) pendant les 6 premières semaines suivant la naissance. Cela permet de réduire encore davantage les risques de transmission mère-enfant du VIH pendant cette période suivant l'accouchement.

Comment les prestataires des services de planification familiale peuvent-ils contribuer à la prévention de la transmission mère-enfant du VIH ?

- *Aider les femmes, et les hommes, à éviter l'infection par le VIH* (voir Infections sexuellement transmissibles, dont le VIH, Éviter les infections sexuellement transmissibles, p. 336). Les femmes et les hommes exposés à un risque élevé d'infection par le VIH peuvent prendre une prophylaxie pré-exposition (PrEP), un traitement par ARV quotidien par voie orale.
- *Prévenir les grossesses non désirées.* Aider les femmes qui ne veulent pas d'enfant

à choisir une méthode contraceptive qu'elles pourront utiliser efficacement.

- *Apporter des services de conseil et de dépistage du VIH.* Dans tous les milieux, proposer des services de conseil et de dépistage dans les établissements offrant des services de planification familiale à toutes les femmes enceintes et aux partenaires des femmes vivant avec le VIH. Dans les régions où l'incidence du VIH est élevée, proposer un test de dépistage à toutes les femmes. Il peut être utile de pratiquer les tests de dépistage dans les établissements offrant des services de planification familiale car le statut VIH de la femme peut avoir une incidence sur son choix de méthode de planification familiale. Si cela n'est pas possible, orienter les patientes vers un service de dépistage du VIH ou leur proposer un autotest de dépistage pour pouvoir connaître leur statut.
- *Orienter les patientes vers des services de prévention de la transmission du VIH.* Orienter les femmes vivant avec le VIH qui sont enceintes, ou souhaitent le devenir, vers des services de prévention de la transmission mère-enfant s'ils sont disponibles. Si dans un couple qui veut avoir un enfant, l'un des partenaires est séropositif au VIH mais l'autre pas, ils peuvent prendre des mesures pour réduire les risques de transmission du VIH lors de la phase de conception (voir Infections sexuellement transmissibles, dont le VIH, Conception plus sûre pour les couples sérodiscordants au VIH, p. 333).
- *Encourager une alimentation appropriée pour le nourrisson et proposer un accompagnement pour ce faire.* Dans chaque pays, les autorités nationales décident laquelle des deux pratiques d'alimentation du nourrisson devrait être encouragée auprès des femmes enceintes et des mères vivant avec le VIH et devrait être promue dans tous les établissements de santé. Ces deux pratiques sont soit 1) que la mère allaite pendant qu'elle reçoit un TAR, soit 2) qu'elle évite totalement l'allaitement (mais elle recevra aussi un TAR). Chaque pays décide, en fonction de sa situation, de la pratique qui permettra à un plus grand nombre d'enfants de survivre sans être infectés par le VIH.

Lorsque les autorités nationales ont décidé de promouvoir et d'accompagner l'allaitement maternel et le TAR pour les mères vivant avec le VIH

- Expliquer à toutes les femmes, y compris aux femmes vivant avec le VIH, que l'allaitement maternel, et en particulier l'allaitement maternel précoce et exclusif, est le meilleur moyen de favoriser la survie de l'enfant.
- Les mères vivant avec le VIH et leur nourrisson devraient recevoir un TAR approprié et les mères devraient allaiter exclusivement leur nourrisson pendant les 6 premiers mois de vie, puis introduire des aliments appropriés en complément et continuer à allaiter. Tous les enfants ont besoin d'aliments complémentaires à partir de l'âge de 6 mois.
- Les mères vivant avec le VIH devraient allaiter pendant au moins 12 mois et peuvent continuer à allaiter jusqu'à 24 mois ou plus (comme les autres femmes) en étant bien accompagnées pour continuer à prendre le TAR.
- L'allaitement maternel ne devrait être arrêté que lorsqu'une alimentation sans lait maternel adéquate sur le plan nutritionnel et sans risques peut être assurée.

(Suite à la page suivante)

Prévention de la transmission mère-enfant du VIH (suite)

- Lorsque les mères décident d'arrêter d'allaiter, elles devraient le faire progressivement sur une durée d'un mois, et les nourrissons devraient recevoir des aliments de remplacement adéquats et sans risques qui leur permettent de grandir et de se développer normalement. Il est déconseillé d'arrêter l'allaitement soudainement.
- Même lorsqu'un TAR n'est pas disponible, l'allaitement maternel (pratiquer l'allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois de vie et continuer l'allaitement jusqu'à l'âge de 12 mois) peut néanmoins améliorer les chances de survie des nourrissons de mères vivant avec le VIH tout en évitant l'infection par le VIH comparativement au fait de ne pas allaiter du tout.
- Si une femme ne peut pas allaiter temporairement, par exemple si elle ou son enfant sont malades, si elle commence le sevrage ou si elle n'a plus d'ARV, elle peut tirer son lait puis le chauffer pour détruire le VIH avant de le donner au nourrisson. Le lait devrait être chauffé jusqu'à ébullition dans une petite casserole puis être refroidi en le laissant reposer ou en plaçant la casserole dans un récipient d'eau froide. Cette solution ne devrait être utilisée qu'à court terme mais pas pendant toute la durée de l'allaitement maternel.
- Les femmes vivant avec le VIH et qui allaitent ont besoin de conseils pour veiller à avoir des apports nutritionnels adéquats et pour prendre soin de leurs seins. L'infection des conduits galactophores du sein (mastite), une poche de pus sous la peau (abcès du sein) et des crevasses au mamelon augmentent le risque de transmission du VIH. Si un tel problème se présente, il est important d'apporter les soins appropriés rapidement (voir Douleurs et crevasses au mamelon, p. 356).

Lorsque les autorités nationales ont décidé de recommander que les femmes vivant avec le VIH devraient éviter tout allaitement maternel même si un TAR est fourni

- Les mères vivant avec le VIH devraient recevoir des conseils qualifiés pour s'assurer qu'elles donnent à leur bébé une alimentation de remplacement adéquate et sans danger, qui soit préparée, conservée et donnée sans risques.
  - Pour les nourrissons âgés de moins de 6 mois, la solution alternative recommandée à l'allaitement maternel est le lait infantile vendu dans le commerce, dès lors que les conditions à respecter au domicile décrites ci-dessous sont réunies. Le lait d'origine animale modifié au domicile n'est pas recommandé comme aliment de remplacement au cours des 6 premiers mois de vie.
  - *Pour les nourrissons âgés de plus de 6 mois, les solutions alternatives à l'allaitement maternel incluent :*
    - le lait infantile vendu dans le commerce, dès lors que les conditions à respecter au domicile décrites à la page suivante sont réunies ;
    - le lait d'origine animale (bouilli pour les nourrissons âgés de moins de 12 mois), dans le cadre d'une alimentation apportant des micronutriments adéquats. Les enfants devraient recevoir des repas, dont certains composés exclusivement de lait, exclusivement d'autres aliments et combinant lait et autres aliments, 4 à 5 fois par jour.

- Tous les enfants ont besoin d'aliments complémentaires à partir de l'âge de 6 mois.
- Les femmes vivant avec le VIH devraient envisager une alimentation de remplacement si, et seulement si, toutes les conditions suivantes sont réunies :
  - l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement sont assurés au sein du foyer et de la communauté ;
  - la mère ou la personne responsable du nourrisson peut lui fournir de façon fiable du lait infantile en quantité suffisante pour permettre qu'il grandisse et se développe normalement ; et
  - la mère ou la personne responsable du nourrisson peut le préparer dans de bonnes conditions d'hygiène et suffisamment souvent pour qu'il reste de bonne qualité et ne présente qu'un faible risque de diarrhée ou de malnutrition pour le bébé ; et
  - la mère ou la personne responsable du nourrisson peut lui donner l'aliment de remplacement exclusivement au cours des 6 premiers mois ; et
  - la famille soutient cette pratique ; et
  - la mère ou la personne responsable du nourrisson peut recevoir des services de santé infantile complets.
- Si on sait que le nourrisson ou le jeune enfant est infecté par le VIH, la mère doit être vivement encouragée à l'allaiter exclusivement pendant les 6 premiers mois de vie et à poursuivre l'allaitement jusqu'à 2 ans ou plus.

Prendre en charge les problèmes liés à l'allaitement

Si la patiente signale l'un de ces problèmes fréquents, écouter ses préoccupations et lui apporter des conseils et un soutien. Vérifier qu'elle a bien compris les conseils et qu'elle les accepte.

Le bébé ne boit pas suffisamment de lait

- Rassurer la mère et lui indiquer que la plupart des femmes arrivent à produire une quantité suffisante de lait maternel pour nourrir leur(s) bébé(s).
- Si le nouveau-né prend plus de 500 g par mois, si, à 2 semaines, il pèse plus qu'à la naissance, ou s'il urine au moins 6 fois par jour, la rassurer et lui dire que son bébé prend suffisamment de lait maternel.
- Lui recommander d'allaiter son nouveau-né environ toutes les 2 heures pour stimuler la lactation.
- Lui recommander de réduire l'apport d'aliments et/ou de liquides supplémentaires si le bébé a moins de 6 mois.

Seins douloureux

- Si ses seins sont pleins, tendus et douloureux, ils pourraient être engorgés. Si la femme note la présence de masses sensibles dans un sein, il pourrait s'agir de canaux bouchés. Les seins engorgés ou les canaux bouchés peuvent s'infecter et devenir rouges

et douloureux. Traiter l'infection mammaire par antibiotiques conformément aux recommandations cliniques. Pour favoriser la résolution du problème, lui donner les conseils suivants :

- continuer à allaiter souvent ;
- masser les seins avant et pendant l'allaitement ;
- appliquer de la chaleur ou une compresse chaude sur les seins ;
- essayer différentes positions pour allaiter le bébé ;
- vérifier que le nourrisson prend bien le sein ;
- exprimer une petite quantité de lait avant d'allaiter.

Douleurs ou crevasses aux mamelons

- Si elle a des crevasses au mamelon, elle peut continuer à allaiter. La rassurer et lui dire que cela cicatrisera avec le temps.
- Pour favoriser la cicatrisation, lui donner les conseils suivants :
  - appliquer quelques gouttes de lait maternel sur les mamelons après avoir allaité et laisser sécher à l'air ;
  - après avoir donné le sein, utiliser un doigt pour arrêter la succion avant de retirer le bébé du sein ;
  - ne pas attendre que le sein soit rempli pour allaiter. S'il est rempli, exprimer d'abord une petite quantité de lait.
- Lui montrer comment bien positionner le bébé et vérifier s'il prend bien le sein.
- Lui indiquer de laver ses mamelons uniquement à l'eau une fois par jour et d'éviter les savons et les solutions à base d'alcool.
- Examiner ses mamelons ainsi que la bouche et les fesses du bébé pour détecter la présence de tout signe d'infection fongique (muguet).

Problèmes de santé reproductive

Points clés pour les patientes et les prestataires

Soins post-avortement

- **La fertilité revient rapidement, dès 8 à 10 jours et généralement dans le mois qui suit un avortement spontané ou provoqué.** Les femmes et les couples doivent commencer à utiliser une méthode de planification familiale presque immédiatement afin d'éviter une grossesse non désirée.
- La fourniture d'informations et de conseils (si nécessaire pour faciliter la prise de décision) concernant le retour de l'ovulation dans les 2 semaines, les méthodes contraceptives et les soins à domicile sont des éléments essentiels des soins post-avortement.

Violence à l'encontre des femmes

- **La violence n'est pas la faute de la femme.** Cette violence est très courante. Tous les prestataires de soins sont en mesure d'apporter leur aide.

Infertilité

- **Il est souvent possible de prévenir l'infertilité.**Le risque d'infertilité peut être réduit en évitant les infections sexuellement transmissibles et en recevant rapidement un traitement pour ces infections et d'autres infections de l'appareil reproducteur.

Planification familiale dans le cadre des soins post-avortement

Les soins post-avortement incluent tout ou une partie des éléments suivants, selon les besoins ou les souhaits : une visite de suivi post-avortement optionnelle 7 à 14 jours après l'intervention, la prise en charge des effets secondaires résiduels ou des complications, et des services de contraception. Immédiatement après un avortement, avant que la patiente ne quitte l'établissement, il est important de fournir des informations sur les services de la planification familiale et d'offrir des conseils et des méthodes de contraception. Bon nombre d'agents de santé différents peuvent fournir des services de planification familiale, y compris ceux qui pratiquent l'avortement et dispensent des soins post-avortement. Lorsque ces services sont intégrés aux soins post-avortement, proposés immédiatement après un avortement, les femmes sont plus susceptibles d'utiliser une contraception pour réduire le risque d'une grossesse non désirée.

Aider les femmes à bénéficier des services de planification familiale

Fournir des informations importantes

Avant, pendant et après avoir bénéficié de soins post-avortement, une femme doit faire des choix importants. Pour prendre des décisions sur sa santé et sa fertilité, elle doit connaître les faits suivants.

- La fertilité revient rapidement. Après un avortement provoqué ou spontané, l'ovulation peut reprendre dans les 8 à 10 jours suivants et généralement dans un délai d'un mois. Il est donc important pour les femmes qui souhaitent retarder ou prévenir une future grossesse de commencer à utiliser une méthode de planification familiale immédiatement après l'avortement, si possible, ou dès que possible au cours du premier mois.
- Toutes les méthodes contraceptives peuvent être envisagées après un avortement. Les souhaits de la patiente et ses projets d'avenir en matière de procréation sont primordiaux aussi, la femme doit être en mesure de faire un choix éclairé. Les informations fournies sur les différentes méthodes devraient inclure les taux d'échec, car certaines femmes peuvent avoir eu recours à un avortement en raison de l'échec de la méthode contraceptive qu'elles utilisaient. En fin de compte, c'est la femme qui décide, mais son choix doit être fait en connaissance de cause.
- Dans l'attente de choisir un contraceptif à usage continu, la femme devrait envisager d'utiliser une méthode d'appoint si elle a des rapports sexuels. Les méthodes d'appoint incluent l'abstinence, les préservatifs masculins ou féminins, les spermicides,[1] et le retrait. Lui indiquer que les spermicides et le retrait sont les méthodes contraceptives les moins efficaces. Si possible, lui donner des préservatifs et des pilules contraceptives d'urgence.
- Si une femme décide de ne pas utiliser de contraceptifs pour le moment, les prestataires peuvent lui fournir des informations sur les méthodes disponibles et l'endroit où elle peut les obtenir. De plus, les prestataires peuvent lui remettre des préservatifs, des contraceptifs oraux et une pilule contraceptive d'urgence qu'elle pourra emporter chez elle et utiliser par la suite.
- En cas de traitement d'une infection ou de lésions vaginales ou cervicales, un délai d'attente est nécessaire jusqu'à la fin du traitement/prise en charge de l'infection/de la lésion avant d'avoir à nouveau des rapports sexuels.
- Si une femme ayant subi une fausse couche souhaite retomber enceinte rapidement, le prestataire de soins doit l'encourager à attendre au moins 6 mois. Ce délai permet de diminuer les risques de faible poids de naissance, de prématurité, d'anémie maternelle et d'une nouvelle fausse couche.
- Une femme qui bénéficie de soins post-avortement aura probablement besoin d'autres services de santé reproductive. Le prestataire peut notamment l'aider à évaluer le risque d'une éventuelle exposition à des infections sexuellement

---

[1] *Une patiente peut utiliser des spermicides si elle ne présente aucune lésion vaginale ou cervicale.*

transmissibles, et peut être amené à lui demander si elle a subi des violences sexuelles (voir la section La violence à l'encontre des femmes, p. 388-392).

Faire preuve de compassion lors des séances de conseils

Les séances de conseil ne se limitent pas à fournir des informations. Il s'agit d'un processus interactif ciblé visant à apporter un soutien, des informations et des conseils non orientés d'une personne formée et qualifiée, dans un environnement où la personne peut librement partager ses pensées, ses sentiments, ses perceptions et ses expériences personnelles. Le processus doit permettre à la patiente de prendre une décision finale sur le sujet abordé.

Avant ou après un avortement, certaines femmes peuvent souhaiter recevoir des conseils. En particulier, une femme qui a eu des complications post-avortement peut avoir besoin de se sentir plus soutenue. Une femme confrontée au double risque d'une grossesse non planifiée et d'un avortement provoqué à risque a tout particulièrement besoin d'aide et de soutien, y compris de services psychologiques. Les conseils devraient être centrés sur la patiente.

Il est essentiel d'appliquer les principes directeurs suivants lorsque des conseils sont proposés et fournis.

- S'assurer qu'elle accepte de recevoir des conseils et qu'elle a eu la possibilité de choisir de ne pas en recevoir.
- Lui demander ce qu'elle souhaite ou ce dont elle a besoin, ainsi que ses préoccupations éventuelles, y compris ses souhaits en matière de grossesse et la prise en compte des avantages et des inconvénients des différentes méthodes de contraception, tels que l'impact probable sur ses règles, la douleur et l'acné.
- Lui accorder le temps nécessaire et écouter attentivement les valeurs, les besoins et les préférences qu'elle exprime (y compris si elle souhaite être accompagnée d'une personne de confiance pendant la séance de conseils).
- La traiter avec respect et éviter tout jugement ou toute critique.
- Assurer le respect de la vie privée et la confidentialité de la patiente.
- L'informer en adaptant sa manière et son langage à la compréhension de la patiente.
- Présenter toutes les options appropriées, adaptées à la recevabilité médicale de la patiente, à ses besoins exprimés et à ses préférences, tout en évitant de lui imposer ses valeurs et ses croyances personnelles.
- Lui expliquer clairement que c'est elle qui décidera de sa méthode de planification familiale.

Quand commencer à utiliser une méthode contraceptive ?

Après avoir écarté toute condition médicale susceptible d'affecter la recevabilité médicale (voir l'annexe D - Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation de la contraception), les méthodes suivantes peuvent être mises en œuvre immédiatement.

Méthodes contraceptives	Avortement médical du premier trimestre	Avortement médical du deuxième trimestre	Aspects particuliers à prendre en considération
Méthodes contraceptives réversibles (par ordre d'efficacité)			
Dispositif intra-utérin (DIU)	Il peut être posé immédiatement après un avortement.	Il peut être posé immédiatement après un avortement par une personne spécialement formée.	A éviter après un avortement septique.
Implants Injectables à progestatif seul Contraceptifs injectables combinés (mensuels) Patch combiné Anneau vaginal combiné Contraceptifs oraux combinés Pilule à progestatif seul	Il peut être utilisé immédiatement après l'avortement. En cas d'avortement médicamenteux, il peut être utilisé immédiatement après la prise de la première pilule de l'avortement médicamenteux.		L'auto-administration d'un produit injectable peut être envisagée.
Diaphragme et cape cervicale	Il peut utilisé immédiatement après l'avortement.	Attendre 6 semaines.	
Méthodes contraceptives basées sur la connaissance de la fertilité	Elle peut être commencée lorsque les cycles menstruels réguliers reviennent		Des conseils particuliers peuvent être nécessaires pour garantir l'utilisation correcte des méthodes contraceptives basées sur la connaissance de la fertilité.
Méthodes contraceptives irréversibles (permanentes)			
Stérilisation féminine	Cette opération peut être pratiquée immédiatement après l'avortement.		Elle doit être décidée à l'avance, avant l'avortement.

Autres aspects particuliers à prendre en considération :

- La pose d'un DIU immédiatement après un avortement du deuxième trimestre est associée à un risque plus élevé d'expulsion. En informer la patiente. La pose doit être réalisée par un prestataire spécialement formé.
- Le prestataire devrait proposer à la femme de s'auto-administrer une contraception injectable après l'avortement, en alternative aux injections administrées (voir Apprendre l'auto-injection aux patientes, au chapitre 4 - Injectables à progestatif seul, p. 83-86).
- Si la méthode choisie est la pilule, fournir jusqu'à un an de pilules, en fonction des préférences de la femme et de l'utilisation prévue.
- La stérilisation est permanente et doit être décidée avant l'avortement, et non pas lorsqu'une femme est sous sédatifs, sous stress ou en souffrance. Conseiller soigneusement la patiente et s'assurer qu'elle comprend qu'elle a la possibilité de choisir une méthode contraceptive réversible (voir Stérilisation féminine, au chapitre 12 - Parce que la stérilisation est permanente, p. 230).
- Les patientes qui choisissent d'utiliser l'anneau vaginal contraceptif devraient vérifier s'il a été expulsé en cas de saignements résiduels ou abondants pendant et après l'avortement médicamenteux.
- Le diaphragme doit être remis en place après un avortement spontané ou provoqué du premier trimestre sans complication. Après un avortement spontané ou provoqué du deuxième trimestre sans complication, la remise en place du diaphragme doit être retardée de 6 semaines pour que l'utérus puisse reprendre sa taille normale.
- Pour les méthodes contraceptives basées sur la connaissance de la fertilité, une femme peut commencer à utiliser les méthodes basées sur les symptômes dès qu'elle cesse d'avoir des sécrétions liées à une infection ou des saignements dus à des lésions génitales. Elle peut commencer à utiliser des méthodes basées sur le calendrier dès son prochain cycle menstruel si elle ne présente pas de saignements dus à des lésions génitales (voir chapitre 18 - Méthodes basées sur la connaissance de la fertilité, en particulier Fourniture d'explications sur les méthodes basées sur le calendrier).

Violence à l'encontre des femmes

Tous les prestataires de services de planification familiale sont amenés à rencontrer de nombreuses femmes victimes de violences. La violence physique comprend des actes comme frapper, gifler, donner des coups de pied, donner des coups de pied, battre ou utiliser une arme. La violence sexuelle comprend les contacts sexuels ou l'attention sexuelle non désirés, les rapports sexuels sous la contrainte et les rapports sexuels forcés (viol). La violence à l'encontre des femmes peut également être de nature psychologique, comme les insultes, l'intimidation, les menaces contre une personne aimée, l'humiliation, l'isolement de la famille et des amis et l'accès limité aux ressources.

Les femmes victimes de violences ont des besoins de santé spéciaux, dont un grand nombre concerne la santé sexuelle et reproductive. Les prestataires de soins de santé reproductive sont bien placés pour identifier les femmes victimes de violences, répondre à leurs besoins de santé physique, apporter un soutien psychosocial et les orienter vers d'autres services.

Ces femmes ont souvent recours à des services de santé, bien que nombre d'entre elles ne parleront pas des violences subies. Cette violence peut entraîner des problèmes de santé, dont des blessures, une grossesse non désirée, des infections sexuellement transmissibles (IST), le VIH, une baisse de la libido, des douleurs pendant les rapports sexuels et une douleur pelvienne chronique. La violence peut commencer ou s'aggraver pendant la grossesse, mettant en danger la vie du fœtus. Par ailleurs, la violence ou la menace de violence de la part d'un homme peut priver une femme du droit de décider par elle-même de recourir ou pas aux services de planification familiale et de la méthode de son choix.

Que peuvent faire les prestataires de services de planification familiale ?

1. **Aider les femmes à se sentir à l'aise, en sécurité et libres de parler.** Aider les femmes à se sentir à l'aise pour parler librement de tout problème personnel, y compris de la violence. Garantir le caractère confidentiel de ses propos.

   Donner à la femme l'occasion de parler de problèmes qui la concernent. Par exemple, le comportement de son partenaire vis-à-vis de l'utilisation des services de planification familiale ou d'un problème éventuel avec l'utilisation de ces services. Lui demander simplement s'il y a un autre sujet dont elle aimerait discuter. Si la plupart des femmes ne révéleront pas qu'elles sont victimes de violences, certaines peuvent se confier si des questions leur sont posées à ce propos. Prêter attention aux symptômes, aux blessures ou aux signes qui suggèrent une violence. Lorsqu'elle est victime de violence conjugale, une femme peut refuser ou insister sur une méthode de planification familiale spécifique, résister aux conseils relatifs à la planification familiale ou insister pour revenir sur la stérilisation féminine. Bon nombre de grossesses rapprochées ou de demandes d'interruption de grossesse peuvent également faire penser à des violences conjugales. (Bien entendu, il peut y avoir de nombreuses autres raisons à ces préférences et comportements.)

2. Poser des questions en cas de violence suspectée.

Quelques conseils pour aborder le sujet de la violence :

- Pour renforcer la confiance, expliquez la raison de ces question (parce que vous souhaitez l'aider).
- Utilisez des termes avec lesquels vous êtes à l'aise et qui correspondent le mieux à votre propre style.
- Ne posez pas ces questions en présence du partenaire ou d'une autre personne, ou en cas d'impossibilité d'assurer le caractère privé de la visite.

"Faut-il parler de la violence à toutes les patientes ?"

Les prestataires de soins devraient poser régulièrement des questions à toutes les patientes uniquement s'ils sont formés à cela et apporter un soutien de première ligne, si la protection de la vie privée et la confidentialité peuvent être garanties, et si des mises en lien avec d'autres services de soutien sont en place.

Afin de déterminer si une patiente est victime de violence conjugale et de l'aider à en parler, vous pouvez tout d'abord aborder ce sujet de manière indirecte. Vous pouvez dire, par exemple :

– De nombreuses femmes ont des problèmes avec leur mari, partenaire ou toute autre personne avec laquelle elles vivent.

– J'ai rencontré des femmes qui avaient les mêmes problèmes que vous à la maison.

Vous pouvez poursuivre avec des questions plus directes, comme celles-ci :

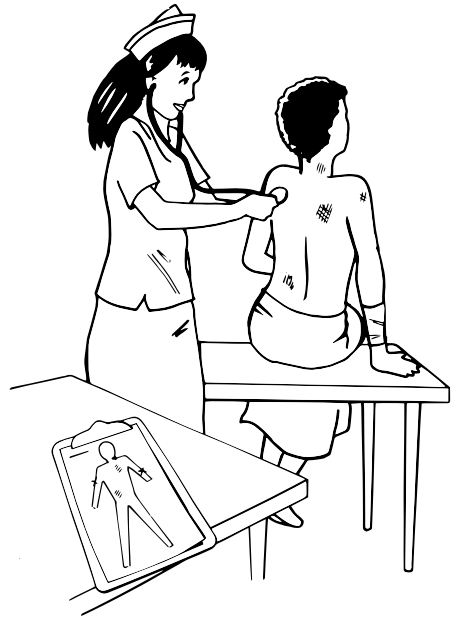
- "Avez-vous peur de votre mari (ou partenaire) ?"
- "Votre mari (ou partenaire) ou quelqu'un d'autre à la maison vous a-t-il déjà menacée de vous faire du mal ou de vous blesser physiquement d'une manière ou d'une autre ?
  Si oui, quand cela s'est-il produit ?"
- "Votre mari (ou partenaire) ou quelqu'un à la maison vous malmène, vous insulte ou tente de vous contrôler ?"
- "Votre mari (ou partenaire) vous a-t-il forcée à avoir un rapport sexuel ou à avoir un quelconque contact sexuel sans votre consentement ?

