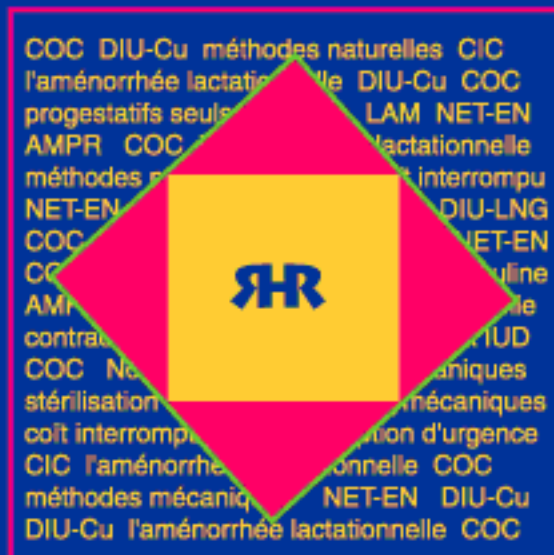


WHO/RHR/00.02
Distr.: Générale
Orig.: Anglais

POUR UN MEILLEUR ACCÈS À DES SOINS DE QUALITÉ EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE



CRITÈRES DE RECEVABILITÉ POUR L'ADOPTION ET L'UTILISATION CONTINUE DE MÉTHODES CONTRACEPTIVES

deuxième édition



RR Santé et Recherche génésiques
Organisation mondiale de la Santé, Genève

Remerciements

Ce document est le fruit d'une collaboration entre le Département Santé et recherche génésiques de l'Organisation mondiale de la Santé et un grand nombre d'institutions et d'organisations internationales actives dans le domaine des politiques et programmes de planification familiale. Ce sont : les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ; le Conseil de la Population ; EngenderHealth ; Family Health International (FHI) ; la Fédération internationale pour la Planification familiale (FIPF) ; le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP) ; le Georgetown University Medical Center ; le Johns Hopkins University Center for Communication Program ; les National Institutes of Health (NIH) et le Program for International Training in Health (INTRAH).

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

Les données sur lesquelles reposent les décisions que renferme ce document proviennent en grande partie d'un examen systématique de la littérature effectué et récapitulé par le Dr K. M. Curtis et Mme E. Chrisman, qui ont également apporté un soutien important au Secrétariat. D'autres données sont issues d'un document de référence des Drs J. J. Schlesselman et T. M. M. Farley. Le Dr H. Peterson a coordonné l'ensemble du projet. Nous tenons à remercier toutes ces personnes ainsi que le Dr J. Shelton qui nous a constamment soutenu dans ces efforts.

Nous remercions également les Gouvernements des Pays-Bas, du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord (Department for International Development) et des Etats-Unis d'Amérique (US Agency for International Development) pour l'aide financière qui a permis la préparation et la production de ce document.

Pour de plus amples informations concernant ce document, contacter le Dr Q. M. Islam, Coordonnateur par interim, Elaboration de Normes et d'Instruments, Département Santé et recherche génésiques, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse. Télécopie : +41 22 791 4189. Les demandes d'exemplaires peuvent être adressées au : Centre de Documentation, télécopie : +41 22 791 4189 ; téléphone : +41 22 791 4447 ; mél : rhrpublications@who.int.

Table des matières

Résumé d'orientation et vue d'ensemble

Tableaux

- Contraceptifs oraux combinés minidosés (COC)
- Contraceptifs injectables combinés (CIC)
- Progestatifs seuls (PS)
- Pilules pour la contraception d'urgence (pilule du lendemain) (PCU)
- Dispositifs intra-utérins (DIU)
- DIU au cuivre pour la contraception d'urgence (DIU-U)
- Méthodes mécaniques (MM)
- Méthodes naturelles (MN)
- Méthode de l'aménorrhée lactationnelle (AL)
- Coït interrompu (CI)
- Méthodes de stérilisation chirurgicale (STER)
- Tableaux récapitulatifs (RECAP)

Liste des participants

| | |
|---|-----------|
| Résumé d'orientation | 1 |
| Vue d'ensemble | 2 |
| Questions en rapport avec la qualité et l'accessibilité des services | 3 |
| Efficacité des méthodes | 4 |
| Pathologies exposant une femme à un risque accru en cas de grossesse non désirée | 7 |
| Retour de la fécondité | 8 |
| IST et contraception : la double protection | 8 |
| Méthode de travail | 8 |
| Catégorisation | 11 |
| Clients à risques multiples | 12 |
| Instructions d'utilisation | 12 |
| Incidences programmatiques | 13 |
| Clients ayant des besoins particuliers | 14 |
| Adolescents | 14 |
| Résumé et conclusions | 15 |

Résumé d'orientation

Ce document constitue une étape importante du processus visant à améliorer l'accès à des soins de qualité en matière de planification familiale par l'examen des critères médicaux qui président au choix d'une méthode de contraception. Il constitue une mise à jour de la première édition intitulée *Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale : critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, publiée en 1998 et résume les principales recommandations formulées lors de la réunion d'un Groupe de travail scientifique qui s'est tenue à l'Organisation mondiale de la Santé, à Genève, du 8 au 10 mars 2000. (La liste des participants figure à l'annexe 1.) Ce Groupe de travail a réuni 32 participants venus de 17 pays, dont des représentants de plusieurs institutions et organisations. Ce document contient des recommandations relatives aux critères d'acceptabilité médicale basées sur les données cliniques et épidémiologiques les plus récentes et s'adresse aux responsables de l'élaboration des politiques, aux responsables des programmes de planification familiale et à la communauté scientifique. Il vise à fournir des éléments d'orientation aux programmes nationaux de planification familiale/santé génésique pour la préparation de lignes directrices applicables à la fourniture de service en matière de contraception. Il doit être considéré comme un ouvrage de référence et non comme les directives elles-mêmes.

Les méthodes de planification familiale suivantes y sont évoquées : contraceptifs oraux combinés mini-dosés (COC), contraceptifs injectables combinés (CIC), pilules progestatives pures (PPP), acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR), énanthate de noréthistérone (NET-EN), implants Norplant I et II (NOR), pilules contraceptives d'urgence (PCU), dispositifs intra-utérins au cuivre (DIU-Cu), DIU libérant du lévonorgestrel (DIU-LNG), DIU au cuivre pour la contraception d'urgence (DIU-U), méthodes mécaniques (MM), méthodes naturelles (MN), aménorrhée lactationnelle (AL), coït interrompu (CI) et stérilisation féminine et masculine (STER).

Vue d'ensemble

“ Les droits en matière de procréation correspondent à certains droits de l'homme déjà consacrés dans des législations nationales, dans des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et dans d'autres textes des Nations Unies adoptés par consensus. Ces droits reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et de toutes les personnes de décider librement et de façon responsable du nombre de leurs enfants et de l'espacement des naissances et d'être informés des moyens de le faire, ainsi que du droit au meilleur état de santé possible en matière de sexualité et de procréation.” (paragraphe 95, Programme d'action de Beijing, 1995)

Les soins liés à la santé sexuelle et génésique, notamment les services de planification familiale et l'information, sont reconnus non seulement comme une intervention essentielle permettant d'améliorer la santé des femmes et des enfants, mais également comme un droit fondamental. Tout individu a le droit d'avoir accès aux progrès scientifiques et d'en bénéficier pour choisir une méthode de planification familiale. Une telle approche à la fourniture de moyens contraceptifs suppose de considérer les clients d'un point de vue global, en prenant en compte leurs besoins en matière de soins de santé sexuelle et génésique et en étudiant l'ensemble des critères leur permettant de choisir et d'utiliser une méthode de planification familiale.

Ces trente dernières années, les techniques contraceptives ont beaucoup évolué, notamment avec le passage des oestroprogestatifs fortement dosés en oestrogènes à des formules mini-dosées et celui des DIU inertes aux DIU au cuivre ou libérant du lévonorgestrel. Toutefois, dans certains pays, les politiques et les pratiques actuelles en matière de soins de santé reposent sur des études scientifiques de produits contraceptifs qui ne sont plus guère utilisés, sur des préoccupations anciennes concernant des risques théoriques dont le bien-fondé n'a jamais pu être démontré, ou bien encore sur les préférences ou les à priori personnels des prestataires de services. Bien souvent, ces politiques ou ces pratiques périmées ont pour effet de limiter la qualité des services de planification familiale et leur accessibilité. Ce document vise à mettre à jour les critères médicaux présidant à la prescription de l'ensemble des méthodes contraceptives, qu'il s'agisse de méthodes hormonales, des DIU, des méthodes mécaniques, des méthodes naturelles, du coït interrompu, de l'aménorrhée lactationnelle, de la stérilisation masculine et féminine ou de la contraception dans les situations d'urgence.

Au cours des dernières décennies, les progrès des connaissances, de la recherche et du développement scientifiques ont sans cesse multiplié le choix de méthodes contraceptives et amélioré l'innocuité et l'efficacité des méthodes existantes. Toutefois, l'ensemble des méthodes modernes de planification familiale reste encore hors de la portée d'au moins 350 millions de couples dans le monde, dont beaucoup souhaitent espacer les naissances ou éviter une grossesse supplémentaire, et ce malgré le droit qui est le leur de bénéficier des progrès scientifiques. Même lorsque les méthodes de planification familiale sont accessibles et que les gens souhaitent espacer les naissances ou en limiter le nombre, les services de planification familiale sont souvent sous-employés. De nombreux facteurs sont à l'origine du fossé qui existe entre l'accès à ces services et leur utilisation. En plus des nombreux obstacles logistiques, sociaux et comportementaux rencontrés pour répondre aux besoins et aux souhaits des personnes et des couples en matière de contraception, il peut y avoir des obstacles qui résultent de la structure, de l'organisation ou des méthodes du système de santé, qui eux peuvent être corrigés immédiatement. Pour répondre aux besoins des gens et combler les nombreuses lacunes qui existent sur le plan de la qualité des services, les prestataires de soins de santé génésique, les programmes et les fournisseurs de méthodes contraceptives devront se déployer

rapidement au cours des années à venir et l'information concernant les nouveaux développements en matière de contraception, la pertinence des méthodes et les stratégies d'introduction, devra être diffusée.

Ainsi, l'OMS s'attache actuellement en priorité à améliorer l'accès à des soins de qualité dans le domaine de la planification familiale grâce à diverses stratégies. Il faut notamment veiller à ce que le point de vue et les droits des hommes et des femmes soient pris en compte dans la planification, la gestion et l'évaluation des services ; à promouvoir une gamme aussi vaste que possible de méthodes contraceptives dans laquelle les personnes intéressées puissent choisir le moyen le mieux adapté à leurs besoins et à leur situation ; à faire reposer le conseil et la fourniture de service en matière de contraception sur des critères d'acceptabilité ayant un fondement scientifique ; et à mener des recherches visant à mettre au point de nouvelles méthodes de planification familiale et à améliorer celles qui existent.

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

Si ce document s'intéresse surtout aux critères d'acceptabilité médicale des méthodes contraceptives, il convient de prendre également en compte les aspects liés aux critères sociaux, comportementaux ou autres, et en particulier la préférence montrée par les clients. Pour fournir un choix de méthodes contraceptives aux clients dans le respect des droits de la personne humaine, il faut leur permettre d'effectuer un choix éclairé. Cependant, le choix des femmes est souvent dicté ou limité par des facteurs sociaux, économiques et culturels directs ou indirects. Du point de vue des femmes, ce sont là des choix qui sont faits à un moment, dans une société et un contexte culturel donnés ; ils sont complexes, multifactoriels et sujets à modification. En matière de contraception, la prise de décision exige en général qu'on analyse le pour et le contre des différentes méthodes, en pesant les avantages et les inconvénients de chacune en fonction de la situation, de la façon de voir et de l'interprétation de chaque personne. Lorsqu'ils fournissent des services de planification familiale de qualité, les prestataires doivent respecter les droits des clients en matière de santé génésique, y compris en les aidant à choisir une méthode et à se la procurer en favorisant une prise de décision adaptée à la vie menée par chaque femme.

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

Ce document s'intéresse surtout aux critères d'acceptabilité médicale, mais il existe de nombreux autres facteurs dont il faut également tenir compte pour fournir une méthode adaptée. L'OMS procédera à un examen approfondi des aspects liés aux caractéristiques des programmes

et à la fourniture de services dans diverses situations au cours de la prochaine phase de cette initiative. Mais, dès à présent, il faut impérativement garder en mémoire les critères suivants de prestation de services qui s'appliquent systématiquement à l'adoption et au suivi de toutes les méthodes contraceptives employées.

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

Efficacité des méthodes

Le choix d'une méthode déterminée dépend en partie de son efficacité contraceptive, laquelle est elle-même fonction non seulement de la protection conférée par la méthode, mais aussi de la régularité et de la rigueur avec lesquelles elle est employée (Tableau 1). Ce dernier aspect varie considérablement en fonction de caractéristiques telles que l'âge, le revenu, le désir des utilisateurs d'empêcher ou de retarder une grossesse et l'environnement culturel. Ainsi, l'efficacité des méthodes qui doivent être utilisées régulièrement et correctement est très variable ; elle est d'autant plus grande que les utilisateurs et utilisatrices sont davantage familiarisés avec leur emploi. Cependant, les aspects programmatiques ont également un effet important sur l'efficacité d'une méthode contraceptive.

Les programmes doivent donc s'intéresser de près aux facteurs qui influent sur l'efficacité des méthodes contraceptives, à savoir :

- # l'information destinée aux clients sur l' utilisation régulière et correcte des méthodes ;
- # les compétences techniques, le conseil et le soutien continu des prestataires de services ;
- # l'accessibilité, l'acceptabilité et la modicité du prix des services afin de garantir une qualité constante des soins et la disponibilité permanente des méthodes.

Tableau 1. Efficacité des méthodes de planification familiale[†]

| Efficacité | Méthode de planification familiale | Grossesses pour 100 femmes au cours des 12 premiers mois d'utilisation | | |
|--|---|--|-----------------------------------|---|
| | | Utilisation courante | Utilisation correcte et régulière | |
| Toujours très efficace | Implants Norplant | 0.1 | 0.1 | |
| | Vasectomie | 0.2 | 0.1 | |
| | Oestroprogestatifs injectables [†] | 0.3 | 0.3 | |
| | AMPR et NET-EN injectables | 0.3 | 0.3 | |
| | Stérilisation féminine | 0.5 | 0.5 | |
| | DIU TCu-380A | 0.8 | 0.6 | |
| | Pilules progestatives pures (au cours de l'allaitement) | 1 | 0.5 | |
| Efficace dans son emploi courant | Méthode de l'aménorrhée lactationnelle | 2 | 0.5 | |
| Très efficace lorsqu'elle est employée correctement et régulièrement | Contraceptifs oraux combinés | 6–8 | 0.1 | |
| | Pilules progestatives pures (en dehors de l'allaitement) | § | 0.5 ^{§§} | |
| A une certaine efficacité dans son emploi courant | Préservatifs masculins | 14 | 3 | |
| | Coït interrompu ^{§§} | 19 | 4 | |
| | Diaphragme et spermicide | 20 | 6 | |
| | Méthodes naturelles | 20 | 1–9 | |
| | Efficace lorsqu'elle est employée correctement et régulièrement | Préservatifs féminins | 21 | 5 |
| | | Spermicides | 26 | 6 |
| | | Cape cervicale | | |
| | Nullipares | 20 | 9 | |
| | Multipares | 40 | 26 | |
| | Pas de méthode | 85 | 85 | |

Key:

| | | | | | |
|-----|---------------|-----|----------|-------|---------------------------|
| 0–1 | Très efficace | 2–9 | Efficace | 10–30 | A une certaine efficacité |
|-----|---------------|-----|----------|-------|---------------------------|

Notes:

- † D'après Hatcher RA, Rinehart W, Blackburn R, Geller JS and Shelton JD. *The essentials of contraceptive technology*. Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program, 1997.
- ‡ Programme spécial PNUD/FNUAP/OMS/Banque mondiale de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine. Le point sur les contraceptifs à injection mensuelle : Mémoire d'une réunion de l'OMS. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1994, 72(1):37-51.
- § En dehors du cadre de l'allaitement, les pilules progestatives pures sont un peu moins efficaces que les contraceptifs oraux combinés. Voir Hatcher R. A., Trussell J., Stewart F., Cates Jr W., Stewart G. K., Guest F., Kowal D. *Contraceptive technology* (17th edition). New York, Ardent Media Inc., 1998.
- §§ Origine des données : Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Cates Jr W, Stewart GK, Guest F, Kowal D. *Contraceptive technology* (17th edition). New York, Ardent Media Inc., 1998.

En ce qui concerne le choix de la méthode contraceptive et son efficacité, il importe d'aider les clients à comprendre :

- # l'efficacité relative des diverses méthodes afin de leur permettre de faire un choix éclairé ; et
- # les effets négatifs des grossesses non désirées sur la santé et le bien-être des individus et des familles, ainsi que les risques potentiellement élevés pour la santé de la grossesse chez les femmes présentant certaines pathologies préexistantes.

Pathologies exposant une femme à un risque accru en cas de grossesse non désirée

Les femmes qui présentent des pathologies susceptibles de faire de la grossesse un risque inacceptable pour la santé doivent être averties que le seul recours à des méthodes mécaniques ou à des méthodes basées sur des comportements ne constitue pas pour elles le meilleur choix en raison du taux d'échec relativement plus élevé de ces méthodes dans leur emploi courant. Ces pathologies figurent au Tableau 2.

Tableau 2. Pathologies qui exposent une femme à un risque accru en cas de grossesse non désirée

| |
|--|
| Hypertension artérielle (systolique >160 mmHg ou diastolique >100 mmHg) [†] |
| Diabète : insulino-dépendant ; accompagné d'une néphropathie/rétinopathie/neuropathie ou autre pathologie vasculaire ; ou installé depuis plus de 20 ans |
| Insuffisance coronarienne |
| Accident vasculaire cérébral |
| Valvulopathie compliquée |
| Cancer du sein |
| Cancer de l'endomètre ou de l'ovaire |
| IST |
| VIH/SIDA |
| Cirrhose (décompensée) grave |
| Tumeurs hépatiques malignes (hépatomes) |
| Maladie trophoblastique gestationnelle maligne |
| Drépanocytose |
| Schistosomiase avec fibrose hépatique |
| Tuberculose |

Note:

- † Dans tout ce document, les mesures de la tension artérielle sont données en mmHg. Pour convertir en kPa, multiplier par 0,1333. Par exemple 120/80 mmHg = 16,0/10,7 kPa.

Retour de la fécondité

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

IST et contraception : la double protection

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

Méthode de travail

Ce document s'appuie sur une démarche lancée en 1994 et qui a abouti en 1996 à la publication de la première édition, *Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale : critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*. A l'origine, cette démarche visait à parvenir à un accord sur les critères d'acceptabilité médicale des méthodes contraceptives largement employées, et un certain nombre d'institutions et d'organisations avaient participé à un examen approfondi des données épidémiologiques et cliniques en rapport avec ces critères. Les intervenants ont comparé les critères d'acceptabilité employés par diverses institutions pour différents contraceptifs, établi des résumés de la littérature médicale et épidémiologique correspondante et préparé un projet de classification en vue de le soumettre à un ensemble plus large d'experts et d'institutions. Deux réunions de Groupes de travail scientifique ont été organisées par l'OMS, l'une en mars 1994 et l'autre en mai 1995, afin d'examiner les classifications de référence et de formuler des recommandations relatives à la révision des critères d'acceptabilité médicale de l'ensemble de l'arsenal contraceptif actuel et ont débouché sur la production de *Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale : critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, en 1996.

Cette première révision du document de 1996 fait suite aux recommandations formulées lors d'une réunion d'un Groupe de travail scientifique qui s'est tenue à l'OMS du 8 au 10 mars 2000 et qui a rassemblé 32 participants venus de 17 pays, dont des représentants de plusieurs institutions et organisations. Ce Groupe a examiné les données nouvellement apparues depuis les réunions de 1994 et 1995. Un examen systématique de la littérature la plus récente mené dans l'intention de recenser et de résumer les données nouvelles en rapport avec les critères d'acceptabilité médicale des méthodes contraceptives, en a été le principal outil. Une recherche sur la base de données MEDLINE a permis d'obtenir l'ensemble des études publiées en anglais entre janvier 1995 et janvier 2000, décrivant l'utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes présentant certaines pathologies (par ex., risque d'accident vasculaire cérébral chez les migraineuses utilisant des COC). L'objectif de cet examen systématique était de recenser les preuves directes du bien-fondé de l'utilisation des méthodes contraceptives chez des femmes présentant certaines pathologies. On n'a obtenu aucune information sur les preuves indirectes ou les aspects théoriques.

Il existe peu d'études qui traitent spécifiquement de l'utilisation d'une méthode contraceptive par des femmes présentant les pathologies en question. Ainsi, la plupart des décisions concernant les critères d'acceptabilité définis à partir des données nouvelles ont nécessairement souvent été basées sur des extrapolations réalisées à partir d'études qui portaient principalement sur des femmes en bonne santé, ainsi que sur des considérations théoriques et sur l'opinion d'experts. Les données ont été particulièrement pauvres concernant les nouveaux produits et ceux dont l'usage est limité. L'ensemble des données analysées par le Groupe de travail comprenait :

- # des données provenant d'études ou d'observations directes de la méthode contraceptive employée par des femmes (ou des hommes) présentant la pathologie en question ;
- # des données tirées des effets de la méthode contraceptive employée par des femmes (ou des hommes) ne présentant pas la pathologie en question ;
- # des données indirectes ou des questions d'ordre théorique issues des études sur des modèles animaux appropriés, d'analyses de laboratoire chez l'homme ou de situations cliniques analogues.

Les répercussions programmatiques de cette classification ont également été étudiées par le Groupe de travail.

Le Groupe de travail a été chargé de déterminer les critères d'acceptabilité de chaque méthode de contraception dans chaque situation en choisissant une catégorie (1 à 4 comme indiqué ci-dessous). Lorsqu'il a procédé à des modifications de ces critères, les données nouvelles fournies au Groupe ont été résumées et présentées par le Secrétariat sous le titre * Données nouvelles + dans la colonne * Données nouvelles/observations +. Lorsque les modifications apportées aux critères ont été basées sur des considérations autres que les données nouvelles, la raison d'être des changements a été résumée par le Secrétariat sous le titre * Observations + dans la colonne * Données nouvelles/observations +. Des observations ont également pu être faites par le Secrétariat lorsque les critères d'acceptabilité n'ont pas été modifiés pour un état donné. Ces observations font apparaître des éléments d'appréciation importants, notamment des incidences programmatiques.

Le présent document s'adresse aux responsables de l'élaboration des politiques, aux directeurs des programmes de planification familiale et aux membres de la communauté scientifique. Son but est de faciliter l'élaboration de lignes directrices pour la fourniture de moyens contraceptifs dans le cadre des programmes nationaux de planification familiale/santé génésique. Il ne doit pas être considéré ni substitué à ces dernières, mais plutôt servir d'ouvrage de référence.

Catégorisation

Dans ce document, les critères d'acceptabilité médicale ont été fondés sur l'approche décrite précédemment et visent à assurer une marge de sécurité suffisante. Par état, on entend des caractéristiques individuelles (par ex., âge, antécédents gestationnels) ou une pathologie préexistante connue (par ex., diabète, hypertension). En principe, les services nationaux et institutionnels de santé décideront des modalités de dépistage les mieux adaptées compte tenu de l'importance de tel ou tel état du point de vue de la santé publique. Souvent, le mieux sera de prendre en compte les antécédents du client.

Les états qui ont une incidence sur l'acceptabilité des diverses méthodes contraceptives ont été classés dans l'une des quatre catégories suivantes :

- 1. Etat où l'utilisation de la méthode contraceptive n'appelle aucune restriction.**
- 2. Etat où les avantages de la méthode contraceptive l'emporte en général sur les risques théoriques ou avérés.**
- 3. Etat où les risques théoriques ou avérés l'emportent généralement sur les avantages procurés par l'emploi de la méthode.**
- 4. Etat équivalent à un risque inacceptable pour la santé en cas d'utilisation de la méthode contraceptive.**

Les catégories 1 et 4 sont explicites. La classification d'une méthode/état dans la catégorie 2 indique qu'on peut en général utiliser la méthode, mais qu'un suivi attentif peut être nécessaire. Par ailleurs, le fait de fournir une méthode à une femme dont l'état est classé dans la catégorie 3 nécessite une évaluation clinique soigneuse et l'accès à des services cliniques ; pour une telle femme, il faudra tenir compte de la gravité de la pathologie ainsi que de la disponibilité, des modalités pratiques d'utilisation et de l'acceptabilité d'autres méthodes. Pour une méthode/un état classé dans la catégorie 3, il n'est en général pas recommandé d'utiliser ladite méthode sauf si d'autres méthodes plus appropriées ne sont pas disponibles ou pas acceptables. Un suivi rigoureux sera nécessaire.

NA dénote un état que le Groupe de travail n'a pas rangé dans une catégorie mais sur lequel des observations ont été fournies.

Le Groupe de travail a examiné les critères médicaux à retenir lors de l'adoption d'une méthode d'une part, et de sa poursuite de l'autre, pour l'ensemble des méthodes évaluées.

En ce qui concerne la poursuite d'une méthode, on n'a retenu que les états pour lesquels les critères de continuation diffèrent des critères d'adoption de la méthode, ou les états qui peuvent être classés de la même manière pour l'adoption et la poursuite de la méthode, mais avec des justifications scientifiques différentes. La question des critères à retenir pour la poursuite d'une méthode a une importance clinique lorsqu'une femme présente cet état alors qu'elle utilise cette méthode. Le changement de catégorie entre l'adoption et la poursuite de la méthode est indiqué par deux colonnes distinctes (A = Adoption et P = Poursuite).

A partir de ce système de classification, les critères d'acceptabilité retenus pour l'adoption et la poursuite d'une méthode contraceptive donnée sont présentés dans ce document sous forme d'une série de tableaux. La première colonne correspond à l'état qui, dans plusieurs cas a été subdivisé selon le degré de gravité. Dans la deuxième colonne, on a classé l'état en vue de

l'adoption et/ou de la poursuite de la méthode dans l'une des quatre catégories décrites ci-dessus. Le cas échéant, on trouvera dans la troisième colonne des données nouvelles ou observations concernant la classification telle qu'elle est exposée plus haut.

**CRITERES D'ACCEPTABILITE RETENUS
POUR L'UTILISATION D'UNE METHODE CONTRACEPTIVE**

| METHODE CONTRACEPTIVE | | |
|------------------------------|---|---|
| ETAT/CARACTERISTIQUES | CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite | DONNEES NOUVELLES/ OBSERVATIONS |
| Etat | Etat rangé dans les catégories 1 à 4 | Données nouvelles/ observations sur cette classification |

Les classifications relatives aux méthodes naturelles de planification familiale et à la stérilisation chirurgicale sont décrites au début des sections correspondantes.

On trouvera à la fin du document un tableau récapitulatif qui rassemble les critères d'acceptabilité médicale retenus pour les méthodes hormonales et des DIU en fonction des états. On trouvera à la fin de cette section un résumé des états ou des catégories qui ont été révisés pour la présente édition.

Clients à risques multiples

Lors du choix d'un moyen contraceptif, le client et le prestataire doivent évaluer soigneusement ensemble l'état général du client et rechercher la présence de facteurs de risque. Dans le cas où le client présente simultanément plusieurs facteurs de risque, il faudrait éventuellement modifier la catégorie correspondant à ces facteurs pour chacune des méthodes compte tenu des précautions supplémentaires requises. Les * facteurs de risque cardio-vasculaire multiples + y figurent en tant qu'état particulier.

Instructions d'utilisation

Ce document devra être adapté par les pays et les programmes afin de rendre compte de la diversité des situations et des contextes dans lesquels les contraceptifs sont fournis. Il faudra en particulier tenir compte des connaissances et de l'expérience clinique des divers types de prestataires et des ressources disponibles dans les centres de planification familiale.

Les spécialistes chargés d'élaborer les lignes directrices relatives à la prestation des services de planification familiale souhaitent peut-être introduire des variantes dans le système de classification adopté dans ce document. Là où les moyens d'évaluation clinique sont limités,

dans les services communautaires par exemple, on pourra ramener le nombre des catégories de quatre à deux. Ainsi, ce système peut être employé dans les situations où il est possible de procéder à une évaluation clinique et dans celles où ce n'est pas le cas.

| CLASSIFICATION | AVEC EVALUATION CLINIQUE | AVEC EVALUATION CLINIQUE LIMITEE |
|-----------------------|--|---|
| 1 | Utiliser la méthode en toutes circonstances | Oui (Utiliser la méthode) |
| 2 | D'une manière générale utiliser la méthode | Oui (Utiliser la méthode) |
| 3 | L'emploi de la méthode n'est habituellement pas recommandé, à moins que des méthodes plus indiquées ne soient pas disponibles ou pas acceptables | Non (Ne pas utiliser la méthode) |
| 4 | Méthode à proscrire | Non (Ne pas utiliser la méthode) |

Incidences programmatiques

Ce document a pour but de proposer aux responsables de l'élaboration des politiques et aux décideurs, ainsi qu'aux membres de la communauté scientifique, un ensemble de recommandations qui permettent d'élaborer ou de réviser les lignes directrices nationales relatives aux critères d'acceptabilité médicale des méthodes contraceptives.

Il ne prétend pas fournir des directives strictes mais plutôt des recommandations qui devraient permettre de rationaliser l'offre de moyens contraceptifs grâce aux données les plus actuelles sur l'innocuité de ces méthodes.

