

CONFÉRENCE CANADIENNE DE CONSENSUS SUR LA CONTRACEPTION

RÉIMPRIMÉ DU JOURNAL DE LA SOGC

Mai 1998, volume 20, numéro 5

Mai (2) 1998, volume 20, numéro 6

Juin 1998, volume 20, numéro 7

Juillet 1998, volume 20, numéro 8



Appuyée par des subventions d'éducation de Berlex Canada, Janssen-Ortho, Organon Canada Ltée.,
Parke-Davis, Pharmacia & Upjohn, Searle Canada, Wyeth-Ayerst Canada Inc.

Extrait réimprimé du Journal de la SOGC, mai 1998, volume 20, numéro 5 / mai (2) 1998, volume 20, numéro 6, / juin 1998, volume 20, numéro 7 / juillet 1998, volume 20, numéro 8

Publié par Ribosome Communications Inc., 50, avenue St. Clair est, 4e Étage, Toronto (Ontario) M4T 1M9, téléphone : (416) 925-1543; télécopieur : (416) 925-7682

Droits d'auteur © 1998. Tous droits réservés. Aucune partie du contenu ne peut être reproduite de quelque façon que ce soit sans la permission écrite préalable de l'éditeur. Les opinions exprimées dans cette publication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les positions et les recommandations de l'éditeur ou du commanditaire.

CONFÉRENCE CANADIENNE DE CONSENSUS SUR LA CONTRACEPTION

Participants	1
<hr/>	
Introduction	2
<hr/>	
Énoncés de consensus	6
<hr/>	
Sexualité et santé sexuelle	10
<hr/>	
Contraception hormonale	19
<hr/>	
Contraception postcoïtale d'urgence	40
<hr/>	
Méthodes et barrières	42
<hr/>	
Méthodes naturelles	58
<hr/>	
Stérilisation féminine et masculine	63
<hr/>	
Stérilet	70
<hr/>	
Contraception au troisième millénaire	76

CONFÉRENCE CANADIENNE DE CONSENSUS SUR LA CONTRACEPTION

PARTICIPANTS

RÉDACTEUR DE LA CONFÉRENCE

Timothy Rowe, MB, BS, FRCSC
Département d'obstétrique et de gynécologie
Université de la Colombie-Britannique

PRÉSIDENTS DE LA CONFÉRENCE

Richard S. Boroditsky, MD, FRCSC

Professeur agrégé
Chef, Section de gynécologie
Université du Manitoba
Directeur, Clinique de la ménopause
Centre des sciences de la santé
Université du Manitoba

Edith Guilbert, MD, MSc

Directrice
Clinique de planification des naissances
Centre hospitalier universitaire de Québec
Pavillon CHUL
Consultante
Centre de santé publique de Québec
Professeure clinique adjointe
Département d'obstétrique et de gynécologie
Université Laval

VICE-PRÉSIDENT DÉLÉGUÉ

André B. Lalonde, MD, FRCSC

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

Professeur titulaire
Université d'Ottawa et Université McGill
Professeur adjoint
Département d'administration de la santé
Université d'Ottawa

COORDONNATRICE DE LA CONFÉRENCE

Elke Henneberg

Message & More Communication Consulting
Montréal (Québec)

AUTEUR CONTRIBUTEUR

William A. Fisher, PhD

Professeur, Départements de psychologie et
d'obstétrique et de gynécologie
Université Western Ontario

MEMBRES DU COMITÉ

Thomas E.R. Brown, DPharm
Pharmacien chercheur/clinicien —
Soins ambulatoires
Département des services pharmaceutiques
Sciences de la santé
Professeur adjoint
Facultés de pharmacie et de médecine
Université du Manitoba

Dawn Bucharski, BScN

Directrice, Centre de contrôle des naissances
Services communautaires de promotion de la
santé et de prévention des maladies
Administration de la santé de la capitale
Edmonton (Alberta)

John Collins, MD, FRCSC

Professeur, Départements d'obstétrique et de
gynécologie et d'épidémiologie clinique et de
biostatistique
Faculté des sciences de la santé
Université McMaster

Victoria J. Davis, MD, FRCSC

Chargée de cours
Département d'obstétrique et de gynécologie
Hôpital pour enfants malades et
Hôpital général de Toronto Est
Université de Toronto