Afin d'en savoir plus sur l'incidence de cette violence sur la vie sexuelle et reproductive de la femme, vous pouvez poser les 4 questions suivantes :

- "Votre partenaire vous a-t-il déjà demandé de ne pas utiliser de contraception, empêchée d'obtenir une méthode, caché ou pris votre contraception ?"
- "Votre partenaire a-t-il déjà tenté de vous forcer à tomber enceinte ou exercé une pression sur vous pour ce faire ?"
- "Votre partenaire a-t-il déjà refusé d'utiliser un préservatif ?"
- "Votre partenaire vous a-t-il déjà obligée à avoir un rapport sexuel sans contraception pour que vous tombiez enceinte ?"

3. Apporter un soutien de première ligne.

Face à une femme qui avoue être victime de violences, il convient d'apporter un soutien de première ligne. Ce soutien comprend des soins pratiques et répond aux besoins émotionnels, physiques, de sécurité et d'aide d'une femme, tout en respectant sa vie privée.



Le soutien de première ligne est le soin le plus important que vous puissiez fournir. Même si c'est la seule chose que vous puissiez faire, vous aurez apporté une grande aide à votre patiente. Le soutien de première ligne comprend 5 tâches simples. L'acronyme anglais "LIVES" :**L**isten, **I**nquire about needs and concerns, **V**alidate, **E**nhance safety, **S**upport (ce qui signifie en français Écouter, Évaluer ses besoins et préoccupations, Valider, Améliorer sa sécurité, Soutenir) peut vous aider à vous souvenir des 5 tâches qui protègent la vie d'une femme.

Écouter	Écoutez la femme attentivement, faites preuve d'empathie et ne portez pas de jugement. Donnez-lui la possibilité de parler librement dans un lieu sûr, confidentiel et privé à une personne bienveillante qui souhaite l'aider. **L'écoute est l'élément le plus important d'une bonne communication et la base d'un soutien de première ligne.** Si elle ne souhaite pas parler de violence, vous devez lui indiquer que vous êtes à sa disposition si elle le souhaite et que tout ce qu'elle dira restera confidentiel.
Évaluer ses besoins et préoccupations	Évaluez et répondez à ses divers besoins et préoccupations. Tout en écoutant son histoire, prêtez une attention particulière à ce qu'elle révèle de ses besoins et préoccupations et à ce qu'elle ne dit pas, mais qui transparaît dans ses mots et son langage corporel. Elle peut vous faire part de ses besoins physiques, émotionnels ou économiques, de ses préoccupations en matière de sécurité ou indiquer qu'elle a besoin d'une aide sociale. **Respectez sa capacité et son droit à faire ses propres choix de vie.**
Valider	**Montrez-lui que vous la comprenez et la croyez.** Le fait de valider l'expérience d'une autre personne prouve que vous l'écoutez attentivement, que vous comprenez ce qu'elle dit et que vous la croyez sans porter de jugement. Il y a des choses importantes que vous pouvez dire : – "Ce n'est pas de votre faute. Vous n'êtes pas responsable." – "Beaucoup de femmes sont dans cette situation." – Vous n'êtes pas seule. Vous pouvez avoir de l'aide."
Améliorer sa sécurité	Discutez d'un plan pour la protéger si d'autres actes de violence venaient à se reproduire. Expliquez qu'il est peu probable que la violence conjugale s'arrête d'elle-même. Au contraire, elle a tendance à continuer, à s'intensifier et à être plus fréquente. Vous pouvez demander : – "Est-ce que vous ou vos enfants êtes en danger actuellement ?" – "Vous sentez-vous en sécurité pour rentrer chez vous ?" – "Y a-t-il un/-e ami/-e ou un parent pour vous aider à gérer la situation à la maison ?" **Si la femme est confrontée à un danger immédiat, aidez-la à envisager différentes possibilités d'agir. Si elle n'est pas en danger immédiat, aidez-la à élaborer un plan à plus long terme.**
Soutenir	**Soutenez-la en l'aidant à obtenir des informations, des services et une aide sociale.** En général, les besoins d'une femme vont au-delà de ce que vous pouvez fournir au centre de santé. Vous pouvez l'aider en discutant avec elle de ses besoins, en lui indiquant d'autres sources d'aide, comme les refuges, services sociaux, la protection de l'enfance, la police, l'aide juridique et financière, le soutien par les pairs et en l'aidant à obtenir de l'aide si elle le souhaite.

4. **Dispenser des soins appropriés. Adapter vos soins et vos conseils à la situation de la femme.**
   - **Traiter les blessures éventuelles** ou veiller à ce qu'elle reçoive un traitement.
   - **Discuter** avec elle sur de la façon de choisir la méthode de planification familiale la plus adaptée à son cas.
     - Si votre patiente souhaite utiliser une méthode que son partenaire aurait du mal à détecter ou à contester, l'injectable peut être le meilleur choix. Il est également possible de discuter du DIU et des implants. Ne pas oublier de préciser que ces méthodes peuvent parfois être détectées.
     - Indiquer clairement que ces méthodes ne la protègent pas contre les IST, dont le VIH. Les préservatifs sont la seule méthode de planification familiale pouvant protéger contre les IST et la grossesse. Donner des informations et orienter la femme vers des services de soutien, le cas échéant, sur l'autonomisation des femmes et le renforcement de leurs capacités à négocier l'utilisation du préservatif et à adopter des pratiques sexuelles plus sûres.
     - Lui remettre des pilules contraceptives d'urgence, si nécessaire et souhaité.

5. **Documenter les violences subies par la femme.** Documenter de façon confidentielle et avec précaution les antécédents de violence de la femme, ainsi que les symptômes ou blessures et leur cause, si nécessaire. Notez sa relation avec l'auteur des violences.

Infertilité

Qu'est-ce que l'infertilité ?

L'infertilité involontaire est une maladie du système reproducteur : l'incapacité de tomber enceinte quand on le souhaite. L'infécondité involontaire est l'incapacité à donner naissance à un enfant désiré, que ce soit en raison d'une incapacité à mener une grossesse à son terme, d'une mortinatalité ou d'un avortement spontané. Ces cas se retrouvent chez les couples n'ayant jamais eu d'enfant (infertilité primaire) et, plus souvent, chez les couples ayant déjà eu des enfants (infertilité secondaire). L'infertilité se définit comme l'incapacité à parvenir à une grossesse clinique après 12 mois ou plus de rapports sexuels réguliers non protégés. (En moyenne, 85 % des femmes tombent enceintes avant ce délai.)

Dans le monde, l'infertilité touche près de 12 % des couples qui désirent avoir un enfant, dont environ 2 % qui n'ont jamais eu d'enfant et environ 10 % qui ont déjà des enfants. Les pourcentages varient selon les régions.

Dans certains pays ou communautés, l'infertilité ou l'infécondité peut avoir de graves conséquences, en particulier pour les femmes mais aussi pour les hommes dans une moindre mesure. Ces conséquences peuvent inclure la précarité, le divorce, la stigmatisation et la discrimination, l'isolement, la violence exercée par un partenaire intime, le meurtre, les troubles de la santé mentale et le suicide.

Quelles sont les causes de l'infertilité ?

Globalement, les causes de l'infertilité sont multiples et varient en fonction du contexte. Si la femme est souvent pointée du doigt, la cause de l'infertilité peut reposer aussi bien sur l'homme que sur la femme ou sur les deux.

Sur le plan médical, les causes de l'infertilité incluent, entre autres, les effets des IST chez l'un ou les deux partenaires, les déséquilibres hormonaux et affections de l'utérus chez la femme, ainsi que le faible nombre de spermatozoïdes, la faible motilité des spermatozoïdes et les spermatozoïdes malformés chez l'homme. Les facteurs liés au style de vie incluent le tabagisme, l'alcool et la toxicomanie, ainsi que l'obésité et les carences nutritionnelles. L'exposition aux produits chimiques présents dans l'environnement qui perturbent le système endocrinien ainsi que d'autres facteurs environnementaux et liés au stress sont également suspectés.

Selon une vaste étude de l'OMS réalisée à la fin des années 1970, les IST constituaient une cause majeure d'infertilité dans les pays en développement. On ignore aujourd'hui combien d'IST contribuent à l'infertilité.

Néanmoins, il est clairement établi qu'une gonorrhée et une infection à chlamydia non traitées peuvent infecter les trompes de Fallope, l'utérus et les ovaires d'une femme. C'est ce que l'on appelle la maladie inflammatoire pelvienne (MIP). Une MIP clinique s'accompagne de douleurs, mais n'est parfois associée à aucun symptôme et peut passer inaperçue (MIP silencieuse). La gonorrhée et la chlamydia peuvent cicatriser et donc boucher les trompes de Fallope, empêchant ainsi les ovules d'aller à l'encontre des spermatozoïdes. De même, la gonorrhée et la chlamydia non traitées chez l'homme peuvent entraîner la formation de tissus cicatriciels et bloquer le canal séminal (épididyme) et l'urètre (voir les aide-mémoires : Anatomie de la femme et Anatomie de l'homme).

Parmi les autres facteurs ou affections susceptibles de réduire la fertilité ou de causer l'infertilité figurent :

- Les autres infections de l'appareil reproducteur, y compris la tuberculose génitale (TB) chez l'homme et la femme.
- Le VIH.
- Les interventions médicales qui transmettent une infection dans l'appareil reproducteur ou l'utérus d'une femme, y compris les infections du post-partum et post-avortement.
- Les oreillons qui se développent après la puberté chez l'homme.
- Certains troubles de l'appareil reproducteur, comme l'endométriose, les ovaires polykystiques et les fibromes (myomes).
- Les problèmes anatomiques, endocriniens, génétiques ou immunitaires chez l'homme et la femme.
- Les interventions chirurgicales ayant des effets néfastes sur les tissus ou les organes reproducteurs.
- Les traitements anticancéreux qui affectent la santé reproductive et la capacité de reproduction.
- Le vieillissement chez la femme et l'homme.

Prévention de l'infertilité involontaire

Il est souvent possible de prévenir l'infertilité. Les prestataires de soins peuvent :

- Conseiller les patientes en matière de prévention des IST (voir la section Prévention des infections sexuellement transmissibles, au chapitre 22 - Infections sexuellement transmissibles, dont le VIH, p. 345). Encourager les patientes à se faire soigner dès qu'ils/ elles pensent avoir contracté une IST ou y avoir été exposées.
- Traiter ou orienter les patientes présentant des signes et des symptômes d'IST et de MIP clinique (voir la section Signes et symptômes des IST, au chapitre 22 - Infections sexuellement transmissibles, dont le VIH, p. 343). Le traitement de ces infections peut contribuer à prévenir l'infertilité.
- Éviter de causer une infection en respectant les mesures de prévention des infections lors des interventions médicales nécessitant le passage d'instruments du vagin vers l'utérus, comme par exemple la pose d'un DIU (voir la section Prévention des infections dans le centre de santé, au chapitre 26 - Fourniture des services de planification familiale, p. 404).
- Traiter ou orienter les patientes présentant des signes ou des symptômes d'infection du post-partum ou post-avortement.
- Aider les patientes ayant des problèmes de fertilité à prendre conscience des risques pour la fertilité, non seulement des infections mais aussi du mode de vie et des facteurs environnementaux.
- Conseiller les patientes sur les options disponibles pour leur future procréation, à savoir les techniques de préservation de la fertilité comme la congélation de sperme pour les hommes et la fécondation in vitro ou la congélation d'ovocytes pour les femmes, si ils ou elles sont sous traitement ou si une intervention chirurgicale est prévue pour un cancer ou d'autres maladies susceptibles d'affecter les tissus ou organes reproducteurs.

Conseiller les patientes ayant des problèmes de fertilité

- Conseiller les deux partenaires à la fois, si possible. Un homme peut reprocher à sa partenaire d'être à l'origine de l'infertilité s'il ne comprend pas que le problème peut venir de lui ou qu'il peut être le fait des deux partenaires.
- Expliquer qu'un homme peut tout aussi bien avoir des problèmes de fertilité qu'une femme. Pour plus de 40 % des couples ayant des problèmes de fertilité, la raison s'explique par des anomalies du sperme ou des spermatozoïdes ou d'autres problèmes de santé du partenaire masculin. Pour 20 % des couples ayant des problèmes de fertilité, celle-ci est réduite par des facteurs liés aussi bien à l'homme qu'à la femme. Parfois, il est impossible de trouver la cause du problème.
- Recommander au couple d'avoir des rapports sexuels réguliers et non protégés pendant au moins 12 mois avant de suspecter une infertilité. Fournir des supports pédagogiques et des informations sur les risques pour la fertilité. (Voir la section Conception plus sûre pour les couples sérodiscordants au VIH, au chapitre 22 - Infections sexuellement transmissibles, dont le VIH, p. 347.)

- La période la plus féconde dans le cycle d'une femme se situe plusieurs jours avant et au moment de l'ovulation (lorsque l'ovaire libère un ovule) (voir l'aide-mémoire de ce manuel, Le cycle menstruel). Les méthodes basées sur la connaissance de la fertilité peuvent aider les couples à identifier la période la plus féconde de chaque cycle (voir chapitre 18, Méthodes basées sur la connaissance de la fertilité). Fournir des supports pédagogiques sur ces méthodes et/ou orienter le couple vers un prestataire de soins ou un spécialiste de la fertilité.
- Si, au bout d'un an, les suggestions ci-dessus n'ont pas permis d'aboutir à une grossesse ou à une naissance vivante, orienter le couple vers un spécialiste de la fertilité afin d'effectuer un bilan, le cas échéant. L'orientation vers un prestataire de soins ou un spécialiste de la fertilité peut être particulièrement utile dans les situations suivantes : le couple est infecté par le VIH ou suspecté de présenter une tuberculose génitale ; la femme a 35 ans ou plus ; elle souffre du syndrome des ovaires polykystiques ou a reçu un diagnostic d'endométriose ; la femme ou l'homme pense avoir eu une IST qui n'a pas été traitée ; l'un ou l'autre partenaire a été traité pour un cancer ou a subi une intervention chirurgicale susceptible d'avoir affecté les tissus ou les organes reproducteurs.
- Le couple peut également souhaiter d'envisager l'adoption ou d'autres alternatives que d'avoir leurs propres enfants, comme s'occuper de leurs neveux et nièces.

Les contraceptifs ne provoquent pas d'infertilité

- Avec la plupart des méthodes contraceptives modernes, il n'existe pas de retard significatif dans le retour à la fécondité après l'arrêt de la contraception. En moyenne, une grossesse survient au bout de 3 à 6 mois de rapports sexuels non protégés. Cette moyenne varie considérablement en fonction de l'âge et de l'état de santé des individus dans le couple. Au moment de conseiller un couple qui n'utilise plus de contraception et souhaite avoir un enfant, il convient de tenir compte de l'âge et des autres facteurs qui ont une incidence sur la fertilité de la femme et de l'homme.
- (voir le chapitre 4 - Injectables progestatifs, questions 7 et 8, p. 93-94, et le chapitre 5 - Injectables mensuels, questions 10 et 11, p. 118). Le retour de la fécondité après l'arrêt des contraceptifs injectables prend généralement plus de temps qu'après l'arrêt de la plupart des autres méthodes (voir chapitre 4 - Injectables à progestatif seul, questions 7 et 8, p. 93–94, et chapitre 5 - Injectables mensuels, questions 10 et 11, p. 118). Néanmoins, avec le temps, une femme redevient aussi fertile qu'avant d'utiliser la méthode, selon son âge.
- Chez les femmes ayant une gonorrhée ou une infection à chlamydia, la pose d'un DIU augmente légèrement le risque de maladie inflammatoire pelvienne au cours des 20 premiers jours qui suivent la pose. (voir chapitre 10 - Dispositif intra-utérin au cuivre, question 4, p. 189). Les recherches ne mettent toutefois pas en évidence une infertilité accrue chez les anciennes utilisatrices de DIU par rapport aux autres femmes (voir chapitre 10, DIU au cuivre, question 4, p. 189).

CHAPITRE 26

Fourniture de services de planification familiale

Importance du choix des interventions en vue de la fourniture des méthodes de planification familiale

Le tableau de la page suivante illustre l'importance des examens, des tests et des analyses dans le cadre de la fourniture des méthodes de planification familiale.

La plupart des méthodes ne nécessitent aucun de ces examens ni aucun de ces tests (Classe C). Ceux-ci peuvent toutefois être utiles lors d'un bilan de santé général ou pour le diagnostic ou le suivi d'autres problèmes de santé.

Légende du tableau :

Classe A : essentiel et obligatoire dans toutes les circonstances pour l'utilisation sûre et efficace de la méthode contraceptive. Un examen pelvien ou génital est essentiel à la pose d'un DIU, à la plupart des diaphragmes, à la stérilisation féminine et à la vasectomie. L'évaluation du risque d'IST est également essentielle avant la pose d'un DIU. La mesure de la tension artérielle est essentielle avant une stérilisation féminine.

Classe B : contribue considérablement à une utilisation sûre et efficace. En cas d'impossibilité de réaliser un test, une analyse ou un examen, il convient de comparer ce risque de non réalisation aux avantages de la mise à disposition de la méthode contraceptive. Le dépistage en laboratoire des IST et le dosage de l'hémoglobine pourraient améliorer la sécurité de la pose d'un DIU. Un dosage de l'hémoglobine pourrait également améliorer la sécurité de la stérilisation féminine.

Classe C : ne contribue pas considérablement à une utilisation sûre et efficace de la méthode contraceptive. Ces tests, analyses et examens ne sont pas nécessaires ou utiles aux méthodes contraceptives hormonales, aux préservatifs masculins et féminins et aux spermicides.

Ces classifications s'appliquent aux personnes supposées en bonne santé. Pour une personne présentant un problème médical connu ou un autre problème spécial, voir les Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation de la contraception, p. 388.

Pour plus d'informations sur comment écarter une éventuelle grossesse, voir p. 439. Il est indispensable d'exclure une éventuelle grossesse avant la pose du DIU. Cette procédure aide également à décider quand démarrer une méthode hormonale.

Situation donnée	Contraceptifs oraux combinés*	Injectables mensuels	Pilules de progestatif seul	Progestatifs seuls injectables	Implants	DIU au cuivre et DIU-LNG	Préservatifs masculins et féminins	Diaphragmes et capes cervicales	Spermicides	Stérilisation féminine	Vasectomie
Palpation des seins réalisé par un prestataire	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	SO
Examen pelvien/ génital	C	C	C	C	C	A	C	A	C	A	A
Dépistage du cancer du col de l'utérus	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	SO
Analyses de laboratoire systématiques	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Dosage de l'hémoglobine	C	C	C	C	C	B	C	C	C	B	C
Évaluation du risque d'IST : antécédents médicaux et examen physique	C	C	C	C	C	A**	C	C†	C†	C	C
Dépistage des IST/ du VIH : analyses de laboratoire	C	C	C	C	C	B**	C	C†	C†	C	C
Mesure de la tension artérielle	‡	‡	‡	‡	‡	C	C	C	C	A	C§

Remarque : aucun test ni examen n'est nécessaire préalablement à l'utilisation des méthodes basées sur la connaissance de la fécondité, de la méthode de l'allaitement maternel ou de la pilule contraceptive d'urgence.

SO=sans objet

* *Y compris le patch et l'anneau vaginal combiné.*

** *Une femme très exposée au risque individuel d'infection par une IST ne devrait pas porter de DIU sauf si d'autres méthodes ne sont pas disponibles ou acceptables. Si elle présente une cervicite purulente, une gonorrhée ou une infection à chlamydia, un DIU ne peut être posé que si ces infections sont traitées et si elle remplit les autres critères de recevabilité requis.*

† *Les femmes exposées à un risque élevé d'infection par le VIH ne devraient pas utiliser de spermicides. L'utilisation de spermicides seuls, d'un diaphragme ou d'une cape cervicale en association avec des spermicides n'est généralement pas recommandée chez les femmes séropositives au VIH sauf si d'autres méthodes plus appropriées ne sont pas disponibles ou acceptables.*

‡ *Souhaitable, mais dans des contextes où les risques de grossesse sont élevés et les méthodes hormonales figurent parmi les seules méthodes largement disponibles, une femme ne devrait pas se voir refuser l'utilisation des méthodes hormonales au seul motif que sa tension artérielle ne peut pas être mesurée.*

§ *Pour les interventions nécessitant uniquement une anesthésie locale.*

Séance de conseil réussie

Avec de bons conseils, les patientes peuvent choisir et utiliser les méthodes de planification familiale qui leur conviennent. Chaque patient/-e et chaque cas est différent. Par conséquent, le mieux est d'adapter les conseils à chaque patient/-e.

Catégorie de patient/-e	Conseils habituels
Patient/-e qui revient sans avoir de problèmes	• Remettre plus de produits ou effectuer un suivi systématique. • Poser une question bienveillante afin de savoir si le/la patient/-e est satisfait/-e de la méthode.
Patient/-e qui revient avec des problèmes	• Comprendre le problème et l'aider à le résoudre, qu'il s'agisse d'un effet secondaire, de difficultés à utiliser la méthode, d'un partenaire qui ne coopère pas ou d'autres problèmes.
Nouveau/ nouvelle patient/-e qui a une méthode en tête	• Vérifier son niveau de compréhension. • Appuyer son choix s'il/elle remplit les critères de recevabilité médicale. • Montrer comment utiliser la méthode et gérer les éventuels effets secondaires.
Nouveau/ nouvelle patient/-e sans aucune méthode en tête	• Discuter de sa situation, de ses projets et de ce qui est important pour lui ou elle à propos de la méthode. • L'aider à envisager les méthodes qui pourraient lui convenir. L'aider, si nécessaire, à prendre une décision. • Appuyer son choix, donner des instructions sur l'utilisation et expliquer comment gérer les éventuels effets secondaires.

Accordez du temps aux patientes qui en ont besoin. Bon nombre de patientes reviennent sans avoir de problèmes et ont besoin de quelques conseils. Les patientes qui reviennent sans avoir de problèmes et les nouveaux/nouvelles patientes qui n'ont pas de méthode en tête ont besoin de plus de temps, mais sont généralement peu nombreux/-euses.

Comment réussir une séance de conseil

- Traiter avec respect et mettre à l'aise le/la patient/-e.
- Encourager le/la patient/-e à expliquer ses besoins, à exprimer ses inquiétudes et à poser des questions.
- Laisser les souhaits et les besoins du/de la patient/-e orienter la discussion.
- Être attentif/-ve à d'autres besoins, comme la protection contre les infections sexuellement transmissibles, dont le VIH, et encourager l'utilisation du préservatif.
- Parler avec le/la patient/-e en privé, dans un lieu où personne ne peut entendre la conversation.
- Garantir la confidentialité des informations, à savoir ne pas révéler aux autres le contenu de la conversation ni la décision du/de la patient/-e.

- Écouter attentivement. Il est tout aussi important d'écouter que de donner des informations correctes.
- Donner uniquement les informations et les instructions principales. Utiliser des mots que le/la patient/-e connaît.
- Respecter et soutenir les décisions éclairées du/de la patient/-e.
- Parler des effets secondaires et prendre au sérieux les préoccupations du/de la patient/-e.
- Vérifier que le/la patient/-e a bien compris.
- Inviter le/la patient/-e à revenir à tout moment, quel qu'en soit le motif.

La séance de conseil est réussie si :

- les patientes estiment qu'ils/elles ont obtenu les conseils dont ils/elles avaient besoin ;
- les patientes savent ce qu'ils/elles doivent faire et se sentent capables de le faire ;
- les patientes se sentent respectées et appréciées ;
- les patientes reviennent en cas de besoin ;
- enfin, et surtout, les patientes utilisent leurs méthodes de manière efficace et en sont satisfaites.

Conseils sur l'efficacité

La plupart des patientes accordent une grande importance à l'efficacité d'une méthode de planification familiale. Cette efficacité varie considérablement d'une méthode à une autre (voir l'annexe A, Efficacité contraceptive, p. 383). Il est indispensable d'expliquer et de discuter de l'efficacité contraceptive lors d'une séance de conseil.

Cette intervention demande réflexion et attention. Au lieu de parler des taux de grossesse, qui peuvent être difficiles à comprendre, il est plus utile de comparer l'efficacité des méthodes et de discuter de la capacité du/de la patient/-e à les utiliser efficacement.

Le tableau en quatrième de couverture peut aider. Ce tableau classe les méthodes contraceptives en fonction de leur efficacité, telles qu'elles sont utilisées habituellement. Il indique également comment obtenir la meilleure efficacité possible.

- En général, **les méthodes qui exigent *peu voire pas* d'intervention du/de la patient/-e sont les plus efficaces** Les 4 méthodes les plus efficaces, à savoir les implants, les DIU, la stérilisation féminine et la vasectomie, figurent en haut du tableau. Ces 4 méthodes nécessitent l'aide d'un prestataire de soins au départ, mais ensuite peu voire pas d'intervention de la part de l'utilisateur/-trice. Elles sont très efficaces chez tous leurs utilisateurs/-trices (moins d'une grossesse pour 100 femmes sur 1 an d'utilisation). Qui plus est, les implants et les DIU restent très efficaces pendant 4 à 5 ans ou plus, et la stérilisation féminine et la vasectomie sont permanentes.
- Les méthodes de la deuxième ligne peuvent être très efficaces si elles sont utilisées correctement et systématiquement. Elles nécessitent une action répétée

de l'utilisateur/-trice, parfois peu fréquente, par exemple 4 injections par an, ou beaucoup plus fréquentes, comme prendre une pilule tous les jours, 365 fois par an. Par conséquent, elles sont en moyenne efficaces mais moins que celles de la première ligne. Les taux de grossesse de ces méthodes se situent entre 2 et 7 grossesses pour 100 femmes sur un an.

- Les méthodes des lignes suivantes ont généralement des taux de grossesse bien plus élevés, à savoir au moins 20 grossesses pour 100 femmes sur un an d'utilisation pour les méthodes les moins efficaces. L'efficacité de ces méthodes dépend en grande partie de l'utilisateur/-trice, par exemple, l'utilisation d'un préservatif à chaque rapport sexuel. En particulier pour ces méthodes, certains couples très motivés y arrivent mieux que la moyenne. D'autres sont moins consciencieux et ont plus de chances que la moyenne d'être confrontés à une grossesse non désirée.

Les femmes ont tendance à sous-estimer l'efficacité des méthodes des lignes supérieures du tableau et à surestimer l'efficacité celles des lignes inférieures. Ce comportement peut les amener à prendre de mauvaises décisions et à choisir une méthode de contraception non adaptée à leurs besoins. Lors d'une séance de conseil, il convient de corriger avec diplomatie ces idées reçues.

De plus, il n'est ni possible ni nécessaire de donner des informations complètes sur chacune des méthodes. Les patientes peuvent néanmoins obtenir les informations essentielles concernant notamment la méthode souhaitée. L'objectif d'une séance de conseil sur le choix d'une méthode est d'aider le patient ou la patiente à trouver celle qu'il ou elle peut utiliser avec succès et satisfaction. Les patientes bien informées sont plus susceptibles d'être satisfaites de leur méthode et de l'utiliser plus longtemps. Ils ou elles doivent comprendre le fonctionnement de la méthode, son efficacité, comment la rendre la plus efficace possible, quels sont les effets secondaires les plus fréquents et que faire s'ils surviennent. Forts de ces connaissances, les patientes sont mieux à même d'exercer leur droit de faire un choix réellement éclairé.