Compte tenu de l'extrême variabilité des situations nationales et des contextes programmatiques, il semble inopportun de fixer des directives strictes pour les critères applicables à l'utilisation des moyens contraceptifs. Il convient plutôt d'utiliser ces recommandations comme outils de référence dans le cadre des programmes nationaux afin de définir des critères d'acceptabilité propres à chaque pays à la lumière des politiques, des besoins, des priorités et des ressources nationales en matière de santé. L'intention est de permettre d'améliorer l'accès aux services de planification familiale et la qualité des services qu'ils offrent, à la fois sous l'angle du choix éclairé des utilisateurs et sous celui de la sécurité médicale. Ce travail d'adaptation n'est pas toujours facile, et le mieux est donc de le confier à des personnes qui sont bien au fait de la situation sanitaire, des habitudes et de la culture locales.

Les questions programmatiques à prendre en compte sont les suivantes :

- C choix éclairé ;
- C éléments ayant trait à la qualité des soins ;
- C principales méthodes de dépistage employées avant la mise à disposition des méthodes ;
- C formation et compétences du prestataire ;
- C transfert et suivi en matière de contraception selon le cas.

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

L'étape suivante consistera à adapter les recommandations relatives aux critères d'acceptabilité de manière à ce que les prestataires de services puissent les appliquer à tous les niveaux du système. Les pays devront déterminer dans quelle mesure et par quels moyens il leur sera possible d'étendre leurs services vers la périphérie. Ils pourront, par exemple, promouvoir du personnel et moderniser des installations s'ils en ont les moyens, ou bien élargir les compétences de certaines catégories de personnels de santé, ou encore procéder à de modestes augmentations en matériel et fournitures, ainsi qu'à une réorganisation de l'espace. Il faudra également s'attaquer aux idées fausses qu'ont parfois les prestataires et les utilisateurs sur les risques et les effets secondaires des méthodes contraceptives et s'intéresser de près aux besoins et aux attentes des femmes et des hommes qui désirent choisir une méthode en toute connaissance de cause.

Clients ayant des besoins particuliers

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

Adolescents

En général, les adolescents peuvent utiliser n'importe quelle méthode de contraception et doivent avoir accès à un choix étendu. L'âge ne constitue pas à lui seul une raison médicale permettant de refuser une méthode à un adolescent. Si certaines inquiétudes ont été exprimées concernant l'utilisation de certaines méthodes contraceptives chez l'adolescent (par ex., l'emploi des progestatifs seuls injectables par les moins de 18 ans), elles doivent être pesées en regard des avantages présentés par le fait d'éviter une grossesse. Il est clair que bon nombre des critères

d'acceptabilité qui s'appliquent aux clients plus âgés s'appliquent également aux jeunes. Toutefois, certaines affections (par ex., troubles cardio-vasculaires) qui peuvent limiter l'utilisation de certaines méthodes chez les femmes plus âgées ne touchent en général pas les personnes jeunes puisqu'elles sont rares dans cette classe d'âge. Les considérations d'ordre social et comportemental sont importantes pour le choix des méthodes contraceptives chez l'adolescent. Par exemple, dans certaines situations, les adolescents courent un risque accru d'IST, notamment d'infection par le VIH. Si les adolescents peuvent choisir d'utiliser n'importe laquelle des méthodes disponibles dans leurs communautés, dans certains cas, le fait d'utiliser des méthodes qui n'exigent pas une prise quotidienne peut être plus approprié. On a montré que les adolescents, qu'ils soient mariés ou non, toléraient moins bien les effets secondaires et présentaient donc des taux d'abandon importants. Le choix de la méthode peut également être influencé chez eux par des facteurs tels que le caractère sporadique des rapports et la nécessité de dissimuler une activité sexuelle et le recours à une contraception. Par exemple, les adolescents sexuellement actifs qui ne sont pas mariés ont des besoins très différents de ceux qui sont mariés et qui veulent différer, espacer ou limiter les naissances. Le fait d'accroître le nombre de méthodes offertes fera que la contraception satisfera mieux les besoins, sera mieux acceptée et davantage utilisée. Un enseignement et des conseils prodigués avant et au moment du choix d'une méthode permettront aux adolescents de répondre à leurs problèmes particuliers et de prendre des décisions volontairement en toute connaissance de cause. Il faut tout faire pour éviter que le coût des services et des méthodes limite les possibilités de choix.

Résumé et conclusions

L'actualisation des connaissances et l'harmonisation des critères d'acceptabilité permettront de rehausser la qualité des services de planification familiale. Cette action aura pour effet d'améliorer les compétences et d'accroître la confiance des prestataires de services chargés d'aider les clients dans le choix d'une méthode, ce qui, à son tour, peut contribuer à accroître le degré de satisfaction et de confiance des clients. L'accès des individus à des services de planification familiale de qualité peut également s'en trouver amélioré. Grâce aux critères actualisés, de nombreuses personnes qui ne pouvaient pas jusqu'ici utiliser une méthode contraceptive déterminée pourront envisager son emploi. Les méthodes de dépistage actuellement utilisées peuvent être simplifiées de manière à n'englober que celles qui sont essentielles pour une contraception sans risque.

Certains des critères d'acceptabilité présentés dans ce rapport devront évidemment être revus à la lumière des résultats de recherche qui sont sur le point d'aboutir ou qui sont actuellement en cours. Il est donc prévu d'actualiser ce document à intervalles réguliers.

On trouvera au Tableau 3 un résumé des modifications apportées à la classification ou aux états/caractéristiques principaux par rapport à la première édition.

Tableau 3. Résumé des modifications apportées par rapport à la première édition
(Etats/caractéristiques pour lesquels on a modifié la classification concernant une ou plusieurs méthodes, ou pour laquelle on a apporté une modification importante à la description de l'état)

| ETAT/ CARACTERISTIQUES | COC | CIC | PPP | AMPR NET-EN | NOR | DIU-Cu | DIU-LNG |
|---|---|---|--|--|---|--|--|
| A = Adoption, P = Poursuite | | | | | | | |
| CARACTERISTIQUES PERSONNELLES ET ANTECEDENTS GENESIQUES | | | | | | | |
| GROSSESSE | NA | NA | NA | NA | NA | 4 | 4 |
| AGE | A partir des premières règles jusqu'à 40 ans=1 ≥40 ans=2 | A partir des premières règles jusqu'à 40 ans=1 ≥40 ans=2 | A partir des premières règles jusqu'à 18 ans=1 18-45=1 >45 ans=1 | A partir des premières règles jusqu'à 18 ans=2 18-45ans =1 >45 ans=2 | A partir des premières règles jusqu'à 18 ans=1 18-45 ans =1 >45 ans=1 | A partir des premières règles jusqu'à <20 ans=2 ≥20 ans=1 | A partir des premières règles jusqu'à <20 ans=2 ≥20 ans=1 |
| TABAGISME | | | | | | | |
| a) Age < 35 ans | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| b) Age ≥ 35 ans | | | | | | | |
| (i) <15 cigarettes/jour | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| (ii) ≥15 cigarettes/jour | 4 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| OBESITE Indice de masse corporelle (IMC) ≥30 kg/m ² | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 |
| MESURE DE LA TENSION ARTERIELLE NON DISPONIBLE | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA |
| PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE | | | | | | | |
| FACTEURS DE RISQUE MULTIPLES DE PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE ARTERIELLE (par ex. âge, tabagisme, diabète et hypertension) | 3/4 | 3/4 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 |
| HYPERTENSION | | | | | | | |
| a) Antécédents d'hypertension lorsque la tension artérielle NE PEUT être mesurée (y compris hypertension) | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 |

| ETAT/ CARACTERISTIQUES | COC | CIC | PPP | AMPR NET-EN | NOR | DIU-Cu | DIU-LNG |
|---|-----|-----|-----|----------------|-----|--------|---------|
| A = Adoption, P = Poursuite | | | | | | | |
| HYPERTENSION (suite) | | | | | | | |
| b) Hypertension bien contrôlée, lorsque la tension artérielle PEUT être mesurée | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| c) Tension artérielle élevée (mesure effectuée correctement) | | | | | | | |
| (i) systolique 140-159 ou diastolique 90-99 | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| (ii) systolique ≥ 160 ou diastolique ≥ 100 | 4 | 4 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 |
| d) Pathologie vasculaire | 4 | 4 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 |
| ANTECEDENTS D'HYPERTENSION GRAVIDIQUE (lorsque la tension artérielle actuelle est mesurable et normale) | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE (TVP)/ EMBOLIE PULMONAIRE (EP) | | | | | | | |
| a) Antécédents de TVP/EP | 4 | 4 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 |
| b) TVP/EP actuelle | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 1 | 3 |
| c) Antécédents familiaux (parents au premier degré) | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| d) Chirurgie majeure | | | | | | | |
| (i) avec immobilisation prolongée | 4 | 4 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 |
| (ii) sans immobilisation prolongée | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| e) Chirurgie mineure sans immobilisation | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

| ETAT/ CARACTERISTIQUES | COC | | CIC | | PPP | | AMPR NET-EN | | NOR | | DIU-Cu | DIU-LNG | | | |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------------|----------|----------|----------|--------|----------|----------|----------|----------|
| A = Adoption, P = Poursuite | | | | | | | | | | | | | | | |
| AFFECTIONS NEUROLOGIQUES | | | | | | | | | | | | | | | |
| CEPHALEES | A | P | A | P | A | P | A | P | A | P | | A | P | | |
| a) Non migraineuses (légères ou graves) | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| b) Migraine | | | | | | | | | | | | | | | |
| (i) sans symptômes neurologiques focaux | | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Age <35 ans</i> | 2 | 3 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | | |
| <i>Age ≥35 ans</i> | 3 | 4 | 3 | 4 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | | |
| (ii) avec symptômes neurologiques focaux (quel que soit l'âge) | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | | |
| INFECTIONS ET PATHOLOGIES DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR | | | | | | | | | | | | | | | |
| SAIGNEMENTS VAGINAUX INEXPLIQUES (suspicion de pathologie grave) | | | | | | | | | | | | A | P | A | P |
| Avant évaluation | 2 | | 2 | | 2 | | 3 | | 3 | | | 4 | 2 | 4 | 2 |
| NEOPLASIE INTRAEPITHELIALE DU COL UTERIN (NIC) | 2 | | 2 | | 1 | | 2 | | 2 | | | 1 | | 2 | |
| CANCER DU COL UTERIN | | | | | | | | | | | | A | P | A | P |
| (en attente d'un traitement) | 2 | | 2 | | 1 | | 2 | | 2 | | | 4 | 2 | 4 | 2 |
| PATHOLOGIE DU SEIN | | | | | | | | | | | | | | | |
| a) Grosseur non diagnostiquée | 2 | | 2 | | 2 | | 2 | | 2 | | | 1 | | 2 | |
| b) Mastopathie bénigne | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | | 1 | | 1 | |
| c) Antécédents familiaux de cancer | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | | 1 | | 1 | |
| d) Cancer | | | | | | | | | | | | | | | |
| (i) actuel | 4 | | 4 | | 4 | | 4 | | 4 | | | 1 | | 4 | |
| (ii) en rémission depuis 5 ans | 3 | | 3 | | 3 | | 3 | | 3 | | | 1 | | 3 | |

| ÉTAT/ CARACTERISTIQUES | COC | CIC | PPP | AMPR NET-EN | NOR | DIU-Cu | DIU-LNG |
|--|-----|-----|-----|----------------|-----|----------|----------|
| A = Adoption, P = Poursuite | | | | | | | |
| CANCER DE L'OVAIRE | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | A | P |
| | | | | | | 3 | 2 |
| FIBROMES UTERINS | | | | | | | |
| a) Sans déformation de la cavité utérine | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| b) Avec déformation de la cavité utérine | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 4 |
| INFECTION GENITALE HAUTE (IGH) | | | | | | | |
| a) Antécédents d'IGH (sans facteurs de risque actuels d'IST) | | | | | | A | P |
| (i) avec grossesse ultérieure | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| (ii) sans grossesse ultérieure | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| b) IGH présente actuellement ou au cours des 3 derniers mois | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 3 |
| VIH/SIDA¹ | | | | | | | |
| HAUT RISQUE D'INFECTION A VIH | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 3 |
| SEROLOGIE VIH POSITIVE | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 3 |
| SIDA | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 3 |
| PATHOLOGIES GASTRO-INTESTINALES | | | | | | | |
| CHOLECYSTOPATHIE | | | | | | | |
| a) Symptomatique | | | | | | | |
| (i) traitée par cholécystectomie | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 |
| (ii) traitée médicalement | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 |
| (iii) présente actuellement | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 |
| b) Asymptomatique | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 |

¹ Les méthodes de contraception mécaniques, en particulier les préservatifs, sont toujours recommandées pour la prévention des IST/VIH/IGH.

| ETAT/ CARACTERISTIQUES | COC | CIC | PPP | AMPR NET-EN | NOR | DIU-Cu | DIU-LNG |
|-----------------------------|-----|-----|-----|----------------|-----|--------|---------|
| A = Adoption, P = Poursuite | | | | | | | |
| ANEMIES | | | | | | | |
| THALASSEMIE | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 |

En outre, on a procédé aux modifications suivantes qui ne figurent pas dans le tableau récapitulatif :

1. Méthodes de contraception mécaniques

Concernant les spermicides, l'état " VIH-positif " est passé de la catégorie 1 à la catégorie 2 ; et l'état " SIDA " est également passé de la catégorie 1 à la catégorie 2.

Concernant les diaphragmes, l'état " Infection des voies urinaires " est passé de la catégorie 1 à la catégorie 2.

2. Stérilisation chirurgicale

La caractéristique " Jeune âge " est passé de la catégorie A à la catégorie P (voir la section relative aux méthodes de stérilisation chirurgicale).

| | |
|---|-----------|
| Caractéristiques personnelles et antécédents génésiques | 1 |
| Grossesse | 1 |
| Age | 1 |
| Parité | 1 |
| Allaitement au sein | 1 |
| Post-partum | 1 |
| Post-abortion | 2 |
| Antécédents de grossesse extra-utérine | 2 |
| Antécédents de chirurgie pelvienne | 2 |
| Tabagisme | 2 |
| Obésité | 2 |
| Mesure de la tension artérielle non disponible | 2 |
| Pathologie cardio-vasculaire | 3 |
| Affections neurologiques | 5 |
| Infections et pathologies de l'appareil reproducteur | 6 |
| VIH/SIDA | 9 |
| Autres infections | 9 |
| Schistosomiase | 9 |
| Tuberculose | 9 |
| Paludisme | 9 |
| Troubles endocriniens | 9 |
| Pathologies gastro-intestinales | 10 |
| Anémies | 11 |
| Interactions médicamenteuses | 11 |
| Médicaments couramment employés ayant une action sur les enzymes hépatiques | 11 |
| Autres antibiotiques | 11 |

CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINES (COC) MINIDOSES

| | | |
|---|---|---|
| CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINES (COC) MINIDOSES ≤35 µg d'éthinylestradiol | Les COC n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | |
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| CARACTERISTIQUES PERSONNELLES ET ANTECEDENTS GENESIQUES | | |
| GROSSESSE | NA | Observations : Le recours aux COC n'est pas nécessaire. On ne connaît pas d'effet nocif pour la mère, le déroulement de sa grossesse ou le fœtus en cas d'utilisation accidentelle des COC pendant la grossesse. |
| AGE | | |
| a) Des premières règles à < 40 ans | 1 | Observations : Les inquiétudes théoriques quant à l'utilisation des COC chez les jeunes adolescentes n'ont pas été confirmées par des preuves scientifiques. |
| b) ≥ 40 ans | 2 | Observations : Le risque de pathologie cardio-vasculaire augmente avec l'âge et peut également augmenter avec l'utilisation des COC. En l'absence d'autre affection clinique défavorable, les COC peuvent être utilisés jusqu'à la ménopause. |
| PARITE | | |
| a) Nullipare | 1 | Observations : Il n'y a pas lieu de restreindre l'utilisation des COC du seul fait de la parité. |
| b) Uni/multipare | 1 | |
| ALLAITEMENT AU SEIN | | |
| a) < 6 semaines après l'accouchement | 4 | Observations : Il existe certaines craintes théoriques que le nouveau-né coure un risque par suite de l'exposition à des hormones stéroïdiennes pendant les 6 premières semaines du post-partum. Ce même type de crainte concerne également l'association entre la prise de COC au cours des 3 premières semaines du post-partum et le risque de thrombose chez la mère. |
| b) De 6 semaines à 6 mois après l'accouchement (allaitement principalement au sein) | 3 | Observations : Au cours des 6 premiers mois du post-partum, l'utilisation des COC chez les femmes qui allaitent diminue la production de lait, abaisse la durée de l'allaitement et peut avoir de ce fait des effets indésirables sur la croissance du nourrisson. |
| c) ≥ 6 mois après l'accouchement | 2 | |
| POST-PARTUM (chez les femmes qui n'allaitent pas) | | |

| | | |
|--|--|--|
| <p>CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINES (COC) MINIDOSÉS ≤35 µg d'éthinylestradiol</p> | <p>Les COC n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH.</p> | |
| <p>ETAT/ CARACTERISTIQUES</p> <p>a) < 21 jours</p> <p>b) ≥ 21 jours</p> | <p>CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite</p> <p>3</p> <p>1</p> | <p>DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS</p> <p>Observations : la coagulation sanguine et la fibrinolyse sont pratiquement normalisées dans les trois semaines suivant l'accouchement.</p> |
| <p>POST-ABORTUM</p> <p>a) Avortement au premier trimestre</p> <p>b) Avortement au deuxième trimestre</p> <p>c) Immédiatement après un avortement septique</p> | <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> | <p>Observations : La prise de COC peut débuter immédiatement après l'avortement.</p> |
| <p>ANTECEDENTS DE GROSSESSE EXTRA-UTERINE</p> | <p>1</p> | <p>Observations : Le risque de grossesse extra-utérine est augmenté chez les femmes ayant déjà présenté une telle grossesse. Les COC offrent une protection contre la grossesse extra-utérine.</p> |
| <p>ANTECEDENTS DE CHIRURGIE PELVIENNE</p> | <p>1</p> | <p>Observations : Les antécédents d'interventions chirurgicales pelviennes n'ont pas d'incidence sur l'utilisation des COC.</p> |
| <p>TABAGISME</p> <p>a) Age < 35 ans</p> <p>b) Age ≥ 35 ans</p> <p>(i) <15 cigarettes/jour</p> <p>(ii) ≥15 cigarettes/jour</p> | <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> | <p>Observations : Le risque de pathologie cardio-vasculaire augmente avec l'âge et avec le nombre de cigarettes fumées chaque jour.</p> |
| <p>OBESITE Indice de masse corporelle (IMC) ≥ 30kg/m²</p> | <p>2</p> | <p>Observations : L'obésité est un facteur de risque de thrombo-embolie veineuse.</p> |
| <p>MESURE DE LA TENSION ARTERIELLE NON DISPONIBLE</p> | <p>NA</p> | <p>Observations : Il est souhaitable de pouvoir mesurer la tension artérielle avant de débuter une contraception par les COC. Toutefois, dans certains endroits, il est impossible de mesurer la tension artérielle. Dans beaucoup d'entre eux, les risques de morbidité et de mortalité pendant la grossesse sont élevés et les COC constituent quelques unes des méthodes largement disponibles. En pareil cas, les femmes ne doivent pas se voir refuser les COC uniquement parce qu'on ne peut pas mesurer leur tension artérielle.</p> |

| | | |
|---|---|--|
| CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINES (COC) MINIDOSES $\leq 35 \mu\text{g}$ d'éthinylestradiol | Les COC n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | |
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE | | |
| FACTEURS DE RISQUE MULTIPLES D'ARTERIOPATHIES CARDIO-VASCULAIRES (par ex. âge, tabagisme, diabète et hypertension) | 3/4 | Observations : Lorsqu'une femme présente plusieurs facteurs de risque importants, dont chacun augmente sensiblement le risque de pathologie cardio-vasculaire, les COC peuvent accroître ce risque jusqu'à le rendre inacceptable. Toutefois, il ne s'agit pas simplement d'additionner les catégories en cas de facteurs de risque multiples ; par exemple, l'association de deux facteurs de risque rangés dans la catégorie 2 ne justifie pas nécessairement une catégorie supérieure. |
| HYPERTENSION a) Antécédents d'hypertension, lorsque la tension artérielle NE PEUT PAS être mesurée (y compris hypertension gravidique) b) Hypertension bien contrôlée, lorsque la tension artérielle PEUT être mesurée c) Tension artérielle élevée (mesurée correctement) (i) systolique 140-159 ou diastolique 90-99 (ii) systolique ≥ 160 ou diastolique ≥ 100 | 3 3 3 4 | Observations : Il est recommandé de déterminer au plus vite la cause et le degré de l'hypertension. Pour l'ensemble des catégories d'hypertension, les classifications partent du principe qu'il n'existe aucun autre facteur de risque cardio-vasculaire. Lorsque ces facteurs de risque sont multiples, le risque de pathologie cardio-vasculaire peut être sensiblement augmenté. Observations : Les femmes dont l'hypertension est bien contrôlée montrent une réduction du risque d'infarctus aigu du myocarde et d'accident vasculaire cérébral par comparaison avec les femmes non traitées. Bien qu'on ne dispose d'aucune donnée en ce sens, les utilisatrices de COC dont l'hypertension est bien contrôlée devraient présenter un risque d'infarctus aigu du myocarde et d'accident vasculaire cérébral moins important que les hypertendues non traitées. Données nouvelles : Chez les hypertendues, les utilisatrices de COC présentent un risque accru d'accident vasculaire cérébral et d'infarctus du myocarde par rapport à celles qui ne les utilisent pas. ^{1,2,3,4,5,6,7,8,9} Le risque augmente avec des élévations légères de la tension artérielle. Observations : Une seule mesure de la tension artérielle à 140-159/90-99 ne suffit pas pour qu'une femme soit considérée comme hypertendue. |

| <p>CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINES (COC) MINIDOSÉS ≤35 µg d'éthinylestradiol</p> | <p>Les COC n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH.</p> | |
|---|--|---|
| <p>ETAT/ CARACTERISTIQUES</p> | <p>CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite</p> | <p>DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS</p> |
| <p>HYPERTENSION (suite) d) Pathologie vasculaire</p> | <p>4</p> | <p>Observations : Chez les femmes qui présentent une pathologie vasculaire sous-jacente, il convient d'éviter le risque accru de thrombose artérielle associé aux COC.</p> |
| <p>ANTECEDENTS D'HYPERTENSION GRAVIDIQUE (lorsque la tension artérielle actuelle est mesurable et normale)</p> | <p>2</p> | <p>Données nouvelles : Ces données laissent à penser qu'une femme ayant des antécédents d'hypertension gravidique et qui utilise des COC présenterait un risque accru d'infarctus du myocarde et de thrombo-embolie veineuse, par comparaison avec des utilisatrices de COC n'ayant aucun antécédent d'hypertension gravidique.^{6,9}</p> |
| <p>THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE (TVP)/EMBOLIE PULMONAIRE (EP)</p> <p>a) Antécédents de TVP/EP</p> <p>b) TVP/EP actuelle</p> <p>c) Antécédents familiaux de TVP/EP (parents au premier degré)</p> <p>d) Chirurgie majeure</p> <p>(i) avec immobilisation prolongée</p> <p>(ii) sans immobilisation prolongée</p> <p>e) Chirurgie mineure sans immobilisation</p> | <p>4</p> <p>4</p> <p>2</p> <p>4</p> <p>2</p> <p>1</p> | <p>Observations : l'augmentation du risque de thrombo-embolie veineuse lié à l'utilisation des COC ne devrait avoir qu'un faible impact sur les femmes en bonne santé, mais un impact important sur les femmes ayant des antécédents de thrombo-embolie.</p> <p>Observations : Certaines affections qui augmentent le risque de TVP/EP sont héréditaires.</p> <p>Observations : L'importance du risque de TVP/EP associé à une intervention chirurgicale lourde dépend de la durée de l'immobilisation de la patiente. Il n'est pas nécessaire d'interrompre les COC avant une stérilisation chirurgicale chez la femme.</p> |
| <p>THROMBOSE VEINEUSE SUPERFICIELLE</p> <p>a) Varices</p> <p>b) Thrombophlébite superficielle</p> | <p>1</p> <p>2</p> | <p>Observations : Les varices ne constituent pas des facteurs de risque de TVP/EP.</p> |

| CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINES (COC) MINIDOSES ≤35 µg d'éthinylestradiol | Les COC n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | | | | | |
|---|---|--|---|---|---|--|
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS | | | | |
| CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE ACTUELLE ET ANTECEDENTS DE CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE | 4 | Observations : Chez les femmes présentant une pathologie vasculaire sous-jacente, il convient d'éviter le risque accru de thrombose lié à l'utilisation des COC. | | | | |
| ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL (antécédents d'accident vasculaire cérébral) | 4 | Observations : Chez les femmes présentant une pathologie vasculaire sous-jacente, il convient d'éviter le risque accru de thrombose lié à l'utilisation des COC. | | | | |
| HYPERLIPIDEMIES AVEREES | 2/3 | Observations : Il n'est pas opportun de procéder à un dépistage systématique compte tenu de la rareté de cette pathologie et du coût élevé du dépistage. Si certains types d'hyperlipidémies constituent des facteurs de risque de maladie vasculaire, la catégorie devra être appréciée en fonction du type d'hyperlipidémie, de sa gravité et de la présence d'autres facteurs de risque cardio-vasculaire. | | | | |
| VALVULOPATHIE CARDIAQUE a) Non compliquée b) Compliquée (hypertension pulmonaire, fibrillation auriculaire, antécédents d'endocardite bactérienne sub-aiguë) | 2 4 | Observations : Chez les femmes atteintes de valvulopathie, l'utilisation des COC peut accroître le risque de thrombose artérielle ; les femmes atteintes de valvulopathie compliquée présentent le risque maximal. | | | | |
| AFFECTIONS NEUROLOGIQUES | | | | | | |
| CEPHALEES a) Non migraineuses (légères ou sévères) | <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="531 1585 619 1630">A</th> <th data-bbox="619 1585 715 1630">P</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="531 1630 619 1899">1</td> <td data-bbox="619 1630 715 1899">2</td> </tr> </tbody> </table> | A | P | 1 | 2 | Observations : La classification repose sur un diagnostic précis des céphalées sévères et de leur origine migraineuse ou non. Toute céphalée nouvelle ou modification marquée des céphalées doit être évaluée. Cette classification concerne les femmes ne présentant aucun autre facteur de risque d'accident vasculaire cérébral. Ce risque d'accident vasculaire cérébral augmente avec l'âge, l'hypertension et le tabagisme. |
| A | P | | | | | |
| 1 | 2 | | | | | |

| CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINES (COC) MINIDOSES $\leq 35 \mu\text{g}$ d'éthinylestradiol | Les COC n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | | | | | | | | | |
|---|---|--|---|---|---|---|---|---|---|--|
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS | | | | | | | | |
| CEPHALEES (suite) b) Migraine (i) sans symptômes neurologiques focaux <i>Age < 35 ans</i> <i>Age ≥ 35 ans</i> (ii) avec des symptômes neurologiques focaux (quel que soit l'âge) | <table border="1"> <thead> <tr> <th>A</th> <th>P</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> | A | P | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | Données nouvelles : Chez les migraineuses, celles qui présentent également des symptômes neurologiques focaux ont un risque d'accident vasculaire cérébral plus important que celles qui n'en présentent pas. ^{10,11} En outre, chez les migraineuses toujours, celles qui utilisent des COC ont un risque d'accident vasculaire cérébral 2 à 4 fois plus important que celles qui ne les utilisent pas. ^{1,2,11,12,13} |
| A | P | | | | | | | | | |
| 2 | 3 | | | | | | | | | |
| 3 | 4 | | | | | | | | | |
| 4 | 4 | | | | | | | | | |
| EPILEPSIE | 1 | Observations : Si une femme prend des anti-épileptiques, se reporter à la section sur les interactions médicamenteuses. Certains anti-épileptiques réduisent l'efficacité des COC. | | | | | | | | |
| INFECTIONS ET PATHOLOGIES DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR | | | | | | | | | | |
| SAIGNEMENTS VAGINAUX a) Saignements irréguliers <i>peu abondants</i> b) Saignements abondants ou prolongés (y compris les saignements réguliers et irréguliers). | 1 1 | Observations : Des irrégularités menstruelles s'observent couramment chez les femmes en bonne santé. | | | | | | | | |
| SAIGNEMENTS VAGINAUX INEXPLIQUES (suspicion de pathologie grave) Avant évaluation | 2 | Observations : Si l'on soupçonne une grossesse ou une pathologie sous-jacente (comme une tumeur maligne génitale), il faut procéder à une évaluation. Aucune pathologie provoquant des saignements vaginaux ne sera aggravée à court terme par l'utilisation des COC. | | | | | | | | |
| ENDOMETRIOSE | 1 | Observations : Les COC n'ont pas d'effet aggravant sur l'endométriose et peuvent en atténuer les symptômes. | | | | | | | | |
| TUMEURS OVARIENNES BENIGNES (y compris les kystes) | 1 | | | | | | | | | |
| DYSMENORRHEE SEVERE | 1 | Observations : Les COC peuvent atténuer une dysménorrhée. | | | | | | | | |

| CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINES (COC) MINIDOSES ≤35 µg d'éthinylestradiol | Les COC n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | |
|--|---|--|
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| MALADIE THROPHOBLASTIQUE a) Maladie throphoblastique gestationnelle bénigne b) Maladie throphoblastique gestationnelle maligne | 1 1 | |
| ECTROPION DU COL UTERIN | 1 | Observations : Il ne s'agit pas d'un facteur de risque du cancer du col utérin. Pas de restriction à l'utilisation des COC. |
| NEOPLASIE INTRAEPITHELIALE DU COL UTERIN (NIC) | 2 | Observations : Inquiétude quant à la possibilité que les COC favorisent la progression d'une NIC en cancer invasif, en particulier en cas d'utilisation prolongée. |
| CANCER DU COL UTERIN (avant traitement) | 2 | Observations : Il est théoriquement possible que l'utilisation des COC ait une incidence sur le pronostic de la maladie existante. En attendant un traitement, les femmes peuvent utiliser les COC. En général, le traitement de cette pathologie entraîne la stérilité. |
| PATHOLOGIE DU SEIN a) Grosseur non diagnostiquée b) Mastopathie bénigne c) Antécédents familiaux de cancer d) Cancer (i) actuel (ii) cancer en rémission depuis 5 ans | 2 1 1 4 3 | Observations : Chez les femmes en âge de procréer, la grande majorité des grosseurs du sein sont bénignes. Il faut procéder à une évaluation dès que possible. Observations : Cette pathologie ou des antécédents familiaux de mastopathie ne sont pas à prendre en compte pour l'acceptabilité des COC. Observations : Le cancer du sein est une tumeur hormonodépendante et chez les femmes souffrant actuellement d'un cancer du sein ou ayant des antécédents de cancer du sein le pronostic peut être aggravé par l'utilisation des COC. |
| CANCER DE L'ENDOMETRE | 1 | Observations : Les COC réduisent les risques de cancer de l'endomètre. En général, le traitement de cette pathologie entraîne la stérilité ; en attendant un traitement, les femmes peuvent utiliser les COC. |

| | | |
|---|--|--|
| <p>CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINES (COC) MINIDOSES ≤35 µg d'éthinylestradiol</p> | <p>Les COC n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH.</p> | |
| <p>ETAT/ CARACTERISTIQUES</p> | <p>CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite</p> | <p>DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS</p> |
| <p>CANCER DE L'OVAIRE</p> | <p>1</p> | <p>Observations : Les COC réduisent les risques de cancer de l'ovaire. En général, le traitement de cette pathologie entraîne la stérilité ; en attendant un traitement, les femmes peuvent utiliser les COC.</p> |
| <p>FIBROMES UTERINS</p> <p>a) Sans déformation de la cavité utérine</p> <p>b) Avec déformation de la cavité utérine</p> | <p>1</p> <p>1</p> | <p>Observations : Les COC ne semblent pas favoriser le développement de fibromes utérins</p> |
| <p>INFECTION GENITALE HAUTE (IGH)</p> <p>a) Antécédents d'IGH (sans facteurs de risque actuels d'IST)</p> <p>(i) avec grossesse ultérieure</p> <p>(ii) sans grossesse ultérieure</p> <p>b) IGH présente actuellement ou au cours des 3 derniers mois</p> | <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> | <p>Observations : Les COC peuvent réduire le risque d'IGH chez les femmes présentant une IST, mais ne protègent pas contre le VIH ou les IST touchant les voies génitales basses.</p> |
| <p>IST</p> <p>a) Présente actuellement ou au cours des 3 derniers mois (y compris la cervicite purulente)</p> <p>b) Vaginite sans cervicite purulente</p> <p>c) Risque accru d'IST (par ex. partenaires multiples ou partenaire ayant des partenaires multiples)</p> | <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> | <p>Observations : Les COC peuvent réduire le risque d'IGH chez les femmes atteintes d'IST, mais ne protègent pas contre le VIH ou les IST touchant les voies génitales basses.</p> |

| | | |
|---|---|---|
| CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINES (COC) MINIDOSES ≤35 µg d'éthinylestradiol | Les COC n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | |
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| VIH/SIDA | | |
| HAUT RISQUE D'INFECTION A VIH | 1 | Observations : Les COC peuvent réduire le risque d'IGH chez les femmes présentant une IST, mais ne protègent pas contre le VIH ou les IST touchant les voies génitales basses. Légère inquiétude sur le plan théorique, mais pas de données uniformes, quant à la possibilité que les COC puissent accroître le risque d'infection par le VIH. |
| SEROLOGIE VIH POSITIVE | 1 | |
| SIDA | 1 | |
| AUTRES INFECTIONS | | |
| SCHISTOSOMIASE | | |
| a) Non compliquée | 1 | |
| b) Fibrose hépatique (en cas d'atteinte grave, voir cirrhose) | 1 | |
| TUBERCULOSE | | |
| a) Non génito-urinaire | 1 | Observations : L'utilisation des COC n'a pas d'incidence sur le pronostic de la tuberculose. Toutefois, si une femme prend des antituberculeux, se reporter à la section sur les interactions médicamenteuses. Certains antituberculeux réduisent l'efficacité des COC. |
| b) Génito-urinaire avérée | 1 | |
| PALUDISME | 1 | |
| TROUBLES ENDOCRINIENS | | |
| DIABETE | | |
| a) Antécédents de diabète gestationnel | 1 | Observations : Bien que l'utilisation des COC puisse entraîner une modification de la tolérance au glucose, la principale inquiétude concerne la pathologie vasculaire associée au diabète et le risque supplémentaire de thrombose artérielle qu'entraîne l'utilisation des COC. |
| b) Sans complication vasculaire | | |
| (i) non-insulino-dépendant | 2 | |
| (ii) insulino-dépendant | 2 | |
| c) Néphropathie/ rétinopathie/ neuropathie | 3/4 | Observations : La catégorie doit être appréciée en fonction de la gravité de la pathologie. |

| CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINES (COC) MINIDOSES ≤35 µg d'éthinylestradiol | Les COC n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | |
|---|---|---|
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| DIABETE (suite) d) Autre pathologie vasculaire ou diabète installé depuis plus de 20 ans | 3/4 | Observations : La catégorie doit être appréciée en fonction de la gravité de la pathologie. |
| TROUBLES THYROÏDIENS a) Goitre simple b) Hyperthyroïdie c) Hypothyroïdie | 1 1 1 | Observations : Cette pathologie n'est pas à prendre en compte pour l'acceptabilité de cette méthode contraceptive et il n'y a pas de restriction à l'utilisation des COC. |
| PATHOLOGIES GASTRO-INTESTINALES | | |
| CHOLECYSTOPATHIE a) Symptomatique (i) traitée par cholécystectomie (ii) traitée médicalement (iii) actuelle b) Asymptomatique | 2 3 3 2 | Observations : Les COC peuvent accroître légèrement le risque de cholécystopathie. Il se peut également qu'ils aggravent une cholécystopathie existante. |
| ANTECEDENTS DE CHOLESTASE a) En rapport avec la grossesse b) Liés à une utilisation passée de COC | 2 3 | Observations : Des antécédents de cholestase en rapport avec la grossesse peuvent laisser prévoir un risque accru de cholestase lié à l'utilisation de COC. Observations : Des antécédents de cholestase liés à l'utilisation de COC sont indicateurs d'un risque accru en cas de réutilisation. |
| HEPATITE VIRALE a) Evolutive b) Chez le sujet porteur | 4 1 | Observations : Les COC sont métabolisés par le foie et leur utilisation peut avoir des conséquences indésirables chez les femmes dont la fonction hépatique est déjà altérée. |
| CIRRHOSE a) Légère (compensée) | 3 | Observations : Les COC sont métabolisés par le foie et leur utilisation peut avoir des conséquences indésirables chez les femmes dont la fonction hépatique est altérée. |

| | | |
|---|---|---|
| CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINES (COC) MINIDOSES ≤35 µg d'éthinylestradiol | Les COC n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | |
| ETAT/ CARACTERISTIQUES b) Grave (décompensée) | CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite 4 | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| TUMEUR HEPATIQUE a) Bénigne (adénome) b) Maligne (hépatome) | 4 4 | Observations : Les COC sont métabolisés par le foie et leur utilisation peut avoir des conséquences indésirables chez les femmes dont la fonction hépatique est altérée. En outre, ils peuvent favoriser la prolifération des tumeurs. |
| ANEMIES | | |
| THALASSEMIE | 1 | Observations : Dans les pays où la thalassémie est fréquente, certaines indications laissent à penser que les COC n'aggravent pas cette affection. |
| DREPANOCYTOSE | 2 | Observations : L'utilisation des COC peut altérer la coagulation et la viscosité sanguine, l'incidence ou la gravité des crises douloureuses. |
| ANEMIE FERRIPRIVE | 1 | Observations : Les COC peuvent diminuer le volume des pertes menstruelles. |
| INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES | | |
| MEDICAMENTS COURAMMENT EMPLOYES AYANT UNE ACTION SUR LES ENZYMES HEPATIQUES a) Certains antibiotiques (rifampicine et griséofulvine) b) Certains anticonvulsivants (phénytoïne, carbamézapine, barbituriques, primidone) | 3 3 | Observations : Bien que l'interaction entre les inducteurs des enzymes hépatiques couramment employés et les COC ne soit pas nocive pour les femmes, il est probable qu'elle diminue l'efficacité des COC. Les femmes qui utilisent les médicaments pendant longtemps devraient être incitées à utiliser d'autres moyens contraceptifs. On ne sait toujours pas si le fait d'augmenter le dosage hormonal des COC présente un intérêt. |
| AUTRES ANTIBIOTIQUES (à l'exception de la rifampicine et de la griséofulvine) | 1 | |

Bibliographie : contraceptifs oraux combinés (COC) minidosés

1. Lidegaard O. Oral contraceptives, pregnancy and the risk of cerebral thromboembolism: the influence of diabetes, hypertension, migraine and previous thrombotic disease. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1995;102:153-159.
2. Lidegaard O. Oral contraceptives, pregnancy and the risk of cerebral thromboembolism: the influence of diabetes, hypertension, migraine and previous thrombotic disease. (Letter). *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1996;103:94.
3. Heinemann LAJ, Lewis MA, Spitzer WO, Thorogood M, Guggenmoos-Holzmann I, Bruppacher R, and the Transnational Research Group on Oral Contraceptives and the Health of Young Women. Thromboembolic stroke in young women. *Contraception* 1998;57:29-37.
4. Sidney S, Siscovick DS, Petitti DB, Schwartz SM, Quesenberry CP, Psaty BM, Raghunathan TE, Kelaghan J, Koepsell TD. Myocardial infarction and use of low-dose oral contraceptives. A pooled analysis of 2 US studies. *Circulation* 1998;98:1058-1063.
5. Dunn N, Thorogood M, Faragher B, de Caestecker L, MacDonald TM, McCollum C, Thomas S, Mann R. Oral contraceptives and myocardial infarction: results of the MICA case-control study. *British Medical Journal* 1999;318:1579-1584.
6. WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Venous thromboembolic disease and combined oral contraceptives: results of international multicentre case-control study. *Lancet* 1995;346:1575-1582.
7. WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Ischaemic stroke and combined oral contraceptives: results of an international, multicentre, case-control study. *Lancet* 1996;348:498-505.
8. WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Haemorrhagic stroke, overall stroke risk, and combined oral contraceptives: results of an international, multicentre, case-control study. *Lancet* 1996;348:505-510.
9. WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Acute myocardial infarction and combined oral contraceptives: results of an international multicentre case-control study. *Lancet* 1997;349:1202-1209.
10. Carolei A, Marini C, De Matteis G, and the Italian National Research Council Study Group on Stroke in the Young. History of migraine and risk of cerebral ischaemia in young adults. *Lancet* 1996;347:1503-1506.
11. Tzourio C, Tehindrazanarivelo A, Iglesias S, Alperovitch A, Chedru F, d'Anglejan-Catillon J, Bousser MG. Case-control study of migraine and risk of ischemic stroke in young women. *British Medical Journal* 1995;310:830-833.
12. Chang CL, Donaghy M, Poulter N, and the World Health Organization Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Migraine and stroke in young women: case-control study. *British Medical Journal* 1999;318:13-18.
13. Schwartz SM, Petitti DB, Siscovick DS, Longstreth WT, Sidney S, Raghunathan TE, Quesenberry CP Jr, Kelaghan J. Stroke and use of low-dose oral contraceptives in young women. A pooled analysis of two US studies. *Stroke* 1998;29:2277-2284.

| | |
|---|-----------|
| Caractéristiques personnelles et antécédents génésiques | 2 |
| Grossesse | 2 |
| Age | 2 |
| Parité | 2 |
| Allaitement au sein | 2 |
| Post-partum | 2 |
| Post-abortum | 3 |
| Antécédents de grossesse extra-utérine | 3 |
| Tabagisme | 3 |
| Obésité | 3 |
| Mesure de la tension artérielle non disponible | 3 |
| Pathologie cardio-vasculaire | 4 |
| Affections neurologiques | 6 |
| Infections et pathologies de l'appareil reproducteur | 7 |
| VIH/SIDA | 11 |
| Autres infections | 11 |
| Schistosomiase | 11 |
| Tuberculose | 11 |
| Paludisme | 11 |
| Troubles endocriniens | 11 |
| Pathologies gastro-intestinales | 12 |
| Anémies | 13 |
| Interactions médicamenteuses | 14 |
| Médicaments couramment employés ayant une action sur les enzymes hépatiques | 14 |
| Autres antibiotiques | 14 |

CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINES (CIC)

Les contraceptifs injectables combinés (CIC) diffusent un oestrogène naturel plus un progestatif et agissent par inhibition de l'ovulation. On s'intéressera ici à deux formulations :

- 1) **Cyclofem** = 25 mg d'acétate de médroxyprogestérone plus 5 mg de cypionate d'estradiol
- 2) **Mesigyna** = 50 mg d'énantate de norethistérone plus 5 mg de valérate d'estradiol.

Du fait que les oestrogènes employés dans les CIC se rapprochent davantage des oestrogènes physiologiques et risquent d'être moins puissants que les oestrogènes de synthèse employés dans les COC, le type et l'ampleur des effets secondaires liés aux oestrogènes et associés aux CIC peuvent être différents de ceux engendrés par les COC. En réalité, les études à court terme menées sur les CIC ont montré qu'ils avaient peu d'effet sur la tension artérielle, l'hémostase et la coagulation, le métabolisme lipidique et la fonction hépatique, par comparaison avec les COC. En outre, l'administration parentérale des CIC élimine l'effet de premier passage hépatique des hormones.

Il n'en reste pas moins que les CIC constituent une méthode contraceptive relativement nouvelle pour laquelle on ne dispose encore que de peu de données épidémiologiques sur les effets à long terme. On peut également s'inquiéter de ce que, si l'effet de la charge hormonale associée aux COC et aux PS peut être immédiatement diminué à l'arrêt de la méthode, ce n'est pas le cas avec les contraceptifs injectables dont les effets perdurent un certain temps après la dernière injection.

Le Groupe de travail s'est montré prudent dans la catégorisation des CIC en les situant entre les COC et les PS. Toutefois, pour les pathologies graves (par ex., cardiopathie ischémique), on a utilisé la même classification que pour les COC. En conséquence, les catégories indiquées doivent être considérées comme l'expression d'une appréciation préliminaire, aussi juste que possible, qui sera réévaluée à la lumière de nouvelles données.

| | | |
|---|---|---|
| CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINES (CIC) | Les CIC n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | |
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| CARACTERISTIQUES PERSONNELLES ET ANTECEDENTS GENESIQUES | | |
| GROSSESSE | NA | Observations : Les CIC ne sont pas nécessaires. En cas d'exposition accidentelle au cours de la grossesse, ils n'ont engendré aucun effet nocif connu pour la mère, le déroulement de sa grossesse ou le fœtus. |
| AGE | | |
| a) Des premières règles à <40 ans | 1 | Observations : Les inquiétudes théoriques quant à l'utilisation des CIC chez les jeunes adolescentes n'ont pas été confirmées par les données scientifiques. |
| b) ≥ 40 ans | 2 | Observations : Le risque de pathologie cardio-vasculaire augmente avec l'âge et peut également augmenter avec l'utilisation des CIC. |
| PARITE | | |
| a) Nullipare | 1 | |
| b) Uni/multipare | 1 | |
| ALLAITEMENT AU SEIN | | |
| a) < 6 semaines après l'accouchement | 4 | Observations : Il existe des inquiétudes théoriques quant à la possibilité que le nouveau-né présente un risque du fait de l'exposition à des hormones stéroïdiennes au cours des 6 semaines suivant l'accouchement. L'inquiétude théorique porte également sur l'association entre les CIC employés dès la quatrième semaine après l'accouchement et le risque de thrombose chez la mère. |
| b) De 6 semaines à 6 mois après l'accouchement (allaitement principalement au sein) | 3 | Observations : Au cours des 6 premiers mois suivant l'accouchement, l'utilisation des CIC chez les femmes qui allaitent réduit la production de lait, diminue la durée de l'allaitement et peut avoir des effets indésirables sur la croissance du nourrisson. |
| c) ≥ 6 mois après l'accouchement | 2 | |
| POST-PARTUM (chez les femmes qui n'allaitent pas) | | |
| a) < 21 jours | 3 | Observations : La coagulation sanguine et la fibrinolyse sont pratiquement normalisées dans les 3 semaines suivant l'accouchement. |
| b) ≥ 21 jours | 1 | |

| | | |
|---|---|---|
| CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINES (CIC) | Les CIC n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | |
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| POST-ABORTUM a) Avortement au premier trimestre b) Avortement au deuxième trimestre c) Immédiatement après un avortement septique | 1 1 1 | Observations : La contraception par les CIC peut démarrer immédiatement après l'avortement. |
| ANTECEDENTS DE GROSSESSE EXTRA-UTERINE | 1 | Observations : Comme les COC, les CIC peuvent offrir une protection contre les grossesses extra-utérines. |
| ANTECEDENTS DE CHIRURGIE PELVIENNE | 1 | |
| TABAGISME a) Age < 35 ans b) Age ≥ 35 ans (i) <15 cigarettes/jour (ii) ≥15 cigarettes/jour | 2 2 3 | Observations : Le risque de pathologie cardio-vasculaire augmente avec l'âge et avec le nombre de cigarettes fumées chaque jour. |
| OBESITE Indice de masse corporelle (IMC) ≥ 30kg/m ² | 2 | Observations : L'obésité est un facteur de risque de thrombo-embolie veineuse. |
| MESURE DE LA TENSION ARTERIELLE NON DISPONIBLE | NA | Observations : Il est souhaitable de pouvoir mesurer la tension artérielle avant de débiter une contraception par les CIC. Toutefois, dans certains endroits, c'est impossible. Dans beaucoup d'entre eux les risques de morbidité et de mortalité pendant la grossesse sont élevés et les CIC font partie des quelques méthodes disponibles. En pareil cas, les femmes ne doivent pas se voir refuser les CIC simplement parce qu'on ne peut pas mesurer leur tension artérielle. |

| | | |
|---|---|--|
| CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINES (CIC) | Les CIC n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | |
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE | | |
| FACTEURS DE RISQUE MULTIPLES D'ARTERIOPATHIES CARDIO-VASCULAIRES (par ex. âge, tabagisme, diabète et hypertension) | 3/4 | Observations : Lorsqu'une femme présente plusieurs facteurs de risque importants dont chacun augmente sensiblement le risque de pathologie cardio-vasculaire, les CIC peuvent majorer ce risque jusqu'à le rendre inacceptable. Toutefois, il ne s'agit pas simplement d'additionner les catégories en cas de facteurs de risque multiple ; par exemple, l'association de deux facteurs de risque rangés dans la catégorie 2 ne justifie pas nécessairement une catégorie supérieure. |
| HYPERTENSION a) Antécédents d'hypertension, lorsque la tension artérielle NE PEUT PAS être mesurée (y compris hypertension gravidique) b) Hypertension bien contrôlée, lorsque la tension artérielle PEUT être mesurée c) Tension artérielle élevée (mesurée correctement) (i) systolique 140-159 ou diastolique 90-99 (ii) systolique ≥ 160 ou diastolique ≥ 100 | 3 3 3 4 | Observations : Il est recommandé de déterminer la cause et le degré de l'hypertension aussi vite que possible. Pour l'ensemble des catégories d'hypertension, les classifications partent du principe qu'il n'existe aucun autre facteur de risque cardio-vasculaire. Lorsque ces facteurs de risque sont multiples, le risque de pathologie cardio-vasculaire peut être sensiblement augmenté. Observations : Les femmes dont l'hypertension est bien contrôlée montrent un risque d'infarctus du myocarde et d'accident vasculaire cérébral moins important que celles qui ne sont pas traitées. Bien qu'on ne dispose d'aucune donnée en ce sens, les utilisatrices de CIC dont l'hypertension est bien contrôlée devraient présenter un risque d'infarctus aigu du myocarde et d'accident vasculaire cérébral moins important que les hypertendues non traitées. Observations : Chez les hypertendues, les utilisatrices de COC présentent un risque accru d'accident vasculaire cérébral et d'infarctus du myocarde par rapport à celles qui ne les utilisent pas. Le risque augmente avec des élévations légères de la tension artérielle. On ne sait pas dans quelle mesure le même risque est associé aux CIC. Observations : Une seule mesure de la tension artérielle à 140-159/90-99 ne suffit pas pour considérer qu'une femme est hypertendue. |

| | | |
|---|--|--|
| <p>CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINES (CIC)</p> | <p>Les CIC n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH.</p> | |
| <p>ETAT/ CARACTERISTIQUES</p> <p>d) Pathologie vasculaire</p> | <p>CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite</p> <p>4</p> | <p>DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS</p> <p>Observations : Chez les femmes présentant une pathologie vasculaire sous-jacente, il convient d'éviter le risque accru de thrombose artérielle associé aux COC. On ne sait pas dans quelle mesure le même risque est associé aux CIC.</p> |
| <p>ANTECEDENTS D'HYPERTENSION GRAVIDIQUE (lorsque la tension artérielle actuelle est mesurable et normale)</p> | <p>2</p> | <p>Observations : Les données laissent à penser que les femmes ayant des antécédents d'hypertension gravidique et qui utilisent des COC présenteraient un risque augmenté d'infarctus du myocarde et de thrombo-embolie veineuse, par comparaison avec des utilisatrices de COC n'ayant aucun antécédent d'hypertension gravidique. On ne sait pas dans quelle mesure le risque est le même avec les CIC.</p> |
| <p>THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE (TVP)/EMBOLIE PULMONAIRE (EP)</p> <p>a) Antécédents de TVP/EP</p> <p>b) TVP/EP actuelle</p> <p>c) Antécédents familiaux de TVP/EP (parents au premier degré)</p> <p>d) Chirurgie majeure</p> <p>(i) avec immobilisation prolongée</p> <p>(ii) sans immobilisation prolongée</p> <p>e) Chirurgie mineure sans immobilisation</p> | <p>4</p> <p>4</p> <p>2</p> <p>4</p> <p>2</p> <p>1</p> | <p>Observations : Le risque accru de TVP/EP associé aux COC est peut-être également rencontré avec les CIC.</p> |
| <p>THROMBOSE VEINEUSE SUPERFICIELLE</p> <p>a) Varices</p> <p>b) Thrombophlébite superficielle</p> | <p>1</p> <p>2</p> | <p>Observations : Les varices ne constituent pas un facteur de risque de TVP/EP</p> |

| | | |
|--|---|--|
| CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINES (CIC) | Les CIC n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | |
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE ACTUELLE ET ANTECEDENTS DE CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE | 4 | Observations : Chez les femmes présentant une pathologie vasculaire sous-jacente ou une prédisposition marquée à la thrombose artérielle, il convient d'éviter le risque potentiellement augmenté de thrombose associé aux COC. On ne sait pas dans quelle mesure ce risque est le même avec les CIC. |
| ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL (antécédents d'accident vasculaire cérébral) | 4 | Observations : Chez les femmes présentant une pathologie vasculaire sous-jacente ou une prédisposition marquée à la thrombose artérielle, il convient d'éviter le risque potentiellement augmenté de thrombose associé aux COC. On ne sait pas dans quelle mesure ce risque est le même avec les CIC. |
| HYPERLIPIDEMIES AVEREES | 2/3 | Observations : Il n'est pas opportun de procéder à un dépistage systématique compte tenu de la rareté de cette pathologie et du coût élevé du dépistage. Certains types d'hyperlipidémies constituent des facteurs de risque de pathologie vasculaire. La catégorie devra être appréciée en fonction du type d'hyperlipidémie et de sa gravité. |
| VALVULOPATHIE CARDIAQUE | | |
| a) Non compliquée | 2 | |
| b) Compliquée (hypertension pulmonaire, fibrillation auriculaire, antécédents d'endocardite bactérienne sub-aiguë) | 4 | Observations : L'utilisation des COC peut accroître le risque de thrombose artérielle chez les femmes présentant une valvulopathie cardiaque, le risque étant maximum lorsqu'il y a des complications. On ne sait pas dans quelle mesure le risque est le même avec les CIC. |
| AFFECTIONS NEUROLOGIQUES | | |
| CEPHALEES | A | P |
| a) Non migraineuses (légères ou sévères) | 1 | 2 |
| | | Observations : La classification repose sur un diagnostic précis des céphalées graves et de leur origine migraineuse ou non. Toute céphalée nouvelle ou toute évolution marquée des céphalées doit être étudiée. Cette classification concerne les femmes ne présentant aucun autre facteur de risque d'accident vasculaire cérébral. Le risque d'accident vasculaire cérébral augmente avec l'âge. |

| | | |
|--|---|--|
| CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINES (CIC) | Les CIC n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | |
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| CEPHALEES (suite) | A | P |
| b) Migraine | | |
| (i) sans symptômes neurologiques focaux | | |
| <i>Age < 35 ans</i> | 2 | 3 |
| <i>Age ≥ 35 ans</i> | 3 | 4 |
| (ii) avec des symptômes neurologiques focaux (quel que soit l'âge) | 4 | 4 |
| EPILEPSIE | 1 | Observations : Cette maladie ne pose pas en soi de problème. Voir la section sur les interactions médicamenteuses. |
| INFECTIONS ET PATHOLOGIES DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR | | |
| SAIGNEMENTS VAGINAUX | | |
| a) Saignements irréguliers <i>peu abondants</i> | 1 | Observations : Des irrégularités menstruelles s'observent couramment chez les femmes en bonne santé. Il est possible que les CIC réduisent les pertes menstruelles. Ils peuvent également provoquer des irrégularités du cycle. |
| b) Saignements abondants ou prolongés (y compris les saignements réguliers et irréguliers) | 1 | |
| SAIGNEMENTS VAGINAUX INEXPLIQUES (suspicion de pathologie grave) | | Observations : Si l'on soupçonne une grossesse ou une pathologie sous-jacente (par exemple une tumeur maligne génitale), il faut procéder à une évaluation. Aucune des maladies provoquant des saignements vaginaux ne sera aggravée à court terme par l'utilisation des CIC. |
| Avant évaluation | 2 | |
| ENDOMETRIOSE | 1 | |
| TUMEURS OVARIENNES BENIGNES (y compris les kystes) | 1 | |
| DYSMENORRHEE SEVERE | 1 | Observations : Les CIC peuvent atténuer une dysménorrhée. |

| | | |
|---|---|--|
| CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINES (CIC) | Les CIC n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | |
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| MALADIE THROPHOBLASTIQUE | | |
| a) Maladie throphoblastique gestationnelle bénigne | 1 | |
| b) Maladie throphoblastique gestationnelle maligne | 1 | |
| ECTROPION DU COL UTERIN | 1 | |
| NEOPLASIE INTRAEPITHELIALE DU COL UTERIN (NIC) | 2 | Observations : Il existe une inquiétude quant à la possibilité pour les méthodes hormonales oestro-progestatives de favoriser la progression d'une NIC en cancer, en particulier lorsqu'elles sont utilisées de façon prolongée. |
| CANCER DU COL UTERIN (avant traitement) | 2 | Observations : Il est théoriquement possible que les méthodes hormonales oestro-progestatives aient une incidence sur le pronostic de la maladie existante. En attendant un traitement, les femmes peuvent utiliser les CIC. En général, le traitement de cette pathologie entraîne la stérilité. |
| PATHOLOGIE DU SEIN | | |
| a) Grosseur non diagnostiquée | 2 | Observations : Chez les femmes en âge de procréer, la majorité des grosseurs du sein sont bénignes. |
| b) Mastopathie bénigne | 1 | |
| c) Antécédents familiaux de cancer | 1 | |
| d) Cancer | | |
| (i) actuel | 4 | Observations : Le cancer du sein est une tumeur hormono-dépendante, et l'utilisation de CIC peut aggraver le pronostic chez les femmes souffrant actuellement d'un cancer du sein ou qui ont des antécédents de cancer du sein. |
| (ii) cancer en rémission depuis 5 ans | 3 | |

| | | |
|--|---|--|
| CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINES (CIC) | Les CIC n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | |
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| CANCER DE L'ENDOMETRE | 1 | Observations : On ignore si les CIC réduisent les risques de cancer de l'endomètre comme c'est le cas pour les COC. En attendant un traitement, les femmes peuvent utiliser les CIC. En général, le traitement de cette pathologie entraîne la stérilité. |
| CANCER DE L'OVAIRE | 1 | Observations : On ignore si les CIC réduisent les risques de cancer de l'ovaire comme c'est le cas pour les COC. En attendant un traitement, les femmes peuvent utiliser les CIC. En général, le traitement de cette pathologie entraîne la stérilité. |
| FIBROMES UTERINS a) Sans déformation de la cavité utérine b) Avec déformation de la cavité utérine | 1 1 | Observations : Les COC ne semblent pas favoriser le développement de fibromes utérins et on ne pense pas que les CIC puissent le faire. |
| INFECTION GENITALE HAUTE (IGH) a) Antécédents d'IGH (sans facteurs de risque actuels d'IST) (i) avec grossesse ultérieure (ii) sans grossesse ultérieure b) IGH présente actuellement ou au cours des 3 derniers mois | 1 1 1 | Observations : Les CIC ne protègent pas contre les IST/VIH. |
| IST a) Présente actuellement ou au cours des 3 derniers mois (y compris la cervicite purulente) b) Vaginite sans cervicite purulente | 1 1 | Observations : Les CIC ne protègent pas contre les IST/VIH. |

| | | |
|---|--|--|
| <p>CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINES (CIC)</p> | <p>Les CIC n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH.</p> | |
| <p>ETAT/ CARACTERISTIQUES</p> <p>c) Risque accru d'IST (par ex. partenaires multiples ou partenaire ayant des partenaires multiples)</p> | <p>CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite</p> <p>1</p> | <p>DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS</p> |