Diane Francœur, MD, CSPQ, FRCSC

Enseignante clinique
Département d'obstétrique et de gynécologie
Hôpital Sainte-Justine
Université de Montréal

Louise Hanvey, BN, MHA

Vice-présidente
Fédération pour le planning des naissances du
Canada
Consultante, Santé des femmes et des enfants
Ottawa

Rosemary M. Killeen, BScPhm

Directrice des relations professionnelles
Société des obstétriciens et gynécologues du
Canada

Rena Kulczycki

Représentante des jeunes
Conseil d'administration
Fédération pour le planning des naissances du
Canada

Robert H. Lea, MD, FRCSC

Professeur agrégé
Département d'obstétrique et de gynécologie
Université Dalhousie

Guylaine Lefebvre, MD, FRCSC

Professeure adjointe
Département d'obstétrique et de gynécologie
Université d'Ottawa

Carol McConnery, MD, FRCSC

Médecin de famille
Clinique jeunesse et de planification des
naissances
CLSC de Hull

Robert L. Reid, MD, FRCSC

Professeur et chef
Division de l'endocrinologie de la reproduc-
tion et de l'infécondité
Département d'obstétrique et de gynécologie
Université Queen's

Louise-Andrée Saulnier, PhD(C)

Sexologue
Centre médical Lévesque
Montréal (Québec)

Dorothy Shaw, MD, BCh, FRCSC

Professeure clinique
Départements d'obstétrique et de gynécologie
et de génétique
Université de la Colombie-Britannique
Directrice associée du programme médical
BC Women's Hospital

J SOC OBSTET GYNAECOL CAN 1998;20(5):482-89

J SOC OBSTET GYNAECOL CAN 1998;20(6):571-98

J SOC OBSTET GYNAECOL CAN 1998;20(7):667-92

J SOC OBSTET GYNAECOL CAN 1998;20(8):762-77

Appuyée par des subventions d'éducation de Berlex Canada, Janssen-Ortho, Organon Canada Ltée,
Parke-Davis, Pharmacia & Upjohn, Searle Canada, Wyeth-Ayerst Canada Inc.



Les médecins et les autres professionnels de la santé peuvent contribuer à la valeur des décisions prises sur la planification des naissances. La proactivité des conseils, l'information exacte et le fait d'être des partenaires à qui il est possible de poser des questions dans une relation professionnelle fondée sur le respect mutuel, la confiance, la communication ouverte et un sentiment de bienveillance assureront que l'on prend de bonnes décisions.

TENDANCES DE LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION ET DE L'UTILISATION DES CONTRACEPTIFS

1. SANTÉ DE LA REPRODUCTION

Les données des États-Unis indiquent que 60 % des grossesses sont non désirées¹. On ne dispose pas de telles statistiques au Canada, mais le taux de conception chez les adolescentes, indice des grossesses non désirées, est demeuré relativement stable depuis une vingtaine d'années même si le taux total de conception² a diminué régulièrement. Même si le taux de natalité chez les femmes de 15 à 19 ans a dégringolé (de 30 %) depuis 1975, le taux des avortements provoqués dans ce groupe a grimpé en flèche (de 51 %) et dépasse maintenant de 50 % celui des femmes adultes². Chez les femmes de 20 à 44 ans, on observe les mêmes tendances, même si la baisse du taux brut de natalité (17 %) est moins marquée et si l'augmentation du taux d'avortement (64 %) est plus prononcée que chez les femmes plus jeunes². En 1993, le taux d'avortement le plus élevé a été enregistré chez les femmes de 18 à 24 ans (30/1 000) : il est deux fois plus élevé que chez les femmes du Canada en général (15/1 000)^{2,3}.

2. UTILISATION DES CONTRACEPTIFS

L'utilisation des contraceptifs au Canada n'a pas changé sensiblement depuis 15 ans.

Années	1984 ⁴	1993 ⁵	1995 ⁶
Femmes qui utilisent un moyen de contraception	68,4 %	75,1 %	73,8 %
Femmes qui n'utilisent pas de moyen de contraception	15,5 %	14,4 %	15,3 %

La stérilisation des femmes a diminué de façon linéaire pendant la dernière décennie comparativement aux taux élevés d'utilisation de cette méthode au cours

des années 70^{4,6}. Chez les hommes, les taux de stérilisation semblent en revanche avoir augmenté depuis dix ans^{4,6}. L'utilisation des contraceptifs oraux a augmenté elle aussi, de telle sorte que cette méthode de contraception est actuellement la plus utilisée au Canada (tableau 1).