Qui fournit les services de planification familiale ?

Nombreuses sont les personnes qui peuvent apprendre à informer et à conseiller en matière de planification familiale mais aussi à fournir des méthodes de contraception. Plus les agents de santé agréés et formés à fournir des méthodes de planification familiale seront nombreux, plus leur accès sera élargi.

Les catégories d'agents de santé qui fournissent des services de planification familiale sont les suivantes.

Catégorie d'agent de santé	Examples
Médecin spécialiste	• Gynécologue, obstétricien
Médecin non spécialiste	• Médecin de famille, médecin généraliste
Clinicien associé et associé de niveau avancé	• Assistant médical, clinicien, praticien médical certifié, responsable sanitaire, auxiliaire médical, technicien en chirurgie, clinicien non médecin, infirmier praticien
Sage-femme	• Sage-femme agréée, sage-femme, sage-femme communautaire, infirmier/-ère-sage-femme
Infirmier/-ère	• Infirmier/-ère diplômé/-e d'État, infirmier/-ère spécialiste clinique, infirmier/-ère agréé/-e, infirmier/-ère autorisé/-e
Infirmier/-ère-sage-femme auxiliaire	• Sage-femme auxiliaire
Infirmier/-ère auxiliaire	• Infirmier/-ère auxiliaire, aide-soignant/-e
Pharmacien/enne	• Pharmacien/-ne, chimiste, pharmacien/-ne clinicien/-ne, pharmacien/-ne communautaire
Personnel de pharmacie	• Assistant en pharmacie, technicien en pharmacie, préparateur en pharmacie
Agent de santé non professionnel	• Agent de santé communautaire, agent de santé de village, agent de santé communautaire bénévole
Utilisateur/-trice	• Femme, homme, patient/-e

Par ailleurs, certaines méthodes peuvent être proposées par des agents de santé sans *nécessiter* leur intervention. Par exemple, les préservatifs sont vendus dans des magasins par des vendeurs ou dans des distributeurs. Les agents de santé non professionnels au sein de la communauté ainsi que les utilisateurs/-trices expérimenté-e-s peuvent montrer aux autres comment utiliser leur méthode, comme les méthodes basées sur la connaissance de la fécondité, les préservatifs masculins et féminins, la MAMA et le retrait. Ils/elles peuvent également soutenir et conseiller les nouveaux/nouvelles utilisateurs/-trices sur de nombreuses autres méthodes. Les utilisatrices d'injectables peuvent apprendre à se faire les injections elles-mêmes à l'aide d'une formulation spéciale d'AMPR dans le dispositif Uniject (voir Progestatifs seuls injectables, l'auto-injection peut être une possibilité, p. 83). Les programmes peuvent soutenir l'auto-injection avec des informations et une formation, des mises en lien avec des prestataires de santé, un accompagnement et un suivi.

Partage des tâches : recommandations de l'OMS

Bon nombre de pays et de programmes modifient leurs politiques ou réglementations afin de permettre à davantage de catégories de prestataires de soins de proposer des méthodes contraceptives : c'est le partage des tâches. Le partage des tâches vise à élargir les niveaux de compétence des prestataires de soins pouvant fournir des services de santé de façon appropriée. Le partage des tâches permet :

- de faire face à la pénurie et à la répartition inégale des agents de santé, en particulier dans les zones rurales et reculées ;
- aux cliniciens des catégories supérieures d'avoir plus de temps à consacrer à l'utilisation de leurs compétences spécialisées ;
- de proposer plus de méthodes de planification familiale au niveau de soins primaires ;
- de manière générale, d'améliorer l'accès à des soins sûrs et en temps utile.

Afin d'encourager et de guider le partage des tâches, l'OMS a élaboré des recommandations sur les catégories d'agents de santé pouvant fournir en toute sécurité et efficacité des méthodes de planification familiale spécifiques. L'OMS fonde ces recommandations sur le fait qu'un large éventail de prestataires peut fournir une contraception sans risques et efficacement. Le tableau de la page suivante résume les recommandations de l'OMS.

Toutes les catégories d'agents de santé peuvent améliorer leurs compétences en matière de planification familiale grâce à une formation spécifique et à un soutien éducatif continu. Celles-ci sont particulièrement importantes lorsque les prestataires assument de nouvelles tâches. Certaines tâches et certains prestataires exigent davantage de formation et de soutien. La formation doit couvrir les compétences requises pour informer et conseiller les patientes sur le choix et l'utilisation de méthodes spécifiques, y compris sur leurs effets secondaires, mais aussi les compétences techniques, comme l'administration des injections ou la pose et le retrait d'un DIU ou d'un implant. Les médecins spécialistes n'échappent pas non plus à la nécessité de se former aux techniques spécifiques (vasectomie sans bistouri, stérilisation tubaire laparoscopique, par exemple). Les listes de contrôle et autres aide-mémoires peuvent aider un grand nombre de prestataires et de gestionnaires de diverses façons ; ils leur permettent, entre autres, d'évaluer les patientes selon les critères de recevabilité médicale, de s'assurer que toutes les étapes d'un processus sont réalisées (la prévention des infections, par exemple) et de veiller à la bonne qualité des services.

Le maintien de la qualité et de la sécurité est désormais la première préoccupation étant donné que les programmes envisagent un partage des tâches. Pour que le partage des tâches soit réussi, les programmes doivent prêter attention aux points suivants :

- formation et accompagnement ;
- fourniture de la méthode aux nouveaux prestataires ;
- supervision ;
- orientation pour la prise en charge de toute complication ;
- modifications des protocoles, des réglementations et des programmes de formation ;
- salaire ou rémunération reflétant le champ de pratique des prestataires de soins.

Méthodes et services de planification familiale généralement proposés par différentes catégories de prestataires de services

Les politiques nationales et les lignes directrices relatives à la prestation de services indiquent quelles catégories de prestataires peuvent proposer certains services de planification familiale. Le tableau ci-dessous répertorie les méthodes de planification familiale que proposent généralement ces catégories de prestataires en se fondant sur les recommandations de l'OMS.

SERVICE EN MATIÈRE DE CONTRACEPTION	Agents de santé non profession-nels (comme les ASC)	Personnel de pharmacie	Pharmaciens	Infirmiers/ères auxiliaires	Infirmiers/ères-sages-femmes auxiliaires	Infirmiers/ères	Sages-femmes	Cliniciens associés/ associés à un niveau avancé	Médecin non spécialiste	Médecin spécialist
• Conseil en vue d'un choix éclairé • Contraceptifs oraux combinés (COC) • Contraceptifs oraux de progestatif seul (PPS) • Pilules contraceptives d'urgence (PCU) • Méthode des jours fixes et méthode des deux jours • Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) • Préservatifs (masculins et féminins), diaphragmes, capes, spermicides	✔*	✔*	✔*	✔*	✔*	✔*	✔*	✔*	✔*	✔*
• Contraceptifs injectables (AMPR, NET-EN, injectables mensuels combinés)	✔	✔	✔	✔	✔*	✔*	✔*	✔*	✔*	✔*
• Pose et retrait d'un implant	Ⓡ✔	✖	✖	✔	✔	✔*	✔	✔*	✔*	✔*
• Dispositifs intra-utérins (DIU)	✖	✖	✖	Ⓡ✔	✔	✔*	✔	✔*	✔*	✔*
• Vasectomie (stérilisation masculine)	✖*	✖*	✖*	Ⓡ✔	Ⓡ✔	Ⓡ✔	Ⓡ✔	✔*	✔*	✔*
• Ligature des trompes (stérilisation féminine)	✖*	✖*	✖*	✖*	✖*	Ⓡ✔	Ⓡ✔	✔*	✔*	✔*

LÉGENDE

- ✔ Recommandé
- ✔* Considéré comme relevant du champ ordinaire de la pratique ; données factuelles non évaluées.
- ✔ Recommandé dans certaines circonstances
- Ⓡ✔ Recommandé dans le cadre d'une recherche rigoureuse
- ✖ Non recommandé
- ✖* Considéré comme ne relevant pas du champ ordinaire de la pratique ; données factuelles non évaluées.

Toutes les recommandations supposent que les agents de santé concernés recevront une formation spécifique à chaque tâche au préalable. L'adoption du partage des tâches requiert également des mécanismes fonctionnels de surveillance, de supervision et d'orientation.

Les recommandations s'appliquent aux pays ayant des ressources abondantes mais aussi à ceux dont les ressources sont limitées. Elles indiquent les différentes catégories d'agents de santé susceptibles d'effectuer une tâche en toute sécurité et efficacité. Ces options se veulent inclusives et n'impliquent aucune préférence pour une catégorie donnée de prestataires de soins ni aucune exclusion. Le choix de l'agent de santé qui se verra attribuer une tâche donnée dépend des besoins et des conditions qui existent localement.

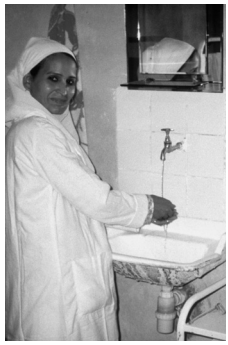
Prévention des infections dans le centre de santé

Les mesures de prévention des infections sont simples, efficaces et peu coûteuses. Les germes, ou organismes infectieux, au cœur des préoccupations des centres de soins sont les bactéries (comme les staphylocoques), les virus (en particulier le VIH et l'hépatite B), les champignons et les parasites. Dans un établissement de santé, les organismes infectieux peuvent être présents dans le sang, dans les liquides organiques contenant du sang apparent ou les tissus. (Les matières fécales, les sécrétions nasales, la salive, le crachat, la transpiration, les larmes, l'urine et les vomissures ne sont pas considérés comme étant potentiellement infectieux, sauf s'ils contiennent du sang). Les organismes peuvent être transmis par les muqueuses ou les peaux lésées, par exemple les coupures et égratignures, ou par des piqûres avec des aiguilles usagées ou autres plaies par perforation. Les organismes infectieux peuvent se propager des établissements de santé aux communautés lorsque les déchets ne sont pas jetés selon les bonnes mesures de précaution, ou lorsque le personnel ne se lave pas correctement les mains avant de quitter les lieux.

Règles fondamentales de prévention des infections

Ces règles s'appliquent aux précautions universelles de prévention des infections dans les services de planification familiale.

Se laver les mains



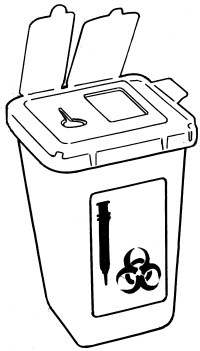
- *Le lavage des mains est probablement la mesure de prévention des infections la plus importante.*
- Se laver les mains avant et après avoir examiné ou traité un/-e patient/-e. (Il n'est pas nécessaire de se laver les mains si les patientes n'ont besoin ni d'examen ni de traitement.)
- Utiliser de l'eau claire et du savon ordinaire puis se frotter les mains pendant au moins 10 à 15 secondes. Bien nettoyer entre les doigts et sous les ongles. Se laver les mains après avoir manipulé des instruments souillés ou après avoir été en contact avec des muqueuses, du sang ou d'autres liquides organiques. Se laver les mains avant de mettre des gants, après avoir retiré des gants et à chaque fois que les mains sont sales. Se laver les mains en arrivant au centre de soins, après un passage aux toilettes ou latrines et avant de quitter le centre de soins. Se sécher les mains avec des serviettes en papier ou une serviette en coton propre et sèche que personne d'autre n'utilise, ou les sécher à l'air.
- En l'absence d'eau claire et de savon, utiliser une solution hydro-alcoolique contenant au moins 60 % d'alcool afin de réduire le nombre de germes sur les mains. Les solutions hydro-alcooliques n'éliminent pas tous les types de germes et pourraient ne pas supprimer certains produits chimiques nocifs.

Traiter les instruments qui seront réutilisés

- Désinfecter à haut niveau ou stériliser les instruments qui entrent en contact avec des muqueuses intactes ou des peaux lésées.
- Stériliser les instruments qui entrent en contact avec les tissus sous-cutanés (voir Les 4 étapes du traitement des équipements, p. 379).

Porter des gants	• Porter des gants pour chaque intervention comportant un risque de contact avec du sang, d'autres liquides organiques, des muqueuses, des peaux lésées, des objets souillés, des surfaces sales ou des déchets. Porter des gants chirurgicaux lors d'interventions chirurgicales, comme la pose d'implants. Porter des gants d'examen à usage unique lors d'interventions nécessitant un contact avec des muqueuses intactes et, de manière générale, éviter l'exposition à des liquides organiques. Des gants ne sont pas nécessaires pour administrer des injections. • Changer de gants entre les interventions sur une même personne et d'une personne à l'autre. • Ne pas toucher des équipements ou surfaces propres avec des gants sales ou à mains nues. • Se laver les mains avant d'enfiler des gants. Ne pas laver des gants portés au lieu de les remplacer. Les gants ne remplacent pas le lavage des mains. • Porter des gants ménagers propres pour nettoyer les instruments et équipements utilisés, jeter des déchets et nettoyer le sang ou des liquides organiques.
Ne réaliser des examens pelviens que si c'est nécessaire	• La plupart des méthodes de planification familiale n'exigent pas d'examen pelvien, à l'exception de la stérilisation féminine, du DIU, du diaphragme et de la cape cervicale (voir Importance du choix des interventions en vue de la fourniture des méthodes de planification familiale, p. 368). Les examens pelviens devraient être réalisés uniquement lorsqu'ils sont justifiés, comme en cas d'infection sexuellement transmissible suspectée ou si l'examen peut aider au diagnostic ou au traitement.
Pour les injections, utiliser des seringues autobloquantes et aiguilles neuves	• Les seringues autobloquantes et les aiguilles sont plus sûres et fiables que les seringues et aiguilles jetables à usage unique standard. De même, les seringues et aiguilles jetables sont plus sûres que les seringues et aiguilles réutilisables stérilisées. Il convient d'éviter la stérilisation et la réutilisation des seringues et aiguilles. Elles ne peuvent être envisagées que si le matériel d'injection à usage unique n'est pas disponible et si le programme peut assurer la qualité de la stérilisation. • Il n'est pas nécessaire de nettoyer la peau du patient avant d'administrer une injection, sauf si elle est sale. Si tel est le cas, la laver avec de l'eau et du savon puis la sécher avec une serviette propre. Il n'y a aucun bénéfice supplémentaire à passer un antiseptique.
Passer une solution chlorée sur les surfaces	• Passer une solution chlorée à 0,5 % après chaque patient/-e sur les tables d'examen, les bancs et autres surfaces qui sont entrés en contact avec une peau non lésée.

Jeter le matériel et les fournitures à usage unique correctement et en toute sécurité



- Utiliser un équipement de protection individuelle, des lunettes, un masque, un tablier et des chaussures de sécurité fermées, en cas de contact avec des déchets.
- Les aiguilles et les seringues à usage unique ne doivent pas être réutilisées. Ne pas séparer l'aiguille de la seringue. Les aiguilles utilisées ne doivent pas être cassées, courbées ou rebouchées. Jeter immédiatement les aiguilles et les seringues utilisées dans un récipient imperforable. (Si les aiguilles et les seringues ne sont pas incinérées, elles doivent être décontaminées. Pour cela, elles doivent être plongées dans une solution chlorée à 0,5 % avant d'être jetées dans un récipient imperforable.) Le récipient imperforable pour objets pointus et tranchants doit être fermé hermétiquement puis brûlé, incinéré ou enfoui profondément dès qu'il est à trois quart plein.
- Les pansements et autres déchets solides souillés doivent être collectés dans des sacs en plastique puis brûlés et enfouis dans une fosse profonde dans les deux jours. Les déchets liquides doivent être versés dans un lavabo ou dans des toilettes avec chasse d'eau ou versés dans une fosse profonde et enfouis.
- Nettoyer les récipients à déchets avec du détergent et les rincer à l'eau.
- Retirer les gants ménagers puis les nettoyer à chaque fois qu'ils sont sales et au moins une fois par jour.
- Se laver les mains avant et après avoir jeté le matériel souillé et les déchets.

Laver le linge

- Laver le linge (par exemple, les draps, les coiffes, les casaques et les champs opératoires) à la main ou en machine puis le sécher à l'air libre ou au sèche-linge. Lors de la manipulation du linge sale, porter des gants, tenir le linge loin du corps et ne pas le secouer.

Faible risque d'infection par le VIH au centre de soins

Les prestataires de soins peuvent être exposés au VIH par des piqûres avec des aiguilles, par les muqueuses ou les peaux lésées, mais le risque d'infection est faible :

- Ce sont les piqûres avec des aiguilles et les coupures qui causent le plus d'infections dans les services de santé. Le risque moyen d'infection par le VIH après une exposition au sang infecté par le VIH par piqûre d'aiguille est de 3 infections pour 1000 piqûres d'aiguilles.
- Le risque après exposition des yeux, du nez ou de la bouche à du sang infecté par le VIH est estimé à environ 1 infection pour 1000 expositions.

La meilleure façon pour les prestataires d'éviter une exposition au VIH et aux autres infections transmises par des liquides organiques sur le lieu de travail est de suivre les précautions universelles. La prophylaxie post-exposition (PPE) par antirétroviraux contribuera à prévenir une infection par le VIH en cas d'exposition d'un prestataire au virus suite à une piqûre d'aiguille.

Prévention des infections : une habitude à prendre

Pour chaque patient/-e, le prestataire de soins devrait se poser la question suivante : « Quelles mesures de prévention des infections dois-je prendre ? » Un/-e patient/-e ou un prestataire peut être infecté/-e sans le savoir ni avoir de symptômes visibles. La prévention des infections est un gage de qualité qui peut attirer des patientes. Pour certaines patientes, la propreté est l'un des signes les plus importants de qualité.

Les 4 étapes du traitement des équipements

1. *Décontaminer pour tuer les organismes infectieux, tels que le VIH et l'hépatite B,* mais aussi pour permettre un nettoyage des instruments, gants et autres objets en toute sécurité. Faire tremper dans une solution chlorée à 0,5 % pendant l0 minutes. Rincer à l'eau claire et froide ou nettoyer immédiatement.
2. *Nettoyer pour éliminer les liquides organiques, les tissus et la saleté.* Laver ou brosser avec du savon liquide ou du détergent et de l'eau. Éviter le savon en pain ou en poudre qui peut rester sur le matériel. Rincer et sécher. Pour nettoyer, porter des gants ménagers et un équipement de protection individuelle, des lunettes, un masque, un tablier et des chaussures fermées.
3. *Désinfecter à haut niveau ou stériliser.*
   - Désinfecter à haut niveau pour tuer tous les organismes infectieux, sauf les spores bactériennes (forme dormante et résistante des bactéries) en faisant bouillir, en passant à la vapeur ou en utilisant des produits chimiques. Désinfecter à haut niveau les instruments ou les fournitures qui entrent en contact avec des muqueuses intactes ou des peaux lésées, tels que le spéculum vaginal, les sondes utérines et les gants pour les examens pelviens.
   - Stériliser pour tuer tous les organismes infectieux, y compris les spores bactériennes, à l'aide d'un autoclave à vapeur à haute pression, d'un four à chaleur sèche, de produits chimiques ou de radiations. Stériliser les instruments, tels que bistouris et les aiguilles qui entrent en contact avec les tissus sous-cutanés. Si la stérilisation n'est pas possible (par exemple, pour les laparoscopes), les instruments doivent être désinfectés à haut niveau.
4. *Stocker les instruments et les fournitures afin de les protéger contre la contamination.* Ils doivent être conservés dans un récipient stérilisé ou désinfecté à haut niveau dans un endroit propre, à l'écart de la circulation du centre de soins. Le matériel utilisé pour stériliser et désinfecter à haut niveau les instruments et les fournitures doivent également être protégés contre la contamination.

Gestion des approvisionnements en méthodes contraceptives

Pour que les soins de santé reproductive soient de bonne qualité, l'approvisionnement en contraceptifs et autres produits doit être continu. Les prestataires de services de planification familiale représentent le lien le plus important dans la chaîne d'approvisionnement en contraceptifs qui fait transiter les produits du fabricant jusqu'aux patientes.

Des comptes rendus précis et des commandes passées à temps par les prestataires de soins aident les responsables de la chaîne d'approvisionnement à déterminer quels sont les produits nécessaires, les quantités à acheter et où les distribuer. Les membres du personnel clinique remplissent leur rôle lorsqu'ils gèrent correctement l'inventaire, font un compte rendu exact des produits qui ont été remis aux patientes et passent rapidement les nouvelles commandes. Dans certains établissements, la responsabilité de toutes les fonctions logistiques incombe à un seul membre du personnel. Les membres du personnel clinique doivent connaître les systèmes qui sont en place pour vérifier qu'ils disposent des produits dont ils ont besoin.

Responsabilités logistiques au centre de soins

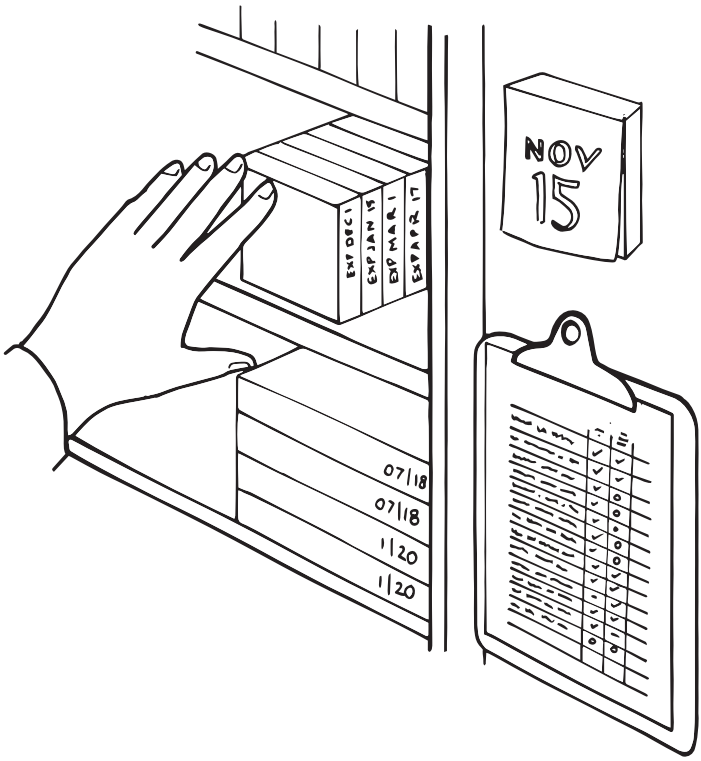
Chaque chaîne d'approvisionnement fonctionne selon des procédures spécifiques adaptées au contexte. Néanmoins, les responsabilités typiques en logistique contraceptive qui incombent au personnel clinique incluent les activités citées ci-après.

Activités quotidiennes

- Suivre le nombre et les types de contraceptifs distribués aux patientees en utilisant la fiche appropriée (généralement appelée « registre des activités quotidiennes »).
- Maintenir de bonnes conditions de stockage pour tous les produits, autrement dit un stockage dans un endroit propre sans humidité, à l'abri de la lumière directe du soleil et protégé d'une chaleur extrême.
- Fournir des contraceptifs aux patientes selon la gestion « premier périmé, premier sorti » (PPPS). Cette méthode permet en effet de distribuer d'abord les produits qui seront périmés en premier. La PPPS permet d'écouler en premier les stocks plus anciens afin d'éviter les gaspillages dus aux péremptions.

Activités régulières (mensuelles ou trimestrielles selon le système logistique)

- Compter la quantité pour chaque méthode disponible dans le centre de santé et déterminer la quantité de contraceptifs à commander (souvent effectué à l'aide du pharmacien du centre). C'est le moment idéal pour inspecter les fournitures, voir s'il y a des problèmes, comme des produits arrivés à expiration, des récipients et emballages endommagés, l'ouverture de l'emballage d'un DIU ou d'un implant ou la décoloration des préservatifs.



- Travailler avec les agents de distribution communautaires supervisés par le personnel clinique, afin de revoir leur dossier de consommation et de les aider à remplir les formulaires de commande. Distribuer les fournitures contraceptives aux agents communautaires, selon les commandes passées. La consignation de la date d'expiration de ces fournitures permet d'aider à retrouver celles qui n'ont pas été distribuées et sont expirées.
- Faire un compte rendu et passer une commande auprès du coordinateur de programmes de planification familiale ou du responsable des fournitures sanitaires (généralement au niveau du district) en utilisant les formulaires de compte rendu et de commande appropriés. La quantité commandée est celle qui permettra de réalimenter le niveau de stock pour arriver à répondre aux besoins jusqu'à ce que la prochaine commande soit passée. (Un plan devra être fait à l'avance pour passer des commandes urgentes ou emprunter des fournitures auprès d'établissements voisins si la demande augmente soudainement, si l'on risque d'être en rupture de stock ou si le centre a connu des pertes importantes, par exemple à cause d'une inondation.)
- Recevoir les fournitures contraceptives commandées du pharmacien du centre de soins ou d'autres personnes appropriées dans la chaîne de l'approvisionnement. Les réceptions de produits devraient être vérifiées en regard des commandes.

CHAPITRE 27

Fourniture de services de planification familiale pendant une épidémie

Points clés pour les prestataires et les patientes

- Les services de planification familiale doivent être assurés tout au long d'une épidémie.
- Les critères de recevabilité médicale pour une utilisation sûre des méthodes contraceptives ne changent pas pendant une épidémie.
- Certaines méthodes contraceptives peuvent être utilisées en toute sécurité et de manière efficace par la patiente elle-même, avec ou sans l'aide d'un professionnel de la santé.
- L'utilisation plus répandue des technologies numériques de santé et l'accès direct aux pharmacies pourraient améliorer l'accès pendant une épidémie.

Introduction

Les épidémies de maladies infectieuses potentiellement mortelles sont de plus en plus fréquentes et provoquent d'importantes perturbations dans le système de soins de santé, ce qui affecte la fourniture de services et de soins de santé de routine et d'urgence. Les prestataires de services de planification familiale doivent trouver un équilibre entre les exigences de la réponse aux épidémies et le maintien des services de planification familiale dans les trois phases de la réponse à l'épidémie : atténuation et préparation, urgence et post-urgence.

En cas d'épidémie, un grand nombre de personnes peut avoir besoin de soins médicaux, les systèmes de soins de santé peuvent être surchargés et l'ordre public peut être menacé. L'impact d'une épidémie sur la santé reproductive peut être le résultat direct de la maladie infectieuse ou une conséquence indirecte des pressions excessives exercées sur le système de santé dans son ensemble, notamment les ressources limitées, les ruptures de stock de produits, les difficultés d'accès aux sites habituels de prestation de services, la disponibilité réduite des prestataires de soins de santé, les craintes de transmission et d'infection de la maladie et les idées fausses concernant la sécurité.