| | | |
|--|---|--|
| CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINES (CIC) | Les CIC n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | |
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| VIH/SIDA | | |
| HAUT RISQUE D'INFECTION A VIH | 1 | Observations : Les CIC ne protègent pas contre les IST/VIH. |
| SEROLOGIE VIH POSITIVE | 1 | |
| SIDA | 1 | |
| AUTRES INFECTIONS | | |
| SCHISTOSOMIASE | | |
| a) Non compliquée | 1 | |
| b) Fibrose hépatique (en cas d'atteinte grave, voir cirrhose) | 1 | |
| TUBERCULOSE | | |
| a) Non génito-urinaire | 1 | Observations : L'utilisation des CIC n'a pas d'incidence sur le pronostic de la tuberculose (voir interactions médicamenteuses). |
| b) Génito-urinaire avérée | 1 | |
| PALUDISME | 1 | |
| TROUBLES ENDOCRINIENS | | |
| DIABETE | | |
| a) Antécédents de diabète gestationnel | 1 | Observations : Bien que l'utilisation des CIC puisse entraîner une modification de la tolérance au glucose, la principale préoccupation concerne la pathologie vasculaire et le risque accru de thrombose artérielle que pourrait entraîner leur utilisation. |
| b) Sans complication vasculaire | | |
| (i) non-insulino-dépendant | 2 | |
| (ii) insulino-dépendant | 2 | |
| c) Néphropathie/ rétinopathie/ neuropathie | 3/4 | |
| d) Autre pathologie vasculaire ou diabète installé depuis plus de 20 ans | 3/4 | Observations : La catégorie doit être appréciée en fonction de la gravité de la pathologie. |

| | | |
|---|---|---|
| CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINES (CIC) | Les CIC n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | |
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| TROUBLES THYROÏDIENS a) Goitre simple b) Hyperthyroïdie c) Hypothyroïdie | 1 1 1 | Observations : Cette pathologie n'est pas à prendre en compte pour l'acceptabilité de cette méthode contraceptive et il n'y a pas lieu de restreindre l'utilisation des CIC. |
| PATHOLOGIES GASTRO-INTESTINALES | | |
| CHOLECYSTOPATHIE a) Symptomatique (i) traitée par cholécystectomie (ii) traitée médicalement (iii) actuelle b) Asymptomatique | 2 2 2 2 | Observations : Les COC peuvent entraîner une légère augmentation du risque de cholécystopathie. Il se peut également qu'ils aggravent une cholécystopathie existante. Toutefois, contrairement aux COC, les CIC ont un effet minime sur la fonction hépatique des femmes en bonne santé et sont dépourvus d'effet de premier passage hépatique. |
| ANTECEDENTS DE CHOLESTASE a) En rapport avec la grossesse b) Liés à une utilisation passée de COC ou de CIC | 2 2 | Observations : Contrairement aux COC, les CIC ont un effet minime sur la fonction hépatique des femmes en bonne santé et sont dépourvus d'effet de premier passage hépatique. Toutefois, des antécédents de cholestase liés à l'utilisation de COC peuvent laisser prévoir l'apparition d'une cholestase liée aux oestrogènes chez un petit nombre de femmes sensibles. |
| HEPATITE VIRALE a) Evolutive b) Chez le sujet porteur | 3/4 1 | Observations : Contrairement aux COC, les CIC ont un effet minime sur la fonction hépatique des femmes en bonne santé et sont dépourvus d'effet de premier passage hépatique. Toutefois, comme ils sont métabolisés par le foie, ils pourraient en théorie provoquer des effets indésirables chez les femmes dont la fonction hépatique est déjà altérée. Les femmes atteintes d'hépatite virale symptomatique ne doivent pas utiliser les CIC tant que leur fonction hépatique n'est pas redevenue normale, ou avant que 3 mois se soient écoulés après la disparition des symptômes. |

| | | |
|---|---|--|
| CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINES (CIC) | Les CIC n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | |
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| CIRRHOSE | | |
| a) Légère (compensée) | 2 | Observations : Contrairement aux COC, les CIC ont un effet minime sur la fonction hépatique des femmes en bonne santé et sont dépourvus d'effet de premier passage hépatique. Toutefois, comme ils sont métabolisés par le foie, ils pourraient en théorie provoquer des effets indésirables chez les femmes dont la fonction hépatique est déjà altérée. |
| b) Grave (décompensée) | 3 | |
| TUMEUR HEPATIQUE | | |
| a) Bénigne (adénome) | 3 | Observations : Contrairement aux COC, les CIC ont un effet minime sur la fonction hépatique des femmes en bonne santé et sont dépourvus d'effet de premier passage hépatique. Toutefois, comme ils sont métabolisés par le foie, ils pourraient en théorie provoquer des effets indésirables chez les femmes dont la fonction hépatique est déjà altérée. |
| b) Maligne (hépatome) | 3/4 | |
| ANEMIES | | |
| THALASSEMIE | 1 | |
| DREPANOCYTOSE | 2 | |
| ANEMIE FERRIPRIVE | 1 | Observations : Les CIC peuvent diminuer le volume des pertes menstruelles. |

| | | |
|---|---|--|
| CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINES (CIC) | Les CIC n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | |
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES | | |
| MEDICAMENTS COURAMMENT EMPLOYES AYANT UNE ACTION SUR LES ENZYMES HEPATIQUES | | |
| a) Certains antibiotiques (rifampicine et griséofulvine) | 3 | Observations : Les inducteurs des enzymes hépatiques couramment utilisés risquent de réduire l'efficacité des CIC. Les femmes qui utilisent ces médicaments pendant longtemps devraient être incitées à utiliser d'autres moyens contraceptifs. |
| b) Certains anticonvulsivants (phénytoïne, carbamézapine, barbituriques, primidone) | 3 | |
| AUTRES ANTIBIOTIQUES (à l'exception de la rifampicine et de la griséofulvine) | 1 | |

| | |
|---|-----------|
| Caractéristiques personnelles et antécédents génésiques | 1 |
| Grossesse | 1 |
| Age | 1 |
| Parité | 1 |
| Allaitement au sein | 2 |
| Post-partum | 2 |
| Post-abortum | 2 |
| Antécédents de grossesse extra-utérine | 2 |
| Antécédents de chirurgie pelvienne | 2 |
| Tabagisme | 3 |
| Obésité | 3 |
| Mesure de la tension artérielle non disponible | 3 |
| Pathologie cardio-vasculaire | 3 |
| Affections neurologiques | 6 |
| Infections et pathologies de l'appareil reproducteur | 7 |
| VIH/SIDA | 10 |
| Autres infections | 10 |
| Schistosomiase | 10 |
| Tuberculose | 10 |
| Paludisme | 10 |
| Troubles endocriniens | 11 |
| Pathologies gastro-intestinales | 11 |
| Anémies | 12 |
| Interactions médicamenteuses | 14 |
| Médicaments couramment employés ayant une action sur les enzymes hépatiques | 14 |
| Autres antibiotiques | 14 |

PROGESTATIFS SEULS (PS)

| | | |
|------|---|--|
| PPP | = | Pilules progestatives pures |
| A/NE | = | Acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR)/éнанtate de noréthistérone (NET-EN) |
| NOR | = | Norplant et Norplant II |

| | | | |
|--|---|-------------|--|
| PROGESTATIFS SEULS (PS) | Les PS n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | | |
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite | | DONNEES NOUVELLES/ OBSERVATIONS |
| | PPP | A/NE | NOR |
| CARACTERISTIQUES PERSONNELLES ET ANTECEDENTS GENESIQUES | | | |
| GROSSESSE | NA | | Observations : L'utilisation des PS n'est pas nécessaire. On ne connaît pas d'effet nocif pour la mère, le déroulement de sa grossesse ou le fœtus en cas d'utilisation accidentelle de PS pendant la grossesse. Toutefois, les rapports entre l'utilisation de l'AMPR pendant la grossesse et les effets qu'il peut avoir sur le fœtus restent mal connus. |
| AGE | | | |
| a) Des premières règles à < 18 ans | 1 | 2 | 1 |
| b) 18 à 45 ans | 1 | 1 | 1 |
| c) > 45 ans | 1 | 2 | 1 |
| | | | Observations : Pour les femmes de moins de 18 ans, il y a des problèmes théoriques concernant l'effet hypo-estrogénique de l'AMPR en particulier. Données nouvelles : Trois études effectuées, l'une chez des adolescentes et deux chez des adultes, ont montré qu'il n'y avait aucune diminution de la densité osseuse après utilisation prolongée du Norplant, par comparaison avec des femmes ne l'utilisant pas. ^{1,2,3} |
| | | | Observations : Pour les femmes de plus de 45 ans, il existe des craintes théoriques concernant l'effet hypo-estrogénique de l'AMPR en particulier, et le fait de savoir si ces femmes pourront récupérer la masse osseuse perdue une fois qu'elles auront arrêté de prendre de l'AMPR. |
| PARITE | | | |
| a) Nullipare | 1 | 1 | 1 |
| b) Uni/multipare | 1 | 1 | 1 |

| PROGESTATIFS SEULS (PS) | Les PS n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | | | |
|---|---|------|-----|--|
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite | | | DONNEES NOUVELLES/ OBSERVATIONS |
| | PPP | A/NE | NOR | |
| ALLAITEMENT AU SEIN | | | | |
| a) < 6 semaines après l'accouchement | 3 | 3 | 3 | Observations : On peut craindre que le nouveau-né coure un risque par suite de l'exposition à des hormones stéroïdiennes pendant les 6 premières semaines du post-partum. Toutefois, dans beaucoup de situations de ce type, les risques de morbidité et de mortalité durant la grossesse sont élevés et l'accès aux services limité. Les PS peuvent faire partie des quelques méthodes largement disponibles et accessibles aux femmes qui allaitent immédiatement après l'accouchement. |
| b) De 6 semaines à 6 mois après l'accouchement (allaitement principalement au sein) | 1 | 1 | 1 | Observations : On n'a pu déceler aucun effet cliniquement mesurable sur la santé ou la croissance des nourrissons allaités au sein dont la mère utilisait des PS 6 semaines après l'accouchement. |
| c) ≥ 6 mois après l'accouchement | 1 | 1 | 1 | |
| POST-PARTUM (chez les femmes qui n'allaitent pas) | | | | |
| a) < 21 jours | 1 | 1 | 1 | Observations : Les femmes qui n'allaitent pas peuvent utiliser les PS sans risque immédiatement après l'accouchement. |
| b) ≥ 21 jours | 1 | 1 | 1 | |
| POST-ABORTUM | | | | |
| a) Avortement au premier trimestre | 1 | 1 | 1 | Observations : Les PS peuvent être utilisés sans risque immédiatement après un avortement. |
| | 1 | 1 | 1 | |
| b) Avortement au deuxième trimestre | 1 | 1 | 1 | |
| c) Immédiatement après un avortement septique | | | | |
| ANTECEDENTS DE GROSSESSE EXTRA-UTERINE | 2 | 1 | 1 | Observations : Le taux absolu de grossesse extra-utérine est plus élevé avec les pilules de PS qu'avec d'autres progestatifs seuls, mais moins élevé quand même qu'en l'absence de toute méthode. |

| PROGESTATIFS SEULS (PS) | Les PS n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | | | |
|--|---|------|-----|---|
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite | | | DONNEES NOUVELLES/ OBSERVATIONS |
| | PPP | A/NE | NOR | |
| ANTECEDENTS DE CHIRURGIE PELVIENNE | 1 | 1 | 1 | |
| TABAGISME | | | | |
| a) Age < 35 ans | 1 | 1 | 1 | |
| b) Age ≥ 35 ans | | | | |
| (i) <15 cigarettes/jour | 1 | 1 | 1 | |
| (ii) >15 cigarettes/jour | 1 | 1 | 1 | |
| OBESITE Indice de masse corporelle (IMC) ≥ 30kg/m ² | 1 | 2 | 2 | Observations : On peut craindre une prise de poids liée à l'utilisation de certains PS, en particulier pour les méthodes à durée d'action prolongée. |
| MESURE DE LA TENSION ARTERIELLE NON DISPONIBLE | NA | NA | NA | Observations : Il est souhaitable de pouvoir mesurer la tension artérielle avant de démarrer une contraception par les PS. Toutefois, dans certains endroits, c'est impossible ; dans bon nombre d'entre eux les risques de morbidité et de mortalité pendant la grossesse sont élevés et les PS constituent quelques-unes des méthodes largement disponibles. En pareil cas, il ne faut pas refuser les PS aux femmes sous simple prétexte qu'on ne peut mesurer leur tension artérielle. |
| PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE | | | | |
| FACTEURS DE RISQUE MULTIPLES D'ARTERIOPATHIES CARDIO-VASCULAIRES (par ex. âge, tabagisme, diabète et hypertension) | 2 | 3 | 2 | Observations : Lorsqu'il existe plusieurs facteurs de risque importants, le risque de pathologie cardio-vasculaire peut être sensiblement augmenté. Certains PS peuvent accroître le risque de thrombose, même si l'augmentation est sensiblement moins importante qu'avec les COC. Les effets de l'AMPR et du NET-EN peuvent perdurer pendant un certain temps après l'arrêt de la méthode. |

| PROGESTATIFS SEULS (PS) | Les PS n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | | | |
|---|---|------|-----|--|
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite | | | DONNEES NOUVELLES/ OBSERVATIONS |
| | PPP | A/NE | NOR | |
| HYPERTENSION | | | | |
| a) Antécédents d'hypertension, lorsque la tension artérielle NE PEUT PAS être mesurée (y compris hypertension gravidique) | 2 | 2 | 2 | Observations : Il est souhaitable de pouvoir mesurer la tension artérielle avant de démarrer une contraception par PS. Toutefois, dans certains endroits, c'est impossible ; dans beaucoup d'entre eux les risques de morbidité et de mortalité pendant la grossesse sont élevés, et les PS constituent quelques-unes des méthodes largement disponibles. En pareil cas, il ne faut pas refuser les PS aux femmes sous simple prétexte qu'on ne peut mesurer leur tension artérielle. |
| b) Hypertension bien contrôlée, lorsque la tension artérielle PEUT être mesurée | 1 | 2 | 1 | |
| c) Tension artérielle élevée (mesurée correctement) | | | | Données nouvelles : Certains faits laissent à penser que parmi les hypertendues, celles qui utilisent des PS sous forme de pilules ou d'injections auraient un risque accru de problèmes cardio-vasculaires par rapport à celles qui n'emploient pas ces méthodes. ⁴ |
| (i) systolique 140-159 ou diastolique 90-99 | 1 | 2 | 1 | |
| (ii) systolique ≥ 160 ou diastolique ≥ 100 | 2 | 3 | 2 | |
| d) Pathologie vasculaire | 2 | 3 | 2 | Observations : L'AMPR et le NET-EN suscitent une certaine inquiétude de par leur potentiel à exercer un effet hypo-oestrogénique et une baisse des HDL. En revanche, peu d'inquiétude en ce qui concerne les pilules progestatives pures ou le Norplant. Les effets de l'AMPR et du NET-EN peuvent se faire sentir pendant un certain temps après arrêt de la méthode. |
| | | | | Observations : Théoriquement, les PS peuvent accroître le risque de thrombose même si cette augmentation est sensiblement moins importante qu'avec les COC. |

| PROGESTATIFS SEULS (PS) | Les PS n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | | | | |
|---|---|----------|-----|---|----------|
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE | | | DONNEES NOUVELLES/ OBSERVATIONS | |
| | A = Adoption P = Poursuite | | | | |
| | PPP | A/NE | NOR | | |
| ANTECEDENTS D'HYPERTENSION GRAVIDIQUE (lorsque la tension artérielle actuelle est mesurable et normale) | 1 | 1 | 1 | | |
| THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE (TVP)/EMBOLIE PULMONAIRE (EP) | | | | Observations : Théoriquement, les PS peuvent accroître le risque de thrombose, même si cette augmentation est sensiblement moins importante qu'avec les COC. | |
| a) Antécédents de TVP/EP | 2 | 2 | 2 | | |
| b) TVP/EP actuelle | 3 | 3 | 3 | | |
| c) Antécédents familiaux de TVP/EP (parents au premier degré) | 1 | 1 | 1 | | |
| d) Chirurgie majeure | | | | | |
| (i) avec immobilisation prolongée | 2 | 2 | 2 | | |
| (ii) sans immobilisation prolongée | 1 | 1 | 1 | | |
| e) Chirurgie mineure sans immobilisation | 1 | 1 | 1 | | |
| THROMBOSE VEINEUSE SUPERFICIELLE | | | | | |
| a) Varices | 1 | 1 | 1 | | |
| b) Thrombophlébite superficielle | 1 | 1 | 1 | | |
| CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE ACTUELLE ET ANTECEDENTS DE CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE | A | P | | A | P |
| | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 |
| | Observations : Il existe une inquiétude concernant l'effet hypo-oestrogénique et la baisse des HDL engendrés par les PS, en particulier chez les utilisatrices d'AMPR. Les effets de l'AMPR et du NET-EN peuvent perdurer un certain temps après arrêt de la méthode. | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|----------|-------------|--|----------|---|
| PROGESTATIFS SEULS (PS) | Les PS n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | | | | | |
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite | | | DONNEES NOUVELLES/ OBSERVATIONS | | |
| | PPP | | A/NE | | | |
| ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL (antécédents d'accident vasculaire cérébral) | A | P | 3 | A | P | Observations : Il existe une inquiétude concernant la baisse des HDL chez les utilisatrices de PS. Certains PS peuvent accroître le risque de thrombose artérielle, même si l'augmentation est sensiblement moins importante qu'avec les COC. Les effets de l'AMPR et du NET-EN peuvent perdurer un certain temps après l'arrêt de la méthode. |
| | 2 | 3 | | 2 | 3 | |
| HYPERLIPIDEMIES AVEREES | 2 | | 2 | 2 | | Observations : Il n'est pas opportun de procéder à un dépistage systématique compte tenu de la rareté de ces pathologies et du coût élevé du dépistage. Certains types d'hyperlipidémies constituent des facteurs de risque de pathologies vasculaires. |
| VALVULOPATHIE CARDIAQUE | | | | | | |
| a) Non compliquée | 1 | | 1 | | 1 | |
| b) Compliquée (hypertension pulmonaire, fibrillation auriculaire, antécédents d'endocardite bactérienne sub-aiguë) | 1 | | 1 | | 1 | |
| AFFECTIONS NEUROLOGIQUES | | | | | | |
| CEPHALEES | A | P | A | P | A | P |
| a) Non migraineuses (légères ou sévères) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | | | | | | Observations : La classification repose sur le diagnostic précis des céphalées graves et de leur origine migraineuse ou non. Toute céphalée nouvelle ou toute modification marquée des céphalées doit être évaluée. Cette classification concerne les femmes ne présentant aucun autre facteur de risque d'accident vasculaire cérébral. Le risque d'accident vasculaire cérébral augmente avec l'âge. |

| | | | | | | | |
|--|--|----------|--------------------|---|-------------------|--|--|
| <p>PROGESTATIFS SEULS (PS)</p> | <p>Les PS n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH.</p> | | | | | | |
| <p>ETAT/ CARACTERISTIQUES</p> <p>CEPHALEES (suite)</p> <p>b) Migraine</p> <p>(i) sans symptômes neurologiques focaux</p> <p><i>Age < 35 ans</i></p> <p><i>Age ≥ 35 ans</i></p> <p>(ii) avec des symptômes neurologiques focaux (quel que soit l'âge)</p> | <p>CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite</p> | | | <p>DONNEES NOUVELLES/ OBSERVATIONS</p> | | | |
| | <p>PPP</p> | | <p>A/NE</p> | | <p>NOR</p> | | |
| | <p>1</p> | <p>2</p> | <p>2</p> | <p>2</p> | <p>2</p> | <p>Observations : On peut craindre que l'utilisation du NET-EN, de l'AMPR et du Norplant augmente la fréquence des céphalées sévères : il s'agit de méthodes qui ne peuvent pas être interrompues immédiatement ou dont les effets persistent un certain temps après l'arrêt. Dans le cas de céphalées avec symptômes neurologiques focaux, il est peut-être prudent de tenter de les améliorer en interrompant le progestatif.</p> | |
| | <p>1</p> | <p>2</p> | <p>2</p> | <p>2</p> | <p>2</p> | | |
| | <p>2</p> | <p>3</p> | <p>2</p> | <p>3</p> | <p>3</p> | | |
| <p>EPILEPSIE</p> | <p>1</p> | <p>1</p> | <p>1</p> | <p>Observations : Si une femme prend des anti-épileptiques, se reporter à la section sur les interactions médicamenteuses. Certains anti-épileptiques diminuent l'efficacité des PS.</p> | | | |
| <p>INFECTIONS ET PATHOLOGIES DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR</p> | | | | | | | |
| <p>SAIGNEMENTS VAGINAUX</p> <p>a) Saignements irréguliers <i>peu abondants</i></p> <p>b) Saignements abondants ou prolongés (y compris les saignements réguliers et irréguliers)</p> | <p>2</p> | <p>2</p> | <p>2</p> | <p>Observations : Des irrégularités menstruelles s'observent couramment chez les femmes en bonne santé, en particulier chez les adolescentes.</p> <p>Observations : Les PS peuvent provoquer des irrégularités menstruelles. De plus, des saignements inhabituellement abondants doivent faire soupçonner une pathologie sous-jacente grave.</p> <p>Observations : L'utilisation du Norplant peut provoquer des irrégularités menstruelles, surtout au cours des 3 à 6 premiers mois, mais ces irrégularités peuvent persister plus longtemps. Il s'agit toujours d'une diminution du volume des saignements, ce qui peut être un effet souhaitable chez beaucoup de femmes.</p> | | | |

| PROGESTATIFS SEULS (PS) | Les PS n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | | | |
|---|---|------------|------------|--|
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite | | | DONNEES NOUVELLES/ OBSERVATIONS |
| | PPP | A/NE | NOR | |
| SAIGNEMENTS VAGINAUX INEXPLIQUES (suspicion de pathologie grave) Avant évaluation | 2 | 3 | 3 | Observations : Si l'on soupçonne une grossesse ou une pathologie sous-jacente (par exemple une tumeur maligne génitale), il faut procéder à une évaluation avant de définir la catégorie. Les PS peuvent provoquer des irrégularités menstruelles qui à leur tour peuvent masquer les symptômes d'une pathologie sous-jacente. Les effets de l'AMPR et du NET-EN peuvent perdurer un certain temps après arrêt de la méthode. |
| ENDOMETRIOSE | 1 | 1 | 1 | |
| TUMEURS OVARIENNES BENIGNES (y compris les kystes) | 1 | 1 | 1 | |
| DYSMENORRHEE SEVERE | 1 | 1 | 1 | |
| MALADIE THROPHOBLASTIQUE a) Maladie throphoblastique gestationnelle bénigne b) Maladie throphoblastique gestationnelle maligne | 1 1 | 1 1 | 1 1 | |
| ECTROPION DU COL UTERIN | 1 | 1 | 1 | |
| NEOPLASIE INTRAEPITHELIALE DU COL UTERIN (NIC) | 1 | 2 | 2 | Observations : Certaines inquiétudes quant à la possibilité que l'utilisation prolongée des PS favorise la progression de la NIC en cancer. |
| CANCER DU COL UTERIN (avant traitement) | 1 | 2 | 2 | Observations : Certaines inquiétudes théoriques quant à la possibilité que les PS puissent modifier le pronostic de la maladie existante. Une utilisation de courte durée réduirait les risques. En attendant un traitement, les femmes peuvent employer des PS. En général, le traitement de cette pathologie entraîne la stérilité. |

| PROGESTATIFS SEULS (PS) | Les PS n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | | | |
|--|---|------|-----|--|
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite | | | DONNEES NOUVELLES/ OBSERVATIONS |
| | PPP | A/NE | NOR | |
| PATHOLOGIE DU SEIN | | | | |
| a) Grosseur non diagnostiquée | 2 | 2 | 2 | Observations : Chez les femmes en âge de procréer, la grande majorité des grosseurs du sein sont bénignes. Il faut procéder à une évaluation dès que possible. |
| b) Mastopathie bénigne | 1 | 1 | 1 | |
| c) Antécédents familiaux de cancer | 1 | 1 | 1 | |
| d) Cancer | | | | |
| (i) actuel | 4 | 4 | 4 | Observations : Le cancer du sein est une tumeur hormonodépendante et l'utilisation des PS peut aggraver le pronostic chez des femmes ayant ou ayant eu récemment un cancer du sein. |
| (ii) cancer en rémission depuis 5 ans | 3 | 3 | 3 | |
| CANCER DE L'ENDOMETRE | 1 | 1 | 1 | Observations : En attendant un traitement, les femmes peuvent utiliser des PS. En général, le traitement de cette pathologie entraîne la stérilité. |
| CANCER DE L'OVAIRE | 1 | 1 | 1 | Observations : En attendant un traitement, les femmes peuvent utiliser des PS. En général, le traitement de cette pathologie entraîne la stérilité. |
| FIBROMES UTERINS | | | | |
| a) Sans déformation de la cavité utérine | 1 | 1 | 1 | Observations : Les PS ne semblent pas favoriser le développement de fibromes utérins. |
| b) Avec déformation de la cavité utérine | 1 | 1 | 1 | |
| INFECTION GENITALE HAUTE (IGH) | | | | |
| a) Antécédents d'IGH (sans facteurs de risque actuels d'IST) | | | | Observations : Les PS ne protègent pas contre le VIH ou les IST. |
| (i) avec grossesse ultérieure | 1 | 1 | 1 | |
| (ii) sans grossesse ultérieure | 1 | 1 | 1 | |

| | | | | |
|---|---|-------------|------------|--|
| PROGESTATIFS SEULS (PS) | Les PS n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | | | |
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite | | | DONNEES NOUVELLES/ OBSERVATIONS |
| | PPP | A/NE | NOR | |
| b) IGH présente actuellement ou au cours des 3 derniers mois | 1 | 1 | 1 | |
| IST | | | | Observations : Les PS ne protègent pas contre le VIH ou les IST. |
| a) Présente actuellement ou au cours des 3 derniers mois (y compris la cervicite purulente) | 1 | 1 | 1 | |
| b) Vaginite sans cervicite purulente | 1 | 1 | 1 | |
| c) Risque accru d'IST (par ex. partenaires multiples ou partenaire ayant des partenaires multiples) | 1 | 1 | 1 | |
| VIH/SIDA | | | | |
| HAUT RISQUE D'INFECTION A VIH | 1 | 1 | 1 | Observations : Les PS ne protègent pas contre le VIH ou les IST. |
| SEROLOGIE VIH POSITIVE | 1 | 1 | 1 | Observations : S'il existe des inquiétudes théoriques basées sur l'étude des modèles animaux, les données relatives aux risques de transmission du VIH chez l'homme sont contradictoires et celles concernant l'évolution de la maladie limitées. |
| SIDA | 1 | 1 | 1 | |
| AUTRES INFECTIONS | | | | |
| SCHISTOSOMIASE | | | | |
| a) Non compliquée | 1 | 1 | 1 | |
| b) Fibrose hépatique (en cas d'atteinte grave, voir cirrhose) | 1 | 1 | 1 | |
| TUBERCULOSE | | | | |
| a) Non génito-urinaire | 1 | 1 | 1 | |
| b) Génito-urinaire avérée | 1 | 1 | 1 | |
| PALUDISME | 1 | 1 | 1 | |

| | | | | |
|--|---|-------------|------------|---|
| PROGESTATIFS SEULS (PS) | Les PS n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | | | |
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite | | | DONNEES NOUVELLES/ OBSERVATIONS |
| | PPP | A/NE | NOR | |
| TROUBLES ENDOCRINIENS | | | | |
| DIABETE | | | | |
| a) Antécédents de diabète gestationnel | 1 | 1 | 1 | |
| b) Sans complication vasculaire | | | | |
| (i) non-insulino-dépendant | 2 | 2 | 2 | Observations : Les PS peuvent modifier légèrement le métabolisme des glucides. |
| (ii) insulino-dépendant | 2 | 2 | 2 | |
| c) Néphropathie/ rétinopathie/ neuropathie | 2 | 3 | 2 | Observations : Il existe une inquiétude concernant l'effet négatif potentiel de l'AMPR et du NET-EN sur le métabolisme des lipides, qui pourrait avoir une incidence sur l'évolution de la néphropathie, de la rétinopathie ou d'autres pathologies vasculaires. |
| d) Autre pathologie vasculaire ou diabète installé depuis plus de 20 ans | 2 | 3 | 2 | Observations : L'effet hypo-estrogénique potentiel et la baisse des HDL provoqués par les PS suscitent des inquiétudes. Théoriquement, les PS peuvent accroître le risque de thrombose, même si cette augmentation est sensiblement moins importante qu'avec les COC. Les effets de l'AMPR et du NET-EN peuvent perdurer un certain temps après arrêt de la méthode. |
| TROUBLES THYROÏDIENS | | | | |
| a) Goitre simple | 1 | 1 | 1 | |
| b) Hyperthyroïdie | 1 | 1 | 1 | |
| c) Hypothyroïdie | 1 | 1 | 1 | |
| PATHOLOGIES GASTRO-INTESTINALES | | | | |
| CHOLECYSTOPATHIE | | | | |
| a) Symptomatique | | | | Données nouvelles : Certains PS peuvent entraîner une légère augmentation du risque de cholécystopathie. Il se peut également que les PS aggravent une cholécystopathie existante. ^{5,6,7} |
| (i) traitée par cholécystectomie | 2 | 2 | 2 | |
| (ii) traitée médicalement | 2 | 2 | 2 | |

| | | | | |
|---|---|-------------|------------|---|
| PROGESTATIFS SEULS (PS) | Les PS n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | | | |
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite | | | DONNEES NOUVELLES/ OBSERVATIONS |
| | PPP | A/NE | NOR | |
| (iii) actuelle | 2 | 2 | 2 | |
| b) Asymptomatique | 2 | 2 | 2 | |
| ANTECEDENTS DE CHOLESTASE | | | | |
| a) En rapport avec la grossesse | 1 | 1 | 1 | |
| b) Liés à une utilisation passée de COC | 2 | 2 | 2 | Observations : Théoriquement, des antécédents de cholestase liée à l'utilisation de COC peut laisser prévoir une cholestase ultérieure liée à l'utilisation de PS. Toutefois, cela n'a pas été documenté. |
| HEPATITE VIRALE | | | | |
| a) Evolutive | 3 | 3 | 3 | Observations : On s'inquiète de la charge hormonale associée à l'utilisation des PS en cas de forme évolutive de la maladie, mais moins qu'avec les COC. |
| b) Chez le sujet porteur | 1 | 1 | 1 | Observations : Bien que les progestatifs soient métabolisés par le foie, ils semblent avoir peu d'effet sur la fonction hépatique. |
| CIRRHOSE | | | | |
| a) Légère (compensée) | 2 | 2 | 2 | Observations : On s'inquiète de la charge hormonale associée avec l'utilisation des PS en cas de forme évolutive de la maladie, mais moins qu'avec les COC. |
| b) Grave (décompensée) | 3 | 3 | 3 | |
| TUMEURS HEPATIQUES | | | | |
| a) Bénigne (adénome) | 3 | 3 | 3 | Observations : Les PS sont métabolisés par le foie et pourraient avoir des conséquences indésirables chez les femmes dont la fonction hépatique est altérée. En outre, ils peuvent favoriser la prolifération des tumeurs de la même façon que les COC, mais à un degré moindre. |
| b) Maligne (hépatome) | 3 | 3 | 3 | |
| ANEMIES | | | | |
| THALASSEMIE | 1 | 1 | 1 | |

| | | | | |
|-----------------------------------|---|-------------|------------|--|
| PROGESTATIFS SEULS (PS) | Les PS n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | | | |
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite | | | DONNEES NOUVELLES/ OBSERVATIONS |
| | PPP | A/NE | NOR | |
| DREPANOCYTOSE | 1 | 1 | 1 | Observations : Pas de restriction à l'utilisation des PS ; en fait, l'AMPR peut avoir un effet bénéfique sur les crises de drépanocytose. |
| ANEMIE FERRIPRIVE | 1 | 1 | 1 | Observations : Les modifications du cycle associées à l'utilisation des PS ont peu d'effet sur le taux d'hémoglobine. |

| | | | | |
|---|--|--------------------|-------------------|--|
| <p>PROGESTATIFS SEULS (PS)</p> | <p>Les PS n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH.</p> | | | |
| <p>ETAT/ CARACTERISTIQUES</p> | <p>CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite</p> | | | <p>DONNEES NOUVELLES/ OBSERVATIONS</p> |
| | <p>PPP</p> | <p>A/NE</p> | <p>NOR</p> | |
| <p>INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES</p> | | | | |
| <p>MEDICAMENTS COURAMMENT EMPLOYES AYANT UNE ACTION SUR LES ENZYMES HEPATIQUES</p> | | | | <p>Observations : Les inducteurs des enzymes hépatiques couramment utilisés risquent de réduire l'efficacité des PS et des implants NOR. Les femmes qui utilisent ces médicaments pendant longtemps devraient être incitées à employer d'autres moyens contraceptifs. On ne sait pas très bien si le fait d'accroître la dose hormonale des PS permettrait de résoudre ces problèmes.</p> |
| <p>a) Certains antibiotiques (rifampicine et griséofulvine)</p> | <p>3</p> | <p>2</p> | <p>3</p> | |
| <p>b) Certains anticonvulsivants (phénytoïne, carbamézapine, barbituriques, primidone)</p> | <p>3</p> | <p>2</p> | <p>3</p> | |
| <p>AUTRES ANTIBIOTIQUES (à l'exception de la rifampicine et de la griséofulvine)</p> | <p>1</p> | <p>1</p> | <p>1</p> | |