L'utilisation du condom semble avoir augmenté au cours de la dernière décennie, alors que celle du stérilet a diminué considérablement pendant la même période, et que les méthodes naturelles de planification des naissances, y compris le coït interrompu, demeurent encore relativement populaires^{4,6}.

L'évolution de l'usage des contraceptifs chez les jeunes pendant la décennie est difficile à suivre, car on vient à peine de commencer à recueillir des données sur la contraception à ces âges dans le contexte d'études nationales récentes^{5,6}. Si l'on se fonde sur les taux élevés de conception chez les adolescentes, il est évident que les jeunes femmes, tout comme les femmes adultes, n'utilisent pas régulièrement de contraceptifs pour prévenir une grossesse non désirée. La situation ne s'est pas améliorée au cours des dernières années. De plus, les taux croissants de conception et d'avortement chez les adolescentes révèlent l'irrégularité non seulement de leur utilisation de la contraception, mais aussi de pratiques sexuelles à risques réduits. Comme les femmes de 15 à 19 ans présentent les taux les plus élevés de maladies transmises sexuellement (MTS) déclarées au Canada⁷, et compte tenu de la proportion croissante des nouvelles infections par le VIH transmises par des relations hétérosexuelles chez les jeunes et les femmes^{8,9},

Méthode de contraception	%
Pilule	38,2
Condom	31,8
Stérilisation masculine	17,5
Stérilisation féminine	15,0
Retrait	6,9
Mousse et autre spermicide	5,0
Calendrier	4,2
Autre	2,1
Stérilet	1,4
Diaphragme	1,1
Total	123,2*

* Le total dépasse 100 % parce que des femmes utilisent plus qu'une méthode. Toutes les méthodes utilisées sont incluses.
Source : Boroditsky R., Fisher W., Sand M. The 1995 Canadian Contraceptive Study, J. Soc Obstét Gynécol Can 1996;18:1-31.⁶

il est évident que les médecins et les autres professionnels de la santé doivent, au cours des prochaines années, concentrer de façon soutenue leur attention sur la contraception et les pratiques sexuelles à risques réduits chez les adolescents.

QUELS SONT LES PRINCIPAUX FACTEURS DÉTERMINANTS DU CHOIX ET DE L'UTILISATION DES CONTRACEPTIFS?

Il est essentiel de comprendre les facteurs sociaux et psychologiques qui jouent sur l'utilisation et le choix des contraceptifs si l'on veut produire des interventions cliniques et éducationnelles efficaces en matière de promotion de santé reproductive¹⁰⁻¹³. Des analyses conceptuelles et empiriques récentes indiquent que trois facteurs semblent dominer et avoir une influence importante sur l'utilisation des contraceptifs et sur d'autres comportements liés à la santé reproductive.

Pour devenir des professionnels de la santé efficaces et participer à la prise de décisions sur la contraception, les cliniciens devraient :

- partager l'information;
 - motiver davantage;
 - aider à acquérir des habiletés comportementales.
- L'utilisation des contraceptifs passe d'abord par l'information sur la contraception et la sexualité, qui est facile à comprendre et à utiliser^{11,12,14}. L'information est facile à échanger verbalement ou au moyen de brochures et d'autres documents de démonstration. Pour être utile, cette information doit être :
- facile à comprendre (il faut utiliser des mots ordinaires, des instructions simples rédigées sous forme de conversation, des gros caractères, des renseignements qui ont trait aux comportements sociaux et sexuels de l'individu);
 - intéressante et fondée sur les besoins de l'individu (format questions et réponses sur certains sujets en particulier, anecdotes personnelles ou humoristiques, photographies et graphiques).

Deuxièmement, la motivation à utiliser la contraception est un facteur critique qui détermine si des personnes même bien informées se serviront de leur savoir et utiliseront la contraception efficacement. Les facteurs suivants peuvent jouer sur la motivation :

- attitudes personnelles au sujet de la contraception («Que pensez-vous de cette méthode de contraception et de son utilisation?»);

- normes de la société qui semblent appuyer l'utilisation des contraceptifs ou s'y opposer («Que pensera votre entourage si vous utilisez cette méthode de contraception?»);
- facteurs personnels qui modifient l'utilisation efficace des contraceptifs («Qu'est-ce qui pourrait vous faire utiliser efficacement votre méthode de contraception? Que pourriez-vous faire pour surmonter ces difficultés?»);
- vulnérabilité perçue à une grossesse indésirée et coûts perçus («Comment réagiriez-vous si vous deveniez enceinte maintenant? Quand voulez-vous devenir enceinte? Pensez-vous que vous pourriez devenir enceinte avant de le vouloir?»).