Lorsque les systèmes de soins de santé sont débordés à cause d'une épidémie, il est probable que la mortalité directe due à la maladie en cause et la mortalité indirecte due à d'autres affections évitables et traitables augmentent. La planification familiale améliore aussi bien la santé physique que mentale. Elle réduit la morbidité et la mortalité maternelles et infantiles grâce à la prévention des grossesses non désirées et des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses. Les risques liés à une grossesse non désirée augmentent pendant une épidémie. La planification familiale est un service essentiel qui permet de sauver des vies et doit être assurée tout au long d'une épidémie.

Maintenir les services de planification familiale en cas d'épidémie

La capacité des individus à accéder aux services de planification familiale et à les utiliser efficacement est tributaire du temps. Une mauvaise utilisation ou tardive des méthodes contraceptives en réduit considérablement l'efficacité.

En fournissant des services de planification familiale pendant une épidémie, les prestataires devraient :

- Dépister les symptômes de la maladie épidémique chez les patients(tes) et, en cas de présence de symptômes, prendre en charge ou orienter le(la) patient(te) conformément aux protocoles locaux.
- Protéger leur propre sécurité et celle de leurs patients(tes) pendant les interactions en suivant les règles de prévention des infections adaptées au type d'épidémie, notamment en désinfectant l'équipement et les locaux conformément aux protocoles appropriés (voir chapitre 26 - Fourniture de services de planification familiale, à la section Prévention des infections dans le centre de santé, p. 404-407).
- Veiller à ce que la patiente choisisse la méthode de son plein gré et en connaissance de cause, en toute confidentialité et dans le respect de sa vie privée.
- Fournir toute la gamme des méthodes contraceptives dans la mesure où les ressources et les circonstances le permettent. Avoir toutefois conscience sur ce qui n'est pas disponible à ce moment-là et quand d'autres méthodes pourraient l'être. Proposer à la patiente une méthode de transition si la méthode contraceptive qu'elle a choisi n'est pas disponible.
- Fournir des contraceptifs oraux et de l'acétate de médroxyprogestérone retard administré par voie sous-cutanée (AMPR-SC) pour s'auto-injecter pendant plusieurs mois, ainsi que des doses multiples de pilules contraceptives d'urgence (PCU), selon les besoins, pour couvrir une durée d'utilisation plus longue.
- Discuter et conseiller sur les DIU (voir chapitres 10 et 11) et les implants (voir chapitre 9) qui peuvent être efficaces au-delà de la durée d'utilisation indiquée sur l'étiquette.

Utilisation sûre des méthodes contraceptives en cas d'épidémie

Les critères de recevabilité médicale (CRM) pour l'adoption et l'utilisation de contraceptifs ne changent pas pendant une épidémie.

Pour fournir des soins de planification familiale sûrs pendant une épidémie, les prestataires devraient :

- Partager les tâches avec le personnel de santé des catégories supérieures, quand les services et les méthodes de planification familiale peuvent être fournis en toute sécurité, afin de permettre aux cliniciens plus spécialisés de se consacrer à l'utilisation de leurs compétences spécialisées.
- Continuer à utiliser les *Critères de recevabilité médicale (CRM) pour l'adoption et l'utilisation de contraceptifs* de l'OMS et son application pour évaluer la sécurité des méthodes contraceptives pour chaque patiente (voir Outils de santé numériques à la fin de ce chapitre).
- Reconnaître les risques pour la santé, y compris les signes et les symptômes de graves problèmes de santé qui peuvent être plus fréquents pendant une épidémie de longue durée. Si une patiente signale de tels signes ou symptômes, il convient de l'orienter vers des soins ou de prendre en charge la situation.
- Réévaluer la sécurité des méthodes contraceptives pour les patientes qui présentent de graves problèmes de santé. (Voir l'annexe B - Signes et symptômes de graves problèmes de santé).

Auto-prise en charge de la contraception

De nombreuses méthodes contraceptives peuvent être auto-administrées de manière sûre et efficace sans examen médical. Les contraceptifs oraux combinés (COC), les pilules à progestatif seul (POP), les pilules contraceptives d'urgence (PCU), les spermicides, certains diaphragmes, les préservatifs masculins et féminins, les méthodes fondées sur la connaissance de la fertilité et la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée sont autant de méthodes que les patientes peuvent s'administrer elles-mêmes. Les patientes peuvent commencer et continuer d'utiliser ces méthodes contraceptives avec ou sans l'aide du personnel de santé. Les patientes peuvent également s'auto-injecter l'AMPR-SC après avoir reçu une formation (voir le chapitre 4 - Injectables à progestatif seul, à la section L'auto-injection peut être une possibilité, p. 83-86).

En fournissant des services de planification familiale pendant une épidémie, les prestataires devraient :

- Prescrire l'AMPR-SC, les COC, les POP, les PCU, les spermicides, les diaphragmes souples ainsi que les préservatifs masculins et féminins dans les pharmacies ou les établissements commerciaux sans ordonnance, lorsque les lois en vigueur dans le pays l'autorisent.
- Distribuer ces méthodes contraceptives dans le cadre de programmes de sensibilisation communautaires sans ordonnance, lorsque les lois en vigueur dans le pays l'autorisent.

Utilisation des technologies numériques pour la santé

Les technologies numériques pour la santé peuvent aider les prestataires de soins de santé à maintenir l'accès des patientes à la planification familiale, même en cas d'épidémie. Les technologies numériques pour la santé se présentent sous de nombreux formats et ont de nombreuses utilisations. Elles peuvent être particulièrement utiles en cas d'épidémie, lorsque les services cliniques sont limités.

Parmi les exemples de technologies utilisées dans le cadre de la santé numérique pour mettre en relation les prestataires et les patientes figurent : les SMS ou textos, la téléconsultation (consultation vidéo ou audio à distance depuis un ordinateur ou un téléphone), les podcasts informatifs, les applications mobiles et les outils en ligne tels que le courriel ou les dossiers médicaux partagés (dossiers médicaux que les patients(tes) peuvent consulter directement par un accès personnalisé). À l'exception des DIU, des implants, de certains diaphragmes et des méthodes contraceptives permanentes (stérilisation masculine et féminine), ces méthodes peuvent être utilisées sans examen médical préalable.

En fournissant des services de planification familiale pendant une épidémie, les prestataires devraient :

- Utiliser les technologies numériques pour la santé pour entrer en contact avec les patientes, les conseiller et prescrire des méthodes contraceptives qui ne nécessitent pas d'examen physique.
- Tirer parti des technologies numériques pour la santé afin de partager des informations importantes sur la sécurité des méthodes contraceptives et sur la manière d'accéder aux services et de s'auto-administrer les méthodes sélectionnées.

Outils de santé numérique

Contraceptive delivery tool for humanitarian settings

Pour accéder à l'application Android ou Apple et l'installer. Cliquez sur ce lien pour obtenir des informations : https://www.who.int/news/item/07-12-2018-delivering-contraceptive-services-in-humanitarian-settings

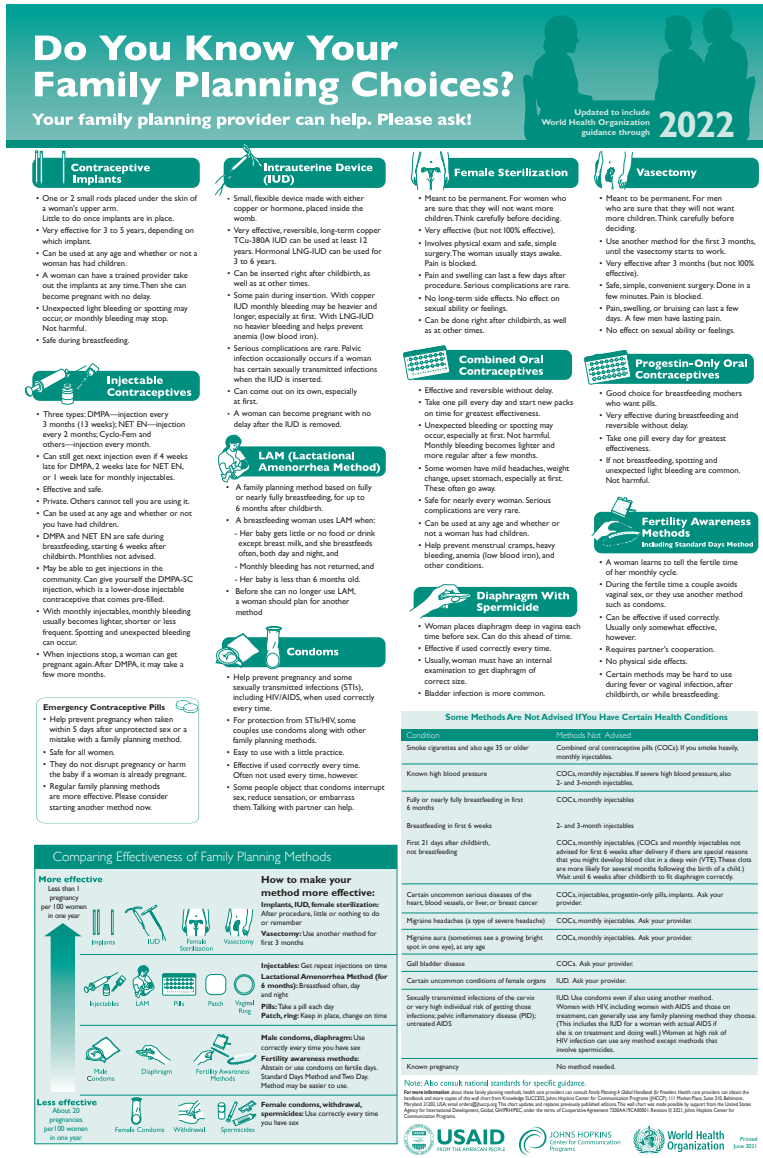
Medical eligibility criteria for contraceptive use app

Pour accéder à l'application Android ou Apple et l'installer. Cliquez sur ce lien pour obtenir des informations : https://www.who.int/news/item/29-08-2019-new-app-for-who-s-medical-eligibility-criteria-for-contraceptive-use

Affiche disponible

Aider les patientes à choisir une méthode contraceptive

L'affiche intitulée « Connaissez-vous vos options de planification familiale ? » contient des points importants sur de nombreuses méthodes de planification familiale à destination des patientes et du prestataire à des fins de consultation et de discussion. Cette affiche comprend le tableau d'efficacité présent en quatrième de couverture de ce manuel ainsi qu'un résumé des critères de recevabilité médicale pour l'utilisation de la contraception. Vous pouvez commander en ligne des exemplaires imprimées de cette affiche à l'adresse : www.fphandbook.org/order-form.



ANNEXE A

Efficacité contraceptive

Taux de grossesses non désirées pour 100 femmes

Méthode de planification familiale	Taux de grossesse au cours de la 1ère année[a] (Trussell & Aiken[b])		Taux de grossesse à 12 mois[c] (Polis et al.[d])
	Utilisation systématique et correcte	Telle qu'utilisée habituellement	Telle qu'utilisée habituellement
Implants	0,1	0,1	0,6
Vasectomie	0,1	0,15	
Stérilisation féminine	0,5	0,5	
DIU au lévonorgestrel	0,5	0,7	
DIU au cuivre	0,6	0,8	1,4
MAMA (pendant 6 mois)	0,9[e]	w2[e]	
Injectable mensuel	0,05[e]	3[e]	
Progestatif seul injectable	0,2	4	1,7
Contraceptifs oraux combinés	0,3	7	5,5
Pilules de progestatif seul	0,3	7	
Patch combiné	0,3	7	
Anneau vaginal combiné	0,3	7	
Préservatifs masculins	2	13	5,4
Méthode des jours fixes	5	12	
Méthode des deux jours	4	14	
Méthode de l'ovulation	3	23	
Autres méthodes basées sur la connaissance de la fécondité		15	
Diaphragme et spermicides	16	17	
Retrait	4	20	13,4
Préservatifs féminins	5	21	
Spermicide	16	21	
Cape cervicale[f]	26[g], 9[h]	32[g], 16[h]	
Pas de méthode	85	85	

Légende

- **0–0,9** — **Très efficace**
- **1–9** — **Efficace**
- **10–19** — **Modérément efficace**
- **20 et +** — **Moins efficace**

[a] Taux extraits en grande partie des États-Unis. Données issues des meilleures sources disponibles selon les auteurs.
[b] Trussell J et Aiken ARA, Contraceptive efficacy. Tiré de : Hatcher RA et al. Contraceptive Technology, 21st revised edition. New York, Ardent Media, 2018.
[c] Taux extraits des pays en développement. Données issues d'autodéclarations dans le cadre d'enquêtes de population.
[d] Polis CB et al. Contraceptive failure rates in the developing world: an analysis of Demographic and Health Survey data in 43 countries. New York: Guttmacher Institute, 2016.
[e] Source : Hatcher R et al. Contraceptive technology. 20th ed. New York, Ardent Media, 2011.
[f] Source : Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception. 2004:70(2): 89–96.
[g] Taux de grossesse chez les femmes ayant déjà accouché
[h] Taux de grossesse chez les femmes n'ayant jamais accouché

ANNEXE B

Signes et symptômes de graves problèmes de santé

Le tableau ci-dessous répertorie les signes et les symptômes de graves problèmes de santé. Ces problèmes sont mentionnés aux sections Risques pour la santé ou Prendre en charge les problèmes des chapitres consacrés aux méthodes contraceptives. Les utilisateurs et utilisatrices de la méthode présentent rarement voire très rarement ces graves problèmes de santé. C'est généralement le cas aussi pour les personnes en âge de procréer. Néanmoins, il est important d'en reconnaître les signes possibles afin de prendre les mesures qui s'imposent ou d'orienter les patients vers des services compétents. Dans certains cas, les patients qui présentent l'un de ces problèmes devront choisir une autre méthode contraceptive.

Problème	Description	Signes et symptômes
Accident vasculaire cérébral	Occlusion ou rupture d'une artère dans le cerveau empêchant la circulation normale du sang et causant la mort du tissu cérébral.	Engourdissement ou faiblesse du visage, du bras ou de la jambe, en particulier d'un côté du corps ; confusion ou difficulté à s'exprimer ou à comprendre ; difficulté à voir d'un œil ou des deux yeux ; difficulté à marcher, vertiges, troubles de l'équilibre ou de la coordination ; maux de tête violents sans autre cause connue. Les signes et symptômes apparaissent brutalement
Embolie pulmonaire	Caillot de sang qui se déplace par les vaisseaux sanguins jusqu'aux poumons.	Essoufflement soudain qui peut s'aggraver en respirant profondément, toux parfois accompagnée de crachats teintés de sang, accélération du rythme cardiaque et sensation d'étourdissement.
Grave réaction allergique au latex	Forte réaction du corps d'une personne au contact du latex.	Éruption cutanée étendue sur le corps, vertiges dus à une chute soudaine de la tension artérielle, difficultés à respirer ou perte de conscience (choc anaphylactique).
Grossesse extra-utérine	Grossesse où l'ovule fécondé s'implante dans les tissus à l'extérieur de l'utérus, le plus souvent dans la trompe de Fallope mais parfois dans le col de l'utérus ou dans la cavité abdominale	Aux premiers stades d'une grossesse extra-utérine, les symptômes peuvent être absents ou légers, mais dans le temps, ils deviennent graves. Une combinaison des signes et symptômes suivants devrait accroître la suspicion d'une grossesse extra-utérine : • douleurs ou tensions abdominales inhabituelles ; • saignement vaginal anormal, ou absence de saignements menstruels, en particulier si cela représente un changement par rapport au mode habituel de saignements ; • étourdissements ou vertiges ; • évanouissement.

Problème	Description	Signes et symptômes
Grossesse extra-utérine rompue	Rupture de la trompe de Fallope en raison d'une grossesse extra-utérine.	Douleur soudaine et aiguë au bas de l'abdomen, comme un coup de poignard, parfois d'un côté. Douleur possible à l'épaule droite. Généralement, en l'espace de quelques heures, l'abdomen se rigidifie et la femme entre en état de choc.
Infarctus du myocarde	Survient lorsque l'apport du sang vers le cœur est bloqué généralement à cause d'une accumulation de cholestérol et d'autres substances au niveau des artères coronaires	Gêne ou pression désagréable au niveau de la poitrine ; sensation d'étau qui se resserre ou douleur au centre de la poitrine qui dure plus de quelques minutes ou qui va et vient ; douleur qui irradie ou engourdissement d'un ou des deux bras, du dos, de la mâchoire ou de l'estomac ; essoufflement ; sueurs froides ; nausées.
Maladies du foie	L'hépatite est une inflammation du foie ; la cirrhose entraîne la formation de tissus cicatriciels qui bloquent la circulation sanguine par le foie.	Des yeux ou une peau jaunes (jaunisse) ; un gonflement, une sensibilité ou une douleur au niveau de l'abdomen, notamment dans la partie supérieure de celui-ci.
Maladie inflammatoire pelvienne (MIP)	Infection des organes reproducteurs supérieurs causée par divers types de bactéries.	Douleurs dans le bas du ventre ; douleurs lors des rapports sexuels, à l'examen pelvien ou à la miction ; saignement ou écoulement vaginal anormal ; fièvre ; col qui saigne au toucher. Lors d'un examen pelvien, les signes d'une MIP sont une sensibilité au niveau des ovaires ou des trompes de Fallope, des pertes vaginales jaunâtres contenant des glaires et du pus, un saignement du col de l'utérus au contact d'un écouvillon ou un test positif de l'écouvillon et une sensibilité ou une douleur lorsque l'on fait bouger le col et l'utérus.
Syndrome du choc toxique	Grave réaction de l'organisme aux toxines produites par certaines bactéries.	Forte fièvre, éruption cutanée, vomissement, diarrhée, vertiges, douleurs musculaires. Les signes et symptômes apparaissent brutalement.
Thrombose veineuse profonde	Formation d'un caillot de sang dans une veine profonde du corps, en général au niveau des jambes	Douleur vive et persistante dans une jambe, parfois avec une peau enflée ou rouge.

ANNEXE C

Affections médicales qui rendent une grossesse particulièrement risquée

Certaines affections médicales courantes rendent la grossesse plus risquée pour la santé de la femme. L'efficacité de la méthode contraceptive est donc particulièrement importante. Pour comparer l'efficacité des méthodes de planification familiale, voir Efficacité contraceptive, p. 383.

Certaines méthodes, plus que d'autres, dépendent davantage de l'utilisateur ou de l'utilisatrice pour être efficaces. En général, les méthodes qui demandent une utilisation correcte et systématique à chaque rapport sexuel, ou l'abstention pendant les jours d'ovulation, sont les méthodes les moins efficaces, telles qu'elles sont utilisées habituellement :

- Spermicides
- Retrait
- Méthodes basées sur la connaissance de la fécondité
- Capes cervicales
- Diaphragmes
- Préservatifs féminins
- Préservatifs masculins

Si une femme indique qu'elle présente une des affections courantes ci-après :

- elle doit être informée que sa grossesse peut comporter un risque pour sa santé et, dans certains cas, pour la santé de son bébé ;
- la séance de conseils doit être axée essentiellement sur l'efficacité des méthodes. Les patientes qui envisagent une méthode nécessitant une utilisation correcte et systématique à chaque rapport sexuel devraient réfléchir attentivement à leur capacité d'y parvenir.

Maladies et infections de l'appareil reproducteur

- Cancer du sein
- Cancer de l'endomètre
- Cancer des ovaires
- Certaines infections sexuellement transmissibles (gonorrhée, infection à chlamydia)
- Certaines infections vaginales (vaginose bactérienne)
- Maladie trophoblastique gestationnelle maligne

Maladie cardiovasculaire

- Tension artérielle élevée (tension artérielle systolique supérieure à 160 mmHg ou tension artérielle diastolique supérieure à 100 mmHg)
- Valvulopathie compliquée
- Cardiopathie ischémique (cardiopathie due à une sténose artérielle)
- Accident vasculaire cérébral
- Mutations thrombogéniques

Autres infections

- VIH (voir Infections sexuellement transmissibles, dont le VIH, question 11, p. 343)
- Tuberculose
- Schistosomiase associée à une fibrose hépatique

Maladies endocriniennes

- Diabète avec insulinodépendance, avec lésions aux artères, aux reins, aux yeux ou au système nerveux (néphropathie, rétinopathie, neuropathie) ou qui dure depuis plus de 20 ans

Anémie

- Drépanocytose

Maladies gastro-intestinales

- Grave cirrhose du foie (décompensée)
- Tumeurs hépatiques (hépatomes) malignes (cancéreuses) et hépatocarcinome

Maladies du système nerveux

- Épilepsie

Rhumatismes

- Lupus érythémateux systémique

ANNEXE D

Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue des méthodes contraceptives

Le tableau des pages suivantes récapitule les critères de recevabilité médicale de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'utilisation de la contraception. Ces critères constituent la base des listes de contrôle sur les *Critères de recevabilité médicale dans la plupart des chapitres de ce manuel* sur les méthodes de planification familiale. Ces listes de contrôle se fondent sur le système à 2 niveaux destiné aux prestataires ayant accès à des ressources limitées pour émettre un jugement clinique (voir le tableau ci-dessous). Les questions des listes de contrôle portent sur des affections des catégories 3 ou 4 des CRM que la femme connaît. Les encadrés intitulés « Recourir au jugement clinique dans les cas spéciaux » énumèrent les affections qui entrent dans la catégorie 3 des CRM. La méthode peut être proposée si d'autres méthodes plus adaptées ne sont ni disponibles ni acceptables pour la patiente et si un prestataire qualifié peut évaluer attentivement la situation et l'état de santé de la femme en question.

Catégories des méthodes temporaires

Catégorie	Avec jugement clinique	Lorsque les ressources pour un jugement clinique sont limitées
1	Utiliser la méthode dans tous les cas	Oui (Utiliser la méthode)
2	D'une manière générale, utiliser la méthode	
3	L'utilisation de la méthode n'est généralement pas recommandée sauf si d'autres méthodes plus adaptées ne sont ni disponibles ni acceptables	Non (Ne pas utiliser la méthode)
4	Ne pas utiliser la méthode	

Remarque : dans le tableau qui commence à la page suivante, les affections des catégories 3 et 4 sont ombrées pour indiquer que la méthode ne devrait pas être proposée lorsque les ressources pour l'évaluation clinique sont limitées. Les catégories nouvelles ou modifiées depuis l'édition de 2011 de ce manuel sont écrites en **gras**.

Pour la vasectomie, les préservatifs masculins et féminins, les spermicides, les diaphragmes, les capes cervicales et la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée, voir p. 397 à 399. Pour les méthodes basées sur la connaissance de la fécondité, voir p. 399.

Catégories pour la stérilisation féminine et la vasectomie

Accepter (A)	Aucune raison médicale n'interdit de proposer la méthode à une personne qui présente ce problème médical ou dans cette circonstance.
Prudence (P)	La méthode est généralement proposée dans le service compétent avec toutefois une préparation et des précautions supplémentaires.
Différer (D)	L'utilisation de la méthode devrait être différée jusqu'à ce qu'un bilan soit effectué et/ou qu'un traitement soit administré. D'autres méthodes de contraception temporaires devraient être fournies.
Spécifique (S)	L'intervention devrait être réalisée dans un service comptant un chirurgien et un personnel expérimentés, l'équipement pour l'anesthésie générale et tout autre soutien médical nécessaire. Il est également nécessaire de disposer de la capacité de décider de la technique et du mode d'anesthésie les plus appropriés. D'autres méthodes de contraception temporaires devraient être fournies si une orientation est nécessaire ou si la méthode a été différée.

= Utiliser la méthode
= Ne pas utiliser la méthode
I = Démarrer la méthode
C = Continuer la méthode
— = Affection non citée ; n'affecte pas la recevabilité de la méthode
SO = sans objet

Affection/critère	Contraceptifs oraux combinés	Injectables mensuels	Patch combiné et anneau vaginal combiné	Pilules de progestatif seul	Progestatif seul injectable	Implants	Pilules contraceptives d'urgence*	Dispositif intra-utérin au cuivre	Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel	Stérilisation féminine*
CARACTÉRISTIQUE PERSONNELLES ET ANTÉCÉDENTES GYNÉCO-OBSTÉTRICAUX										
Enceinte	SO	SO	SO	SO	SO	SO	SO	4	4	D
Âge	Des 1ères règles à < 40 ans			Des 1ères règles à < 18 ans				Des 1ères règles à < 20 ans		Jeune âge
	1	1	1	1	2	1	—	2	2	C
	≥ 40 ans			18 à 45 ans				≥ 20 ans		
	2	2	2	1	1	1	—	1	1	
				> 45						
				1	2	1	—			
Parité										
Nullipare (n'a pas encore accouché)	1	1	1	1	1	1	—	2	2	A
Pare (a déjà accouché)	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
Allaitement maternel										
<6 semaines après l'accouchement	4	4	4	**2**	3[a]	**2**	1 **UPA=2**	b	**b**	*
≥6 semaines à <6 mois après l'accouchement (allaitement exclusif ou quasi-exclusif)	3	3	3	1	1	1	1 **UPA=2**	b	b	A
≥6 mois après l'accouchement	2	2	2	1	1	1	1 **UPA=2**	b	b	A
Après l'accouchement (pas d'allaitement)										
< 21 jours	3	3	3	1	1	1	—	b	b	*
Avec risque supplémentaire de TVP	**4**	**4**	**4**							
21–42 jours	2	2	2	1	1	1	—	b	b	
Avec risque supplémentaire de TVP	**3**	**3**	**3**							
> 42 jours	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
Post-avortement										
Premier trimestre	1	1	1	1	1	1	—	1	1	*
Deuxième trimestre	1	1	1	1	1	1	—	2	2	
Post-avortement septique immédiat	1	1	1	1	1	1	—	4	4	

* Pour connaître les autres problèmes de santé liés à la pilule contraceptive d'urgence et à la stérilisation féminine, voir p. 397

[a] Dans les cas où les risques de morbidité et de mortalité liés à la grossesse sont élevés et si cette méthode est l'une des rares méthodes contraceptives disponibles, elle peut être remise aux femmes allaitantes immédiatement après l'accouchement.

[b] Pose d'un DIU après l'accouchement : pour un DIU au cuivre, une pose effectuée dans les 48 heures entre dans la catégorie 1. Pour un DIU-LNG, une pose effectuée dans les 48 heures entre dans la catégorie 2 pour les femmes lllaitantes et dans la catégorie 1 pour les femmes qui n'allaitent pas. Pour toutes les femmes et les deux types de DIU, la pose entre dans la catégorie 3 si elle est effectuée entre 48 heures et 4 semaines, dans la catégorie 1 après 4 semaines et dans la catégorie 4 en cas de sepsis puerpéral.