Bibliographie : Progestatifs seuls

1. Cromer BA, Smith RD, Blair JM, Dwyer J, Brown RT. A prospective study of adolescents who choose among levonorgestrel implant (Norplant), medroxyprogesterone acetate (Depo-Provera), or the combined oral contraceptive pill as contraception. *Pediatrics* 1994;94:687-694.
2. Naessen T, Olsson S-E, Gudmundson J. Differential effects on bone density of progestogen-only methods for contraception in premenopausal women. *Contraception* 1995;52:35-39.
3. Petitti D, Piaggio G, Mehta S, Cravioto M, Meirik O for the WHO Study of Hormonal Contraception and Bone Health. Hormonal contraception and bone density: a cross-sectional study in an international population. *Obstetrics and Gynecology* 2000;5:736-744.
4. World Health Organization Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Cardiovascular disease and use of oral and injectable progestogen-only contraceptives and combined injectable contraceptives. *Contraception* 1998;57:315-324.
5. Meirik O, Farley TMM, Sivin I, for the International Collaborative Post-Marketing Surveillance of Norplant. Safety and Efficacy of Levonorgestrel Implant, Intrauterine Device and Sterilization. *Obstetrics and Gynecology* 2001;97:539-547.
6. International Collaborative Post-Marketing Surveillance of Norplant. Post-marketing surveillance of Norplant contraceptive implants: I. Contraceptive efficacy and reproductive health. *Contraception* 2001;63:167-186.
7. International Collaborative Post-Marketing Surveillance of Norplant. Post-marketing surveillance of Norplant contraceptive implants: II. Non-reproductive health. *Contraception* 2001;63:187-209.

PILULES POUR LA CONTRACEPTION D'URGENCE (PCU)

COC : Emploi de contraceptifs oraux contenant un oestrogène et du lévonorgestrel/norgestrel (avec un total d' au moins 100 µg d'éthinylestradiol par dose) administrés en deux prises à 12 heures d'intervalle. La première prise doit être ingérée dans les 72 heures suivant le rapport non protégé, quel que soit le moment* du cycle, afin d'éviter une grossesse. L'efficacité contraceptive semble diminuer avec le temps. Plus le traitement est pris rapidement plus il semble efficace.

Pilules au lévonorgestrel : Emploi de contraceptifs oraux contenant du lévonorgestrel (avec un total d' au moins 750 µg de lévonorgestrel par dose) administrés en deux prises à 12 heures d'intervalle. La première prise doit être ingérée dans les 72 heures suivant un rapport non protégé, quel que soit le moment* du cycle, afin d'éviter une grossesse. L'efficacité contraceptive semble diminuer avec le temps. Plus le traitement est pris rapidement plus il semble être efficace, même si la rapidité avec laquelle l'efficacité diminue ne peut être précisément évaluée à l'aide des données disponibles.

* Parce qu'elles sont relativement inoffensives et à cause des difficultés qu'il y a à calculer exactement un risque de grossesse chez la femme, les PCU peuvent être utilisées à n'importe quel moment du cycle lorsqu'une femme le décide après information.

| <p>PILULES POUR LA CONTRACEPTION D'URGENCE (PCU) (Pilules contraceptives orales combinées et pilules contraceptives au lévonorgestrel)</p> | <p>Les PCU n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH.</p> | |
|--|---|--|
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| GROSSESSE | NA | Observations : Bien que cette méthode ne soit pas indiquée chez une femme enceinte ou présumée enceinte, elle n'a aucun effet nocif connu pour la femme, le déroulement de sa grossesse ou le fœtus en cas d'utilisation accidentelle. |
| ALLAITEMENT AU SEIN | 1 | |
| ANTECEDENTS DE GROSSESSE EXTRA-UTERINE | 1 | |
| ANTECEDENTS DE COMPLICATIONS CARDIO-VASCULAIRES GRAVES (Cardiopathie ischémique, accident vasculaire cérébral ou autre pathologie thrombo-embolique) | 2 | Observations : La durée d'utilisation des PCU est inférieure à celle des COC ou des PS et devrait donc avoir moins d'incidence clinique. |
| ANGOR | 2 | Observations : La durée d'utilisation des PCU étant inférieure à celle des COC ou des PS, on peut donc s'attendre à ce qu'elle ait moins d'incidence clinique. |
| MIGRAINE | 2 | Observations : La durée d'utilisation des PCU est inférieure à celle des COC ou des PS et devrait donc avoir moins d'incidence clinique. |
| PATHOLOGIE HEPATIQUE GRAVE (Y compris l'ictère) | 2 | Observations : La durée d'utilisation des PCU est inférieure à celle des COC ou des PS et devrait donc avoir moins d'incidence clinique. |
| UTILISATION REPETEE DE LA PCU | 1 | Observations : L'utilisation récurrente de la PCU indique que la femme a besoin d'être conseillée en matière de contraception. Une utilisation fréquemment répétée de la PCU peut être nocive chez les femmes ayant des pathologies rangées dans la catégorie 2, 3 ou 4, pour les COC, les CIC ou les PS. |
| VIOL | 1 | Observations : Pas de restriction à l'utilisation des PCU en cas de viol. |

| | |
|---|-----------|
| Caractéristiques personnelles et antécédents génésiques | 1 |
| Grossesse | 1 |
| Age | 1 |
| Parité | 1 |
| Post-partum | 2 |
| Post-abortum | 2 |
| Antécédents de grossesse extra-utérine | 2 |
| Tabagisme | 2 |
| Obésité | 2 |
| Anomalies anatomiques | 3 |
| Mesure de la tension artérielle non disponible | 3 |
| Pathologie cardio-vasculaire | 3 |
| Affections neurologiques | 6 |
| Infections et pathologies de l'appareil reproducteur | 6 |
| VIH/SIDA | 10 |
| Autres infections | 10 |
| Schistosomiase | 10 |
| Tuberculose | 10 |
| Paludisme | 10 |
| Troubles endocriniens | 10 |
| Pathologies gastro-intestinales | 11 |
| Anémies | 13 |
| Interactions médicamenteuses | 13 |
| Médicaments couramment employés ayant une action sur les enzymes hépatiques | 13 |
| Autres antibiotiques | 14 |

DISPOSITIFS INTRA-UTERINS (DIU)

Cu = DIU au cuivre

LNG = DIU à diffusion de lévonorgestrel (20 µg/24heures)

| | | | |
|--|---|------------|---|
| DISPOSITIFS INTRA-UTERINS (DIU) | Les DIU n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris durant le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | | |
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite | | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| | Cu | LNG | |
| CARACTERISTIQUES PERSONNELLES ET ANTECEDENTS GENESIQUES | | | |
| GROSSESSE | 4 | 4 | Observations : Le DIU n'est pas indiqué pendant la grossesse et ne doit pas être employé à cause du risque d'infection pelvienne grave et d'avortement septique spontané. |
| AGE | | | Observations : Inquiétude quant au risque d'expulsion chez les nullipares et aux risques d'IST dûs au comportement sexuel des classes d'âge plus jeunes. |
| a) Des premières règles à < 20 ans | 2 | 2 | |
| b) ≥ 20 ans | 1 | 1 | |
| PARITE | | | Observations : La nulliparité s'accompagne d'un risque accru d'expulsion. |
| a) Nullipare | 2 | 2 | |
| b) Uni/multipare | 1 | 1 | |
| POST-PARTUM (allaitement au sein ou non, notamment après césarienne) | | | Observations : Risque accru d'expulsion du DIU en cas d'insertion dans les 48 heures suivant l'accouchement. Observations : On manque de données concernant les effets locaux des DIU-LNG sur l'involution utérine. En ce qui concerne l'exposition du nouveau-né aux hormones stéroïdiennes au cours des 6 premières semaines du post-partum, les craintes théoriques sont les mêmes que pour les PS. |
| a) < 48 heures | 2 | 3 | |
| b) 48 heures à < 4 semaines | 3 | 3 | Observations : Risque accru de perforation en cas d'insertion du DIU au bout de 48 heures et jusqu'à 4 semaines après l'accouchement. |

| DISPOSITIFS INTRA-UTERINS (DIU) | Les DIU n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris durant le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | | |
|---|---|-----------------------------|--|
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite | | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| | Cu | LNG | |
| POST-PARTUM (suite) c) ≥ 4 semaines d) Infection puerpérale | 1 4 | 1 4 | Observations : En cas d'allaitement au sein, le DIU-LNG est en catégorie 3 jusqu'à la fin de la sixième semaine suivant l'accouchement. Observations : L'insertion d'un DIU peut sensiblement aggraver l'infection. |
| POST-ABORTUM a) Avortement au premier trimestre b) Avortement au deuxième trimestre c) Immédiatement après un avortement septique | 1 2 4 | 1 2 4 | Observations : Les DIU peuvent être insérés immédiatement après un avortement spontané ou provoqué au premier trimestre. Observations : Il existe une certaine inquiétude quant au risque d'expulsion après un avortement au deuxième trimestre. On manque de données sur les effets locaux des DIU-LNG sur l'involution utérine. Observations : L'insertion d'un DIU risque d'aggraver considérablement l'infection. |
| ANTECEDENTS DE GROSSESSE EXTRA-UTERINE | 1 | 1 | Observations : Le risque absolu de grossesse extra-utérine est extrêmement faible étant donné la grande efficacité des DIU. Toutefois, lorsqu'une femme tombe enceinte sous stérilet, la probabilité relative d'une grossesse extra-utérine est augmentée. |
| ANTECEDENTS DE CHIRURGIE PELVIENNE (voir post-partum, y compris après césarienne) | 1 | 1 | |
| TABAGISME a) Age < 35 ans b) Age ≥ 35 ans (i) < 15 cigarettes/jour (ii) ≥ 15 cigarettes/jour | 1 1 1 | 1 1 1 | |
| OBESITE Indice de masse corporelle (IMC) $\geq 30\text{kg/m}^2$ | 1 | 2 | |

| | | | |
|---|--|----------------------------------|---|
| <p align="center">DISPOSITIFS INTRA-UTERINS (DIU)</p> | <p>Les DIU n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris durant le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH.</p> | | |
| <p align="center">ETAT/ CARACTERISTIQUES</p> | <p align="center">CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite</p> | | <p align="center">DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS</p> |
| | <p align="center">Cu</p> | <p align="center">LNG</p> | |
| <p>ANOMALIES ANATOMIQUES</p> <p>a) Cavité utérine déformée (toute anomalie utérine congénitale ou acquise entraînant une déformation de la cavité utérine de telle sorte qu'il est impossible d'y insérer un DIU)</p> <p>b) Autres anomalies (y compris sténose ou déchirures cervicales) n'entraînant pas de déformation de la cavité utérine mais interférant avec la possibilité d'insérer un DIU</p> | <p align="center">4</p> | <p align="center">4</p> | <p>Observations : En présence d'une anomalie anatomique qui entraîne une déformation de la cavité utérine, il est parfois impossible d'insérer correctement un DIU.</p> |
| | <p align="center">2</p> | <p align="center">2</p> | |
| <p>MESURE DE LA TENSION ARTERIELLE NON DISPONIBLE</p> | <p align="center">NA</p> | <p align="center">NA</p> | <p>Observations : Si la mesure de la tension artérielle est appropriée dans le cadre d'une bonne prévention, elle n'est pas matériellement liée à l'utilisation sûre et efficace du DIU. Il ne faut pas refuser aux femmes les DIU simplement parce qu'on ne peut mesurer leur tension artérielle.</p> |
| <p align="center">PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE</p> | | | |
| <p>FACTEURS DE RISQUE MULTIPLES DE CARDIOPATHIE ARTERIELLE (par ex. âge, tabagisme, diabète et hypertension)</p> | <p align="center">1</p> | <p align="center">2</p> | <p>Observations : Lorsqu'il existe de multiples facteurs de risque majeurs, le risque de pathologie cardio-vasculaire peut être sensiblement augmenté. Certains progestatifs peuvent accroître le risque de thrombose, même si cette augmentation est sensiblement inférieure à celle qu'entraîne l'utilisation des COC.</p> |

| DISPOSITIFS INTRA-UTERINS (DIU) | Les DIU n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris durant le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | | |
|--|---|--|---|
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite | | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| | Cu | LNG | |
| <p>HYPERTENSION</p> <p>a) Antécédents d'hypertension lorsque la tension artérielle NE PEUT PAS être mesurée (y compris hypertension gravidique)</p> <p>b) Hypertension bien contrôlée lorsque la tension artérielle PEUT être mesurée</p> <p>c) Tension artérielle élevée (mesurée correctement)</p> <p>(i) systolique 140-159 ou diastolique 90-99</p> <p>(ii) systolique ≥ 160 ou diastolique ≥ 100</p> <p>d) Pathologie vasculaire</p> | <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> | <p>2</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>2</p> | <p>Observations : Inquiétude théorique quant à l'effet du LNG sur les lipides. Pas de restriction à l'usage des DIU au cuivre.</p> <p>Observations : L'utilisation du LNG peut entraîner une baisse des HDL.</p> <p>Observations : L'utilisation du LNG peut entraîner une baisse des HDL.</p> |
| <p>ANTECEDENTS D'HYPERTENSION GRAVIDIQUE (lorsque la tension artérielle actuelle est mesurable et normale)</p> | <p>1</p> | <p>1</p> | |
| <p>THROMBO-EMBOLIE VEINEUSE PROFONDE (TVP)/EMBOLIE PULMONAIRE (EP)</p> <p>a) Antécédents de TVP/EP</p> <p>b) TVP/EP actuelle</p> <p>c) Antécédents familiaux de TVP/EP (parents au premier degré)</p> | <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> | <p>2</p> <p>3</p> <p>1</p> | <p>Observations : Certains progestatifs peuvent accroître le risque de thrombose veineuse, même si cette augmentation est sensiblement moindre qu'avec les COC.</p> |

| | | | | | | | |
|--|--|---|--|----------|---|---|---|
| <p align="center">DISPOSITIFS INTRA-UTERINS (DIU)</p> | <p>Les DIU n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris durant le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH.</p> | | | | | | |
| <p align="center">ETAT/ CARACTERISTIQUES</p> | <p align="center">CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite</p> | | <p align="center">DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS</p> | | | | |
| | <p align="center">Cu</p> | <p align="center">LNG</p> | | | | | |
| <p>TVP/EP (suite)</p> <p>d) Chirurgie majeure</p> <p>(i) avec immobilisation prolongée</p> <p>(ii) sans immobilisation prolongée</p> <p>e) Chirurgie mineure sans immobilisation</p> | <p align="center">1</p> <p align="center">1</p> <p align="center">1</p> | <p align="center">2</p> <p align="center">1</p> <p align="center">1</p> | | | | | |
| <p>THROMBOSE VEINEUSE SUPERFICIELLE</p> <p>a) Varices</p> <p>b) Thrombophlébite superficielle</p> | <p align="center">1</p> <p align="center">1</p> | <p align="center">1</p> <p align="center">1</p> | | | | | |
| <p>CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE ACTUELLE ET ANTECEDENTS DE CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE</p> | <p align="center">1</p> | <table border="1"> <tr> <td align="center">A</td> <td align="center">P</td> </tr> <tr> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> </tr> </table> | A | P | 2 | 3 | <p>Observations : Le LNG peut abaisser les concentrations d'HDL.</p> |
| A | P | | | | | | |
| 2 | 3 | | | | | | |
| <p>ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL (antécédents d'accident vasculaire cérébral)</p> | <p align="center">1</p> | <p align="center">2</p> | <p>Observations : Le LNG peut réduire les concentrations d'HDL. Certains progestatifs peuvent accroître le risque de thrombose, même si cette augmentation est sensiblement moindre qu'avec les COC.</p> | | | | |
| <p>HYPERLIPIDEMIES AVEREES</p> | <p align="center">1</p> | <p align="center">2</p> | <p>Observations : Il n'est pas opportun de procéder à un dépistage systématique compte tenu de la rareté de cette pathologie. Certains types d'hyperlipidémies constituent un facteur de risque de pathologie vasculaire, sur lequel le LNG peut avoir une incidence.</p> | | | | |

| | | | |
|--|---|---|--|
| DISPOSITIFS INTRA-UTERINS (DIU) | Les DIU n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris durant le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | | |
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite | | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| | Cu | LNG | |
| VALVULOPATHIE CARDIAQUE | | | Observations : Pour l'insertion, il est conseillé de prescrire des antibiotiques à titre prophylactique afin de prévenir une endocardite. |
| a) Non compliquée | 1 | 1 | |
| b) Compliquée (hypertension pulmonaire, risque de fibrillation auriculaire, antécédents d'endocardite bactérienne sub-aiguë, traitement anticoagulant) | 2 | 2 | |
| AFFECTIONS NEUROLOGIQUES | | | |
| CEPHALEES | | A | P |
| a) Non migraineuses (légères ou sévères) | 1 | 1 | 1 |
| b) Migraine | | | |
| (i) sans symptômes neurologiques focaux <i>Age < 35 ans</i> | 1 | 2 | 2 |
| <i>Age ≥ 35 ans</i> | 1 | 2 | 2 |
| (ii) avec symptômes neurologiques focaux (quel que soit l'âge) | 1 | 2 | 3 |
| | | Observations : On peut craindre une aggravation des céphalées migraineuses avec l'utilisation des DIU-LNG, bien que dans une moindre mesure par rapport aux PS. Certains PS peuvent accroître le risque de thrombose, même si cette augmentation est sensiblement moindre qu'avec les COC. Toute céphalée nouvelle ou changement marqué dans les céphalées doit être évalué. | |
| EPILEPSIE | 1 | 1 | |
| INFECTIONS ET PATHOLOGIES DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR | | | |
| SAIGNEMENTS VAGINAUX | | A | P |
| a) Saignements irréguliers <i>peu abondants</i> | 1 | 1 | 1 |

| | | | | |
|--|---|---------------|---------------------------------------|--|
| DISPOSITIFS INTRA-UTERINS (DIU) | Les DIU n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris durant le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | | | |
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite | | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS | |
| | Cu | LNG | | |
| SAIGNEMENTS VAGINAUX (suite) b) Saignements abondants ou prolongés (réguliers et irréguliers) | 2 | A 1 | P 2 | Observations : Des saignements inhabituellement abondants doivent faire soupçonner une pathologie sous-jacente grave. Les DIU-LNG peuvent en fait être indiqués pour corriger des saignements importants. Ces DIU-LNG peuvent induire des irrégularités menstruelles, en particulier au cours des 3 à 6 premiers mois, et parfois au-delà. Le volume des saignements est toujours abaissé, ce qui peut constituer un effet souhaitable chez de nombreuses femmes. |
| SAIGNEMENTS VAGINAUX INEXPLIQUES (suspicion de pathologie grave) Avant évaluation | | A 4 | P 2 | Observations : En cas de grossesse ou de pathologie sous-jacente (par exemple une tumeur maligne génitale), il faut procéder à une évaluation avant de définir la catégorie. Il est inutile de retirer le DIU avant l'examen. |
| ENDOMETRIOSE | 2 | 1 | | Observations : Les DIU au cuivre peuvent aggraver la dysménorrhée associée à cette pathologie. |
| TUMEURS OVARIENNES BENIGNES (y compris les kystes) | 1 | 1 | | |
| DYSMENORRHEE SEVERE | 2 | 1 | | Observations : La dysménorrhée peut être aggravée par le DIU au cuivre. A l'inverse, le DIU-LNG a été associé à une diminution de la dysménorrhée. |
| MALADIE TROPHOBLASTIQUE a) Maladie trophoblastique gestationnelle bénigne b) Maladie trophoblastique gestationnelle maligne | 3 4 | 3 4 | | Observations : Risque accru de perforation dans la mesure où le traitement de cette pathologie exige de multiples curetages utérins. |
| ECTROPION DU COL UTERIN | 1 | 1 | | |

| | | | | |
|--|---|------------|---|--|
| DISPOSITIFS INTRA-UTERINS (DIU) | Les DIU n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris durant le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | | | |
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite | | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS | |
| | Cu | LNG | | |
| NEOPLASIE INTRA-EPITHELIALE DU COL UTERIN (NIC) | 1 | 2 | Observations : On peut craindre que les DIU-LNG favorisent la progression de la NIC en cancer. | |
| CANCER DU COL UTERIN (Avant traitement) | A | P | A | P |
| | 4 | 2 | 4 | 2 |
| | | | | Observations : On peut craindre un risque accru d'infection et d'hémorragie au moment de l'insertion, ce qui peut aggraver la pathologie. Il faudra vraisemblablement retirer le DIU au moment du traitement, mais dans l'intervalle, la femme doit le conserver s'il y a risque de grossesse. |
| PATHOLOGIE DU SEIN | | | | |
| a) Grosseur non diagnostiquée | 1 | 2 | | |
| b) Mastopathie bénigne | 1 | 1 | | |
| c) Antécédent familial de cancer | 1 | 1 | | |
| d) Cancer | | | | |
| (i) actuel | 1 | 4 | | |
| (ii) en rémission depuis 5 ans | 1 | 3 | | |
| | | | | Observations : Le cancer du sein est une tumeur hormonodépendante. Les craintes relatives à l'évolution de la maladie sont moins prononcées dans le cas des DIU-LNG que dans celui des COC ou des PS fortement dosés. |
| CANCER DE L'ENDOMETRE | A | P | A | P |
| | 4 | 2 | 4 | 2 |
| | | | | Observations : On peut craindre un risque accru d'infection, de perforation et d'hémorragie au moment de l'insertion, ce qui peut aggraver la maladie. Il faudra vraisemblablement retirer le DIU au moment du traitement, mais dans l'intervalle, la femme doit le conserver s'il y a risque de grossesse. |
| CANCER DE L'OVAIRE | 3 | 2 | 3 | 2 |
| | | | | Observations : Il faudra vraisemblablement retirer le DIU au moment du traitement mais dans l'intervalle, la femme doit le conserver s'il y a risque de grossesse. |

| <p align="center">DISPOSITIFS INTRA-UTERINS (DIU)</p> | <p>Les DIU n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris durant le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| <p align="center">ETAT/ CARACTERISTIQUES</p> | <p align="center">CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite</p> | | <p align="center">DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p align="center">Cu</p> | <p align="center">LNG</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>FIBROMES UTERINS</p> <p>a) Sans déformation de la cavité utérine</p> <p>b) Avec déformation de la cavité utérine</p> | <p align="center">2</p> <p align="center">4</p> | <p align="center">2</p> <p align="center">4</p> | <p>Observations : Des fibromes utérins préexistants qui entraînent une déformation de la cavité utérine peuvent empêcher l'insertion d'un DIU.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>INFECTION GENITALE HAUTE (IGH)</p> <p>a) Antécédents d'IGH (sans facteur de risque actuel d'IST)</p> <p>(i) avec grossesse ultérieure</p> <p>(ii) sans grossesse ultérieure</p> <p>b) IGH présente actuellement ou au cours des 3 derniers mois</p> | <table border="1"> <thead> <tr> <th>A</th> <th>P</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td align="center">1</td> <td align="center">1</td> </tr> <tr> <td align="center">2</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td align="center">4</td> <td align="center">3</td> </tr> </tbody> </table> | A | P | 1 | 1 | 2 | 2 | 4 | 3 | <table border="1"> <thead> <tr> <th>A</th> <th>P</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td align="center">1</td> <td align="center">1</td> </tr> <tr> <td align="center">2</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td align="center">4</td> <td align="center">3</td> </tr> </tbody> </table> | A | P | 1 | 1 | 2 | 2 | 4 | 3 | <p>Observations : Les méthodes de contraception mécaniques, et plus particulièrement les préservatifs, sont toujours recommandés pour la prévention des IST/VIH/IGH.</p> <p>Observations : Chez les femmes peu exposées aux IST, l'insertion d'un DIU fait courir peu de risque d'IGH. Il faut tenir compte du risque actuel d'IST et du désir de grossesse futur.</p> <p>Observations : On craint fortement que les DIU aggravent une IGH existante. Une IGH récente est un facteur de risque important d'IGH ultérieure. L'utilisation continue d'un DIU est conditionnée par les facteurs de risque d'IST et d'IGH présentés actuellement par la cliente et par le choix éclairé de cette dernière.</p> | |
| A | P | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A | P | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>IST</p> <p>a) Présente actuellement ou au cours des 3 derniers mois (y compris la cervicite purulente)</p> <p>b) Vaginite sans cervicite purulente</p> <p>c) Risque accru d'IST (par ex. partenaires multiples ou partenaire ayant des partenaires multiples)</p> | <p align="center">4</p> <p align="center">2</p> <p align="center">3</p> | <p align="center">4</p> <p align="center">2</p> <p align="center">3</p> | <p>Observations : On peut sérieusement craindre que les DIU augmentent les risques d'IGH chez les femmes qui présentent actuellement une IST, ou qui sont des sujets à haut risque.</p> <p>Observations : Lorsque l'incidence de base des IST est élevée, une vaginite peut indiquer une IST.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | |
|---|---|------------|--|----------|
| DISPOSITIFS INTRA-UTERINS (DIU) | Les DIU n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris durant le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | | | |
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite | | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS | |
| | Cu | LNG | | |
| VIH/SIDA | | | | |
| HAUT RISQUE D'INFECTION A VIH | 3 | 3 | Observations : Les femmes à haut risque pour le VIH sont également à haut risque pour les autres IST. | |
| SEROLOGIE VIH POSITIVE | 3 | 3 | Observations : On peut théoriquement craindre qu'il y ait un risque accru d'IST et d'IGH et un risque accru de transmission à des partenaires non infectés, en particulier en ce qui concerne les femmes immunodéprimées. | |
| SIDA | 3 | 3 | | |
| AUTRES INFECTIONS | | | | |
| SCHISTOSOMIASE | | | | |
| a) Non compliquée | 1 | 1 | | |
| b) Fibrose hépatique (en cas de fibrose grave, voir cirrhose) | 1 | 1 | | |
| TUBERCULOSE | A | P | A | P |
| a) Non génito-urinaire | 1 | 1 | 1 | 1 |
| b) Génito-urinaire avérée | 4 | 3 | 4 | 3 |
| | Observations : L'insertion d'un DIU risque d'aggraver considérablement la maladie. | | | |
| PALUDISME | 1 | 1 | | |
| TROUBLES ENDOCRINIENS | | | | |
| DIABETE | | | | |
| a) Antécédents de diabète gestationnel | 1 | 1 | Observations : L'utilisation de LNG peut avoir une légère incidence sur le métabolisme des glucides et des lipides. On ne sait pas très bien si les quantités de LNG libérées par le DIU peuvent provoquer les mêmes modifications. | |
| b) Sans complication vasculaire | | | | |
| (i) non insulino-dépendant | 1 | 2 | | |
| (ii) insulino-dépendant | 1 | 2 | | |
| c) Néphropathie/ rétinopathie/ neuropathie | 1 | 2 | | |