Troisièmement, les habiletés comportementales nécessaires à l'utilisation de la contraception sont des facteurs cruciaux qui déterminent si une personne bien informée et bien motivée pourra utiliser la contraception efficacement à long terme. Pour utiliser la contraception, une personne doit se livrer à une série compliquée d'actes personnels et interpersonnels qui font rarement, voire jamais, l'objet de discussions ou d'un apprentissage directs. Pour utiliser efficacement la contraception, une personne doit pouvoir obtenir de l'information sur les contraceptifs et la comprendre, prévoir les rapports sexuels qu'elle peut avoir, parler de la contraception avec un partenaire, entreprendre des actes publics comme consulter un médecin ou un pharmacien pour obtenir un contraceptif, et utiliser la contraception régulièrement et correctement à long terme.

Les cliniciens et les éducateurs doivent être conscients de la complexité de l'utilisation des contraceptifs sur le plan du comportement et doivent partager, conseiller, encadrer, enseigner et régler les problèmes afin que les personnes soient conscientes de leur comportement face à la contraception, soient prêtes à en suivre habilement chacune des étapes et puissent régler les problèmes au besoin.

RÉFÉRENCES

1. Institute of Medicine, Brown SS, Eisenberg L (Eds). The best intentions: unintended pregnancy and the well-being of children and families. Washington, DC: National Academy Press, 1995.
2. Statistics Canada. Reproductive Health: pregnancies and rates, Canada, 1974-1993. Catalogue no.82-568-XPB, 1996.
3. Statistique Canada. Les avortements thérapeutiques, 1994. N° 82-219-XPB au catalogue.



4. Balakrishnan TR, Krotki K, Lapierre-Adamcyk E. Contraceptive use in Canada, 1984. *Fam Plann Perspect* 1985;17:209-15.
5. Boroditsky R, Fisher W, Sand M. The Canadian Contraception Study. *J Soc Obstet Gynaecol Can* 1995;17:1-28.
6. Boroditsky R, Fisher W, Sand M. The 1995 Canadian Contraceptive Study. *J Soc Obstet Gynaecol Can* 1996;18:1-31.
7. Canada Communicable Disease Report. Notifiable Diseases Annual Summary, 1994. Minister of National Health and Welfare Canada, 1996. Volume 11S2:p118.
8. Mise à jour trimestrielle de la surveillance: Le Sida au Canada, Janvier 1996. Division de la surveillance du VIH/Sida, Bureau du VIH/Sida et des MTS, Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada.
9. Mise à jour trimestrielle de la surveillance: Le Sida au Canada, Juillet 1996. Division de la surveillance du VIH/Sida, Bureau du VIH/Sida et des MTS, Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada.
10. Canadian Guidelines for Sexual Health Education. Ottawa: Health Canada, 1994.
11. Byrne D, Kelley K, Fisher WA. Unwanted teenage pregnancies: incidence, interpretation, intervention. *Applied and Preventive Psychology* 1993;2:101-13.
12. Fisher JD, Fisher WA. Changing AID risk. *Psychol Bull* 1992;111:455-74.
13. Fisher WA. All together now: an integrated approach to preventing adolescent pregnancy and STD/HIV infection. *Siecus Report* 1990;18:1-11.
14. Fisher WA. Adolescent contraception: Summary and recommendations. In: Byrne D, Fisher WA (Eds). *Adolescents, Sex, and Contraception*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1983.