= Utiliser la méthode = Ne pas utiliser la méthode I = Démarrer la méthode C = Continuer la méthode — = Affection non citée ; n'affecte pas la recevabilité de la méthode SO = sans objet **Affection/critère**	Contraceptifs oraux combinés	Injectables mensuels	Patch combiné et anneau vaginal combiné	Pilules de progestatif seul	Progestatif seul injectable	Implants	Pilules contraceptives d'urgence*	Dispositif intra-utérin au cuivre	Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel	Stérilisation féminine*
Antécédent de grossesse extra-utérine	1	1	1	2	1	1	1	1	1	A
Antécédent de chirurgie pelvienne	1	1	1	1	1	1	—	1	1	P*
Fumeuse										
Âge <35 ans	2	2	2	1	1	1	—	1	1	A
Âge ≥35 ans										
<15 cigarettes/jour	3	2	3	1	1	1	—	1	1	A
≥15 cigarettes/jour	4	3	4	1	1	1	—	1	1	A
Obésité										
Indice de masse corporelle ≥30 kg/m^2	2	2	2	1	1†	1	**1**	1	1	C
Tension artérielle non disponible	SO[c]	SO[c]	SO[c]	SO[c]	SO[c]	SO[c]	—	SO	SO	SO
MALADIE CARDIOVASCULAIRE										
Présente plusieurs facteurs de risque de maladie cardiovasculaire artérielle (âge, tabagisme, diabète et hypertension artérielle)	3/4[d]	3/4[d]	3/4[d]	2	3	2	—	1	2	S
Hypertension[e]										
Antécédent d'hypertension, lorsque la tension artérielle NE PEUT PAS être vérifiée (y compris en cas d'hypertension artérielle gravidique)	3	3	3	2[c]	2[c]	2[c]	—	1	2	SO
Hypertension bien contrôlée, lorsque la tension artérielle PEUT être vérifiée	3	3	3	1	2	1	—	1	1	C
Tension artérielle élevée (mesurée correctement)										
Systolique 140-159 ou diastolique 90-99	3	3	3	1	2	1	—	1	1	C[f]
Systolique ≥160 ou diastolique ≥100[g]	4	4	4	2	3	2	—	1	2	S[f]

† Des premières règles à <18 ans, indice de masse corporelle >30 kg/m^2 dans la catégorie 2 pour l'AMPR, dans la catégorie 1 pour le NET-EN.

[c] Dans les cas où les risques de morbidité et de mortalité liés à la grossesse sont élevés et si cette méthode est l'une des rares méthodes contraceptives disponibles, les femmes ne devraient pas se voir refuser l'utilisation au simple motif que leur tension artérielle ne peut pas être mesurée.

[d] Lorsqu'il existe plusieurs facteurs de risque, dont un seul augmenterait considérablement le risque de maladie cardiovasculaire, l'utilisation de la méthode peut accroître ce risque à un niveau inacceptable. Toutefois, l'objectif n'est pas d'ajouter simplement des catégories pour plusieurs facteurs de risques. Par exemple, une combinaison des facteurs attribués à la catégorie 2 ne reflète pas forcément une catégorie plus élevée.

[e] En supposant qu'il n'existe pas d'autres facteurs de risque de maladie cardiovasculaire. Une seule mesure de la tension artérielle ne suffit pas à qualifier une femme comme ayant de l'hypertension.

[f] Une tension artérielle élevée devrait être contrôlée avant l'intervention et suivie tout au long de celle-ci.

= Utiliser la méthode
= Ne pas utiliser la méthode
I = Démarrer la méthode
C = Continuer la méthode
— = Affection non citée ; n'affecte pas la recevabilité de la méthode
SO = sans objet

Affection/critère	Contraceptifs oraux combinés	Injectables mensuels	Patch combiné et anneau vaginal combiné	Pilules de progestatif seul	Progestatif seul injectable	Implants	Pilules contraceptives d'urgence*	Dispositif intra-utérin au cuivre	Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel	Stérilisation féminine*
Maladie vasculaire	4	4	4	2	3	2	—	1	2	S
Antécédents de tension artérielle élevée pendant la grossesse (lorsque la tension artérielle est mesurable et normale)	2	2	2	1	1	1	—	1	1	A
Thrombose veineuse profonde (TVP)/Embolie pulmonaire (EP)										
Antécédents de TVP/EP	4	4	4	2	2	2	*	1	2	A
TVP/EP grave	4	4	4	3	3	3	*	1	3	D
TVP/EP et traitement anticoagulant	4	4	4	2	2	2	*	1	2	S
Antécédents familiaux de TVP/EP (parents proches)	2	2	2	1	1	1	*	1	1	A
Chirurgie majeure										
Avec immobilisation prolongée	4	4	4	2	2	2	—	1	2	D
Sans immobilisation prolongée	2	2	2	1	1	1	—	1	1	A
Chirurgie mineure sans immobilisation prolongée	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
Mutations thrombogéniques avérées (facteur V Leiden, mutation prothrombine, protéine S, protéine C et carence antithrombine)[g]	4	4	4	2	2	2	*	1	2	A
Insuffisance veineuse superficielle										
Varices	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
Thrombose veineuse superficielle	2	2	2	1	1	1	—	1	1	A
Cardiopathie ischémique[g]				D C		D C			D C	
Actuelle	4	4	4	2 3	3	2 3	*	1	2 3	D
Antécédents										P
Accident vasculaire cérébral (antécédents)[g]	4	4	4	2 3	3	2 3	*	1	2	P
Dyslipidémies avérées sans autre risque cardiovasculaire connu[h]	**2**	**2**	**2**	2	2	2	—	1	2	A

(Suite)

[g] Cette affection expose la femme enceinte à un risque inacceptable pour sa santé. Les femmes devraient être informées du fait que, en raison des taux de grossesse associés relativement élevés, les spermicides, le retrait, les méthodes basées sur la connaissance de la fécondité, les capes cervicales, les diaphragmes et les préservatifs féminins ou masculins, tels qu'ils sont habituellement utilisés, ne représentent pas le choix le plus approprié.

[h] Un dépistage systématique n'est pas approprié en raison de la rareté de l'affection et du coût élevé du dépistage.

= Utiliser la méthode
= Ne pas utiliser la méthode
I = Démarrer la méthode
C = Continuer la méthode
— = Affection non citée ; n'affecte pas la recevabilité de la méthode
SO = sans objet

Affection/critère	Contraceptifs oraux combinés	Injectables mensuels	Patch combiné et anneau vaginal combiné	Pilules de progestatif seul	Progestatif seul injectable	Implants	Pilules contraceptives d'urgence*	Dispositif intra-utérin au cuivre	Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel	Stérilisation féminine*
Valvulopathie										
Non compliquée	2	2	2	1	1	1	—	1	1	P[i]
Compliquée[‡,g]	4	4	4	1	1	1	—	2[i]	2[i]	S*
Lupus érythémateux systémique					D C			D C		
Anticorps anti-phospholipides positifs (ou inconnus)	4	4	4	3	3 3	3	—	1 1	3	S
Thrombopénie sévère	2	2	2	2	3 2	2	—	3 2	2	S
Traitement immunosuppresseur	2	2	2	2	2 2	2	—	2 1	2	S
Aucune des affections ci-dessus	2	2	2	2	2 2	2	—	1 1	2	C
MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX										
Maux de tête[j]	D C	D C	D C	D C	D C	D C			D C	
Pas de migraines (légères ou sévères)	1 2	1 2	1 2	1 1	1 1	1 1	—	1	1 1	A
Migraine							2			
Sans aura	D C	D C	D C	D C	D C	D C			D C	
Âge < 35 ans	2 3	2 3	2 3	1 2	2 2	2 2	—	1	2 2	A
Âge ≥ 35 ans	3 4	3 4	3 4	1 2	2 2	2 2	—	1	2 2	A
Avec aura à tout âge	4 4	4 4	4 4	2 3	2 3	2 3	—	1	2 3	A
Épilepsie	1[k]	1[k]	1[k]	1[k]	1[k]	1[k]	—	1		P
TROUBLES DÉPRESSIFS										
Troubles dépressifs	1[l]	1[l]	1[l]	1[l]	1[l]	1[l]	—	1	1[l]	P
TROUBLES ET INFECTIONS DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR										
Modes de saignements vaginaux									D C	
Irréguliers et peu abondants	1	1	1	2	2	2	—	1	1 1	A
Saignements abondants ou prolongés (modes réguliers et irréguliers)	1	1	1	2	2	2	—	2	1 2	A
Saignements vaginaux inexpliqués (problème de santé sérieux suspecté) avant le bilan	2	2	2	2	3	3	—	D C 4 2	D C 4 2	D
Endométriose	1	1	1	1	1	1	—	2	1	S
Tumeurs ovariennes bénignes (y compris les kystes)	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
Dysménorrhée sévère	1	1	1	1	1	1	—	2	1	A

* For additional conditions relating to emergency contraceptive pills and female sterilization, see p. 429.

‡ Hypertension pulmonaire, fibrillation auriculaire, antécédents d'endocardite bactérienne subaiguë.

[i] Des antibiotiques prophylactiques sont conseillés avant de fournir cette méthode.

= Utiliser la méthode = Ne pas utiliser la méthode I = Démarrer la méthode C = Continuer la méthode = Affection non citée ; n'affecte pas la recevabilité de la méthode SO = sans objet **Affection/critère**	Contraceptifs oraux combinés	Injectables mensuels	Patch combiné et anneau vaginal combiné	Pilules de progestatif seul	Progestatif seul injectable	Implants	Pilules contraceptives d'urgence*	Dispositif intra-utérin au cuivre	Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel	Stérilisation féminine*
Maladie trophoblastique gestationnelle										
Taux de ß-hCG en baisse ou indétectables	1	1	1	1	1	1	—	3	3	A
Taux ß-hCG constamment élevés ou maladie maligne[g]	1	1	1	1	1	1	—	4	4	D
Ectropion cervical	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
Néoplasie intraépithéliale cervicale (NIC)	2	2	2	1	2	2	—	1	2	A
Cancer du col de l'utérus (en attente de traitement)	2	2	2	1	2	2	—	D 4 / C 2	D 4 / C 2	D
Maladie du sein										
Masse non diagnostiquée	2	2	2	2	2	2	—	1	2	A
Maladie du sein bénigne	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
Antécédents familiaux de cancer	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
Cancer du sein										
Actuellement[g]	4	4	4	4	4	4	—	1	4	C
Antécédent, aucune trace de la maladie depuis au moins 5 ans	3	3	3	3	3	3	—	1	3	A
Cancer de l'endomètre[g]	1	1	1	1	1	1	—	D 4 / C 2	D 4 / C 2	D
Cancer des ovaires[g]	1	1	1	1	1	1	—	D 3 / C 2	D 3 / C 2	D
Fibromes utérins										
Sans déformation de la cavité utérine	1	1	1	1	1	1	—	1	1	P
Avec déformation de la cavité utérine	1	1	1	1	1	1	—	4	4	P
Anomalies anatomiques										
Cavité utérine déformée	—	—	—	—	—	—	—	4	4	—
Autres anomalies qui ne déforment pas la cavité utérine ou qui n'interfèrent pas avec la pose d'un DIU (y compris la sténose ou les lacérations cervicales)	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—
Maladie inflammatoire pelvienne (MIP)										
Antécédent de MIP (en supposant qu'il n'existe pas de facteurs de risqué d'IST)								D C	D C	
Avec grossesse ultérieure	1	1	1	1	1	1	—	1 1	1 1	A
Sans grossesse ultérieure	1	1	1	1	1	1	—	2 2	2 2	C

(Suite)

[j] La catégorie concerne les femmes qui ne sont pas exposées à d'autres facteurs de risque d'accident vasculaire cérébral.

[k] En cas de prise d'anticonvulsivants, voir la section sur les interactions entre les médicaments, p. 396.

[l] Certains médicaments peuvent interagir avec la méthode, la rendant moins efficace.

Affection/critère	Contraceptifs oraux combinés	Injectables mensuels	Patch combiné et anneau vaginal combiné	Pilules de progestatif seul	Progestatif seul injectable	Implants	Pilules contraceptives d'urgence*	Dispositif intra-utérin au cuivre		Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel		Stérilisation féminine*
MIP en cours	1	1	1	1	1	1	—	4	2[m]	4	2[m]	D
Infections sexuellement transmissibles (IST)[g]								**D**	**C**	**D**	**C**	
Cervicite purulente, infection à chlamydia ou gonorrhée en cours	1	1	1	1	1	1	—	4	2	4	2	D
Autres IST (y compris le VIH et l'hépatite)	1	1	1	1	1	1	—	2	2	2	2	A
Vaginite (y compris le trichomonas vaginalis et la vaginose bactérienne)	1	1	1	1	1	1	—	2	2	2	2	A
Risque accru d'IST	1	1	1	1	1	1	—	**2**/**3**[n]	2	**2**/**3**[n]	2	A
VIH/sida[g]												
								D	**C**	**D**	**C**	
Risque élevé d'infection par le VIH	1	1	1	1	**2**	1	—	2	2	2	2	A
Infection à VIH asymptomatique ou légère (stade OMS 1 ou 2)	1	1	1	1	1	1	—	2	2	2	2	A
Infection à VIH sévère ou avancée (stade OMS 3 ou 4)	1	1	1	1	1	1	—	3	2	3	2	S°
Traitement antirétroviral												
Traitement par inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI)**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	—	**2**/**3**[p]	**2**	**2**/**3**[p]	**2**	—
Traitement par inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI)												
Éfavirenz (EFV) ou névirapine (NVP)	**2**	**2**	**2**	**2**	AMPR **1** NET-EN **2**	**2**	—	**2**/**3**[p]	**2**	**2**/**3**[p]	**2**	—
Étravirine (ETR) ou rilpivirine (RPV)	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	—	**2**/**3**[p]	**2**	**2**/**3**[p]	**2**	—
Traitement par inhibiteurs de la protéase (IP)††	**2**	**2**	**2**	**2**	AMPR **1** NET-EN **2**	**2**	—	**2**/**3**[p]	**2**	**2**/**3**[p]	**2**	—
Traitement par inhibiteurs d'intégrase (raltegravir [RAL])	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	—	**2**/**3**[p]	**2**	**2**/**3**[p]	**2**	—

= Utiliser la méthode
= Ne pas utiliser la méthode
I = Démarrer la méthode
C = Continuer la méthode
— = Affection non citée ; n'affecte pas la recevabilité de la méthode
SO = sans objet

†† Parmi les IP figurent l'atazanavir potentialisé par le ritonavir (ATV/r), le lopinavir potentialisé par le ritonavir (LPV/r), le darunavir potentialisé par le ritonavir (DRV/r), le ritonavir (RTV).

** Parmi les INTI figurent l'abacavir (ABC), le ténofovir (TDF), la zidovudine (AZT), la lamivudine (3TC), la didanosine (DDI), l'emtricitabine (FTC), la stavudine (D4T).

[m] Traiter la MIP à l'aide d'antibiotiques adéquats. En général, il n'est pas nécessaire de retirer le DIU si la patiente souhaite continuer à l'utiliser.

[n] L'affection entre dans la catégorie 3 si une femme est exposée à un risque individuel très élevé d'IST.

° La présence d'une maladie liée au sida peut nécessiter un report de l'intervention.

[p] L'affection entre dans la catégorie 2 en cas de pose d'un DIU pour une infection à VIH asymptomatique ou légère (stade OMS 1 ou 2) et dans la catégorie 3 pour une infection à VIH sévère ou avancée (Stade OMS 3 ou 4).

= Utiliser la méthode
= Ne pas utiliser la méthode
I = Démarrer la méthode
C = Continuer la méthode
= Affection non citée ; n'affecte pas la recevabilité de la méthode
SO = sans objet

Affection/critère	Contraceptifs oraux combinés	Injectables mensuels	Patch combiné et anneau vaginal combiné	Pilules de progestatif seul	Progestatif seul injectable	Implants	Pilules contraceptives d'urgence*	Dispositif intra-utérin au cuivre	Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel	Stérilisation féminine*
AUTRES INFECTIONS										
Schistosomiase										
Non compliquée	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
Fibrose hépatique (si sévère, voir cirrhose page suivante)[g]	1	1	1	1	1	1	—	1	1	C
Tuberculose[g]								D C	D C	
Non pelvienne	1	1	1	1	1	1	—	1 1	1 1	A
Pelvienne avérée	1	1	1	1	1	1	—	4 3	4 3	S
Paludisme	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
MALADIES ENDOCRINIENNES										
Diabète										
Antécédent de diabète gestationnel	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A[q]
Diabète non vasculaire										
Non insulinodépendant	2	2	2	2	2	2	—	1	2	C[i,q]
Insulinodépendant[g]	2	2	2	2	2	2	—	1	2	C[i,q]
Avec lésions aux reins, yeux ou nerfs[g]	3/4[r]	3/4[r]	3/4[r]	2	3	2	—	1	2	S
Autre maladie vasculaire ou diabète depuis > 20 ans[g]	3/4[r]	3/4[r]	3/4[r]	2	3	2	—	1	2	S
Troubles de la thyroïde										
Goitre simple	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
Hyperthyroïdie	1	1	1	1	1	1	—	1	1	S
Hypothyroïdie	1	1	1	1	1	1	—	1	1	C
MALADIES GASTRO-INTESTINALES										
Maladie de la vésicule biliaire										
Symptomatique										
Traitement par cholécystectomie	2	2	2	2	2	2	—	1	2	A
Traitée médicalement	3	2	3	2	2	2	—	1	2	A
En cours	3	2	3	2	2	2	—	1	2	D
Asymptomatique	2	2	2	2	2	2	—	1	2	A

(Suite)

[q] Si la glycémie n'est pas bien contrôlée, il est recommandé d'orienter la patiente vers un établissement de soins de niveau supérieur.
[r] Évaluer selon la gravité de l'affection.

= Utiliser la méthode
= Ne pas utiliser la méthode
I = Démarrer la méthode
C = Continuer la méthode
— = Affection non citée ; n'affecte pas la recevabilité de la méthode
SO = sans objet

Affection/critère	Contraceptifs oraux combinés	Injectables mensuels	Patch combiné et anneau vaginal combiné	Pilules de progestatif seul	Progestatif seul injectable	Implants	Pilules contraceptives d'urgence*	Dispositif intra-utérin au cuivre	Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel	Stérilisation féminine*
Antécédent de cholestase										
Gravidique	2	2	2	1	1	1	—	1	1	A
Liée à la prise de contraceptifs oraux combinés	3	2	3	2	2	2	—	1	2	A
Hépatite virale	**I C**	**I C**	**I C**							
Forme aiguë ou poussée	3/4[r] 2	3 2	3/4[r,s] 2	1	1	1	2	1	1	D
Porteuse	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
Chronique	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
Cirrhose										
Légère (compensée)	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
Grave (décompensée)[g]	4	3	4	3	3	3	—	1	3	S[t]
Tumeurs du foie										
Hyperplasie nodulaire focale	2	2	2	2	2	2	—	1	2	A
Adénome hépatocellulaire	4	3	4	3	3	3	—	1	3	P[t]
Malignes (hépatomes)[g]	4	3/4	4	3	3	3	—	1	3	P[t]
ANÉMIE										
Thalassémies	1	1	1	1	1	1	—	2	1	P
Drépanocytose[g]	2	2	2	1	1	1	—	2	1	P
Anémie ferriprive	1	1	1	1	1	1	—	2	1	D/P[u]
INTERACTIONS ENTRE LES MÉDICAMENTS (pour les antirétroviraux, voir VIH/sida)										
Traitement par anticonvulsivants										
Certains anticonvulsivants (barbituriques, carbamazépine, oxcarbazépine, phénytoïne, primidone, topiramate)	3[l]	2	3[l]	3[l]	AMPR 1 NET-EN 2	2[l]	—	1	1	—
Lamotrigine	3[§]	3[§]	3[§]	1	1	1	—	1	1	—
Traitement antimicrobien										
Antibiotiques à large spectre	1	1	1	1	1	1	—	1	1	—
Antifongiques et antiparasitaires	1	1	1	1	1	1	—	1	1	—
Traitement par rifampicine ou rifabutine	3[l]	2	3[l]	3[l]	AMPR 1 NET-EN 2	2	—	1	1	—

[s] In Chez les femmes ayant une hépatite virale symptomatique, refuser ces méthodes jusqu'au retour à la normale de la fonction hépatique ou 3 mois après qu'elle est devenue asymptomatique, selon la première éventualité.

[t] La fonction hépatique devrait être évaluée.

[u] Si hémoglobine <7 g/dl, différer. Si hémoglobine >7 à <10 g/dl, prudence.

[§] Les contraceptifs oraux combinés peuvent réduire l'efficacité de la lamotrigine.

*** Autres critères à prendre en considération pour l'utilisation de la pilule contraceptive d'urgence**

Catégorie 1 : utilisation répétée ; viol ; **inducteurs des CYP3A4** (rifampicine, phénytoïne, phénobarbital, carbamazépine, éfavirenz, fosphénytoïne, névirapine, oxcarbazépine, primidone, rifabutine, millepertuis/Hypericum perforatum).

Catégorie 2 : antécédents de complications cardiovasculaires graves (cardiopathie ischémique, accident vasculaire cérébral ou autre maladie thomboembolique et angine de poitrine).

*** Autres critères à prendre en considération pour le recours à la stérilisation féminine :**

Prudence : hernie diaphragmatique, néphropathie, carences nutritionnelles graves, précédente chirurgie abdominale ou pelvienne, parallèlement à une chirurgie programmée.

Différer : infection de la peau de l'abdomen, maladie respiratoire aiguë (bronchite, pneumonie), infection systémique ou gastroentérite, chirurgie en urgence (sans conseil préalable), chirurgie pour une infection, certaines affections postpartum (7 à 41 jours après l'accouchement), pré-éclampsie/éclampsie, rupture prolongée des membranes (24 heures ou plus), fièvre durant ou immédiatement après l'accouchement, sepsis après l'accouchement, grave hémorragie, grave traumatisme des organes reproducteurs, déchirures cervicales ou vaginales à l'accouchement, certaines affections après un avortement (sepsis, fièvre ou grave hémorragie, grave traumatisme des organes reproducteurs, déchirures cervicales ou vaginales à l'avortement, hématométrie aiguë), endocardite bactérienne subaiguë, fibrillation auriculaire non prise en charge.

Mesures spécifiques : troubles de la coagulation, asthme chronique, bronchite, emphysème ou infection pulmonaire, utérus peu mobile en raison d'une précédente chirurgie ou infection, hernie (paroi abdominale ou ombilicale), rupture ou perforation du post-partum, perforation du post-avortement.

Critères à prendre en considération pour le rcours à la vasectomie :

Pas d'aspects particuliers à prendre en considération : risque élevé d'infection par le VIH, infection à VIH asymptomatique ou légère, drépanocytose.

Prudence : jeune âge, troubles dépressifs, diabète, antécédents de lésions au niveau du scrotum, varicocèle ou hydrocèle importante, cryptorchidie (orientation vers des services compétents), lupus associé à des anticorps anti-phospholipides positifs (ou dont on ignore la charge), lupus et traitement immunosuppresseur.

Différer : IST actives (sauf VIH et hépatite), infection de la peau du scrotum, balanite, épididymite ou orchite, infection systémique ou gastroentérite, filariose ou éléphantiasis, masse intrascrotale.

Mesures spécifiques : une infection à VIH sévère ou avancée peut nécessiter un report, troubles de la coagulation, hernie inguinale, lupus associé à une thrombopénie sévère.

Critères à prendre en considération pour l'utilisation des préservatifs masculins et féminins, des spermicides, du diaphragme, de la cape cervicale et de la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée :

Toutes les autres affections citées dans les pages précédentes et qui n'apparaissent pas ici entrent dans la catégorie 1 ou SO pour les préservatifs masculins ou féminins, les spermicides, le diaphragme et la cape cervicale. Elles ne sont pas citées dans les critères de recevabilité médicale pour la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée.

= Utiliser la méthode = Ne pas utiliser la méthode — = Affection non citée ; n'affecte pas la recevabilité de la méthode SO = sans objet **Affection/critère**	Préservatifs féminins et masculins	Spermicides	Diaphragme	Cape cervicale	Méthode de l'allaitement maternel[#]
ANTÉCÉDENTS GYNÉCO-OBSTÉTRICAUX					
Parité					
Nullipare (n'a pas encore accouché)	1	1	1	1	—
Pare (a déjà accouché)	1	1	2	2	—
<6 semaines après l'accouchement	1	1	SO[v]	SO[v]	—
MALADIE CARDIOVASCULAIRE					
Valvulopathie compliquée (hypertension pulmonaire, risque de fibrillation auriculaire, antécédents d'endocardite bactérienne subaiguë)[z]	1	1	2	2	—
TROUBLES ET INFECTIONS DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR					
Néoplasie intraépithéliale cervicale	1	1	1	4	—
Cancer du col de l'utérus	1	2	1	4	—
Anomalies anatomiques	1	1	SO[w]	SO[x]	—
VIH/sida[g]					
Risque élevé d'infection par le VIH	1	4	4	4	—
Infection à VIH asymptomatique ou légère (stade OMS 1 ou 2)	1	3	3	3	C[y]
Infection à VIH sévère ou avancée (stade OMS 3 ou 4)	1	3	3	3	C[y]
AUTRES					
Antécédent de syndrome du choc toxique	1	1	3	3	—
Infection des voies urinaires	1	1	2	2	—
Allergie au latex[z]	3	1	3	3	—

[v] Attendre pour déterminer la taille/utiliser jusqu'à l'involution utérine complète.

[w] Le diaphragme ne peut pas être utilisé dans certains cas de prolapsus utérin.

[x] L'utilisation de la cape ne convient pas chez une patiente présentant une anatomie cervicale très déformée.

[y] Prudence : les femmes vivant avec le VIH devraient être sous TAR et allaiter exclusivement pendant les 6 premiers mois de vie du nourrisson, introduire d'autres aliments en complément à partir de 6 mois, et continuer l'allaitement jusqu'à 12 mois. (Voir Santé maternelle et néonatale, Prévention de la transmission mère-enfant du VIH, p. 352.)

[z] Ne s'applique pas aux préservatifs, diaphragmes et capes cervicales en plastique.

[#] Pour connaître les autres problèmes à prendre en considération pour l'utilisation de la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée, voir la page suivante.

Autres critères à prendre à considération pour l'utilisation de la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée :

Les affections du nouveau-né susceptibles de compliquer l'allaitement maternel sont : les malformations congénitales de la bouche, de la mâchoire ou du palais, les bébés nés à termes avec un faible poids de naissance ou prématurés et nécessitant des soins intensifs néonatals ainsi que certains troubles métaboliques.

Les médicaments utilisés pendant l'allaitement maternel : pour protéger la santé du nourrisson, l'allaitement n'est pas recommandé chez les femmes qui prennent certains médicaments, tels que les anti-métabolites, la bromocriptine, certains anticoagulants, les corticoïdes (doses élevées), la cyclosporine, l'ergotamine, le lithium, les psychotropes, les médicaments radioactifs et la réserpine.