| DISPOSITIFS INTRA-UTERINS (DIU) | Les DIU n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris durant le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | | |
|--|---|------------|---|
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite | | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| | Cu | LNG | |
| DIABETE (suite) d) Autres complications vasculaires ou diabète installé depuis plus de 20 ans | 1 | 2 | Observations : Certains progestatifs peuvent augmenter le risque de thrombose, même s'ils l'augmentent sensiblement moins que les COC. |
| TROUBLES THYROÏDIENS | | | |
| a) Goitre simple | 1 | 1 | |
| b) Hyperthyroïdie | 1 | 1 | |
| c) Hypothyroïdie | 1 | 1 | |
| PATHOLOGIES GASTRO-INTESTINALES | | | |
| CHOLECYSTOPATHIE | | | |
| a) Symptomatique | | | Données nouvelles : Certains progestatifs peuvent entraîner une légère augmentation du risque de cholécystopathie. On craint également que les progestatifs puissent aggraver une cholécystopathie existante. ^{1,2,3} |
| (i) traitée par cholécystectomie | 1 | 2 | |
| (ii) traitée médicalement | 1 | 2 | |
| (iii) présente actuellement | 1 | 2 | |
| b) Asymptomatique | 1 | 2 | |
| ANTECEDENTS DE CHOLESTASE | | | |
| a) En rapport avec la grossesse | 1 | 1 | Observations : On craint que des antécédents de cholestase liés à l'utilisation de COC puissent être indicateurs d'une cholestase ultérieure en cas d'utilisation de LNG. On ne sait pas avec certitude si le même risque existe avec les DIU-LNG. |
| b) Liés à une utilisation passée de COC | 1 | 2 | |
| HEPATITE VIRALE | | | |
| a) Evolutive | 1 | 3 | Observations : Il existe une inquiétude quant à la charge hormonale associée à l'utilisation du DIU-LNG en cas d'hépatite évolutive, mais le risque est moindre qu'avec les COC. |

| | | |
|---|--|--|
| <p align="center">DISPOSITIFS INTRA-UTERINS (DIU)</p> | <p>Les DIU n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris durant le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH.</p> | |
| <p align="center">ETAT/ CARACTERISTIQUES</p> <p>b) Chez le sujet porteur</p> | <p align="center">CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite</p> | |
| | <p align="center">Cu</p> <p align="center">1</p> | <p align="center">LNG</p> <p align="center">1</p> |
| <p align="center">DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS</p> | | |

| | | | |
|--|---|------------|--|
| DISPOSITIFS INTRA-UTERINS (DIU) | Les DIU n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris durant le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | | |
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite | | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| | Cu | LNG | |
| CIRRHOSE | | | |
| a) Légère (compensée) | 1 | 2 | Observations : Il existe une inquiétude quant à la charge hormonale associée à l'utilisation des DIU-LNG en cas de maladie hépatique évolutive, mais le risque est moindre qu'avec les COC. |
| b) Grave (décompensée) | 1 | 3 | |
| TUMEUR HEPATIQUE | | | |
| a) Bénigne (adénome) | 1 | 3 | Observations : Les progestatifs sont métabolisés par le foie mais leur utilisation pourrait avoir des conséquences indésirables chez les femmes dont la fonction hépatique est altérée. En outre, ils risquent de favoriser la prolifération des tumeurs. Le risque est le même qu'avec les COC, mais à un degré moindre. |
| b) Maligne (hépatome) | 1 | 3 | |
| ANEMIES | | | |
| THALASSEMIE | 2 | 1 | Observations : Inquiétude quant au risque accru de saignements abondants avec les DIU au cuivre. |
| DREPANOCYTOSE | 2 | 1 | Observations : Inquiétude quant au risque accru de saignements abondants avec les DIU au cuivre. |
| ANEMIE FERRIPRIVE | 2 | 1 | Observations : Inquiétude quant au risque accru de saignements abondants avec les DIU au cuivre. |
| INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES | | | |
| MEDICAMENTS COURAMMENT EMPLOYES AYANT UNE ACTION SUR LES ENZYMES HEPATIQUES | | | |
| a) Certains antibiotiques (rifampicine et griséofulvine) | 1 | 1 | Observations : Les DIU-LNG agissent principalement par effet local du lévonorgestrel ; le métabolisme général du progestatif n'a pas d'incidence sur l'efficacité locale. |
| b) Anticonvulsivants (phénytoïne, carbamazépine, barbituriques, primidone) | 1 | 1 | |

| | | | |
|--|--|----------------------------------|---|
| <p align="center">DISPOSITIFS INTRA-UTERINS (DIU)</p> | <p>Les DIU n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris durant le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH.</p> | | |
| <p align="center">ETAT/ CARACTERISTIQUES</p> | <p align="center">CATEGORIE A = Adoption P = Poursuite</p> | | <p align="center">DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS</p> |
| | <p align="center">Cu</p> | <p align="center">LNG</p> | |
| <p>AUTRES ANTIBIOTIQUES (à l'exception de la rifampicine et de la griséofulvine)</p> | <p align="center">1</p> | <p align="center">1</p> | |

Bibliographie : Dispositifs intra-utérins

1. Meirik O, Farley TMM, Sivin I, for the International Collaborative Post-Marketing Surveillance of Norplant. Safety and efficacy of levonorgestrel implant, intrauterine device, and sterilization. *Obstetrics & Gynecology* 2001;97:539-547.
2. International Collaborative Post-Marketing Surveillance of Norplant. Post-marketing surveillance of Norplant contraceptive implants: I. Contraceptive efficacy and reproductive health. *Contraception* 2001;63:167-186.
3. International Collaborative Post-Marketing Surveillance of Norplant. Post-marketing surveillance of Norplant contraceptive implants: II. Non-reproductive health. *Contraception* 2001;63:187-209.

DIU AU CUIVRE POUR LA CONTRACEPTION D'URGENCE

Pour éviter toute grossesse, il s'agit là d'une méthode extrêmement efficace. Un DIU au cuivre (DIU-Cu) peut être utilisé dans les 5 jours suivant un rapport sexuel non protégé pour la contraception d'urgence. Toutefois, lorsque l'on peut avoir une bonne estimation de la date de l'ovulation, le DIU-Cu peut être inséré au-delà de 5 jours après le rapport non protégé le cas échéant, du moment qu'il n'est pas inséré plus de 5 jours après l'ovulation.

Les critères d'acceptabilité de la pose normale d'un DIU-Cu s'appliquent également à pose du DIU-Cu pour la contraception d'urgence.

| | | |
|--|--|---|
| DIU AU CUIVRE POUR LA CONTRACEPTION D'URGENCE | Les DIU utilisés pour la contraception d'urgence n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH, il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex une protègent contre les IST/VIH. | |
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| GROSSESSE | 4 | Observations : Ce DIU n'est pas indiqué pendant la grossesse et ne doit pas être employé à cause du risque d'infection génitale grave et d'avortement septique spontané. |
| VIOL | | Observations : On peut sérieusement craindre que le DIU accroisse le risque d'IGH chez les femmes présentant une IST ou un risque élevé d'IST. |
| Haut risque d'IST | 3 | |
| Faible risque d'IST | 1 | |

| | |
|---|-----------|
| Caractéristiques personnelles et antécédents génésiques | 1 |
| Grossesse | 1 |
| Age | 1 |
| Parité | 1 |
| Allaitement au sein | 1 |
| Post-abortum | 1 |
| Antécédents de grossesse extra-utérine | 3 |
| Antécédents de chirurgie pelvienne | 3 |
| Tabagisme | 3 |
| Obésité | 3 |
| Mesure de la tension artérielle non disponible | 3 |
| Pathologie cardio-vasculaire | 3 |
| Affections neurologiques | 5 |
| Infections et pathologies de l'appareil reproducteur | 6 |
| VIH/SIDA | 9 |
| Autres infections | 9 |
| Schistosomiase | 9 |
| Tuberculose | 9 |
| Paludisme | 9 |
| Antécédents de syndrome de choc toxique | 9 |
| Infection des voies urinaires | 9 |
| Troubles endocriniens | 9 |
| Pathologies gastro-intestinales | 10 |
| Anémies | 11 |
| Interactions médicamenteuses | 11 |
| Médicaments couramment employés ayant une action sur les enzymes hépatiques | 11 |
| Autres antibiotiques | 11 |
| Allergie au latex | 11 |

METHODES MECANIQUES

P = Préservatifs masculins en latex, préservatifs masculins en polyuréthane, préservatifs féminins

S = Spermicides (film, comprimés, mousse, gel)

D = Diaphragme (avec spermicide), cape cervicale

| METHODES MECANIQUES | En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | | | |
|--|--|----|----|---|
| Il convient d'indiquer aux femmes présentant des pathologies rendant toute grossesse trop risquée que les méthodes de contraception mécaniques ne sont peut-être pas appropriées si on ne peut les utiliser régulièrement et correctement, du fait de leur taux d'échec généralement plus élevé. | | | | |
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE | | | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| | P | S | D | |
| CARACTERISTIQUES PERSONNELLES ET ANTECEDENTS GENESIQUES | | | | |
| GROSSESSE | NA | NA | NA | Observations : Aucune de ces méthodes contraceptives n'a de sens en cas de grossesse avérée. Toutefois, pour les femmes qui continuent à présenter un risque d'IST/VIH durant la grossesse, il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs. |
| AGE | | | | |
| a) Des premières règles à < 40 ans | 1 | 1 | 1 | |
| b) ≥ 40 ans | 1 | 1 | 1 | |
| PARITE | | | | |
| a) Nullipare | 1 | 1 | 1 | |
| b) Uni/multipare | 1 | 1 | 2 | Observations : Le risque d'échec est plus élevé que chez les nullipares. |
| ALLAITEMENT AU SEIN | | | | |
| a) < 6 semaines après l'accouchement | 1 | 1 | NA | Observations : Le diaphragme et la cape cervicale sont inutilisables tant que l'involution utérine n'est pas achevée. |
| b) De 6 semaines à 6 mois après l'accouchement (allaitement principalement au sein) | 1 | 1 | 1 | |
| c) ≥ 6 mois après l'accouchement | 1 | 1 | 1 | |
| POST-ABORTUM | | | | |
| a) Avortement au premier trimestre | 1 | 1 | 1 | |

| <p style="text-align: center;">METHODES MECANIQUES</p> | <p>En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH.</p> | | | |
|---|---|----------|----------|---|
| <p>Il convient d'indiquer aux femmes présentant des pathologies rendant toute grossesse trop risquée que les méthodes de contraception mécaniques ne sont peut-être pas appropriées si on ne peut les utiliser régulièrement et correctement, du fait de leur taux d'échec généralement plus élevé.</p> | | | | |
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE | | | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| <p>b) Avortement au deuxième trimestre</p> | P | S | D | <p>Observations : Le diaphragme et la cape cervicale sont inutilisables dans les 6 semaines suivant un avortement au deuxième trimestre.</p> |
| 1 | 1 | 1 | 1 | |

| METHODES MECANIQUES | En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | | | |
|---|--|---------------------|---------------------|---|
| Il convient d'indiquer aux femmes présentant des pathologies rendant toute grossesse trop risquée que les méthodes de contraception mécanique ne sont peut-être pas appropriées si on ne peut les utiliser régulièrement et correctement, du fait de leur taux d'échec généralement plus élevé. | | | | |
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE | | | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| | P | S | D | |
| POST-ABORTUM (suite) c) Immédiatement après un avortement septique | 1 | 1 | 1 | |
| ANTECEDENTS DE GROSSESSE EXTRA-UTERINE | 1 | 1 | 1 | |
| ANTECEDENTS DE CHIRURGIE PELVIENNE | 1 | 1 | 1 | |
| TABAGISME a) Age < 35 ans b) Age ≥ 35 ans (i) <15 cigarettes/jour (ii) ≥15 cigarettes/jour | 1 1 1 | 1 1 1 | 1 1 1 | |
| OBESITE Indice de masse corporelle (IMC) ≥ 30 kg/m ² | 1 | 1 | 1 | Observations : Une obésité sévère peut rendre difficile la pose d'un diaphragme ou d'une cape cervicale. |
| ANOMALIES ANATOMIQUES | 1 | 1 | NA | Observations : Le diaphragme ne peut être utilisé dans certains cas de prolapsus. L'utilisation de la cape cervicale ne convient pas lorsque le col présente une déformation anatomique marquée. |
| MESURE DE LA TENSION ARTERIELLE NON DISPONIBLE | NA | NA | NA | Observations : Si, dans le cadre d'une bonne prévention, la mesure de la tension artérielle est appropriée, elle n'est pas nécessaire pour utiliser sans danger et efficacement une méthode mécanique. Il ne faut pas refuser aux femmes des méthodes mécaniques simplement parce qu'on ne peut mesurer leur tension artérielle. |
| PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE | | | | |
| FACTEURS DE RISQUE MULTIPLES DE CARDIOPATHIE ARTERIELLE (par ex. âge, tabagisme, diabète et hypertension) | 1 | 1 | 1 | |

| METHODES MECANIQUES | En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | | | |
|---|--|---|---|--------------------------------|
| Il convient d'indiquer aux femmes présentant des pathologies rendant toute grossesse trop risquée que les méthodes de contraception mécanique ne sont peut-être pas appropriées si on ne peut les utiliser régulièrement et correctement, du fait de leur taux d'échec généralement plus élevé. | | | | |
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE | | | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| | P | S | D | |
| HYPERTENSION | | | | |
| a) Antécédents d'hypertension lorsque la tension artérielle NE PEUT PAS être mesurée (y compris hypertension gravidique) | 1 | 1 | 1 | |
| b) Hypertension bien contrôlée, lorsque la tension artérielle PEUT être mesurée | 1 | 1 | 1 | |
| c) Tension artérielle élevée (mesurée correctement) | 1 | 1 | 1 | |
| (i) systolique 140-159 ou diastolique 90-99 | 1 | 1 | 1 | |
| (ii) systolique ≥ 160 ou diastolique ≥ 100 | 1 | 1 | 1 | |
| d) Pathologie vasculaire | 1 | 1 | 1 | |
| ANTECEDENT D'HYPERTENSION GRAVIDIQUE (lorsque la tension artérielle actuelle est mesurable et normale) | 1 | 1 | 1 | |
| THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE (TVP)/EMBOLIE PULMONAIRE (EP) | | | | |
| a) Antécédents de TVP/EP | 1 | 1 | 1 | |
| b) TVP/EP actuelle | 1 | 1 | 1 | |
| c) Antécédents familiaux de TVP/EP (parents au premier degré) | 1 | 1 | 1 | |
| d) Chirurgie majeure | | | | |
| (i) avec immobilisation prolongée | 1 | 1 | 1 | |
| (ii) sans immobilisation prolongée | 1 | 1 | 1 | |
| e) Chirurgie mineure sans immobilisation | 1 | 1 | 1 | |

| METHODES MECANIQUES | En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | | | |
|--|--|---|---|--|
| Il convient d'indiquer aux femmes présentant des pathologies rendant toute grossesse trop risquée que les méthodes de contraception mécaniques ne sont peut-être pas appropriées si on ne peut les utiliser régulièrement et correctement, du fait de leur taux d'échec généralement plus élevé. | | | | |
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE | | | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| | P | S | D | |
| THROMBOSE VEINEUSE SUPERFICIELLE | | | | |
| a) Varices | 1 | 1 | 1 | |
| b) Thrombophlébite superficielle | 1 | 1 | 1 | |
| CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE ACTUELLE ET ANTECEDENTS DE CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE | 1 | 1 | 1 | |
| ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL (antécédents d'accident vasculaire cérébral) | 1 | 1 | 1 | |
| HYPERLIPIDEMIES AVEREES | 1 | 1 | 1 | Observations : Leur dépistage N'EST PAS nécessaire pour pouvoir utiliser sans danger ces méthodes contraceptives. |
| VALVULOPATHIE CARDIAQUE | | | | |
| a) Non compliquée | 1 | 1 | 1 | |
| b) Compliquée (hypertension pulmonaire, fibrillation auriculaire, antécédents d'endocardite bactérienne subaiguë) | 1 | 1 | 2 | Observations : Le risque d'infection urinaire associé au diaphragme peut être augmenté chez une cliente présentant une endocardite bactérienne sub-aiguë. |
| AFFECTIONS NEUROLOGIQUES | | | | |
| CEPHALEES | | | | |
| a) Non migraineuses (légères ou sévères) | 1 | 1 | 1 | |
| b) Migraine | | | | |
| (i) sans symptômes neurologiques focaux | | | | |
| Age < 35 ans | 1 | 1 | 1 | |
| Age ≥ 35 ans | 1 | 1 | 1 | |

| METHODES MECANIQUES | En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | | | |
|---|--|---|---|---|
| Il convient d'indiquer aux femmes présentant des pathologies rendant toute grossesse trop risquée que les méthodes de contraception mécanique ne sont peut-être pas appropriées si on ne peut les utiliser régulièrement et correctement, du fait de leur taux d'échec généralement plus élevé. | | | | |
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE | | | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| | P | S | D | |
| MIGRAINE (suite) (ii) avec symptômes neurologiques focaux (quel que soit l'âge) | 1 | 1 | 1 | |
| EPILEPSIE | 1 | 1 | 1 | |
| INFECTIONS ET PATHOLOGIES DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR | | | | |
| SAIGNEMENTS VAGINAUX INEXPLIQUES (suspicion de pathologie grave) Avant évaluation | | | | Observations : La pathologie doit être évaluée et traitée. |
| | 1 | 1 | 1 | |
| ENDOMETRIOSE | 1 | 1 | 1 | |
| TUMEURS OVARIENNES BENIGNES (y compris les kystes) | 1 | 1 | 1 | |
| DYSMENORRHEE SEVERE | 1 | 1 | 1 | |
| MALADIE TROPHOBLASTIQUE a) Maladie trophoblastique gestationnelle bénigne b) Maladie trophoblastique gestationnelle maligne | | | | |
| | 1 | 1 | 1 | |
| ECTROPION DU COL UTERIN | 1 | 1 | 1 | |
| NEOPLASIE INTRAEPITHELIALE DU COL UTERIN (NIC) | 1 | 1 | 1 | Observations : L'utilisation répétée et à haute dose de nonoxynol-9 peut provoquer des érosions et irritations vaginales et cervicales. Observations : <i>L'emploi de la cape cervicale est déconseillé.</i> Pas de restriction à l'utilisation du diaphragme. |

| METHODES MECANIQUES | En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | | | |
|--|--|---|---|---|
| Il convient d'indiquer aux femmes présentant des pathologies rendant toute grossesse trop risquée que les méthodes de contraception mécaniques ne sont peut-être pas appropriées si on ne peut les utiliser régulièrement et correctement, du fait de leur taux d'échec généralement plus élevé. | | | | |
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE | | | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| | P | S | D | |
| CANCER DU COL UTERIN (avant traitement) | 1 | 2 | 1 | Observations : L'utilisation répétée et à haute dose de nonoxynol-9 peut provoquer des érosions et irritations vaginales et cervicales. Observations : <i>L'emploi de la cape cervicale est déconseillé.</i> Pas de restriction à l'utilisation du diaphragme. |
| PATHOLOGIE DU SEIN | | | | |
| a) Grosseur non diagnostiquée | 1 | 1 | 1 | |
| b) Mastopathie bénigne | 1 | 1 | 1 | |
| c) Antécédents familiaux de cancer | 1 | 1 | 1 | |
| d) Cancer | | | | |
| (i) actuel | 1 | 1 | 1 | |
| (ii) en rémission depuis 5 ans | 1 | 1 | 1 | |
| CANCER DE L'ENDOMETRE | 1 | 1 | 1 | |
| CANCER DE L'OVAIRE | 1 | 1 | 1 | |
| FIBROMES UTERINS | | | | |
| a) Sans déformation de la cavité utérine | 1 | 1 | 1 | |
| b) Avec déformation de la cavité utérine | 1 | 1 | 1 | |
| INFECTION GENITALE HAUTE (IGH) | | | | |
| a) Antécédents d'IGH (sans facteur de risque actuel d'IST) | | | | |
| (i) avec grossesse ultérieure | 1 | 1 | 1 | |
| (ii) sans grossesse ultérieure | 1 | 1 | 1 | |
| b) IGH présente actuellement ou au cours des 3 derniers mois | 1 | 1 | 1 | |

| <p style="text-align: center;">METHODES MECANIQUES</p> | <p>En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH.</p> | | | |
|---|---|-------------------|-------------------|--------------------------------|
| <p>Il convient d'indiquer aux femmes présentant des pathologies rendant toute grossesse trop risquée que les méthodes de contraception mécaniques ne sont peut-être pas appropriées si on ne peut les utiliser régulièrement et correctement, du fait de leur taux d'échec généralement plus élevé.</p> | | | | |
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE | | | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| | P | S | D | |
| <p>IST</p> <p>a) Présente actuellement ou au cours des 3 derniers mois (y compris cervicite purulente)</p> <p>b) Vaginite sans cervicite purulente</p> | <p>1</p> <p>1</p> | <p>1</p> <p>1</p> | <p>1</p> <p>1</p> | |

| METHODES MECANIQUES | En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | | | |
|---|--|---|---|--|
| Il convient d'indiquer aux femmes présentant des pathologies rendant toute grossesse trop risquée que les méthodes de contraception mécanique ne sont peut-être pas appropriées si on ne peut les utiliser régulièrement et correctement, du fait de leur taux d'échec généralement plus élevé. | | | | |
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE | | | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| | P | S | D | |
| IST (suite) c) Risque accru d'IST (par ex. partenaires multiples ou partenaire ayant des partenaires multiples) | 1 | 1 | 1 | |
| VIH/SIDA | | | | |
| HAUT RISQUE D'INFECTION A VIH | 1 | 2 | 1 | Observations : L'utilisation répétée et à haute dose du spermicide nonoxynol-9 peut provoquer des érosions et irritations vaginales et cervicales, qui pourraient augmenter le risque de transmission du VIH. |
| SEROLOGIE VIH POSITIVE | 1 | 2 | 1 | |
| SIDA | 1 | 2 | 1 | |
| AUTRE INFECTIONS | | | | |
| SCHISTOSOMIASE | | | | |
| a) Non compliquée | 1 | 1 | 1 | |
| b) Fibrose hépatique | 1 | 1 | 1 | |
| TUBERCULOSE | | | | |
| a) Non génito-urinaire | 1 | 1 | 1 | |
| b) Génito-urinaire avérée | 1 | 1 | 1 | |
| PALUDISME | 1 | 1 | 1 | |
| ANTECEDENTS DE SYNDROME DE CHOC TOXIQUE | 1 | 1 | 3 | Observations : On a signalé des cas de syndrome de choc toxique associés à l'utilisation du diaphragme et de l'éponge contraceptive. |
| INFECTION DES VOIES URINAIRES | 1 | 1 | 2 | Observations : Les diaphragmes et les spermicides peuvent augmenter les risques d'infection urinaire. |
| TROUBLES ENDOCRINIENS | | | | |
| DIABETE | | | | |
| a) Antécédents de diabète gestationnel | 1 | 1 | 1 | |

| METHODES MECANIQUES | En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | | | |
|---|--|---|---|--------------------------------|
| Il convient d'indiquer aux femmes présentant des pathologies rendant toute grossesse trop risquée que les méthodes de contraception mécanique ne sont peut-être pas appropriées si on ne peut les utiliser régulièrement et correctement, du fait de leur taux d'échec généralement plus élevé. | | | | |
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE | | | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| | P | S | D | |
| DIABETE (suite) | | | | |
| b) Sans complication vasculaire | | | | |
| (i) non insulino-dépendant | 1 | 1 | 1 | |
| (ii) insulino-dépendant | 1 | 1 | 1 | |
| c) Néphropathie/rétinopathie/neuropathie | 1 | 1 | 1 | |
| d) Autres pathologies vasculaires ou diabète installé depuis plus de 20 ans | 1 | 1 | 1 | |
| TROUBLES THYROÏDIENS | | | | |
| a) Goitre simple | 1 | 1 | 1 | |
| b) Hyperthyroïdie | 1 | 1 | 1 | |
| c) Hypothyroïdie | 1 | 1 | 1 | |
| PATHOLOGIES GASTRO-INTESTINALES | | | | |
| CHOLECYSTOPATHIE | | | | |
| a) Symptomatique | | | | |
| (i) traitée par cholécystectomie | 1 | 1 | 1 | |
| (ii) traitée médicalement | 1 | 1 | 1 | |
| (iii) actuelle | 1 | 1 | 1 | |
| b) Asymptomatique | 1 | 1 | 1 | |
| ANTECEDENTS DE CHOLESTASE | | | | |
| a) En rapport avec la grossesse | 1 | 1 | 1 | |
| b) Liés à une utilisation antérieure de COC | 1 | 1 | 1 | |
| HEPATITE VIRALE | | | | |
| a) Evolutive | 1 | 1 | 1 | |

| METHODES MECANIQUES | En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | | | |
|---|--|---|---|--|
| Il convient d'indiquer aux femmes présentant des pathologies rendant toute grossesse trop risquée que les méthodes de contraception mécanique ne sont peut-être pas appropriées si on ne peut les utiliser régulièrement et correctement, du fait de leur taux d'échec généralement plus élevé. | | | | |
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE | | | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| | P | S | D | |
| b) Chez le sujet porteur | 1 | 1 | 1 | |
| CIRRHOSE | | | | |
| a) Légère (compensée) | 1 | 1 | 1 | |
| b) Grave (décompensée) | 1 | 1 | 1 | |
| TUMEUR HEPATIQUE | | | | |
| a) Bénigne (adénome) | 1 | 1 | 1 | |
| b) Maligne (hépatome) | 1 | 1 | 1 | |
| ANEMIES | | | | |
| THALASSEMIE | 1 | 1 | 1 | |
| DREPANOCYTOSE | 1 | 1 | 1 | |
| ANEMIE FERRIPRIVE | 1 | 1 | 1 | |
| INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES | | | | |
| MEDICAMENTS COURAMMENT EMPLOYES AYANT UNE ACTION SUR LES ENZYMES HEPATIQUES | | | | |
| a) Certains antibiotiques (rifampicine et griséofulvine) | 1 | 1 | 1 | |
| b) Anticonvulsivants (phénytoïne, carbamazépine, barbituriques, primidone) | | | | |
| AUTRES ANTIBIOTIQUES (à l'exception de la rifampicine et de la griséofulvine) | 1 | 1 | 1 | |
| ALLERGIE AU LATEX | 3 | 1 | 3 | Observations : Ne concerne pas les préservatifs/ diaphragmes en plastique.. |

| | |
|---|----------|
| Caractéristiques personnelles et antécédents génésiques | 2 |
| Grossesse | 2 |
| Période de la vie | 2 |
| Allaitement au sein | 2 |
| Post-partum | 3 |
| Post-abortum | 3 |
| Infections et pathologies de l'appareil reproducteur | 3 |
| Divers | 4 |
| Emploi de médicaments ayant une incidence sur la régularité du cycle, les hormones et/ou les signes de fécondité | 4 |
| Pathologie entraînant une élévation de la température | 4 |

METHODES NATURELLES

Les méthodes naturelles de planification familiale sont basées sur l'identification au cours du cycle des jours où la femme est féconde, soit en observant les signes d'ovulation telles les sécrétions cervicales et la courbe des températures, soit en comptant les jours. Ces méthodes peuvent être employées en association avec des périodes d'abstinence ou une contraception mécanique pendant la période féconde. Si l'on emploie des méthodes mécaniques, se reporter à la section qui les concerne.

Il n'y a pas de pathologie qui soit aggravée par l'utilisation de ces méthodes naturelles. En général, ce sont des méthodes que l'on peut offrir sans s'inquiéter des effets qu'elles peuvent avoir sur la santé des gens qui les choisissent. Toutefois, il existe un certain nombre d'affections qui rendent leur utilisation plus complexe. L'existence de ces affections indique que 1) il faut différer l'emploi de ces méthodes jusqu'à ce que le trouble soit corrigé ou la maladie guérie, ou bien 2) qu'elles nécessiteront un conseil particulier, et un prestataire plus qualifié est en général nécessaire pour assurer une utilisation correcte.