ÉNONCÉS DE CONSENSUS

INTRODUCTION

1. La planification des naissances est un aspect important de la vie et les Canadiens et Canadiennes devraient tous avoir accès gratuitement à des services de planification familiale.
2. Les décisions relatives à la planification des naissances ont une incidence sur la santé émotionnelle, les attitudes et les comportements sexuels, la qualité des relations, l'équité entre les sexes et le respect entre les hommes et les femmes, et sont influencées par ces facteurs.
3. Les médecins et les autres professionnels de la santé peuvent contribuer à la qualité des décisions relatives à la planification des naissances. La prise de bonnes décisions repose sur le caractère proactif des conseils, l'exactitude de l'information et le fait d'être un partenaire abordable dans une relation professionnelle bâtie sur le respect mutuel, la confiance, la communication ouverte et un sentiment de bienveillance.
4. Comme les adultes, les adolescents n'utilisent pas régulièrement les contraceptifs pour prévenir une grossesse non désirée. Les médecins et les autres professionnels de la santé devront, au cours des prochaines années, concentrer de façon soutenue leur attention sur l'utilisation des contraceptifs et de pratiques sexuelles moins risquées chez les adolescents.
5. Pour devenir des professionnels de la santé efficaces et participer à la prise de décisions sur la contraception, les cliniciens doivent partager l'information, favoriser la motivation et l'acquisition de techniques liées au comportement.

SANTÉ SEXUELLE

1. La sexualité est un aspect important de la vie. C'est un aspect sain et normal qui s'exprime de diverses façons. C'est pourquoi tout examen général de l'état de santé devrait comporter des questions sur la sexualité.

2. Les Canadiennes et les Canadiens devraient avoir accès à une éducation sexuelle détaillée et à des services de santé en matière de sexualité qui respectent les différences entre les individus et répondent aux besoins de la population.
3. Les hommes et les femmes du Canada devraient s'attendre à ce que leurs soignants leur parlent de la prévention à la fois de la grossesse non désirée et des maladies transmises sexuellement (MTS).
4. Les conseils sur la contraception et les MTS consistent à personnaliser l'information en fonction des besoins de l'individu, à favoriser les attitudes positives à l'égard de la contraception et de la prévention des MTS, à modifier les obstacles à l'utilisation efficace et à aider les intéressés à apprendre à utiliser les méthodes de contraception.
5. Les tests de dépistage des MTS et les conseils sur la prévention ne devraient pas être limités aux jeunes ou aux personnes à risque. Même stérilisées, d'autres personnes peuvent aussi être atteintes de MTS, et particulièrement celles qui changent de partenaire ou entreprennent une nouvelle relation. Il peut être important pour la santé d'offrir des tests de dépistage à l'hépatite B et des services d'immunisation au besoin.
6. On peut reporter un examen pelvien à la consultation suivante tant que l'intéressée n'a pas de symptômes ou n'a pas encore eu de rapports sexuels.
7. Un médecin peut fournir des moyens de contraception à une personne mineure sans le consentement de ses parents à condition de pouvoir obtenir d'elle un consentement éclairé valable. Il faut étudier sérieusement les répercussions d'un refus de contraception demandée par une personne mineure et les médecins ne doivent pas empiéter sur la vie privée de leurs patients.