Critères liés à la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée :

A = Accepter C = Prudence D = Différer **Affection/critère**	Méthodes basées sur les symptômes	Méthodes basées sur le calendrier
Âge : après les premières règles ou périménopause	P	P
Allaitement <6 semaines après l'accouchement	D	D[aa]
Allaitement ≥6 semaines après l'accouchement	P[bb]	D[bb]
Après l'accouchement, pas d'allaitement	D[cc]	D[aa]
Post-avortement	C	D[dd]
Saignements vaginaux irréguliers	D	D
Pertes vaginales	D	A
Prise de médicaments qui modifient la régularité du cycle, hormones et/ou signes de fécondité	D/P[ee]	D/P[ee]
Maladies qui élèvent la température corporelle		
Aiguës	D	A
Chroniques	P	A

[aa] Différer jusqu'à ce qu'elle ait eu 3 cycles menstruels réguliers.

[bb] Utiliser avec prudence au retour des saignements menstruels ou des sécrétions normales (généralement 6 semaines après l'accouchement).

[cc] Différer jusqu'au retour des saignements menstruels ou des sécrétions normales (généralement moins de 4 semaines après l'accouchement).

[dd] Différer jusqu'à ce qu'elle ait eu un cycle menstruel régulier.

[ee] Différer jusqu'à ce que l'effet du médicament puisse être déterminé, puis utiliser avec prudence.

Critères liés à l'anneau vaginal libérant de la progestérone :

Grossesse	**SO**
Allaitement ≥4 semaines après l'accouchement	**D**

Glossaire

Abcès Une poche de **pus** entourée d'une inflammation causée par une infection bactérienne et marquée par une douleur persistante.

Accident vasculaire cérébral Voir Accident vasculaire cérébral, Annexe B, p. 385.

Allaitement complet Voir **Allaitement maternel**.

Allaitement maternel Nourrir un bébé grâce au lait produit par les seins (voir également Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée p. 309.) Les modes d'allaitement sont les suivants :

- **Allaitement maternel exclusif** Nourrir un bébé uniquement au lait maternel, sans aucun supplément quel qu'il soit, pas même de l'eau, à l'exception peut-être de vitamines, minéraux ou médicaments.
- **Allaitement maternel complet** Nourrir un bébé quasi exclusivement au lait maternel mais lui donner aussi, rarement, de l'eau, des jus de fruits, des vitamines et d'autres nutriments.
- **Allaitement maternel quasi complet** Donner à un bébé certains liquides ou aliments en plus du lait maternel. L'alimentation est toutefois constituée aux trois-quarts de lait maternel.
- **Allaitement maternel partiel** Tout allaitement inférieur à un allaitement quasi complet, le nourrisson étant davantage supplémenté par d'autres liquides ou aliments. Moins de trois-quarts de l'alimentation est constituée de lait maternel.

Allaitement maternel quasi complet Voir **Allaitement**.

Allaitement partiel Voir **Allaitement**.

Allergie au latex Lorsque le corps d'une personne a une réaction au contact du latex, notamment des rougeurs, démangeaisons ou enflures persistantes ou récidivantes sévères. Dans les cas extrêmes, elle peut entraîner un choc anaphylactique (voir Graves réactions allergiques au latex, Annexe B, p. 385).

Aménorrhée Voir **Saignements vaginaux**.

Anémie Baisse du taux d'**hémoglobine** dans le corps, généralement due à une carence en fer ou une perte excessive de sang. Les tissus ne reçoivent ainsi plus suffisamment d'oxygène.

Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) Classe de médicaments utilisée pour réduire la douleur, la fièvre et les gonflements.

Aura Voir **Migraine avec aura**.

Avortement septique **Avortement spontané** ou provoqué en présence d'une infection.

Avortement spontané Interruption naturelle d'une grossesse pendant les 20 premières semaines.

Balanite Inflammation du gland du **pénis**.

Canal cervical étroit Réduction du diamètre de l'ouverture du col de l'utérus.

Canaux déférents Deux tubes musculaires qui transportent les **spermatozoïdes** des **testicules** aux **vésicules séminales**. Lors d'une vasectomie, ces tubes sont sectionnés ou obturés (voir Anatomie de l'homme, p. 435).

Cancer de l'endomètre Tumeur maligne (cancéreuse) située sur la paroi qui tapisse l'**utérus**.

Cancer du col de l'utérus Tumeur maligne (cancéreuse) localisée sur le **col de l'utérus**, généralement due à une infection persistante par le **papillomavirus humain**.

Cancer du sein Croissance maligne (cancéreuse) qui se développe dans le tissu mammaire.

Candidose Infection vaginale courante causée par un champignon lévuriforme. On parle également de mycose ou de muguet. Elle n'est généralement pas sexuellement transmissible.

Cardiopathie ischémique, ischémie L'ischémie est une insuffisance de la circulation sanguine dans les tissus du corps. Quand elle touche les artères coronaires, on parle de cardiopathie ischémique.

Cervicite Voir **Cervicite purulente**.

Cervicite purulente Inflammation du col de l'**utérus** qui s'accompagne d'un écoulement ressemblant à du **pus**. Elle est souvent le signe d'une infection à chlamydia ou d'une gonorrhée.

Chancre mou **Infection sexuellement transmissible** d'origine bactérienne qui cause la formation d'un ulcère sur les parties génitales.

Chlamydia **Infection sexuellement transmissible** d'origine bactérienne. Si elle n'est pas traitée, elle peut entraîner la stérilité.

Choc anaphylactique Voir Graves réactions allergiques au latex, Annexe B, p. 385.

Choix éclairé Décision prise librement en toute connaissance de cause sur la base d'informations claires, exactes et pertinentes. C'est l'un des objectifs d'une séance de conseils en planification familiale.

Cholécystectomie Ablation chirurgicale de la vésicule biliaire.

Cholestase Diminution du débit de bile sécrétée par le foie.

Cirrhose (**du foie**) Voir Troubles du foie, Annexe B, p. 385.

Col de l'utérus Partie inférieure de l'**utérus** qui s'étend dans le **vagin** supérieur (voir Anatomie de la femme, p. 432).

Cordon spermatique Cordon comprenant les **canaux déférents**, des artères, des veines, des nerfs et des vaisseaux lymphatiques qui va de l'aine au dos de chaque **testicule** (voir Anatomie de l'homme, p. 435).

Crise cardiaque Voir Crise cardiaque, Annexe B, p. 384. Voir également **Cardiopathie ischémique**.

Cryptorchidie Absence de descente d'un ou de deux **testicules** dans le **scrotum** à la naissance.

Cycle menstruel Série répétée de modifications dans les **ovaires** et l'**endomètre** dont **l'ovulation** et **les saignements menstruels.** Chez la plupart des femmes, le cycle dure entre 24 et 35 jours (voir Le cycle menstruel, p. 434).

Décontaminer (l'équipement médical) Éliminer les organismes infectieux afin que les instruments, les gants et tout autre objet présentent moins de risques pour les personnes qui doivent les nettoyer.

Densité osseuse Mesure de la force et de la densité d'un os. Lorsque les vieux os se cassent plus rapidement que ne se forment les nouveaux tissus osseux, les os deviennent moins denses, d'où un risque accru de fracture.

Dépression Maladie mentale qui se caractérise par un sentiment d'abattement, de désespoir, de pessimisme et parfois d'une fatigue ou d'une agitation extrêmes.

Désinfection Voir **Désinfection de haut niveau**.

Désinfection de haut niveau (instruments médicaux) Procédure visant à détruire tous les microorganismes vivants à l'exception de certaines formes de bactéries. Comparer avec la **stérilisation**.

Diabète (diabète sucré) Maladie chronique qui survient lorsque la glycémie devient trop élevée car le corps ne produit pas suffisamment d'insuline ou ne peut pas utiliser cette dernière correctement.

Double protection Stratégie visant à éviter une grossesse et les **infections sexuellement transmissibles**.

Drépanocytose Forme chronique et héréditaire d'**anémie**. Quand ils sont privés d'oxygène, les globules prennent la forme anormale d'une faucille ou d'un croissant.

Dysménorrhée Douleur pendant les **saignements vaginaux**, généralement connue sous le nom de crampes menstruelles.

Éclampsie Maladie de la fin de la grossesse, du travail et du postpartum immédiat caractérisée par des convulsions. Dans les cas graves, elle peut être suivie d'un coma et d'un décès.

Ectropion du col de l'utérus Lésion bénigne du col de l'utérus qui se caractérise par la croissance de cellules qui produisent la glaire dans la région qui entoure l'ouverture du **col**.

Éjaculation Libération du **sperme** du **pénis** pendant l'orgasme.

Éléphantiasis Gonflement et épaississement chroniques, et souvent considérables, de la peau et des tissus sous-cutanés, en particulier des jambes et du **scrotum**, causés par une obstruction du système lymphatique (voir **Filariose lymphatique**).

Embolie pulmonaire Voir Embolie pulmonaire, Annexe B, p. 385.

Embryon Nom donné au produit de la fécondation d'un **ovocyte** par un **spermatozoïde** pendant les huit premières semaines de son développement.

Endocardite bactérienne Infection qui survient lorsque des bactéries des vaisseaux sanguins colonisent des tissus ou des valves endommagés du cœur.

Endomètre Muqueuse qui tapisse la surface interne de l'**utérus**. Il s'épaissit puis se désagrège une fois par mois, ce qui cause les **saignements menstruels**. Pendant la grossesse, ce revêtement n'est pas éliminé mais change et produit des hormones qui aident à maintenir la grossesse (voir Anatomie de la femme, p. 432).

Endométriose Maladie au cours de laquelle du tissu endométrial se développe en dehors de l'**utérus**. Ce tissu peut coloniser les organes génitaux ou d'autres organes de la cavité abdominale. La maladie cause des douleurs pelviennes et des troubles de la fertilité.

Engorgement (**engorgement des seins**) L'engorgement survient quand s'accumule dans les seins plus de lait que n'en consomme le bébé. Les seins deviennent alors pleins, durs, douloureux et chauds. L'engorgement peut être évité (ou soulagé) en allaitant souvent et à la demande.

Épididyme Organe (canal) replié sur lui-même accolé au **testicule**. C'est dans cet organe que les spermatozoïdes arrivent à maturité et développent leur mobilité. Arrivés à maturité, les spermatozoïdes quittent l'épididyme par le **canal déférent** (voir Anatomie de l'homme, p. 435.)

Épididymite Inflammation de l'épididyme.

Épilepsie Maladie chronique causée par des troubles de la fonction cérébrale. Elle peut s'accompagner de convulsions.

Expulsion Lorsqu'un implant contraceptif ou un dispositif intra-utérin est totalement ou partiellement délogé.

Fausse couche Voir **Avortement spontané**.

Fécondation Rencontre entre un **ovocyte** et un **spermatozoïde**.

Fibrillation auriculaire Trouble du rythme cardiaque où les atria se contractent de façon anormale et irrégulière.

Fibrome Voir **Fibrome utérin.**

Fibrome utérin Tumeur non cancéreuse qui se développe dans le muscle de l'**utérus**.

Fibrose Formation excessive de tissu fibreux en réaction à la lésion d'un organe.

Filariase lymphatique Maladie parasitaire chronique causée par des vers filaires. Elle peut entraîner une inflammation et une obstruction permanente des canaux du système lymphatique ainsi qu'un éléphantiasis.

Fœtus Produit de la fécondation de la fin de la huitième semaine de grossesse jusqu'à la naissance (voir **Embryon**).

Follicule Petite structure ronde située dans l'**ovaire** dont chacune renferme un **ovocyte**. Pendant **l'ovulation** le follicule situé à la surface de l'ovaire s'ouvre et libère un ovule mature.

Gastroentérite Inflammation de l'estomac et de l'intestin.

Glaire cervicale Sécrétion épaisse qui bouche l'ouverture du **col de l'utérus**. La plupart du temps, elle est assez épaisse pour empêcher les spermatozoïdes d'entrer dans **l'utérus**. En milieu de **cycle menstruel**, la glaire devient fluide et filante pour faciliter le passage des spermatozoïdes.

Glaire vaginale Sécrétion des glandes situées dans le **vagin**.

Goitre Augmentation non cancéreuse de la thyroïde.

Gonorrhée **Infection sexuellement transmissible** d'origine bactérienne. Si elle n'est pas traitée, elle peut entraîner **la stérilité**.

Grossesse extra-utérine Voir Grossesse extra-utérine, Annexe B, p. 384.

Grossesse extra-utérine rompue Voir Grossesse extra-utérine rompue, Annexe B, p. 385.

Hématocrite Pourcentage du sang composé de globules rouges. Il est utilisé comme mesure de l'**anémie**.

Hématome Bleu ou décoloration de la peau causée par des vaisseaux sanguins qui se sont rompus sous la peau.

Hématomètre Accumulation de sang dans l'**utérus** qui peut survenir suite à un avortement spontané ou provoqué.

Hémoglobine Éléments des globules rouges qui renferment du fer. L'hémoglobine transporte l'oxygène depuis les poumons vers les tissus du corps.

Hépatite Voir Troubles du foie, Annexe B, p. 385.

Hernie Projection d'un organe, d'une partie d'un organe ou de toute structure corporelle à travers la paroi qui le/la renferme normalement.

Hernie inguinale **Hernie** située dans l'aine.

Herpès Voir **Herpès génital**.

Herpès génital Maladie causée par un virus qui se propage par contact sexuel.

Hormone Substance chimique produite dans un organe ou une partie du corps et transportée par le sang dans un autre organe ou une autre partie du corps, où elle intervient chimiquement. Il peut également s'agir d'une substance chimique fabriquée qui agit comme une hormone.

Hydrocèle Accumulation de liquides dans une cavité du corps, notamment dans les **testicules** ou le long du **cordon spermatique**.

Hyperlipidémie Niveau élevé de graisses dans le sang qui augmente le risque de maladie cardiaque.

Hypertension Tension artérielle supérieure à la normale : 140 mmHg ou plus (systolique) ou 90 mmHg ou plus (diastolique).

Hypertension pulmonaire **Hypertension** continue dans l'artère pulmonaire qui empêche la circulation du sang du cœur vers les poumons.

Hyperthyroïdie Production trop abondante d'**hormones** thyroïdiennes.

Hypothyroïdie Production insuffisante d'**hormones** thyroïdiennes.

Infections sexuellement transmissibles (IST) Infections bactériennes, fongiques, virales et parasitaires qui se transmettent pendant les rapports sexuels.

Infertilité Incapacité d'un couple à avoir des enfants vivants (voir **Stérilité**).

Jaunisse Jaunissement anormal de la peau et des yeux, généralement symptomatique d'une **maladie du foie**.

Kyste ovarien Sac rempli de liquide qui se forme dans l'**ovaire** ou à sa surface. Il se résorbe généralement de lui-même mais peut se rompre et causer des douleurs et des complications.

Lacération Lésion ou déchirure irrégulière de la chair n'importe où sur le corps, y compris sur le **col de l'utérus** et dans le **vagin**.

Lacération du col de l'utérus Voir **Lacération**.

Laparoscope Appareil composé d'un tube muni d'une caméra qui permet de voir l'intérieur d'un organe ou d'une cavité du corps. Il est utilisé à des fins diagnostiques et dans certaines techniques de stérilisation féminine.

Laparoscopie Intervention réalisée à l'aide d'un laparoscope.

Lésion Zone altérée ou malade de la peau ou d'autres tissus du corps.

Lèvres Les grandes et petites lèvres du **vagin** qui protègent les organes féminins internes (voir Anatomie de la femme, p. 432).

Maladie bénigne du sein Croissance de tissus anormaux mais non cancéreux des seins.

Maladie cardiovasculaire Toute maladie qui touche le cœur, les vaisseaux sanguins ou la circulation sanguine.

Maladie cérébrovasculaire Toute maladie qui touche les vaisseaux sanguins du cerveau.

Maladie de la thyroïde Toute maladie qui touche la thyroïde (voir **Hyperthyroïdie, Hypothyroïdie**).

Maladies de la vésicule biliaire Maladies qui affectent la vésicule biliaire, un organe situé sous le foie qui stocke la bile utilisée pour la digestion des graisses. Il peut s'agir d'une inflammation, d'une infection ou d'une obstruction ou encore d'un cancer de la vésicule biliaire ou de calculs biliaires (quand les composants de la bile se solidifient dans l'organe).

Maladie du foie Tumeurs, **hépatite** et **cirrhose**.

Maladie inflammatoire pelvienne Voir Maladie inflammatoire pelvienne, Annexe B, p. 385.

Maladie throphoblastique Voir **Maladie throphoblastique gestationnelle**.

Maladie trophoblastique gestationnelle Maladie de la grossesse qui consiste en la prolifération des cellules du trophoblaste, la couche externe de cellules qui entoure l'**embryon** et deviendra le **placenta**.

Maladie vasculaire Toute maladie qui touche les vaisseaux sanguins.

Mastite Inflammation des tissus du sein suite à une infection, qui peut causer de la fièvre, des rougeurs et des douleurs.

Matrice Voir **Utérus**.

Ménopause Période de la vie d'une femme pendant laquelle les règles s'arrêtent définitivement. Elle a lieu quand les ovaires cessent de produire des ovules. Une femme est considérée comme ménopausée après 12 mois sans règles.

Ménorragie Voir **Saignements vaginaux**.

Mesures préventives Mesures prises pour prévenir la survenue de maladies, comme le lavage des mains, la prise de médicaments ou la mise en place d'autres traitements.

Méthodes d'appoint Méthodes de planification familiale utilisées en cas d'erreur avec la méthode contraceptive en cours ou pour aider une femme à ne pas tomber enceinte lorsqu'elle commence à utiliser une méthode contraceptive. Les méthodes d'appoint incluent l'abstinence, les préservatifs masculins et féminins, les spermicides et le retrait.

Métrorragie Voir **Saignements vaginaux**.

Migraine avec aura Troubles du système nerveux qui affectent la vue et parfois le toucher et l'élocution (voir Identifier les migraines avec et sans aura, p. 436).

Migraines Maux de tête sévères et récurrents (voir Identifier les migraines avec ou sans aura, p. 436).

Minilaparotomie Technique de stérilisation féminine réalisée en pratiquant dans l'abdomen une petite incision par laquelle on tire les **trompes de Fallope** que l'on noue puis que l'on sectionne.

Muguet Voir **Candidose.**

Muqueuse Membrane qui revêt les passages et les cavités du corps en contact avec l'air.

Mutations thrombogéniques Troubles génétiques responsables de l'épaississement ou de la coagulation anormaux du sang.

Mycose Voir **Candidose**.

Naissance prématurée Naissance qui a lieu avant la 37e semaine de grossesse.

Néphropathie Maladie des reins, notamment lésion des petits vaisseaux sanguins dans les reins suite à un diabète de longue durée.

Néoplasie intraépithéliale cervicale (**CIN**) Cellules précancéreuses anormales situées au niveau du col de l'utérus. Les formes bénignes disparaissent d'elles-mêmes mais les anomalies les plus graves peuvent évoluer en **cancer du col** si elles ne sont pas traitées. Elle est également appelée dysplasie ou précancer du col de l'utérus.

Neuropathie Maladie des nerfs ou du système nerveux avec dégénérescence des nerfs suite à des lésions des petits vaisseaux sanguins dans le système nerveux causées par un diabète de longue durée.

Nidation Implantation de l'**embryon** dans l'**endomètre** de l'**utérus** où s'établit le contact avec le sang de la mère à des fins d'alimentation.

Œstrogènes Hormones responsables du développement des organes sexuels chez la femme. Les œstrogènes naturels, en particulier l'estradiol, sont sécrétés par un **follicule** ovarien mature qui entoure l'**ovocyte**. Il s'agit également d'une famille de médicaments de synthèse dont les effets sont similaires aux œstrogènes naturels. On les utilise dans certains contraceptifs hormonaux.

Orchite Inflammation d'un **testicule** (voir Anatomie de l'homme, p. 435).

Ovaires Deux glandes sexuelles féminines qui stockent et libèrent les **ovocytes** et produisent **l'œstrogène** et **la progestérone** qui sont des hormones sexuelles (voir Anatomie de la femme, p. 432).

Ovulation Libération d'un **ovocyte (ovule)** par un **ovaire**.

Ovocyte (Ovule) Cellule sexuelle produite par les **ovaires**.

Pelvis (bassin) Squelette de la partie inférieure du torse humain qui repose sur les jambes et soutient la colonne vertébrale. Chez la femme, le pelvis correspond également à la partie creuse de la structure osseuse du bassin que le **fœtus** traverse pendant l'accouchement.

Pénis Organe masculin servant à la miction et aux rapports sexuels (voir Anatomie de l'homme, p. 435).

Perforation Trou dans la paroi d'un organe ou réalisation d'un trou à l'aide d'un instrument médical.

Perforation de l'utérus Perforation de la paroi de l'**utérus**, qui peut survenir pendant un avortement provoqué ou la pose d'un DIU.

Placenta Organe qui nourrit un **fœtus en développement**. Il se forme pendant la grossesse et est expulsé par l'utérus dans les minutes qui suivent la naissance du bébé.

Post-partum Période qui couvre les six premières semaines après l'accouchement.

Pré-éclampsie **Hypertension** qui s'accompagne d'une élévation du taux de protéines dans les urines, d'œdèmes locaux ou généralisés, ou des deux (mais sans convulsions) après la 20e semaine de grossesse. Elle peut évoluer en éclampsie.

Premières règles Le début des cycles des **saignements menstruels**. Elles ont lieu pendant la puberté lorsque le corps commence à produire des **œstrogènes** et de la **progestérone**.

Prépuce Petite peau qui recouvre le gland du **pénis** (voir Anatomie de l'homme, p. 35).

Progestérone **Hormone** stéroïdienne sécrétée par les **ovaires** après l'**ovulation**. Elle prépare l'**endomètre** à la **nidation** d'un ovule fécondé, protège l'**embryon**, participe à la formation du **placenta** et aide à préparer les seins pour l'**allaitement**.

Progestine (**progestogène**) Large groupe de médicaments de synthèse dont les effets sont analogues à ceux de la **progestérone.** Certains sont utilisés comme contraceptifs hormonaux.

Prophylaxie Voir **Mesures préventives**.

Prostate Organe reproducteur de l'homme où une partie du **sperme** est produite (voir Anatomie de l'homme, p. 435).

Pus Liquide jaunâtre ou blanchâtre qui se forme dans des tissus infectés.

Rapports sexuels Voir **Sexualité**

Règles, menstruations Voir **Saignements menstruels**.

Rétinopathie Maladie de la rétine (tissus nerveux qui tapisse le fond de l'œil) avec lésions des petits vaisseaux sanguins de la rétine associées à un diabète de longue durée

Rupture prolongée des membranes Elle survient lorsque la poche des eaux qui entoure le fœtus se rompt 24 heures ou plus avant la naissance.

Rupture utérine Déchirure de l'**utérus**, généralement pendant le travail ou en fin de grossesse.

Saignements abondants Voir **Saignements vaginaux**.

Saignements de privation Voir **Saignements menstruels**.

Saignements de privation Voir **Saignements vaginaux**.

Saignements irréguliers Voir **Saignements vaginaux**.

Saignements menstruels Écoulement mensuel de sang de l'**utérus** par le **vagin** chez la femme adulte qui dure des **premières règles** jusqu'à la **ménopause**. Il s'agit également de l'écoulement de sang qui a lieu chaque mois chez les femmes qui utilisent des méthodes hormonales combinées (saignements de privation).

Saignements peu fréquents Voir **Saignements vaginaux**.

Saignements prolongés Voir **Saignements vaginaux**.

Saignements vaginaux Tout écoulement de sang par le vagin (rose, rouge ou marron) qui nécessite l'utilisation de protections hygiéniques (serviettes, tampons). Il existe différents modes de saignements vaginaux :

Aménorrhée Absence totale de saignement au moment prévu des règles.

Métrorragie Toute perte vaginale de sang, ou tache de sang, en-dehors du moment prévu qui ne requiert pas l'utilisation de protections hygiéniques.

Saignements de privation Tout saignement qui survient en dehors du moment prévu (en-dehors des règles par exemple) et qui requiert l'utilisation de protections hygiéniques.

Saignements abondants (**ménorragie**) Saignements deux fois plus importants que les saignements habituels.

Saignements peu fréquents Moins de deux épisodes de saignements sur trois mois.

Saignements irréguliers Métrorragie et/ou saignements de privation qui ont lieu en-dehors du moment prévu (des règles par exemple).

Saignements menstruels ou mensuels Saignements qui ont lieu en moyenne pendant 3 à 7 jours tous les 28 jours.

Saignements prolongés Saignements qui durent plus de huit jours.

Schistosomiase Maladie parasitaire causée par des vers plats qui vivent dans des gastéropodes d'eau douce. L'infection se produit lorsqu'une personne se baigne dans une eau où les gastéropodes ont libéré des larves du ver.

Scrotum Enveloppe cutanée située derrière le **pénis** et qui contient les **testicules** (voir Anatomie de l'homme, p. 435).

Sepsis Présence de divers organismes pathogènes qui forment du **pus** ou des substances toxiques qu'ils produisent, dans le sang ou les tissus.

Sepsis puerpéral Infection des organes reproducteurs pendant les 42 premiers jours du **post-partum** (puerpérium).

Sexualité, rapport sexuel Activité sexuelle où le pénis est introduit dans une cavité du corps.

Anal Activité sexuelle impliquant l'anus.

Oral Activité sexuelle impliquant la bouche.

Vaginal Activité sexuelle impliquant le vagin.

Sida Voir **Syndrome de l'immunodéficience acquise**.

Spéculum Instrument médical utilisé pour élargir un orifice corporel afin de mieux voir à l'intérieur. Un spéculum est inséré dans le **vagin** pour visualiser le **col de l'utérus**.

Sperme Liquide blanc épais produit par les organes génitaux de l'homme et libéré par le **pénis** lors de **l'éjaculation**. Il contient des spermatozoïdes sauf en cas de vasectomie.

Spermatozoïdes Gamètes mâles. Les spermatozoïdes sont produits dans les **testicules** d'un homme adulte, mélangés au **sperme** dans les **vésicules séminales**, et libérés lors de **l'éjaculation** (voir Anatomie de l'homme. p. 435).

Stériliser (l'équipement médical) Détruire tous les micro-organismes, notamment les spores qui ne sont pas éliminés par la **désinfection de haut niveau**.

Stérilité Voir **Infertilité**.

Syndrome de l'immonudéficience acquise (sida) État causé par une infection par le *virus de l'immunodéficience humaine* (VIH) qui ébranle le système immunitaire qui est alors incapable de lutter contre certaines infections.

Syndrome du choc toxique Voir Syndrome du choc toxique, Annexe B, p. 385.

Syphilis **Infection sexuellement transmissible** d'origine bactérienne. Si elle n'est pas traitée, elle peut évoluer en infection systémique qui entraîne une paralysie générale et la démence. Elle peut se transmettre au **fœtus** pendant la grossesse ou l'accouchement.

Tampon Cylindre de coton ou autre matière absorbante utilisé pour absorber des liquides, par exemple en l'insérant dans le vagin pour absorber les **saignements menstruels**.

Tension artérielle Pression exercée par le sang contre les parois des vaisseaux sanguins. En général, la pression systolique normale (pendant la contraction) est inférieure à 140 mmHg, et la pression diastolique normale (entre deux contractions) est inférieure à 90 mmHg (voir **Hypertension**).