Définitions

| | | |
|------------|-----------------------------------|---|
| SYM | Méthodes basées sur les symptômes | Les méthodes naturelles basées sur l'observation des signes de fécondité (par ex., sécrétions cervicales, température) telle la méthode Billings (méthode de la glaire cervicale), la méthode symptothermique et la méthode dite des deux jours. |
| CAL | Méthodes basées sur le calendrier | Méthodes basées sur le calcul de la période féconde telles que la méthode dite du calendrier et la méthode dite des jours standard. |
| A | Accepter | Il n'y a pas de raison médicale de refuser cette méthode particulière à une femme dans cette situation. |
| P | Prudence | Cette méthode est normalement offerte systématiquement, mais avec une préparation et des précautions supplémentaires. Pour les méthodes naturelles, cela signifie en général qu'un conseil particulier peut être nécessaire pour s'assurer que la méthode sera bien employée par une femme dans une situation donnée. |
| D | Différer | L'utilisation de cette méthode doit être différée jusqu'à ce que la pathologie soit évaluée ou corrigée. D'autres méthodes de contraception temporaire doivent être offertes. |
| NA | Non applicable | |

| METHODES NATURELLES | Les méthodes naturelles n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | | |
|--|--|-----|---|
| Il doit être indiqué aux femmes présentant des pathologies qui rendent toute grossesse trop risquée que les méthodes naturelles ne sont peut-être pas appropriées pour elles du fait de leur taux d'échec généralement plus élevé. | | | |
| ETAT / CARACTERISTIQUES | CATEGORIE | | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| | SYM | CAL | |
| CARACTERISTIQUES PERSONNELLES ET ANTECEDENTS GENESIQUES | | | |
| GROSSESSE | NA | | Observations : ces méthodes n'ont aucune raison d'être pendant la grossesse. |
| PERIODE DE LA VIE | | | |
| a) A partir des premières règles | P | P | Observations : Les irrégularités du cycle sont fréquentes après les premières règles et dans la péri-ménopause et peuvent rendre plus compliquée l'utilisation des méthodes naturelles. |
| b) Péri-ménopause | P | P | |
| ALLAITEMENT AU SEIN | | | |
| a) < 6 semaines après l'accouchement | D | D | Observations : Les femmes qui allaitent leur enfant principalement au sein et qui présentent une aménorrhée ont peu de chance de présenter une fonction ovarienne suffisante pour que des signes de fécondité détectables et des changements hormonaux apparaissent au cours des 6 premiers mois suivant l'accouchement. Toutefois, la probabilité d'un retour de règles augmente avec le temps et au fur et à mesure du remplacement du lait maternel par d'autres aliments. Observations : Lorsque la femme remarque des signes de retour de la fécondité (en particulier des sécrétions cervicales), elle peut utiliser une méthode basée sur les symptômes. Lorsqu'elle a eu ses règles à 3 reprises, elle peut utiliser la méthode du calendrier. Avant cela, il faut lui offrir une méthode mécanique si elle envisage d'utiliser par la suite une méthode naturelle. Observations : Les méthodes naturelles peuvent être moins efficaces au cours de l'allaitement. |
| b) ≥ 6 semaines | P | D | |
| c) Après le retour des règles | P | P | |

| METHODES NATURELLES | Les méthodes naturelles n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | | |
|--|--|-----|---|
| Il doit être indiqué aux femmes présentant des pathologies qui rendent toute grossesse trop risquée que les méthodes naturelles ne sont peut-être pas appropriées pour elles du fait de leur taux d'échec généralement plus élevé. | | | |
| ETAT / CARACTERISTIQUES | CATEGORIE | | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| | SYM | CAL | |
| POST-PARTUM (chez des femmes qui n'allaitent pas) | | | |
| a) < 4 semaines | D | D | Observations : Il est peu probable que les femmes qui n'allaitent pas aient une fonction ovarienne suffisante pour nécessiter l'application d'une méthode naturelle ou présentent des signes de fécondité ou des modifications hormonales dans les 4 semaines suivant l'accouchement. Bien que le risque de grossesse soit faible, il convient d'offrir une méthode appropriée dans le post-partum. |
| b) ≥ 4 semaines | A | D | Observations : A ce moment-là, il est probable que les femmes qui n'allaitent pas auront une fonction ovarienne suffisante pour que des signes de fécondité et/ou des changements hormonaux soient décelables ; dans le post-partum, cette probabilité augmente rapidement avec le temps. Les femmes peuvent employer la méthode du calendrier dès qu'elles ont eu leurs règles à 3 reprises durant le post-partum. Avant cela, des méthodes appropriées doivent leur être offertes. |
| POST-ABORTUM | P | D | Observations : Après un avortement, il est probable que les femmes aient une fonction ovarienne suffisante pour que des signes de fécondité et/ou des changements hormonaux soient décelables ; dans le post-abortum, cette probabilité augmente rapidement avec le temps. Ces femmes peuvent utiliser la méthode du calendrier dès qu'elles ont eu à 3 reprises leurs règles après l'avortement. Avant cela, il convient de leur offrir des méthodes appropriées. |
| INFECTIONS ET PATHOLOGIES DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR | | | |
| SAIGNEMENTS VAGINAUX IRREGULIERS | D | D | Observations : Ils rendent les méthodes naturelles peu fiables. Par conséquent, il convient de recommander des méthodes mécaniques jusqu'à ce que le cycle se régularise et soit compatible avec la bonne utilisation de ces méthodes. Ce trouble doit être évalué et traité comme il convient. |

| METHODES NATURELLES | Les méthodes naturelles n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | | |
|--|--|--|---|
| Il doit être indiqué aux femmes présentant des pathologies qui rendent toute grossesse trop risquée que les méthodes naturelles ne sont peut-être pas appropriées pour elles du fait de leur taux d'échec généralement plus élevé. | | | |
| ETAT / CARACTERISTIQUES | CATEGORIE | | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| | SYM | CAL | |
| PERTES VAGINALES | D | A | Observations : La présence de pertes vaginales rendant difficile la reconnaissance de la glaire cervicale, il convient d'évaluer et de traiter l'infection s'il y a lieu avant d'offrir des méthodes basées sur l'observation des sécrétions cervicales. |
| DIVERS | | | |
| EMPLOI DE MEDICAMENTS AYANT UNE INCIDENCE SUR LA REGULARITE DU CYCLE, LES HORMONES ET/OU LES SIGNES DE FECONDITE | P/D | P/D | Observations : Le recours à certains normothymiques tels le lithium, aux antidépresseurs tricycliques et aux anxiolytiques, ainsi qu'à certains antibiotiques et anti-inflammatoires peut modifier la régularité du cycle ou les signes de fécondité. La pathologie doit être soigneusement évaluée et une méthode mécanique offerte jusqu'à ce qu'on ait déterminé l'importance de l'effet du médicament, ou jusqu'à arrêt de ces derniers. |
| PATHOLOGIE ENTRAINANT UNE ELEVATION DE LA TEMPERATURE a) Maladies chroniques b) Maladies aiguës | P D | A A | Observations : Une élévation de la température peut rendre difficile l'interprétation de la température de base, mais n'a aucun effet sur les sécrétions cervicales. Ainsi, le recours à une méthode basée sur l'observation de la température doit être différé jusqu'à atténuation de la pathologie aiguë. Les méthodes basées sur l'observation de la température ne conviennent pas aux femmes qui présentent chroniquement une température élevée. En outre, certaines maladies chroniques interfèrent avec la régularité du cycle, rendant difficile à interpréter la méthode du calendrier. |

METHODE DE L'AMENORRHEE LACTATIONNELLE

La méthode de l'aménorrhée lactationnelle n'offre aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. Il convient d'indiquer aux femmes qui présentent des pathologies rendant une grossesse trop risquée que la méthode de l'aménorrhée lactationnelle n'est peut-être pas appropriée pour elles du fait de son taux d'échec généralement plus élevé.

Le Consensus de Bellagio a permis de dégager les bases scientifiques des conditions à remplir pour que l'allaitement au sein puisse être utilisé de façon sûre et efficace à des fins d'espacement des naissances, et des lignes directrices programmatiques ont été élaborées pour l'utilisation de l'aménorrhée lactationnelle dans le cadre de la planification familiale. Ces lignes directrices comportent les trois critères suivants, qui doivent tous être remplis pour garantir une protection suffisante contre une grossesse imprévue : **1) aménorrhée ; 2) allaitement au sein exclusif ou quasi exclusif ; et 3) moins de six mois après l'accouchement.**

La principale indication de l'allaitement au sein reste qu'il constitue une nourriture idéale pour le nourrisson et le protège contre la maladie. Il n'y pas d'état ni de pathologie qui restreigne l'utilisation de l'aménorrhée lactationnelle, ni de preuve que cette dernière ait un impact négatif sur la santé maternelle. Toutefois, certaines pathologies ou certains obstacles qui ont une incidence naturelle sur l'allaitement peuvent également influencer sur la durée de l'aménorrhée et compromettre ainsi son utilisation en tant que moyen de planification familiale. Ce sont :

L'infection à VIH

L'allaitement au sein doit être favorisé, protégé et soutenu dans l'ensemble des populations pour toutes les femmes VIH-négatives ou dont le statut sérologique vis-à-vis du VIH est inconnu. Les femmes connues pour être VIH-positives doivent être informées de toutes les méthodes d'alimentation des nourrissons existantes et des risques qu'elles comportent, doivent faire un choix éclairé et être soutenues dans ce choix.

Les médicaments employés au cours de l'allaitement

De façon à protéger la santé du nouveau-né, l'allaitement au sein est déconseillé chez les femmes qui utilisent des médicaments tels que : les antimétabolites, la bromocriptine, certains anticoagulants, les corticostéroïdes (à fortes doses), la cyclosporine, l'ergotamine, les normothymiques tels le lithium, les médicaments radioactifs et la réserpine.

Les pathologies du nouveau-né

Les malformations congénitales de la bouche, de la mâchoire ou du palais ; les nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale à la naissance ou prématurés et nécessitant des soins néonataux intensifs et certains troubles du métabolisme peuvent tous rendre l'allaitement au sein difficile.

COITUS INTERROMPU

Le coït interrompu n'offre aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. Il convient d'indiquer aux femmes qui présentent des pathologies rendant une grossesse trop risquée que le coït interrompu n'est peut-être pas une méthode appropriée pour elles du fait de son taux d'échec généralement plus élevé.

Le coït interrompu (CI), également connu sous le nom de retrait, est une méthode de planification familiale traditionnelle qui consiste à retirer le pénis du vagin et à l'éloigner de la vulve **avant** l'éjaculation. Ainsi, le sperme n'est pas en contact avec le vagin, et aucun spermatozoïde ne peut parvenir jusqu'à l'ovule.

Il s'agit d'une méthode appropriée pour les couples :

- C très motivés et capables de l'employer efficacement ;
- C qui, pour des raisons religieuses ou philosophiques, ne peuvent employer les autres méthodes de contraception ;
- C qui ont besoin d'une contraception immédiate et ont des rapports sans disposer d'autres méthodes ;
- C qui ont besoin temporairement d'une méthode en attendant d'en adopter une autre ;
- C qui ont des rapports peu fréquents.

Certains des avantages présentés par le CI sont que cette méthode, si elle est utilisée correctement, n'a aucune incidence sur l'allaitement et elle est utilisable en toutes circonstances comme méthode principale ou comme méthode de secours. En outre, elle ne coûte rien et ne fait appel à aucun produit chimique. En matière de santé, il n'y a aucun risque directement associé à cette méthode. Cependant, les hommes et les femmes qui présentent un risque élevé d'IST/infection à VIH doivent utiliser un préservatif lors de chaque rapport sexuel.

Le CI ne pardonne pas l'erreur, et son efficacité repose sur la volonté et l'aptitude du couple à utiliser le retrait lors de chaque rapport.

| | | |
|-----------|--|-----------|
| A. | Stérilisation féminine chirurgicale | 2 |
| | Caractéristiques personnelles et antécédents génésiques | 2 |
| | Grossesse | 2 |
| | Jeune âge | 2 |
| | Parité | 2 |
| | Allaitement au sein | 2 |
| | Post-partum | 2 |
| | Post-abortum | 3 |
| | Antécédents de grossesse extra-utérine | 3 |
| | Tabagisme | 4 |
| | Obésité | 4 |
| | Pathologie cardio-vasculaire | 4 |
| | Affections neurologiques | 6 |
| | Infections et pathologies de l'appareil reproducteur | 7 |
| | VIH/SIDA | 9 |
| | Autres infections | 9 |
| | Schistosomiase | 9 |
| | Tuberculose | 9 |
| | Paludisme | 9 |
| | Troubles endocriniens | 9 |
| | Pathologies gastro-intestinales | 10 |
| | Anémies | 10 |
| | Autres pathologies ne concernant que la stérilisation féminine chirurgicale | 11 |
| | Infection locale | 11 |
| | Troubles de la coagulation | 11 |
| | Pathologies respiratoires | 11 |
| | Infection généralisée ou gastro-entérite | 11 |
| | Utérus non mobile par suite d'une intervention chirurgicale ou d'une infection | 11 |
| | Hernie abdominale ou ombilicale | 12 |
| | Hernie diaphragmatique | 12 |
| | Néphropathie | 12 |
| | Carences nutritionnelles graves | 12 |
| | Stérilisation au cours d'une intervention de chirurgie abdominale | 12 |
| | Stérilisation au cours d'une césarienne | 12 |
| B. | Stérilisation masculine chirurgicale | 13 |
| | Infections locales | 13 |
| | Antécédents de lésion du scrotum | 13 |
| | Infection généralisée ou gastro-entérite | 13 |
| | Varicocèle importante | 13 |
| | Hydrocèle importante | 13 |
| | Filariose ; éléphantiasis | 13 |
| | Grosseur intrascrotale | 13 |
| | Cryptorchidie | 13 |
| | Hernie inguinale | 13 |
| | Drépanocytose | 13 |
| | Troubles de la coagulation | 14 |
| | Diabète | 14 |
| | VIH/SIDA | 14 |

METHODES DE STERILISATION CHIRURGICALE

Compte tenu du caractère permanent et irréversible de la stérilisation, il faut tout particulièrement veiller à ce que le client ou la cliente qui décide de se faire stériliser le fasse librement et en toute connaissance de cause. Il faut également porter une attention toute particulière aux cas des personnes jeunes, des femmes nullipares ou des hommes qui n'ont pas encore eu d'enfants, ainsi qu'aux clients souffrant de problèmes mentaux, y compris les états dépressifs. Toutes les femmes doivent être informées du caractère irréversible de la stérilisation et de la possibilité d'utiliser d'autres méthodes à long terme très efficaces ; c'est d'autant plus important lorsqu'il s'agit de personnes jeunes. Enfin, on tiendra compte de la législation nationale et des normes en vigueur concernant les méthodes de stérilisation.

Il n'existe aucune raison médicale qui empêche formellement une personne de se faire stériliser. Il peut néanmoins y avoir des états ou des circonstances qui imposent certaines précautions.

La classification des états et pathologies en différentes catégories repose sur un examen approfondi des données cliniques et épidémiologiques en rapport avec l'acceptabilité médicale. Il reste à étudier les implications programmatiques de ces critères médicaux actualisés, en tenant compte des divers niveaux de prestation de services. Cependant, dans le cas précis des méthodes de stérilisation, on a établi les catégories suivantes.

DEFINITIONS

| | | |
|----------|----------|--|
| A | Accepter | Il n'y a pas de raison médicale justifiant le refus de la stérilisation. |
| P | Prudence | La stérilisation est normalement exécutée dans le cadre des soins habituels, mais avec un surcroît de préparation et de précautions. |
| D | Différer | L'intervention est différée jusqu'à ce que l'état pathologique soit évalué et/ou corrigé. Des méthodes de contraception temporaires doivent être offertes. |
| S | Spécial | La stérilisation exige la présence d'un chirurgien et d'un personnel expérimentés, du matériel requis pour l'anesthésie générale et autres services médicaux d'appui. En pareil cas, il faut être en mesure de choisir la méthode de stérilisation et le type d'anesthésie les plus appropriés. Des méthodes contraceptives temporaires doivent être offertes si le client ou la cliente doit être orienté(e) vers un spécialiste, ou si l'intervention doit être reportée pour une raison quelconque à une date ultérieure. |

A. Stérilisation féminine chirurgicale

| | | |
|---|---|--|
| STERILISATION FEMININE CHIRURGICALE | La stérilisation n'offre aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | |
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| CARACTERISTIQUES PERSONNELLES ET ANTECEDENTS GENESIQUES | | |
| GROSSESSE | D | |
| JEUNE AGE | P | Données nouvelles : Les études montrent que jusqu'à 20 % des femmes stérilisées lorsqu'elles étaient jeunes regrettent par la suite cette décision, et que le jeune âge constitue l'élément prédictif de regret le plus important qui puisse être identifié avant stérilisation. ^{1,2} Observations : Toutes les femmes doivent être informées du caractère irréversible de la stérilisation et de la possibilité d'utiliser d'autres méthodes à long terme très efficaces. C'est d'autant plus important lorsqu'il s'agit de femmes jeunes. |
| PARITE | | |
| a) Nullipare | A | Observations : Le conseil exige une attention particulière de façon que la cliente puisse faire un choix en pleine connaissance de cause. |
| b) Uni/multipare | A | |
| ALLAITEMENT AU SEIN | A | Observations : Pas d'incidence sur la lactation si l'on procède à une anesthésie locale et que la séparation mère-enfant est réduite au minimum. |
| POST-PARTUM | | |
| a) < 7 jours | A | Observations : La stérilisation peut être effectuée sans risque immédiatement après l'accouchement. Observations : Risque accru de complications tant que l'involution utérine n'est pas complètement terminée. |
| entre 7 et 42 jours | D | |
| ≥ 42 jours | A | |
| b) Pré-éclampsie/ éclampsie | | Observations : Augmentation du risque anesthésique. |
| (i) Pré-éclampsie bénigne | A | |
| (ii) Pré-éclampsie/ éclampsie grave | D | |
| c) Rupture prématurée des membranes : depuis au moins 24 heures | D | Observations : Augmentation du risque d'infection postopératoire. |

| | | |
|---|--|--|
| <p>STERILISATION FEMININE CHIRURGICALE</p> | <p>La stérilisation n'offre aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH.</p> | |
| <p>ETAT/ CARACTERISTIQUES</p> | <p>CATEGORIE</p> | <p>DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS</p> |
| <p>d) Infection puerpérale, fièvre du per-partum ou fièvre puerpérale</p> | <p>D</p> | <p>Observations : Ce peut être le signe d'une infection générale ou locale ; risque accru d'infection postopératoire.</p> |
| <p>POST-PARTUM (suite)</p> <p>e) Hémorragie grave de l'ante-partum ou du post-partum</p> <p>f) Lésion grave de l'appareil génital : déchirure cervicale ou vaginale au moment de l'accouchement</p> <p>g) Rupture ou perforation utérines</p> | <p>D</p> <p>D</p> <p>S</p> | <p>Observations : La parturiente peut être anémiée et ne pas être en mesure de supporter une perte de sang supplémentaire (voir section ci-dessous).</p> <p>Observations : Des pertes de sang importantes ont pu se produire, entraînant une anémie. La stérilisation risque d'être très douloureuse.</p> <p>Observations : Il peut y avoir eu des pertes de sang importantes ou des lésions abdominales internes, ce qui accroît les risques d'infection. Si l'on procède à une chirurgie exploratoire ou à une laparoscopie et que la patiente est stable, on pourra simultanément réparer la lésion et procéder à la ligature des trompes, pour autant qu'il n'y ait pas de risque supplémentaire.</p> |
| <p>POST-ABORTUM</p> <p>a) Non compliqué</p> <p>b) Infection ou fièvre post-abortum</p> <p>c) Hémorragie grave post-abortum</p> <p>d) Lésion grave de l'appareil génital : déchirure cervicale ou vaginale au moment de l'accouchement</p> <p>e) Perforation utérine</p> <p>f) Hématométrie aiguë</p> | <p>A</p> <p>D</p> <p>D</p> <p>D</p> <p>S</p> <p>D</p> | <p>Observations : Peut sensiblement majorer le risque d'infection postopératoire.</p> <p>Observations : La patiente peut être anémiée et ne pas être en mesure de supporter une perte de sang supplémentaire.</p> <p>Observations : La patiente peut être anémiée et ne pas être en mesure de supporter une perte de sang supplémentaire. La stérilisation risque d'être plus douloureuse.</p> <p>Observations : Il peut y avoir eu des pertes de sang importantes ou des lésions abdominales internes, ce qui augmente le risque d'infection. Si l'on procède à une chirurgie exploratoire ou à une laparoscopie, on pourra simultanément réparer la lésion et effectuer une ligature des trompes, pour autant qu'il n'y ait pas de risque supplémentaire.</p> <p>Observations : La patiente peut être anémiée et ne pas être en mesure de supporter une perte de sang supplémentaire.</p> |

| | | |
|---|---|---|
| STERILISATION FEMININE CHIRURGICALE | La stérilisation n'offre aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | |
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| ANTECEDENTS DE GROSSESSE EXTRA-UTERINE | A | |
| TABAGISME | | |
| a) Age < 35 ans | A | |
| b) Age ≥ 35 ans | | |
| (i) <15 cigarettes/jour | A | |
| (ii) ≥15 cigarettes/jour | A | |
| OBESITE Indice de masse corporelle (IMC) ≥ 30 kg/m ² | P | Observations : L'intervention peut être plus difficile. Risque accru d'infection ou de réouverture de la plaie. Une anesthésie générale peut être nécessaire et la fonction respiratoire peut être gênée. |
| PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE | | |
| FACTEURS DE RISQUE MULTIPLES DE CARDIOPATHIE ARTERIELLE (par ex. âge, tabagisme, diabète et hypertension) | S | Observations : La patiente peut présenter un risque élevé de complications associées à l'anesthésie et à l'intervention chirurgicale. |
| HYPERTENSION | | |
| a) Antécédents d'hypertension, lorsque la tension artérielle NE PEUT PAS être mesurée (y compris hypertension gravidique) | P | Observations : La tension artérielle doit être contrôlée avant l'intervention. Observations : Il y a un risque accru lié à l'anesthésie et une augmentation du risque d'arythmie cardiaque. La tension artérielle peut être instable et difficile à contrôler dans les débuts du post-partum. Il est nécessaire de surveiller correctement la tension artérielle pendant l'intervention. |
| b) Hypertension bien contrôlée, lorsque la tension artérielle PEUT être mesurée | P | |
| c) Tension artérielle élevée (mesurée correctement) | | |
| (i) systolique 140-159 ou diastolique 90-99 | P | |

| | | |
|---|--|---|
| <p>STERILISATION FEMININE CHIRURGICALE</p> | <p>La stérilisation n'offre aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH.</p> | |
| <p>ETAT/ CARACTERISTIQUES</p> <p>(ii) systolique ≥ 160 or diastolique ≥ 100</p> <p>d) Pathologie vasculaire</p> | <p>CATEGORIE</p> <p>S</p> <p>S</p> | <p>DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS</p> |
| <p>ANTECEDENTS D'HYPERTENSION GRAVIDIQUE (lorsque la tension artérielle actuelle est mesurable et normale)</p> | <p>A</p> | |
| <p>THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE (TVP)/EMBOLIE PULMONAIRE (EP)</p> <p>a) Antécédents de TVP/EP</p> <p>b) TVP/EP actuelle</p> <p>c) Antécédents familiaux de TVP/EP (parents au premier degré)</p> <p>d) Chirurgie majeure</p> <p>(i) avec immobilisation prolongée</p> <p>(ii) sans immobilisation prolongée</p> <p>e) Chirurgie mineure sans immobilisation</p> | <p>A</p> <p>D</p> <p>A</p> <p>D</p> <p>A</p> <p>A</p> | <p>Observations : Le lever précoce de la patiente réduit les risques de TVP/EP postopératoire.</p> |
| <p>THROMBOSE VEINEUSE SUPERFICIELLE</p> <p>a) Varices</p> <p>b) Thrombophlébite superficielle</p> | <p>A</p> <p>A</p> | |
| <p>CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE ACTUELLE ET ANTECEDENTS DE CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE</p> <p>a) Cardiopathie ischémique actuelle</p> | <p>D</p> | <p>Observations : La femme présente un risque élevé de complications anesthésiques et opératoires.</p> |

| | | |
|--|---|--|
| STERILISATION FEMININE CHIRURGICALE | La stérilisation n'offre aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | |
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| b) Antécédents de cardiopathie ischémique | P | |
| ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL (antécédents d'accident vasculaire cérébral) | P | |
| HYPERLIPIDEMIES AVEREES | A | Observations : Il n'est pas opportun de procéder à un dépistage systématique du fait de la rareté de cette affection et du coût élevé du dépistage. Certains types d'hyperlipidémies constituent des facteurs de risque de pathologie vasculaire. La catégorie doit être évaluée en fonction du type d'hyperlipidémie et de sa gravité. |
| VALVULOPATHIE CARDIAQUE | | |
| a) Non compliquée | P | Observations : Administrer des antibiotiques à titre prophylactique. |
| b) Compliquée (hypertension pulmonaire, fibrillation auriculaire, antécédents d'endocardite bactérienne sub-aiguë) | S | Observations : Haut risque de complications anesthésiques et chirurgicales. En cas de fibrillation auriculaire instable ou d'endocardite bactérienne subaiguë, reporter l'intervention. |
| AFFECTIONS NEUROLOGIQUES | | |
| CEPHALEES | | |
| a) Non migraineuses (légères ou sévères) | A | |
| b) Migraine | | |
| (i) sans symptômes neurologiques focaux | | |
| <i>Age < 35 ans</i> | A | |
| <i>Age ≥ 35 ans</i> | A | |
| (ii) avec symptômes neurologiques focaux (quel que soit l'âge) | A | |
| EPILEPSIE | P | |

| | | |
|--|---|---|
| STERILISATION FEMININE CHIRURGICALE | La stérilisation n'offre aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | |
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| INFECTIONS ET PATHOLOGIES DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR | | |
| SAIGNEMENTS VAGINAUX | | |
| a) Saignements irréguliers <i>peu abondants</i> | A | |
| b) Saignements abondants ou prolongés (réguliers et irréguliers) | A | |
| SAIGNEMENTS VAGINAUX INEXPLIQUES (suspicion de pathologie grave) | | Observations : Une évaluation est nécessaire avant la stérilisation. |
| Avant évaluation | D | |
| ENDOMETRIOSE | S | |
| TUMEURS OVARIENNES BENIGNES (y compris les kystes) | A | |
| DYSMENORRHEE SEVERE | A | |
| MALADIE TROPHOBLASTIQUE | | |
| a) Maladie trophoblastique gestationnelle bénigne | A | |
| b) Maladie trophoblastique gestationnelle maligne | D | |
| ECTROPION DU COL UTERIN | A | |
| NEOPLASIE INTRAEPITHELIALE DU COL UTERIN (NIC) | A | |
| CANCER DU COL UTERIN (avant traitement) | D | Observations : En général, le traitement entraîne la stérilité. |

| | | |
|--|---|---|
| STERILISATION FEMININE CHIRURGICALE | La stérilisation n'offre aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | |
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| PATHOLOGIE DU SEIN | | |
| a) Grosseur non diagnostiquée | A | |
| b) Mastopathie bénigne | A | |
| c) Antécédents familiaux de cancer | A | |
| d) Cancer | | |
| (i) actuel | P | |
| (ii) en rémission depuis 5 ans | A | |
| CANCER DE L'ENDOMETRE | D | Observations : En général, le traitement entraîne la stérilité. |
| CANCER DE L'OVAIRE | D | Observations : En général, le traitement entraîne la stérilité. |
| FIBROMES UTERINS | | Observations : La taille et la localisation des fibromes peuvent rendre difficile l'identification des trompes et la mobilisation de l'utérus. |
| a) Sans déformation de la cavité utérine | P | |
| b) Avec déformation de la cavité utérine | P | |
| INFECTION GENITALE HAUTE (IGH) | | |
| a) Antécédents d'IGH (sans facteur de risque actuel d'IST) | | Observations : Un examen pelvien approfondi s'impose afin d'exclure toute infection récurrente ou persistante et de déterminer si l'utérus est mobile. |
| (i) avec grossesse ultérieure | A | |
| (ii) sans grossesse ultérieure | P | |
| b) IGH présente actuellement ou au cours des 3 derniers mois | D | Observations : Une IGH peut entraîner un risque accru d'infection ou d'adhérences postopératoires. |
| IST | | |
| a) Présente actuellement (y compris cervicite purulente) | D | Observations : Il y a un risque accru d'infection postopératoire. |
| b) Au cours des 3 derniers mois | A | Observations : S'il n'y a plus de symptôme après traitement, la stérilisation est possible. |
| c) Vaginite sans cervicite purulente | A | |

| | | |
|--|---|--|
| STERILISATION FEMININE CHIRURGICALE | La stérilisation n'offre aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | |
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| d) Risque accru d'IST | A | |
| VIH/SIDA | | |
| HAUT RISQUE D'INFECTION A VIH | A | Observations : Aucun dépistage systématique n'est nécessaire. Les précautions habituelles pour la prévention de l'infection doivent être scrupuleusement observées pour tous les actes chirurgicaux. Il est conseillé d'utiliser des préservatifs après la stérilisation. |
| SEROLOGIE VIH POSITIVE | A | |
| SIDA | S | |
| AUTRES INFECTIONS | | |
| SCHISTOSOMIASE | | Observations : Il peut être nécessaire d'évaluer la fonction hépatique. |
| a) Non compliquée | A | |
| b) Fibrose du foie | P | |
| TUBERCULOSE | | |
| a) Non génito-urinaire | A | |
| b) Génito-urinaire avérée | S | |
| PALUDISME | A | |
| TROUBLES ENDOCRINIENS | | |
| DIABETE | | Observations : Si la glycémie n'est pas bien contrôlée, il est recommandé de transférer la patiente vers un établissement de catégorie supérieure. |
| a) Antécédents de diabète gestationnel | A | |
| b) Sans complication vasculaire | | Observations : Baisse possible du pouvoir cicatrisant et risque accru d'infection de la plaie. Il est recommandé d'utiliser des antibiotiques à titre prophylactique. |
| (i) non insulino-dépendant | P | |
| (ii) insulino-dépendant | P | |
| c) Néphropathie/ rétinopathie/neuropathie | S | |
| d) Autres pathologies vasculaires ou diabète | S | Observations : Risque d'hypoglycémie ou d'acidocétose. |