Testicules Les deux organes reproducteurs chez l'homme qui produisent les **spermatozoïdes** et l'**hormone** de la testostérone. Ils sont situés dans le **scrotum**. (Voir Anatomie de l'homme, p. 435).

Thalassémie Type d'**anémie** héréditaire.

Thrombophlébite Inflammation d'une veine due à la présence d'un caillot sanguin (voir **Thrombose**).

Thrombophlébite superficielle Inflammation d'une veine située juste sous la peau due à un caillot sanguin.

Thrombose Formation d'un caillot de sang à l'intérieur d'un vaisseau sanguin.

Thrombose veineuse profonde Voir Thrombose veineuse profonde, Annexe B, p. 384.

Traitement antirétroviral (TAR) Ensemble de médicaments utilisés pour traiter l'infection par le VIH. Il existe plusieurs classes d'antirétroviraux (ARV) qui agissent différemment contre le VIH. Les patient.e.s prennent une combinaison de plusieurs médicaments à la fois.

Trichomonase **Infection sexuellement transmissible** causée par un protozoaire.

Trouble ou maladie thromboembolique Coagulation anormale du sang dans les vaisseaux sanguins.

Trompe de Fallope Au nombre de deux, les trompes de Fallope relient l'**utérus** aux **ovaires**. La **fécondation** d'un **ovocyte** par un **spermatozoïde** survient généralement dans l'une de trompes de Fallope (voir Anatomie de la femme, p. 432).

Tuberculose Maladie contagieuse d'origine bactérienne. Elle infecte le plus souvent le système respiratoire mais également le **pelvis** chez la femme. On l'appelle alors **tuberculose pelvienne**.

Tuberculose pelvienne Infection des organes pelviens par la bactérie responsable de la **tuberculose** dans les poumons.

Tumeur ovarienne bénigne Croissance non cancéreuse qui se développe dans l'ovaire ou autour.

Urètre Tube par lequel l'urine est éliminée du corps (voir Anatomie de la femme, p. 432, et Anatomie de l'homme, p. 435). Chez l'homme, le **sperme** passe également par l'urètre.

Utérus Organe musculaire creux qui accueille le **fœtus** pendant la grossesse. On peut également l'appeler matrice (voir Anatomie de la femme, p. 432).

Utérus peu mobile **Utérus** qui ne peut être bougé, souvent en raison d'une endométriose ou d'une précédente chirurgie ou infection.

Vagin Chez la femme, passage conduisant de l'ouverture génitale externe à l'**utérus** (voir Anatomie de la femme, p. 432).

Vaginite Inflammation du **vagin**. Elle peut être due à une infection bactérienne, des virus, des champignons ou une irritation d'origine chimique. Ce n'est pas une infection sexuellement transmissible.

Vaginose bactérienne Affection courante causée par une prolifération des bactéries naturellement présentes dans le **vagin**.

Valvulopathie Problèmes de santé dus à un mauvais fonctionnement des valves cardiaques.

Varices Veines élargies et noueuses le plus souvent situées sous la peau des jambes.

Verrue Voir **Verrue génitale.**

Verrues génitales Excroissances sur la **vulve**, tes parois du vagin et le **col** chez la femme, et sur le **pénis** chez l'homme. Elles sont causées par le **virus du papillome humain.**

Vésicules séminales Organes masculins où les **spermatozoïdes** se mélangent au **sperme** (voir Anatomie de l'homme, p. 435).

VIH Voir **Virus de l'immunodéficience humaine**.

Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) Virus qui cause le **syndrome de l'immunodéficience acquise** (sida).

Virus du papillome humain ou papillomavirus humain (VPH) Virus courant très contagieux transmis par activité sexuelle et contact cutané au niveau des parties génitales. Certains sous-types du VPH sont responsables de la plupart des cas de **cancer du col de l'utérus** ; d'autres causent des **verrues génitales**.

Vulve Partie génitale extérieure de la femme.

Méthodologie

L'édition 2022 de *Planification familiale : un manuel à l'intention des prestataires de services de planification familiale du monde entier* reflète les recommandations les plus récentes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) émises depuis la publication de la 3e édition en 2018. Il convient de noter que les révisions des chapitres 4, 22 et 25 intègrent les recommandations publiées par l'OMS portant sur la recevabilité médicale pour l'utilisation d'injectables à progestatif seul chez les femmes exposées à un risque élevé d'infection par le VIH *(1)*; la gestion syndromique des infections sexuellement transmissibles *(2)*; le dépistage, la prévention et le traitement du cancer du col de l'utérus *(3,4,5)*; et la contraception post-avortement*(6)*. Le chapitre 9 a été étoffé par des conseils détaillés sur les techniques de pose et de retrait des implants, d'après de nouvelles informations fournies par le fabricant du produit afin d'améliorer la prise en charge des patientes.

La rédaction du nouveau chapitre intitulé Planification familiale pour les adolescentes et les femmes exposées à un risque élevé d'infection par le VIH s'est appuyée sur les recommandations émises par un groupe de travail chargé d'élaborer les orientations de l'OMS qui s'est réuni en juillet 2019 dans le but de revoir la recevabilité médicale des méthodes contraceptives pour les femmes exposées à un risque élevé d'infection par le VIH *(7)*et également présentées dans une note d'orientation de juillet 2020 de l'OMS et dans Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) mettant en évidence les actions recommandées pour améliorer les services et les choix cliniques et de prévention *(8)*. Le nouveau chapitre intitulé Fourniture des services de planification familiale pendant une épidémie s'inspire des orientations opérationnelles provisoires de l'OMS pour le maintien des services essentiels pendant une épidémie (publiées en mars et mises à jour en juin 2020) *(9)* et de la page internet Questions-réponses de l'OMS répondant aux questions sur le COVID-19 et la planification familiale *(10)*.

Un groupe multidisciplinaire d'experts, parmi eux des spécialistes en planification familiale, infections sexuellement transmissibles, soins liés à l'avortement, cancer du col de l'utérus et du VIH, ainsi que des représentants des populations concernées, des cliniciens, des épidémiologistes, des pharmacologues, des responsables de programmes et des décideurs politiques, ont collaboré à l'élaboration et à la révision des chapitres modifiés et participé à la rédaction des nouveaux chapitres (voir Remerciements, p. ix-x).

Définitions utilisées dans le ce manuel

Efficacité : sauf indication contraire, les taux correspondent en grande partie aux pourcentages de femmes américaines dont on estime qu'elles ont eu des grossesses non désirées pendant la première année d'utilisation. Voir l'Annexe A.

Effets secondaires : affections signalées par au moins 5 % des utilisateurs/-trices dans des études sélectionnées, indépendamment des éléments probants de casualité ou de

la plausibilité biologique, énumérées par ordre de fréquence, en commençant par le plus fréquent.

Termes qui décrivent les risques pour la santé (pourcentage d'utilisateurs/-trices présentant un risque) :
Fréquents : ≥15% et <45%
Peu fréquents : ≥1% et <15%
Rares : ≥0,1 % et <1 % (<1 pour 100 et ≥1 pour 1 000)
Très rares : ≥0,01% et <0,1% (<1 pour 1 000 et ≥1 pour 10 000)
Extrêmement rares : <0,01% (<1 pour 10 000)

Références de la Méthodologie

1. Contraceptifs appropriés pour les femmes à risque élevé d'infection par le VIH : manuel d'orientation : recommandations concernant l'utilisation de méthodes contraceptives par les femmes exposées à un risque élevé d'infection par le VIH. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/330289).
2. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/342523).
3. WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, second edition. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/342365).
4. WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, second edition: use of mRNA tests for human papillomavirus. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/350652).
5. Human papillomavirus (HPV) nucleic acid amplification tests (NAATs) to screen for cervical pre-cancer lesions and prevent cervical cancer: policy brief. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2022 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/352495).
6. Lignes directrices sur les soins liés à l'avortement. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2022 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/365337).
7. Contraceptifs appropriés pour les femmes à risque élevé d'infection par le VIH : manuel d'orientation : recommandations concernant l'utilisation de méthodes contraceptives par les femmes exposées à un risque élevé d'infection par le VIH. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/330289).
8. Actions for improved clinical and prevention services and choices: preventing HIV and other sexually transmitted infections among women and girls using contraceptive services in contexts with high HIV incidence. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/332287).
9. Maintenir les services de santé essentiels : orientations de mise en œuvre dans le cadre de la COVID-19 : orientations provisoires, 1 juin 2020. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/334358).
10. Questions-réponses: contraception/planification familiale et COVID-19. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2020 (https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/contraception-family-planning-and-covid-19, consulté le 12 novembre 2020).

Documents d'orientation de l'OMS utilisés pour la préparation de cette édition du manuel

Principes fondamentaux (documents d'orientation) de l'OMS fondées sur des données factuelles pour les lignes directrices et les programmes nationaux de planification familiale

Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, cinquième édition. 2015. https://apps.who.int/iris/handle/10665/181468

Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives, troisième édition. 2016. https://apps.who.int/iris/handle/10665/252267

Applications mobiles de l'OMS pertinentes pour la planification familiale (en anglais)

Contraceptive delivery tool for humanitarian settings
Pour accéder à l'application Android ou Apple et l'installer, cliquez sur ce lien pour plus d'informations : https://www.who.int/news/item/07-12-2018-delivering-contraceptive-services-in-humanitarian-settings

Medical eligibility criteria for contraceptive use app (en anglais)
Pour accéder à l'application Android ou Apple et l'installer, cliquez sur ce lien pour plus d'informations : https://www.who.int/news/item/29-08-2019-new-app-for-who-s-medical-eligibility-criteria-for-contraceptive-use

Lignes directrices sur les soins liés à l'avortement. 2022. https://apps.who.int/iris/handle/10665/365337 (sections 3.5.4 ; 3.6.3).

Actions for improved clinical and prevention services and choices: preventing HIV and other sexually transmitted infections among women and girls using contraceptive services in contexts with high HIV incidence. 2020. https://apps.who.int/iris/handle/10665/332287

Communication brève relative à la sexualité (CBS) : recommandations pour une approche de santé publique. 2015. https://apps.who.int/iris/handle/10665/204278

Cancer du col de l'utérus : principaux repères. 2022. https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer

La lutte contre le cancer du col de l'utérus : guide des pratiques essentielles, 2ème édition. 2014. https://apps.who.int/iris/handle/10665/254713

Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. 2022. https://apps.who.int/iris/handle/10665/360601

Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach, second edition. 2016. https://apps.who.int/iris/handle/10665/208825

Contraceptifs appropriés pour les femmes à risque élevé d'infection par le VIH : manuel d'orientation : recommandations concernant l'utilisation de méthodes contraceptives par les femmes exposées à un risque élevé d'infection par le VIH. 2019. https://apps.who.int/iris/handle/10665/330289

Questions-réponses: contraception/planification familiale et COVID-19. 2020. https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/contraception-family-planning-and-covid-19

Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization: an interagency statement by OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF and WHO. 2014. https://apps.who.int/iris/handle/10665/112848

Garantir les droits de l'homme lors de la fourniture d'informations et de services en matière de contraception : orientations et recommandations. 2014. https://apps.who.int/iris/handle/10665/126317

Ensuring human rights within contraceptive service delivery: implementation guide. 2015. https://apps.who.int/iris/handle/10665/158866

Gender mainstreaming for health managers: a practical approach. 2011. https://apps.who.int/iris/handle/10665/44516

Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. 2021. https://apps.who.int/iris/handle/10665/342523

Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle : manuel clinique. 2014. https://apps.who.int/iris/handle/10665/204236

Human papillomavirus (HPV): fact sheet. 2017. https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/human-papillomavirus-%28hpv%29

Human papillomavirus (HPV) nucleic acid amplification tests (NAATs) to screen for cervical pre-cancer lesions and prevent cervical cancer: policy brief. 2022. https://apps.who.int/iris/handle/10665/352495.

Classification Internationale des Maladies Onzième Révision, 11e édition (CIM-11) [site web]. 2022. https://icd.who.int/fr

Maintenir les services de santé essentiels : orientations de mise en oeuvre dans le cadre de la COVID-19 : orientations provisoires. 2020. https://apps.who.int/iris/handle/10665/334358

Monitoring human rights in contraceptive services and programmes. 2017. https://apps.who.int/iris/handle/10665/259274

Preventing HIV and other STIs among women and girls using contraceptive services in contexts with high HIV incidence: actions for improved clinical and prevention services and choices: policy brief. 2020. https://apps.who.int/iris/handle/10665/332287

Stratégies de programmation pour la planification familiale du post-partum. 2014. https://www.who.int/fr/publications-detail/9789241506496

Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities: WHO/UNFPA guidance note. 2009. https://apps.who.int/iris/handle/10665/44207

Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. 2013. https://apps.who.int/iris/handle/10665/85240

Technical consultation on the effects of hormonal contraception on bone health: summary report. 2005. https://apps.who.int/iris/handle/10665/69845

WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, second edition. 2021. https://apps.who.int/iris/handle/10665/342365

WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, second edition: use of mRNA tests for human papillomavirus (HPV). 2021. https://apps.who.int/iris/handle/10665/350652

WHO guideline on self-care interventions for health and well-being: 2022 revision. 2022. https://apps.who.int/iris/handle/10665/357828

WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection. 2017. https://apps.who.int/iris/handle/10665/255890

Recommandations de l'OMS relatives à la santé et aux droits des adolescents en matière de sexualité et de reproduction. 2018. https://apps.who.int/iris/handle/10665/311413

Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive. 2016. https://apps.who.int/iris/handle/10665/259584

WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. 2022. https://apps.who.int/iris/handle/10665/352658

Recommandations de l'OMS : optimisation des rôles du personnel de santé par la délégation des tâches pour améliorer l'accès aux interventions de santé maternelle et néonatale. 2012. https://apps.who.int/iris/handle/10665/84202

WHO technical brief: preventing HIV during pregnancy and breastfeeding in the context of PrEP: technical brief. 2017. https://apps.who.int/iris/handle/10665/255866

Références de la section Égalité des genres et inclusion

Veuillez vous reporter aux pages xv-xvii.

1. Quatrième conférence mondiale des Nations unies sur les femmes, Pékin, Chine, programme d'action, section C : les femmes et la santé. Nations unies ; 1995 (en anglais) https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/health.htm).

2. Gender mainstreaming for health managers: a practical approach. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2011 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/44516).

3. Ayhan CHB, Bilgin H, Uluman OT, et al. A systematic review of the discrimination against sexual and gender minority in health care settings. Int J Health Serv. 2020;50(1):44–61. doi:10.1177/0020731419885093.

4. White Hughto JM, Reisner SL, Pachankis JE. Transgender stigma and health: a critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. Soc Sci Med. 2015;147:222–31. doi:10.1016/j.socscimed.2015.11.010.

5. Drabish K, Theeke LA. Health impact of stigma, discrimination, prejudice, and bias experienced by transgender people: a systematic review of quantitative studies. Issues Ment Health Nurs. 2022;43(2):111–8. doi:10.1080/01612840.2021.1961330.

6. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 11e édition (CIM-11) [site internet]. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2022 (https://icd.who.int/fr).

7. WHO guideline on self-care interventions for health and well-being: 2022 revision. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2022 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/357828).

Illustration et crédits photo

Illustrations de Greg Dayman, Rita Meyer et Rafael Avila, sauf mention contraire ci-dessous. Adaptations de Rafael Avila.

Couvertures	Mark Beisser, Johns Hopkins Center for Communication Programs (CCP), et Tina Larson, Prographics
p. 34	DELIVER
p. 38	Cheikh Fall, CCP, avec l'aimable autorisation de Photoshare
p. 50	Francine Mueller, CCP
p. 66	David Alexander, CCP, avec l'aimable autorisation de Photoshare
p. 81–82	PATH
p. 84–85	PATH
p. 98	Schering AG
p. 120	Ortho-McNeil Pharmaceutical
p. 125	David Alexander, CCP, avec l'aimable autorisation de Photoshare
p. 127	Population Council
p. 142–148, 157–160	Programme de survie de la mère et de l'enfant, financé par un accord de coopération avec l'United States Agency for International Development (USAID)
p. 167	Jhpiego. Source : Bluestone B, Chase R, et Lu ER, editors. IUD guidelines for family planning service programs. 3ème éd. Baltimore : Jhpiego ; 2006. (adaptation)
p. 168, 176	David Alexander, CCP, avec l'aimable autorisation de Photoshare
p. 178–179	Jhpiego. Source : Bluestone B, Chase R, et Lu ER, editors. IUD guidelines for family planning service programs. 3ème éd. Baltimore : Jhpiego ; 2006. (adaptation)
p. 199	David Alexander, CCP, avec l'aimable autorisation de Photoshare

p. 207–208	Jhpiego. Source : Bluestone B, Chase R, et Lu ER, editors. IUD guidelines for family planning service programs. 3ème éd. Baltimore : Jhpiego ; 2006. (adaptation)
p. 231, 249	EngenderHealth (adaptation)
p. 272	David Alexander, CCP, avec l'aimable autorisation de Photoshare
p. 275	Female Health Foundation (adaptation)
p. 282	David Alexander, CCP, avec l'aimable autorisation de Photoshare
p. 300	Francine Mueller, CCP
p. 296, 302	Université de Georgetown, Institute for Reproductive Health (adaptation)
p. 327	LINKAGES Project, Academy for Educational Development
p. 333	Bangladesh Center for Communication Programs
p. 372	Rick Maiman, David et Lucile Packard Foundation, avec l'aimable autorisation de Photoshare
p. 374	CCP, avec l'aimable autorisation de Photoshare
p. 404	Lamia Jaroudi, CCP, avec l'aimable autorisation de Photoshare
p. 407	CCP, avec l'aimable autorisation de Photoshare
Troisième de couverture	FHI 360

Comparatifs des méthodes contraceptives

Comparatif des méthodes combinées

Caractéristiques	Contraceptifs oraux combinés	Injectables mensuels	Patch combiné	Anneau vaginal combiné
Comment l'utiliser	Pilule prise par voie orale.	Injection intramusculaire.	Patch posé surla face extérieure du haut du bras,sur le dos, l'abdomen ou les fesses. Pas sur la poitrine.	Anneau inséré dans le vagin.
Fréquence d'utilisation	Quotidienne	Mensuelle: injection toutes les 4 semaines.	Hebdomadaire: le patch est remplacé chaque semaine pendant 3 semaines. Pas de patch pendant la 4e semaine.	Mensuelle: anneau porté pendant 3 semaines puis retiré pendant la 4e semaine.
Efficacité	Dépend de la capacité de l'utilisatrice à prendre une pillule tous les jours.	Dépend moins de l'utilisatrice. L'utilisatrice doit se faire administrer une injection toutes les4 semaines (plus ou moins 7 jours).	L'utilisatrice doit y penser une fois par semaine.	Dépend de la capacité de l'utilisatrice à garde l'anneau en place, sans le retirer pendant plus de 48 heures d'affilée.
Modes de saignements	Généralement, les saignements sont irréguliers pendant les premiers mois et deviennent plus légers et plus réguliers par la suite.	Les saignements irréguliers ou l'absence de règles sont plus courants qu'avec les COC. Par ailleurs, certaines femmes ont des saignements prolongés les premiers mois.	Identiques aux COC, mais les saignements irréguliers sont plus courants pendant les premiers cycles qu'avec les COC.	Identiques aux COC, mais les saignements irréguliers sont moins courants qu'avec les COC.
Discrétion	Pas de signes physiques d'utilisation mais d'autres personnes peuvent trouver les pilules.	Pas de signes physiques d'utilisation.	Le patch peut être vu par le partenaire ou d'autres personnes.	Le partenaire peut sentir l'anneau.

Comparatif des injectables

Caractéristiques	AMPR	NET-EN	Injectables mensuels
Durée entre les injections	3 mois.	2 mois.	1 mois.
Retard ou avance possibles pour l'injection suivante	2 semaines avant ou 4 semaines après la date d'injection prévue.	2 semaines avant ou après la date d'injection prévue.	7 jours avant ou après la date d'injection prévue.
Technique d'injection	Injection intramusculaire (IM) profonde dans la hanche, le haut du bras ou les fesses. Injection sous-cutanée à l'arrière du haut du bras, à l'abdomen ou sur le devant de la cuisse.	Injection intramusculaire profonde dans la hanche, le haut du bras ou les fesses. Peut être légèrement plus douloureuse que pour l'AMPR-IM.	Injection intramusculaire profonde dans la hanche, le haut du bras, les fesses ou l'extérieur de la cuisse.
Modes de saignements courants la première année	Saignements irréguliers et prolongés au départ, puis absence de saignements ou saignements peu fréquents. Eenviron 40% des utilisatrices n'ont pas de règles après 1 an.	Saignements irréguliers ou prolongés les 6 premiers mois mais épisodes plus courts qu'avec l'AMPR. Après 6 mois les modes de saignements sont similairesà ceux observés avec l'AMPR. 30 % des utilisatrices n'ont plus leurs règles après 1 an.	Saignements irréguliers, fréquents ou les 3 premiers mois. Les modes de saignements sont généralement plus réguliers à 1 an. Environ 2% des utilisatrices n'ont plus leurs règles après 1 an.
Prise de poids moyenne	1 à 2 kg par an.	1 à 2 kg par an.	1 kg par an.
Taux de grossesse, tel qu'utilisé habituellement	Environ 4 grossesses pour 100 femmes au cours de la première année.	Considérés comme similaires à ceux observés avec l'AMPR.	Environ 3 grossesses pour 100 femmes la première année.
Délai moyen pour tomber enceinte après l'arrêt des injections	4 mois de plus que pour les femmes ayant utilisé d'autres méthodes.	1 mois de plus que pour les femmes ayant utilisé d'autres méthodes.	1 mois de plus que pour les femmes ayant utilisé d'autres méthodes.

Comparaison des implants

Caractéristiques	Jadelle	Implanon NXT	Levoplant
Type de progestatif	Lévonorgestrel.	Étonogestrel.	Lévonorgestrel.
Nombre	2 bâtonnets.	1 bâtonnet.	2 bâtonnets.
Durée d'utilisation	5 ans.	3 ans.	4 ans.

Comparatif des préservatifs

Caractéristiques	Préservatifs masculins	Préservatifs féminins
Comment le mettre ?	Se déroule sur le pénis. S'adapte parfaitement au pénis .	Inséré dans le vagin de la femme. Il épouse lâchement les parois du vagin et ne comprime pas le pénis.
Quand le mettre ?	Mettre sur le pénis en érection avant les rapports sexuels.	Peut être inséré jusqu'à 8 heures avant les rapports sexuels.
Composition	La plupart sont en latex. Certains préservatifs sont fabriqués en matière synthétique ou à partir de membrane animale.	La plupart sont fabriqués à partir d'un fin film synthétique; quelques-uns sont en latex.
Sensations lors des rapports sexuels	Il modifie la sensation de contact pendant les rapports sexuels.	Moins de plaintes de perte de sensation qu'avec les préservatifs masculins.
Bruit lors des rapports sexuels	Peut faire un bruit de caoutchouc pendant les rapports sexuels.	Peut faire un bruit de frottement ou grincer pendant les rapports sexuels.
Lubrifiants à utiliser	Les utilisatrices peuvent ajouter des lubrifiants : • À base d'eau ou de silicone uniquement. • Appliqués sur l'extérieur du préservatif.	Les utilisatrices peuvent ajouter des lubrifiants : • À base d'eau, de silicone ou d'huile (sauf avec les préservatifs en latex). • Avant l'insertion, appliquer sur l'extérieur du préservatif. • Après l'insertion, appliquer à l'intérieur du préservatif ou sur le pénis.
Risque de se déchirer ou glisser	Tend à se déchirer plus souvent que les préservatifs féminins.	Tend à glisser plus souvent que les préservatifs masculins.

Comparatif des préservatifs *(suite)*

Caractéristiques	Préservatifs masculins	Préservatifs féminins
Quand le retirer ?	Il doit être retiré du vagin avant la fin de l'érection.	Il peut rester dans le vagin après la fin de l'érection. Il doit être retiré avant que la femme ne se lève.
Que protège-t-il ?	Il couvre et protège presque tout le pénis, et il protège les parties génitales internes de la femme.	Il couvre les parties génitales internes et externes de la femme et la base du pénis.
Conservation	Conserver à l'abri de la chaleur, de la lumière et de l'humidité.	Les préservatifs en plastique sont résistants à la chaleur, la lumière et l'humidité.
Réutilisation	Ne peut pas être réutilisé.	La réutilisation n'est pas recommandée (voir Les préservatifs féminins, question 5, p. 281).
Coût et disponibilité	Généralement peu coûteux et largement disponible.	Généralement plus chers et moins disponible que les préservatifs masculins.

Comparatifs des DIU

Caractéristiques	DIU au cuivre	DIU au lévonorgestrel
Efficacité	Pratiquement égale. Les deux types de DIU figurent parmi les méthodes les plus efficaces.	
Durée d'utilisation	Approuvé pour 10 ans.	Approuvé pour 3 à 5 ans.
Modes de saignements	Saignements plus longs et abondants, saignements irréguliers, davantage de crampes ou de douleurs pendant les règles.	Davantage de saignements irréguliers ou de métrorragie pendant les premiers mois. Après1 an, l'absence de règles est plus courante. Il provoque moins de saignements que le DIU au cuivre au fil du temps.
Anémie	Peut contribuer à une anémie ferriprive si la femme présente déjà de faibles réserves en fer avant la pose.	Peut aider à prévenir l'anémie ferriprive
Principales raisons pour arrêter l'utilisation	Plus de saignements et de douleurs.	Absence de règles et effets secondaires dus aux hormones.
Bénéfices non contraceptifs contraceptifs	Peut aider à protéger contre le cancer de l'endomètre.	Traitement efficace contre les règles longues et abondantes (solution alternative à l'hystérectomie). Peut également aider à soulager les douleurs de règles. Peut être utilisé comme progestatif dans le cadre de l'hormonothérapie substitutive.
Utilisation post-partum	Peut être posé jusqu'à 48 heures après l'accouchement. Après 48 heures, délai de 4 semaines ou plus.	
Utilisation en contraception d'urgence	Peut être utilisé dans les 5 jours qui suivent des rapports sexuels non protégés.	Non recommandé.
Pose	Requiert une formation spécifique.	
Coût	Moins onéreux.	Plus onéreux.

Que faire en cas d'oubli de pilule ?

Prenez toujours une pilule dès que vous y pensez et continuez à en prendre une par jour.

Et aussi...

Si vous oubliez de prendre votre pilule pendant 3 jours de suite ou plus, ou si vous commencez une plaquette avec 3 jours de retard ou plus :

utilisez des préservatifs ou pratiquez l'abstinence pendant les 7 jours suivants.

Si ces oublis ont eu lieu la 3ème semaine du cycle :

utilisez des préservatifs ou pratiquez l'abstinence pendant les 7 jours suivants.

De même, ne prenez pas les pilules sans hormones (ou sautez la semaine sans pilule) et commencez immédiatement une nouvelle plaquette.

Si vous oubliez des pilules non hormonales (uniquement les 7 dernières pilules des plaquettes de 28 pilules) :

Jetez les pilules non prises et continuez à prendre une pilule par jour.

Anatomie de la femme

et fonctionnement des contraceptifs chez les femmes

Anatomie interne

Utérus

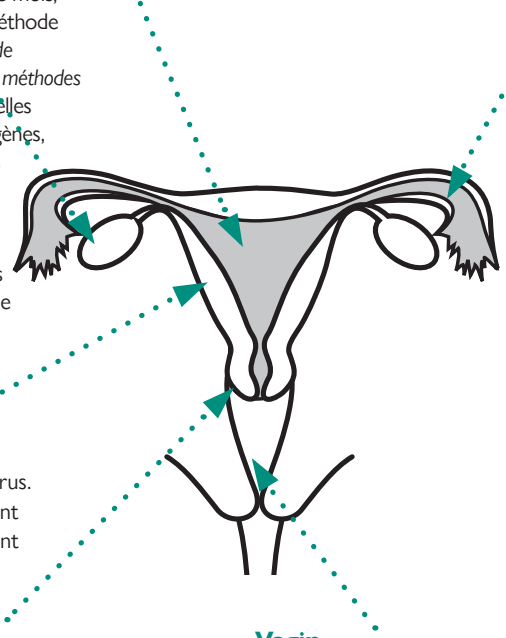
Endroit où l'ovocyte fécondé se développe et devient un fœtus. *Le DIU* est placé dans l'utérus mais empêche la fécondation au niveau des trompes de Fallope. *Le DIU au cuivre tue* également les spermatozoïdes qui se déplacent vers l'utérus.

Trompes de Fallope

Un ovocyte se déplace le long de l'une des trompes une fois par mois, en partant de l'ovaire. La fécondation de l'ovocyte (lorsque le spermatozoïde rencontre l'ovule) survient dans ces trompes. *La stérilisation féminine* consiste à couper ou à obturer es trompes de Fallope. Cela empêche les spermatozoïdes et l'ovocyte de se rencontrer. *Le DIU* entraîne une modification chimique qui endommage les spermatozoïdes avant qu'ils ne rencontrent l'ovocyte dans la trompe de Fallope.

Ovaire

Endroit où les ovocytes se développent et d'où, chaque mois, un ovocyte est libéré. La méthode de *l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)* et *les méthodes hormonales*, en particulier celles qui contiennent des œstrogènes, empêchent la libération des ovocytes. *Les* méthodes basées sur la connaissance de la fécondité supposent d'éviter les rapports sexuels non protégés au moment de l'ovulation.



Paroi de l'utérus
(endomètre)

Muqueuse qui tapisse l'utérus. Elle épaissit progressivement puis est évacuée au moment des règles.

Col de l'utérus

Partie inférieure de l'utérus qui s'étend dans le vagin supérieur. Le col produit la glaire. *Les méthodes hormonales* épaississent cette glaire, ce qui empêche les spermatozoïdes de passer par le col. Certaines méthodes basées sur *la connaissance de la fécondité* reposent sur l'observation des glaires cervicales. Le *diaphragme*, *la cape cervicale* et *l'éponge* couvrent le col de sorte que les spermatozoïdes ne puissent pas entrer.

Vagin

Il relie les organes sexuels extérieurs et l'utérus. L'*anneau combiné* et l'*anneau vaginal libérant de la progestérone* sont placés dans le vagin où ils libèrent des hormones qui traversent les parois vaginales. Le *préservatif féminin* est placé dans le vagin, ce qui crée une barrière qui empêche les spermatozoïdes d'entrer. *Les spermicides* insérés dans le vagin tuent les spermatozoïdes.

Anatomie externe

Poils pubiens

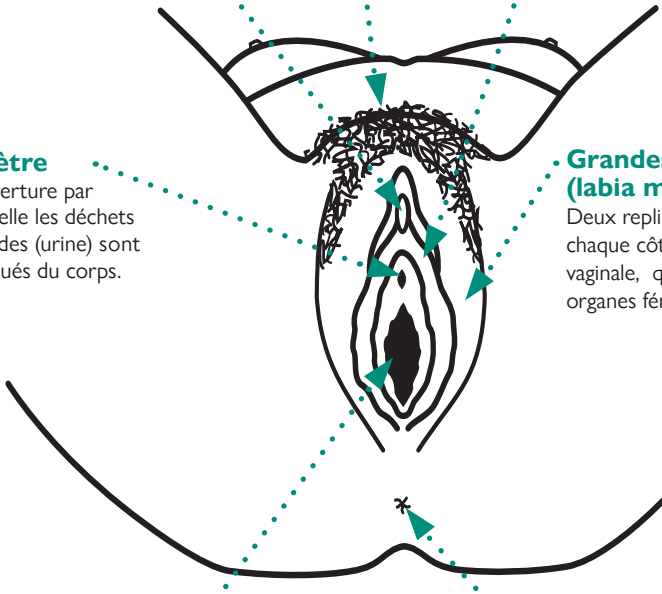
Poils qui poussent pendant la puberté et entourent les organes féminins.

Clitoris

Amas de tissus sensible qui procure du plaisir sexuel.

Petites lèvres (labia minora)

Deux replis de peau, à l'intérieur des grandes lèvres, qui s'étendent à partir du clitoris.



Urètre

Ouverture par laquelle les déchets liquides (urine) sont évacués du corps.

Grandes lèvres (labia majora)

Deux replis de peau, un de chaque côté de l'ouverture vaginale, qui protègent les organes féminins.

Ouverture vaginale

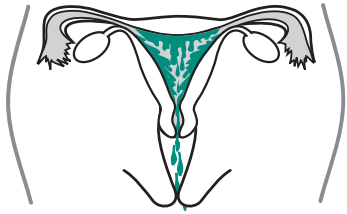
Orifice où est inséré le pénis de l'homme lors des rapports sexuels. C'est également de là que le sang s'écoule pendant les règles.

Anus

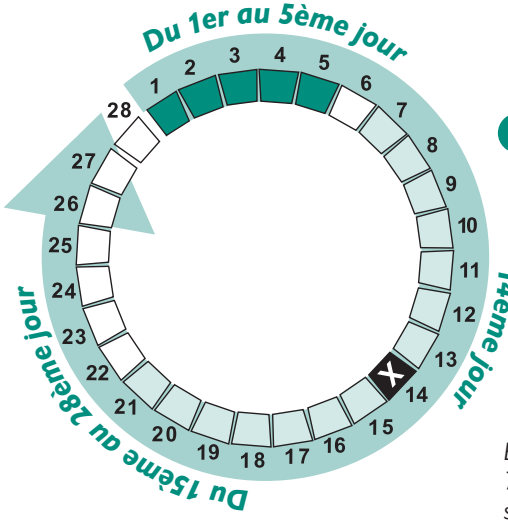
Ouverture par laquelle les déchets solides (matières fécales) sont évacués du corps.

Le cycle menstruel

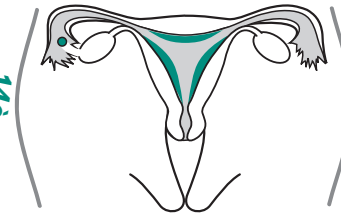
1 Du 1er au 5ème jour : saignements menstruels



Ils durent généralement de 2 à 7 jours, souvent 5 jours. En l'absence d'une grossesse, la muqueuse épaissie qui tapisse l'utérus est éliminée. Elle est évacuée par le vagin. Ces saignements menstruels sont appelés menstruation ou règles. Les contractions de l'utérus qui ont lieu à cette période peuvent causer des crampes. Chez certaines femmes, les saignements sont de courte durée (par exemple, deux jours), alors que chez d'autres, ils peuvent durer jusqu'à 8 jours. Les saignements peuvent être légers ou abondants. Si l'ovule est fécondé par un spermatozoïde, la femme peut tomber enceinte et les saignements cessent.

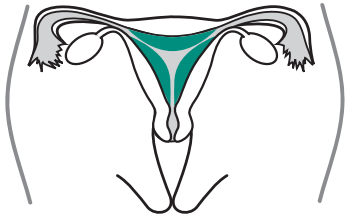


2 14ème jour : libération de l'ovocyte



Elle survient généralement entre le 7ème et le 21ème jour du cycle, souvent autour du 14ème jour. Généralement, l'un des ovaires libère un ovule lors de chaque cycle (généralement une fois par mois). L'ovule se déplace le long de la trompe de Fallope vers l'utérus. À ce stade, il peut être fécondé dans la trompe par un spermatozoïde entré par le vagin.

3 Du 15ème au 28ème jour : épaississement de l'endomètre



En général, il dure environ 14 jours après l'ovulation. Le muqueuse de l'utérus (l'endomètre) s'épaissit pendant cette période pour se préparer à la nidation d'un ovule fécondé. Généralement, il n'y a pas de grossesse et l'ovule non fécondé se dissout dans l'appareil reproducteur.

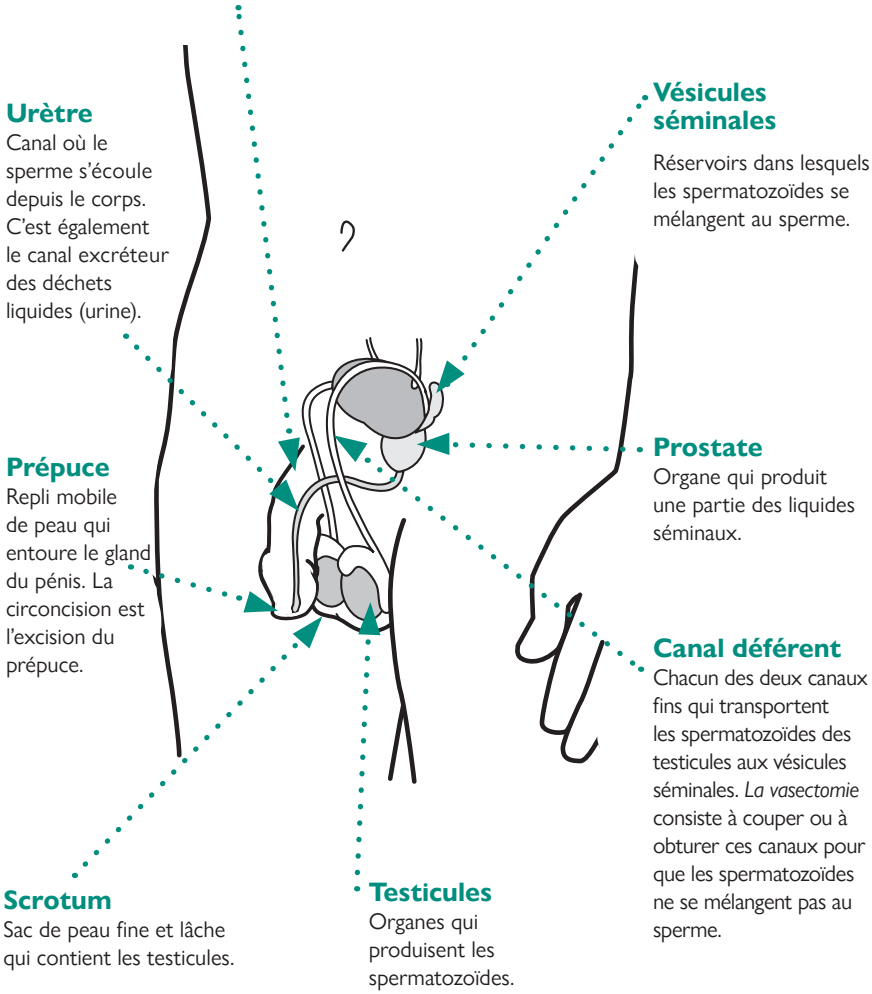
Anatomie de l'homme

et fonctionnement des contraceptifs chez l'homme

Pénis

Organe sexuel de l'homme fait de tissus spongieux. Quand l'homme est sexuellement excité, le pénis augmente de volume et durcit. Du sperme, qui contient des spermatozoïdes, est libéré du pénis (éjaculation) au pic de l'excitation sexuelle (orgasme).

Le *préservatif masculin* recouvre le pénis en érection, empêchant ainsi les spermatozoïdes de pénétrer dans le vagin de la femme. *Le retrait* du pénis du vagin empêche le sperme de pénétrer dans le vagin.



Urètre

Canal où le sperme s'écoule depuis le corps. C'est également le canal excréteur des déchets liquides (urine).

Vésicules séminales

Réservoirs dans lesquels les spermatozoïdes se mélangent au sperme.

Prépuce

Repli mobile de peau qui entoure le gland du pénis. La circoncision est l'excision du prépuce.

Prostate

Organe qui produit une partie des liquides séminaux.

Canal déférent

Chacun des deux canaux fins qui transportent les spermatozoïdes des testicules aux vésicules séminales. *La vasectomie* consiste à couper ou à obturer ces canaux pour que les spermatozoïdes ne se mélangent pas au sperme.

Scrotum

Sac de peau fine et lâche qui contient les testicules.

Testicules

Organes qui produisent les spermatozoïdes.

Identifier les migraines avec et sans aura

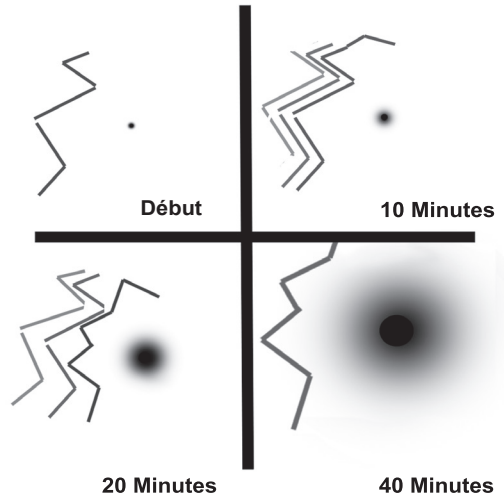
Il est important d'identifier les femmes qui souffrent de migraines avec et sans aura car les migraines, et en particulier les auras, sont associées à un risque accru d'accident vasculaire cérébral. Certains contraceptifs hormonaux peuvent encore aggraverce risque.

Migraines

- Graves maux de têtes lancinants, souvent d'un seul côté de la tête, pouvant durer de 4 à 72 heures.
- Les mouvements empirent souvent les maux de tête.
- Des nausées, des vomissements et une sensibilité à la lumière ou au bruit peuvent également survenir.

Migraine avec aura

- Troubles du système nerveux qui affectent la vue et parfois le toucher et la parole.
- Presque toutes les auras se caractérisent par la présence d'une tache aveugle bordée d'un demi-cercle scintillant dans un œil qui s'agrandit progressivement et dont les contours sont brisés.
- Environ 30 % des migraines avec aura s'accompagnent de sensations de fourmillement dans une main qui s'étendent au bras et à un côté du visage. Certaines auras incluent également des troubles de la parole. Le fait de voir des lumières vives ou d'avoir une vision trouble, ce qui survient souvent lors d'une migraine, ne constitue pas une aura.



Les personnes décrivent les auras visuelles comme des lignes ou des vagues de lumière vive autour d'une tache aveugle, qui s'agrandit progressivement et dont les contours sont brisés. Le point noir montre comment la zone de perte de vision augmente au cours de l'épisode.

- Les auras se manifestent lentement sur plusieurs minutes et disparaissent dans l'heure qui suit, généralement avant que la migraine ne commence. (En revanche, une perte de vision soudaine d'un œil, accompagnée en particulier par des fourmillements ou une faiblesse dans le bras ou la jambe opposée, est souvent le signe d'un accident vasculaire cérébral.)

Dépistage des migraines sans aura

Chez les femmes qui souhaitent utiliser ou utilisent déjà une méthode hormonale[‡,§].

Si une femme indique avoir des céphalées sévères, lui poser les questions suivantes, pour voir s'il s'agit d'une migraine ou d'un mal de tête ordinaire. Si elle répond « oui » à l'une de ces deux questions, elle souffre probablement de migraines. Voir plus bas la section Dépistage des migraines avec aura.

1. Avez-vous des maux de tête qui vous donnent mal au ventre ?
2. Lorsque vous avez mal à la tête, la lumière et le bruit vous dérangent-ils bien plus que lorsque vous n'avez pas mal à la tête ?
3. Avez-vous des maux de tête qui vous empêchent de travailler ou de réaliser vos activités habituelles pendant un jour ou plus ?

Dépistage des migraines avec aura

Poser cette question pour savoir si la patiente est atteinte du type de migraine avec aura le plus courant.
Si la patiente répond « oui », c'est probablement le cas.

1. Avez-vous déjà eu une lumière vive dans vos yeux, pendant 5 à 60 minutes, une perte de vision généralement d'un côté, puis des maux de tête ? (Les femmes qui ont ce type d'aura portent souvent une main sur un côté de leur tête lorsqu'elles évoquent la modification de la vision. Dans certains cas, l'épisode de lumière vive n'est pas suivi de maux de tête.)

Si ses maux de tête ne sont pas des migraines et si elle n'a pas d'aura, elle peut commencer ou continuer à utiliser une méthode hormonale, si elle remplit les autres conditions de recevabilité requises. Toutefois, toute modification ultérieure de ses maux de tête devrait être évaluée.

Une femme atteinte de migraines avec ou sans aura peut-elle utiliser une méthode hormonale ?

Situations avec jugement clinique limité :

Oui = Oui, peut utiliser
Non = ne pas utiliser
D = démarrer
C = continuer

	Méthodes combinées†		Méthodes à progestatif seul§	
Migraine	**D**	**C**	**D**	**C**
Sans aura				
Âge < 35 ans	Oui	Non	Oui	Oui
Âge ≥ 35 ans	Non	Non	Oui	Oui
Avec aura, à tout âge	Non	Non	Oui	Non

† *Méthodes avec œstrogène et progestatif : contraceptifs oraux combinés, injectables mensuels, patch combiné et anneau vaginal combiné.*
§ *Méthodes avec progestatif seul : pilules à progestatif seul, injectables à progestatif seul et implants.*

AIDE-MÉMOIRE/OUTILS

Éviter une grossesse

Avant de commencer une contraception hormonale ou de poser un DIU, il est recommandé d'éviter une éventuelle grossesse. Les prestataires de services de planification familiale ont à leur disposition trois outils pour cette procédure de routine :

1. les antécédents médicaux (souvent recueillis à l'aide de la liste de contrôle de la grossesse en troisième de couverture)
2. les tests de grossesse
3. attendre les prochaines règles de la patiente pour commencer la contraception.

Quel outil le prestataire devrait-il utiliser en premier et quand ?

L'aide-mémoire présenté à la page suivante, intitulé Comment et quand utiliser la liste de contrôle de la grossesse et les tests de grossesse, propose des orientations fondées sur la méthode choisie par la patiente, la présence de règles chaque mois ou leur absence suite à un accouchement récent ou pour d'autres raisons. Il couvre également le cas où une femme a eu ses règles chaque mois mais pas le mois en cours.

Points importants à souligner

- Éviter une éventuelle grossesse commence toujours par la liste de contrôle de la grossesse**, sauf si la patiente n'a pas eu ses règles le mois en cours.** La liste de contrôle permet de déterminer avec une certitude raisonnable que la patiente n'est pas enceinte.
- **Les tests de grossesse ne fonctionneront sans doute pas avant le premier jour de retard des règles.** Il est donc inutile d'utiliser un test avant ce moment clé.
- **La seule méthode contraceptive connue qui présente un risque pour la santé si elle est mise en place pendant la grossesse et le DIU (au cuivre ou hormonal).** S'il est impossible d'éviter une grossesse avec la liste de contrôle, le prestataire devrait utiliser un autre outil avant de poser un DIU.
- **Toutes les méthodes hormonales, à l'exception du DIU-LNG, peuvent être fournies sans attendre**, même en cas de doute concernant une éventuelle grossesse. Dans certains cas, un suivi est nécessaire (voir l'aide-mémoire à la page suivante).
- **Attendre pour commencer la contraception est le choix** le moins judicieux parmi les 3 outils de dépistage d'une grossesse. La patiente peut tomber enceinte avant ses prochaines règles. Il convient donc d'utiliser d'abord les autres outils lorsque cela est possible.
- Lorsqu'ils sont correctement utilisés, la liste de contrôle de la grossesse et les tests de grossesse sont deux outils extrêmement fiables pour éviter une éventuelle grossesse. **Quand il est possible d'utiliser la liste, il n'y a pas de raison de préférer un test de grossesse.**

Comment et quand utiliser la liste de contrôle de la grossesse et les tests de grossesse ?

Déterminer le statut de votre patiente quant à ses règles et la méthode contraceptive choisie à l'aide des options présentées ci-dessous et suivre les instructions.

Patiente en aménorrhée
(post-partum ou autre)

Implants, pilules, anneaux, injectables ou patch

Utiliser la liste de contrôle de la grossesse.[1]
Grossesse évitée : fournir le contraceptif.

Grossesse non évitée : utiliser un test de grossesse.

Le test de grossesse est négatif (ou n'est pas disponible dans l'immédiat) : fournir le contraceptif de suite.[2]

Prévoir un test de grossesse de suivi dans 3 à 4 semaines.

DIU
au cuivre
ou LNG

Utiliser la liste de contrôle de la grossesse.[1]
Grossesse évitée : fournir le contraceptif.

Grossesse non évitée : utiliser un test de grossesse.

Le test de grossesse est négatif (ou n'est pas disponible dans l'immédiat) : conseiller à la patiente d'utiliser des COC, l'AMPR, des préservatifs ou de s'abstenir pendant 3 à 4 semaines, puis de refaire un test de grossesse.

Le deuxième test de grossesse est négatif : poser un DIU.

Patiente entre deux cycles réguliers
(saignements menstruels)*

Implants, pilules, anneaux, injectables ou patch

Utiliser la liste de contrôle de la grossesse.[1]
Grossesse évitée : fournir le contraceptif.
Ne pas utiliser un test de grossesse (dans la plupart des cas, il est trop tôt pour que le test soit efficace).

Grossesse non évitée : fournir le contraceptif de suite.[2]

Prendre rendez-vous pour un test de grossesse en cas de retard de règles.

DIU
au cuivre
ou LNG

Grossesse non évitée : ne pas fournir de contraceptif.

Conseiller à la patiente de revenir pour la pose du DIU-LNG dans les 7 jours après le début de ses prochaines règles, ou dans les 12 jours pour un DIU au cuivre, et entre temps, d'utiliser des COC, l'AMPR, des préservatifs ou de s'abstenir.

Prendre rendez-vous pour un test de grossesse en cas de retard de règles.

[1] Voir la liste de contrôle de la grossesse en troisième de couverture.

[2] Concernant les implants, expliquer qu'il est nécessaire de le retirer si une grossesse est confirmée et que la patiente souhaite poursuivre cette grossesse.

Dans les cas où une grossesse ne peut être évitée, proposer une contraception d'urgence si la patiente a eu des rapports sexuels non protégés au cours des cinq derniers jours.

Conseiller à toutes les femmes de revenir à tout moment si elles ont des raisons de penser qu'elles sont enceintes (absence de règles par exemple).

* **Si la patiente n'a pas eu ses règles ou si elle a du retard, utiliser un test de grossesse pour éviter une éventuelle grossesse.** Si un test de grossesse hautement sensible a été utilisé (25 UI/l par exemple) et qu'il est négatif, fournir à la patiente le contraceptif souhaité.

En cas d'utilisation d'un test moins sensible (50 UI/l ar exemple) et si ce dernier est négatif pendant la période où la patiente n'a pas ses règles, attendre au moins 10 jours après la date attendue des règles et refaire le test. Conseiller à la patiente d'utiliser des préservatifs ou de s'abstenir d'ici là. Si le test est toujours négatif, lui fournir la méthode souhaitée.

Si la sensibilité du test n'est pas précisée, supposer une sensibilité plus faible.

Liste de contrôle pour la grossesse

Poser les questions 1 à 6 à la patiente. Si la patiente répond « oui » à l'une des questions, arrêter et suivre les instructions ci-dessous.

NON			OUI
	1	Vos dernières règles ont-elles commencées au cours des 7 derniers jours ?*	
	2	Avez-vous pratiqué l'abstinence de tout rapport sexuel depuis vos dernières règles, votre accouchement ou votre avortement provoqué ou spontané ?	
	3	Avez-vous utilisé une méthode contraceptive fiable de manière cohérente et correcte depuis votre dernier saignement menstruel, accouchement, avortement ou fausse couche ?	
	4	Avez-vous eu un bébé au cours des 4 dernières semaines ?	
	5	Avez-vous eu un bébé il y a moins de 6 mois, allaitez-vous complètement ou presque complètement, et n'avez-vous pas eu de saignements menstruels depuis ?	
	6	Avez-vous eu une fausse couche ou un avortement au cours des 7 derniers jours ?*	

* Si la patiente prévoit d'utiliser un stérilet au cuivre, la fenêtre de 7 jours est étendue à 12 jours.

Si la patiente a répondu NON à *toutes les questions*, la grossesse ne peut être écartée à l'aide de la liste de contrôle.

Éliminez la possibilité d'une grossesse par d'autres moyens.

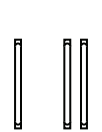
Si la patiente a répondu OUI à *au moins une des questions*, vous pouvez être raisonnablement sûr qu'elle n'est pas enceinte.

Comparatif de l'efficacité des méthodes de planification familiale

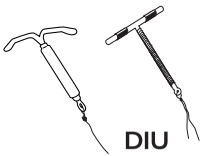
Plus efficace

Moins d'une grossesse pour 100 femmes en 1 an

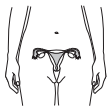
AIDE-MÉMOIRE/OUTILS



Implants

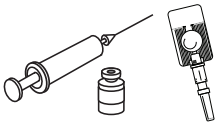


DIU



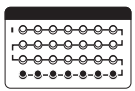
Stérilisation féminine

Vasctomie



Injectables

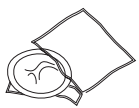
MAMA



Pilule

Patch

Anneau vaginal



Préservatifs masculins

Diaphragme

Méthodes basées sur la connaissance de la fertilité

Préservatifs féminins

Retrait

Spermicides

Moins efficace

Environ 20 grossesses pour 100 femmes en 1 an

Comment rendre votre méthode plus efficace

Implants, DIU, stérilisation féminine : Après l'intervention, il n'y a rien ou presque à faire ou à se rappeler

Vasectomie : Utiliser une autre méthode pendant les 3 premiers mois

Injectables : Répéter les injections à temps

Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (pendant 6 mois) : Allaiter souvent, jour et nuit

Pilule : Prendre une pilule chaque jour

Patch, anneau : Maintenir en place, changer à temps

Préservatifs masculins, diaphragme : Utiliser correctement à chaque rapport sexuel

Méthodes basées sur la connaissance de la fertilité : S'abstenir ou utiliser des préservatifs pendant les jours fertiles. Les nouvelles méthodes (méthode des jours normaux et méthode des deux jours) peuvent être plus faciles à utiliser.

Préservatifs féminins, retrait, spermicides : Utilisez-les correctement à chaque rapport sexuel