| | | |
|--|---|--|
| STERILISATION FEMININE CHIRURGICALE | La stérilisation n'offre aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | |
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| TROUBLES THYROÏDIENS | | |
| a) Goitre simple | A | Observations : La patiente présente un risque élevé de complications anesthésiques et chirurgicales. |
| b) Hyperthyroïdie | S | |
| c) Hypothyroïdie | P | |
| PATHOLOGIES GASTRO-INTESTINALES | | |
| CHOLECYSTOPATHIE | | |
| a) Symptomatique | | |
| (i) traitée par cholécystectomie | A | |
| (ii) traitée médicalement | A | |
| (iii) actuelle | D | |
| b) Asymptomatique | A | |
| ANTECEDENTS DE CHOLESTASE | | |
| a) En rapport avec la grossesse | A | |
| b) Liés à une utilisation passée de COC | A | |
| HEPATITE VIRALE | | |
| a) Evolutive | D | Observations : La patiente présente un risque élevé de complications anesthésiques et chirurgicales. Il faut appliquer les précautions habituelles pour la prévention des infections. |
| b) Chez le sujet porteur | A | |
| CIRRHOSE | | |
| a) Légère (compensée) | P | Observations : La fonction hépatique et la coagulation risquent d'être altérées. Il convient d'évaluer la fonction hépatique. |
| b) Grave (décompensée) | S | |
| TUMEURS HEPATIQUES | | |
| a) Bénigne (adénome) | P | Observations : La fonction hépatique et la coagulation risquent d'être modifiées. Il convient d'évaluer la fonction hépatique. |
| b) Maligne (hépatome) | P | |
| ANEMIES | | |
| THALASSEMIE | P | |

| | | |
|---|---|--|
| STERILISATION FEMININE CHIRURGICALE | La stérilisation n'offre aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | |
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| DREPANOCYTOSE | P | Observations : Il y a un risque accru de complications pulmonaires, cardiaques ou neurologiques et une majoration possible du risque d'infection de la plaie. |
| ANEMIE FERRIPRIVE a) Hb < 7g/dl b) Hb ≥ 7 et < 10g/dl | D P | Observations : Il convient d'identifier la maladie sous-jacente. Chez les femmes anémiées, le taux d'hémoglobine préopératoire et les pertes de sang pendant l'opération sont des facteurs importants. Si la perfusion périphérique est insuffisante, il peut y avoir un retard à la cicatrisation de la plaie. |
| AUTRES PATHOLOGIES NE CONCERNANT QUE LA STERILISATION FEMININE CHIRURGICALE | | |
| INFECTION LOCALE Infection cutanée abdominale | D | Observations : Risque accru d'infection postopératoire. |
| TROUBLES DE LA COAGULATION | S | Observations : Les patientes qui présentent des troubles de la coagulation ont un risque accru de complications hématologiques postopératoires. |
| PATHOLOGIES RESPIRATOIRES a) Aiguë (bronchite, pneumonie) b) Chronique (i) asthme (ii) bronchite (iii) emphysème (iv) infection pulmonaire | D S S S S | Observations : La stérilisation sera retardée en attendant la guérison. Il y a augmentation du risque anesthésique et autres risques périopératoires. Observations : En cas de laparoscopie, il peut y avoir exacerbation aiguë des symptômes liés au soulèvement du diaphragme par le pneumopéritoine, à la position de Trendelenburg et à la diminution du retour veineux par compression des gros vaisseaux. |
| INFECTION GENERALISEE OU GASTRO-ENTERITE | D | Observations : Il y a des risques accrus d'infection postopératoire, de complications par déshydratation et de complications anesthésiques. |
| UTERUS NON MOBILE PAR SUITE D'UNE INTERVENTION CHIRURGICALE OU D'UNE INFECTION | S | Observations : La mobilité réduite de l'utérus et des intestins rend difficile la laparoscopie et la minilaparotomie et augmente le risque de complications. |

| | | |
|--|---|---|
| STERILISATION FEMININE CHIRURGICALE | La stérilisation n'offre aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | |
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | CATEGORIE | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| HERNIE ABDOMINALE OU OMBILICALE | S | Observations : Dans la mesure du possible on réparera la hernie et on procédera à la ligature des trompes lors de la même intervention. |
| HERNIE DIAPHRAGMATIQUE | P | Observations : En cas de laparoscopie, la patiente peut souffrir d'une exacerbation aiguë des symptômes liés au soulèvement du diaphragme par le pneumopéritoine, à la position de Trendelenburg et à la diminution du retour veineux par compression des gros vaisseaux. |
| NEPHROPATHIE | P | Observations : Des troubles de la coagulation peuvent apparaître. Il peut y avoir un risque accru d'infection et de choc hypovolémique. Risque d'anémie, de troubles hydro-électrolytiques, de neuropathie périphérique et d'anomalies du métabolisme et de l'excrétion des médicaments. |
| CARENCES NUTRITIONNELLES GRAVES | P | Observations : Il peut y avoir un risque accru d'infection de la plaie et de retard à la cicatrisation. |
| STERILISATION AU COURS D'UNE INTERVENTION DE CHIRURGIE ABDOMINALE | | |
| a) Intervention programmée | P | |
| b) Intervention d'urgence (sans conseil au préalable) | D | |
| c) Infection abdominale | D | |
| STERILISATION AU COURS D'UNE CESARIENNE | A | Observations : La stérilisation simultanée n'accroît pas le risque de complications chez une patiente stable. |

B. Stérilisation masculine chirurgicale

| | | |
|---|--|---|
| STERILISATION MASCULINE CHIRURGICALE | La stérilisation n'offre aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH, il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | |
| ETAT/CARACTERISTIQUES | CATEGORIE | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| INFECTIONS LOCALES | | |
| (i) infection cutanée du scrotum | D | Observations : Il y a un risque accru d'infection postopératoire. |
| (ii) IST évolutive | D | |
| (iii) balanite | D | |
| (iv) épидидymite ou orchite | D | |
| ANTECEDENTS DE LESION DU SCROTUM | P | |
| INFECTION GENERALISEE OU GASTRO-ENTERITE | D | Observations : Il y a un risque accru d'infection postopératoire. |
| VARICOCELE IMPORTANTE | P | Observations : Il peut être difficile, voire impossible, de localiser les canaux déférents. On réduira les risques de complication en procédant simultanément à la résection de la varicocèle et à la vasectomie. |
| HYDROCELE IMPORTANTE | P | Observations : Il peut être difficile, voire impossible, de localiser les canaux déférents. On réduira les risques de complication en procédant à une seule intervention. |
| FILARIOSE ; ELEPHANTIASIS | D | Observations : L'éléphantiasis du scrotum est parfois si important qu'il est impossible de palper le cordon spermatique et le testicule. |
| GROSSEUR INTRASCROTALE | D | Observations : Peut indiquer une maladie sous-jacente. |
| CRYPTORCHIDIE | P | Observations : En cas de cryptorchidie bilatérale, et lorsque la fécondité est avérée, il faut une intervention chirurgicale étendue pour localiser les canaux déférents ; l'intervention est alors classée dans la catégorie S. En cas de cryptorchidie unilatérale, et lorsque la fécondité est avérée, on peut procéder à la vasectomie sur le côté normal et contrôler le spermogramme en routine. S'il y a une présence persistante de spermatozoïdes, il faudra effectuer une intervention plus étendue afin de localiser l'autre canal ; elle sera alors classée dans la catégorie S. |
| HERNIE INGUINALE | S | Observations : La vasectomie peut être réalisée en même temps que la réparation de la hernie. |
| DREPANOCYTOSE | A | |

| STERILISATION MASCULINE CHIRURGICALE | La stérilisation n'offre aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH, il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH. | |
|---|--|---|
| ETAT/CARACTERISTIQUES | CATEGORIE | DONNEES NOUVELLES/OBSERVATIONS |
| TROUBLES DE LA COAGULATION | S | Observations : Ces troubles s'accompagnent d'un risque accru d'hématomes postopératoires, qui augmentent à leur tour des risques d'infection. |
| DIABETE | P | Observations : Les diabétiques sont davantage exposés à des risques d'infection postopératoire de la plaie. Si des signes d'infection apparaissent, prescrire un traitement antibiotique. |
| VIH/SIDA a) Haut risque d'infection à VIH b) Sérologie VIH positive c) SIDA | A A S | Observations : Aucun dépistage systématique n'est nécessaire. Il faut observer scrupuleusement les règles universelles de prévention des infections qui accompagnent toutes les interventions chirurgicales. L'utilisation de préservatifs est recommandée à la suite de la stérilisation. Observations : Si le patient souffre d'une maladie liée au SIDA, l'intervention doit être différée. |

Bibliographie : méthodes de stérilisation

1. Hillis SD, Marchbanks PA, Tylor LR, Peterson HB, for the US Collaborative Review of Sterilization Working Group. Poststerilization regret: findings from the United States Collaborative Review of Sterilization. *Obstetrics and Gynecology* 1999,93:889-895.
2. Hardy E, Bahamondes L, Osis MJ, Costa RG, Faundes A. Risk factors for tubal sterilization regret, detectable before surgery. *Contraception* 1996,54:159-162.

| | |
|---|-----------|
| Caracteristiques personnelles et antécédents génésiques | 1 |
| Grossesse | 1 |
| Age | 1 |
| Parité | 1 |
| Allaitement au sein | 1 |
| Post-partum | 1 |
| Post-abortum | 2 |
| Antécédents de grossesse extra-utérine | 2 |
| Antécédents de chirurgie pelvienne | 2 |
| Tabagisme | 2 |
| Obésité | 2 |
| Anomalies anatomiques | 2 |
| Mesure de la tension artérielle non disponible | 2 |
| Pathologie cardio-vasculaire | 3 |
| Affections neurologiques | 5 |
| Infections et pathologies de l'appareil reproducteur | 5 |
| VIH/SIDA | 8 |
| Autres infections | 9 |
| Schistosomiase | 9 |
| Tuberculose | 9 |
| Paludisme | 9 |
| Troubles endocriniens | 9 |
| Pathologies gastro-intestinales | 10 |
| Anémies | 10 |
| Interactions médicamenteuses | 11 |
| Médicaments couramment employés ayant une action sur les enzymes hépatiques | 11 |
| Autres antibiotiques | 11 |

| TABLEAUX RECAPITULATIFS | | | | | | | |
|--|--|--|---|---|---|--|--|
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | COC | CIC | PS | AMPR NET-EN | NOR | DIU-Cu | DIU-LNG |
| A = Adoption, P = Poursuite | | | | | | | |
| CARACTERISTIQUES PERSONNELLES ET ANTECEDENTS GENESIQUES | | | | | | | |
| GROSSESSE | NA | NA | NA | NA | NA | 4 | 4 |
| AGE | Des premières règles à <40 ans =1 ≥40 ans=2 | Des premières règles à <40 ans =1 ≥40 ans=2 | Des premières règles à <18 ans =1 18-45 ans=1 >45 ans=1 | Des premières règles à <18 ans =2 18-45 ans=1 >45 ans=2 | Des premières règles à <18 ans =1 18-45 ans=1 >45 ans=1 | Des premières règles à <20 ans =2 ≥20 ans=1 | Des premières règles à <20 ans =2 ≥20 ans=1 |
| PARITE | | | | | | | |
| a) Nullipare | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| b) Uni/multipare | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| ALLAITEMENT AU SEIN | | | | | | | |
| a) < 6 semaines après l'accouchement | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | | |
| b) De 6 semaines à 6 mois (allaitement principalement au sein) | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | | |
| c) ≥ 6 mois après l'accouchement | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | | |
| POST-PARTUM (femmes n'allaitant pas) | | | | | | | |
| a) < 21 jours | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | | |
| b) ≥ 21 jours | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| POST-PARTUM (allaitement au sein ou non) y compris après césarienne | | | | | | | |
| a) < 48 heures | | | | | | 2 | 3 |
| b) 48 heures à 4 semaines | | | | | | 3 | 3 |
| c) ≥ 4 semaines | | | | | | 1 | 1 ^a |
| d) Infection puerpérale | | | | | | 4 | 4 |

^a Si la femme allaite son enfant au sein, le DIU-LNG est à classer dans la catégorie 3 pendant 6 semaines après l'accouchement.

| TABLEAUX RECAPITULATIFS | | | | | | | |
|---|-----|-----|----|----------------|-----|--------|---------|
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | COC | CIC | PS | AMPR NET-EN | NOR | DIU-Cu | DIU-LNG |
| A = Adoption, P = Poursuite | | | | | | | |
| POST-ABORTUM | | | | | | | |
| a) Avortement au premier trimestre | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| b) Avortement au deuxième trimestre | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| c) Immédiatement après un avortement septique | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 4 |
| ANTECEDENTS DE GROSSESSE EXTRA-UTERINE | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| ANTECEDENTS DE CHIRURGIE PELVIENNE (voir également la section sur le post-partum) (y compris après césarienne) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| TABAGISME | | | | | | | |
| a) Age < 35 ans | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| b) Age ≥ 35 ans | | | | | | | |
| (i) <15 cigarettes/jour | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| (ii) ≥15 cigarettes/jour | 4 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| OBESITE Indice de masse corporelle (IMC) ≥30 kg/m ² | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 |
| ANOMALIES ANATOMIQUES | | | | | | | |
| a) Avec déformation de la cavité utérine | | | | | | 4 | 4 |
| b) Sans déformation de la cavité utérine | | | | | | 2 | 2 |
| MESURE DE LA TENSION ARTERIELLE NON DISPONIBLE | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA |

| TABLEAUX RECAPITULATIFS | | | | | | | |
|--|-----|-----|----|----------------|-----|--------|---------|
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | COC | CIC | PS | AMPR NET-EN | NOR | DIU-Cu | DIU-LNG |
| A = Adoption, P = Poursuite | | | | | | | |
| PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE | | | | | | | |
| FACTEURS DE RISQUE MULTIPLES DE CARDIOPATHIE ARTERIELLE (par ex. âge, tabagisme, diabète et hypertension) | 3/4 | 3/4 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 |
| HYPERTENSION | | | | | | | |
| a) Antécédents d'hypertension lorsque la tension artérielle NE PEUT PAS être mesurée (y compris hypertension gravidique) | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 |
| b) Hypertension bien contrôlée, lorsque la tension artérielle PEUT être mesurée | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| c) Tension artérielle élevée (mesurée correctement) | | | | | | | |
| (i) systolique 140-159 ou diastolique 90-99 | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| (ii) systolique ≥ 160 ou diastolique ≥ 100 | 4 | 4 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 |
| d) Pathologie vasculaire | 4 | 4 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 |
| ANTECEDENTS D'HYPERTENSION GRAVIDIQUE (lorsque la tension artérielle actuelle est mesurable et normale) | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE (TVP)/ EMBOLIE PULMONAIRE (EP) | | | | | | | |
| a) Antécédents de TVP/EP | 4 | 4 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 |
| b) TVP/EP actuelle | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 1 | 3 |

| TABLEAUX RECAPITULATIFS | | | | | | | |
|---|------------------|------------------|----------|----------------|-----|----------|----------|
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | COC | CIC | PS | AMPR NET-EN | NOR | DIU-Cu | DIU-LNG |
| A = Adoption, P = Poursuite | | | | | | | |
| TVP/EP (suite) | | | | | | | |
| c) Antécédents familiaux (parents au premier degré) | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| d) Chirurgie majeure | | | | | | | |
| (i) avec immobilisation prolongée | 4 | 4 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 |
| (ii) sans immobilisation prolongée | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| e) Chirurgie mineure sans immobilisation | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| THROMBOSE VEINEUSE SUPERFICIELLE | | | | | | | |
| a) Varices | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| b) Thrombophlébite superficielle | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE ACTUELLE ET ANTECEDENTS DE CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE | | | A | P | | A | P |
| | 4 | 4 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 |
| ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL (antécédents d'accident vasculaire cérébral) | | | A | P | | A | P |
| | 4 | 4 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 |
| HYPERLIPIDEMIE AVEREE (il N'EST PAS nécessaire de procéder à un dépistage pour garantir l'innocuité des méthodes contraceptives) | 2/3 ^b | 2/3 ^b | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 |

^b En fonction de la gravité de l'affection.

| TABLEAUX RECAPITULATIFS | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------------|----------|----------|----------|--------|----------|----------|---|
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | COC | | CIC | | PS | | AMPR NET-EN | | NOR | | DIU-Cu | | DIU-LNG | |
| A = Adoption, P = Poursuite | | | | | | | | | | | | | | |
| VALVULOPATHIE CARDIAQUE | | | | | | | | | | | | | | |
| a) Non compliquée | 2 | | 2 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | |
| b) Compliquée (hypertension pulmonaire, fibrillation auriculaire, antécédents d'endocardite bactérienne sub-aiguë) | 4 | | 4 | | 1 | | 1 | | 1 | | 2 | | 2 | |
| AFFECTIONS NEUROLOGIQUES | | | | | | | | | | | | | | |
| CEPHALEES | A | P | A | P | A | P | A | P | A | P | | A | P | |
| a) Non migraineuses (légères ou sévères) | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| b) Migraine | | | | | | | | | | | | | | |
| (i) sans symptômes neurologiques focaux | | | | | | | | | | | | | | |
| Age <35 ans | 2 | 3 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | |
| Age ≥35 ans | 3 | 4 | 3 | 4 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | |
| (ii) avec symptômes neurologiques focaux (quel que soit l'âge) | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | |
| EPILEPSIE | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | |
| INFECTIONS ET PATHOLOGIES DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR | | | | | | | | | | | | | | |
| SAIGNEMENTS VAGINAUX | | | | | | | | | | | | A | P | |
| a) Saignements irréguliers <i>peu abondants</i> | 1 | | 1 | | 2 | | 2 | | 2 | | 1 | | 1 | 1 |
| b) Saignements abondants ou prolongés (réguliers ou irréguliers) | 1 | | 1 | | 2 | | 2 | | 2 | | 2 | | 1 | 2 |

| TABLEAUX RECAPITULATIFS | | | | | | | | | |
|---|-----|-----|----|----------------|-----|--------|---|---------|---|
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | COC | CIC | PS | AMPR NET-EN | NOR | DIU-Cu | | DIU-LNG | |
| A = Adoption, P = Poursuite | | | | | | | | | |
| SAIGNEMENTS VAGINAUX INEXPLIQUES (suspicion de pathologie grave) | | | | | | A | P | A | P |
| | | | | | | 4 | 2 | 4 | 2 |
| Avant évaluation | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 2 | 4 | 2 |
| ENDOMETRIOSE | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | | 1 | |
| TUMEURS OVARIENNES BENIGNES (y compris les kystes) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 1 | |
| DYSMENORRHEE SEVERE | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | | 1 | |
| MALADIE TROPHOBLASTIQUE | | | | | | | | | |
| a) Maladie trophoblastique gestationnelle bénigne | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | | 3 | |
| b) Maladie trophoblastique gestationnelle maligne | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | | 4 | |
| ECTROPION DU COL UTERIN | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 1 | |
| NEOPLASIE INTRAEPITHELIALE DU COL UTERIN (NIC) | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | | 2 | |
| CANCER DU COL UTERIN (avant traitement) | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | A | P | A | P |
| | | | | | | 4 | 2 | 4 | 2 |

| TABLEAUX RECAPITULATIFS | | | | | | | | | |
|--|-----|-----|----|----------------|-----|----------|----------|----------|----------|
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | COC | CIC | PS | AMPR NET-EN | NOR | DIU-Cu | DIU-LNG | | |
| A = Adoption, P = Poursuite | | | | | | | | | |
| PATHOLOGIE DU SEIN | | | | | | | | | |
| a) Grossesse non diagnostiquée | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | | |
| b) Mastopathie bénigne | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| c) Antécédents familiaux de cancer | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| d) Cancer | | | | | | | | | |
| (i) actuel | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 1 | 4 | | |
| (ii) en rémission depuis 5 ans | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 1 | 3 | | |
| CANCER DE L'ENDOMETRE | | | | | | A | P | A | P |
| | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 2 | 4 | 2 |
| CANCER DE L'OVAIRE | | | | | | A | P | A | P |
| | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 | 3 | 2 |
| FIBROMES UTERINS | | | | | | | | | |
| a) Sans déformation de la cavité utérine | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | | |
| b) Avec déformation de la cavité utérine | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 4 | | |
| INFECTION GENITALE HAUTE (IGH) | | | | | | | | | |
| a) Antécédents d'IGH (sans facteurs de risque actuels d'IST) | | | | | | A | P | A | P |
| (i) avec grossesse ultérieure | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| (ii) sans grossesse ultérieure | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| b) IGH présente actuellement ou au cours des 3 derniers mois | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 3 | 4 | 3 |

| TABLEAUX RECAPITULATIFS | | | | | | | |
|---|-----|-----|----|----------------|-----|--------|---------|
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | COC | CIC | PS | AMPR NET-EN | NOR | DIU-Cu | DIU-LNG |
| A = Adoption, P = Poursuite | | | | | | | |
| IST^c | | | | | | | |
| a) Présente actuellement ou au cours des 3 derniers mois (y compris cervicite purulente) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 4 |
| b) Vaginite sans cervicite purulente | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| c) Risque accru d'IST (par ex. partenaires multiples ou partenaire ayant des partenaires multiples) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 3 |
| VIH/SIDA^c | | | | | | | |
| HAUT RISQUE D'INFECTION A VIH | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 3 |
| SEROLOGIE VIH POSITIVE | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 3 |
| SIDA | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 3 |

^c Il est toujours recommandé d'utiliser des méthodes mécaniques, en particulier des préservatifs, pour la prévention des IST/VIH/IGH.

| TABLEAUX RECAPITULATIFS | | | | | | | | | |
|---|-----|-----|----|----------------|-----|----------|----------|----------|----------|
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | COC | CIC | PS | AMPR NET-EN | NOR | DIU-Cu | DIU-LNG | | |
| A = Adoption, P = Poursuite | | | | | | | | | |
| AUTRES INFECTIONS | | | | | | | | | |
| SCHISTOSOMIASE | | | | | | | | | |
| a) Non compliquée | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| b) Fibrose hépatique | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| TUBERCULOSE | | | | | | | | | |
| | | | | | | A | P | A | P |
| a) Non génito-urinaire | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| b) Génito-urinaire avérée | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 3 | 4 | 3 |
| PALUDISME | | | | | | | | | |
| | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| TROUBLES ENDOCRINIENS | | | | | | | | | |
| DIABETE | | | | | | | | | |
| a) Antécédents de diabète gestationnel | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| b) Sans complication vasculaire | | | | | | | | | |
| (i) non insulino-dépendant | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | | |
| (ii) insulino-dépendant | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | | |
| c) Néphropathie/ rétinopathie/ neuropathie | 3/4 | 3/4 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | | |
| d) Autres complications vasculaires ou diabète installé depuis plus de 20 ans | 3/4 | 3/4 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | | |
| TROUBLES THYROÏDIENS | | | | | | | | | |
| a) Goitre simple | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| b) Hyperthyroïdie | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| c) Hypothyroïdie | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |

| TABLEAUX RECAPITULATIFS | | | | | | | |
|--|------------|------------|-----------|------------------------|------------|---------------|----------------|
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | COC | CIC | PS | AMPR NET-EN | NOR | DIU-Cu | DIU-LNG |
| A = Adoption, P = Poursuite | | | | | | | |
| PATHOLOGIES GASTRO-INTESTINALES | | | | | | | |
| CHOLECYSTOPATHIE | | | | | | | |
| a) Symptomatique | | | | | | | |
| (i) traitée par cholécystectomie | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 |
| (ii) traitée médicalement | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 |
| (iii) actuelle | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 |
| b) Asymptomatique | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 |
| ANTECEDENTS DE CHOLESTASE | | | | | | | |
| a) En rapport avec la grossesse | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| b) Liés à une utilisation antérieure de COC | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 |
| HEPATITE VIRALE | | | | | | | |
| a) Evolutive | 4 | 3/4 | 3 | 3 | 3 | 1 | 3 |
| b) Chez le sujet porteur | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| CIRRHOSE | | | | | | | |
| a) Légère (compensée) | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 |
| b) Grave (décompensée) | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 1 | 3 |
| TUMEUR HEPATIQUE | | | | | | | |
| a) Bénigne (adénome) | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 1 | 3 |
| b) Maligne (hépatome) | 4 | 3/4 | 3 | 3 | 3 | 1 | 3 |
| ANEMIES | | | | | | | |
| THALASSEMIE | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| DREPANOCYTOSE | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| ANEMIE FERRIPRIVE | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 |

| TABLEAUX RECAPITULATIFS | | | | | | | |
|--|-----|-----|----|----------------|-----|--------|---------|
| ETAT/ CARACTERISTIQUES | COC | CIC | PS | AMPR NET-EN | NOR | DIU-Cu | DIU-LNG |
| A = Adoption, P = Poursuite | | | | | | | |
| INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES | | | | | | | |
| MEDICAMENTS COURAMMENT EMPLOYES AYANT UNE ACTION SUR LES ENZYMES HEPATIQUES | | | | | | | |
| a) Certains antibiotiques (rifampicine et griséofulvine) | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 |
| b) Certains anticonvulsivants (phénytoïne, carbamazépine, barbituriques, primidone) | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 |
| AUTRES ANTIBIOTIQUES (à l'exception de la rifampicine et de la griséofulvine) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

REUNION
POUR UN MEILLEUR ACCES A DES SOINS DE QUALITE
EN MATIERE DE PLANIFICATION FAMILIALE :
CRITERES DE RECEVABILITE MEDICALE POUR L'ADOPTION ET L'UTILISATION CONTINUE DE
METHODES CONTRACEPTIVES

Salle A, Organisation mondiale de la Santé, Genève
8-10 mars 2000

LISTE DES PARTICIPANTS

Dr Tsungai Chipato
Department of OB/GYN
University of Zimbabwe
PO Box A 178
Harare
Zimbabwe

Dr Maria del Carmen Cravioto
Department of Reproductive Biology
National Institute of Nutrition Salvador Zubiran,
Vaso de Quiroga 15
Delegacion Tlalpan
CP 14000 Mexico, DF
Mexique

Dr Juan Diaz
Medical Advisor for Latin America
and the Caribbean
The Population Council
Rua Dr Ruy Vincente de Mello 1047
Cidade Universitaria
13084-050 Campinas SP
Sao Paulo
Brésil

Dr Soledad Diaz
Louis Thayer Ojeda 1303
Apt 402
Providencia
Santiago
Chili

Dr Anna Glasier
Family Planning and Well Woman Services
18 Dean Terrace
Edinburgh
EH4 1NL
Royaume-Uni

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

Dr Phil Hannaford
Department of General Practice and Primary Care
University of Aberdeen
Foresterhill Health Centre
Westburn Road
Aberdeen
AB25 2AY
Royaume-Uni

Dr Robert Hatcher
Emory University School of Medicine
80 Butler St SE
Atlanta, GA 30303
Etats-Unis d'Amérique

Dr Mihai Horga
Reproduction Health Unit
Center of Public Health
Str GH Marinescu 40
Targu Mures 43000
Roumanie

Dr Robert Leke
Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé
BP 1935
Yaoundé
Cameroun

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

Dr Olav Meirik
Sysslomansgatan 30 B
S-752 23 Uppsala
Suède

Dr Suneeta Mittal
Department of OB/GYN
All India Institute of Medical Sciences
Ansari Nagar
New Delhi, PO 110 029
Inde

Dr Emmanuel Otolorin
Regional Centre for Quality of Health
Institute of Public Health
Makerere University
PO Box 7072
Kampala
Ouganda

Dr Helen Rees
Reproductive Health Unit
Department of OB/GYN
Baragwanath Hospital
PO Betsham 2013
Johannesburg
Afrique du Sud

Dr Khama Rogo
IPAS
38 Rhapta Road, Westlands
PO Box 19329
Nairobi
Kenya

Dr James Schlesselman
Sylvester Comprehensive Cancer Center
University of Miami School of Medicine
1550 NW 10th Ave
Fox Cancer, Third Floor,
Miami, FL 33136
Etats-Unis d'Amérique

Dr David Skegg
Department of Preventive and Social Medicine
University of Otago
PO Box 913
Dunedin
Nouvelle-Zélande

Dr Finn Egil Skjeldestad
Section of Epidemiological Research
Sintef, Unimed
Olav Kyres gt 3
N-7034 Trondheim
Norvège

Dr Wu Shangchun
National Research Institute for Family Planning
12 Da Hui Si (Hai Dian Qu)
Beijing 100081
République populaire de Chine

INSTITUTIONS/ORGANISATIONS

Dr Vanessa Cullins
AVSC International
440 Ninth Ave
New York, NY 1001
Etats-Unis d'Amérique

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

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

Dr Lindsay Edouard
Senior Reproductive Health Officer
Technical and Policy Division
United Nations Population Fund
220 East 42nd Street
New York, NY 10017
Etats-Unis d'Amérique

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

Dr Victoria Jennings
Institute for Reproductive Health
Georgetown University Medical Center
Georgetown Center, 6th Floor
2115 Wisconsin Ave, NW
Washington, DC 20007
Etats-Unis d'Amérique

Dr Ward Rinehart
John Hopkins University
Center for Communications Program
111 Market Place, Suite 310
Baltimore, MD 21202
Etats-Unis d'Amérique

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

Dr Jim Shelton
Office of Population
Bureau of Science and Technology
USAID
1300 Pennsylvania Avenue, G/PHN
Washington, DC 20523

Etats-Unis d'Amérique

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

Dr Robert Spirtas
Contraceptive and Reproductive Branch
Center for Population Research
NICHD, NIH
6100 Executive Boulevard
Suite 8B07
Rockville, MD 20852
Etats-Unis d'Amérique

Dr Marcel Vekemans
Program for International Training in Health
(INTRAH)/PRIME Program
University of North Carolina at Chapel Hill
1700 Airport Road, Suite 300, CB# 8100,
Chapel Hill, NC 27514
Etats-Unis d'Amérique

SECRETARIAT

Ms Meena Cabral de Mello, MNH
Dr Catherine d'Arcangues, RHR
Dr Tim Farley, RHR
Ms Catherine Hamill, RHR
Dr Monir Islam, RHR
Ms Sarah Johnson, RHR
Ms Gloria Lamptey, RHR
Ms Adrienne Martin-Hilber, RHR
Dr Adepeju Olukoya, CAH
Dr Kevin O'Reilly, RHR
Dr Herbert Peterson, RHR
Ms Jennifer Smith, RHR
Ms Margaret Usher, RHR
Dr Paul Van Look, RHR (Director)
Dr Helena von Hertzen, RHR