CONTRACEPTION HORMONALE

1. La contraception hormonale est la méthode de contraception réversible la plus efficace actuellement



- disponible. Les contraceptifs oraux combinés à faible dose offrent en outre, des avantages non contraceptifs que les utilisateurs éventuels ne connaissent en général pas.
2. Lorsqu'on prescrit un contraceptif oral, que la personne en cause le prenne pour la première fois ou doive changer de préparation, il importe de disposer d'une plage de posologies et de combinaisons. Ces choix permettent ainsi d'assurer que la personne en cause reçoit la préparation qui convient le plus à ses besoins. Lorsque le prestataire de soins de santé et l'intéressée ont choisi une préparation en particulier, l'échange de produits par des tiers peut avoir des effets indésirables sur l'observation du traitement.
 3. Jusqu'à maintenant, aucun contraceptif oral à faible dose n'a démontré de supériorité clinique claire. Le choix d'un contraceptif oral en particulier et la promotion de son utilisation efficace et continue reposent donc sur les préférences de la cliente, l'expérience du médecin et son jugement clinique.
 4. La thrombo-embolie veineuse (TEV) et l'infarctus aigu du myocarde (IAM) sont rares chez les femmes. Les contraceptifs oraux à faible dose peuvent doubler ces risques. Selon les meilleures données probantes disponibles sur la TEV et l'IAM, toute différence que peuvent présenter divers contraceptifs oraux de moins de 50 mg en ce qui concerne ces risques n'a aucune importance clinique.
 5. Si les antécédents d'une femme indiquent qu'elle présente un risque élevé de maladie cardio-vasculaire, elle devrait utiliser un autre moyen de contraception. L'analyse routinière du sérum pour le dépistage des marqueurs de risque cardio-vasculaire n'est pas indiquée avant l'utilisation de contraceptifs oraux.
 6. Les femmes qui allaitent et veulent prendre des contraceptifs oraux ne devraient pas commencer avant que la lactation ne soit bien établie (habituellement au moins six semaines après l'accouchement). L'utilisation de contraceptifs oraux combinés peut réduire la qualité et le volume de la lactation. Les pilules qui contiennent uniquement des progestatifs semblent n'avoir aucun effet sur la production de lait et une femme peut commencer à les prendre après l'accouchement lorsqu'elle a besoin d'un moyen de contraception. Les faibles quantités de stéroïdes sécrétées dans le lait maternel n'ont pas d'effet indésirable démontré sur le bébé.
 7. La «puissance» des contraceptifs hormonaux est fondée principalement sur des études effectuées sur des animaux. Pour ajuster le traitement, il peut être aussi efficace de s'en remettre à son expérience clinique que de consulter des données sur la puissance du contraceptif.
 8. En pratique clinique, on recommande souvent un moyen de contraception d'appoint lorsque des antibiotiques administrés en même temps peuvent nuire à l'absorption du contraceptif oral, ou que la cliente vomit ou qu'elle a la diarrhée. Même si elle est fondée sur des données anecdotiques, cette pratique constitue une précaution raisonnable.
 9. La question de savoir si les femmes devraient cesser de prendre des contraceptifs oraux combinés avant une chirurgie électorale suscite la controverse. Il est raisonnable de recommander aux clientes qui prennent des contraceptifs oraux combinés de cesser de les prendre au moins quatre semaines avant une intervention chirurgicale majeure qui sera suivie d'une période d'activité réduite ou d'immobilisation, ou avant une intervention chirurgicale pour l'ablation d'une tumeur maligne. Les femmes qui prennent des contraceptifs oraux combinés et subissent une intervention chirurgicale majeure d'urgence devraient cesser de les prendre et recevoir un traitement prophylactique périopératoire aux anticoagulants par injection d'héparine sous-cutanée. Lorsqu'une femme cesse de prendre des contraceptifs oraux combinés, il importe de les remplacer par une méthode de contraception fiable (p. ex. contraceptifs contenant uniquement des progestatifs).
 10. Les femmes qui utilisent des contraceptifs oraux monophasés ou multiphasés ont moins de kystes bénins aux ovaires. Il n'y a pas de données probantes satisfaisantes qui justifient d'utiliser des contraceptifs oraux pour traiter des kystes ovariens qui existaient déjà.
 11. L'utilisation de contraceptifs oraux réduit le risque d'apparition subséquente d'un cancer des ovaires et de l'endomètre et n'entraîne aucune augmentation du risque global d'apparition du cancer du sein.
 12. L'acétate de médoxyprogesterone-retard (AMPR) et les implants progestatifs sont les moyens de contraception hormonale les plus efficaces et représentent des options appropriées pour les femmes du Canada.



13. Les contraceptifs à base de progestatifs seulement (AMPR, implants ou pilules à base de progestatifs seulement) peuvent représenter une méthode appropriée de contraception pour les femmes qui ont des antécédents de thrombose veineuse profonde. Il n'y a pas de données probantes suffisantes pour en appuyer l'utilisation en présence d'une coagulopathie démontrée.
14. Il n'y a pas de données probantes qui démontrent que l'AMPR entraîne l'ostéoporose. D'autres recherches en cours visent à déterminer l'importance clinique de la perte osseuse associée à l'AMPR.
15. L'utilisation continue de contraceptifs oraux combinés monophasés pendant plusieurs mois, sans interruption périodique, constitue une façon raisonnable de prendre en charge des problèmes cycliques comme la migraine menstruelle, la dysménorrhée grave ou le saignement accru, ou lorsqu'il faut retarder la métrorragie de privation.
16. Il faudrait conseiller à toutes les fumeuses de cesser de fumer. Le risque de maladie cardio-vasculaire augmente chez toutes les fumeuses, mais l'utilisation simultanée de contraceptifs oraux augmente considérablement le risque chez celles qui ont plus de 35 ans. Des deux facteurs, le tabagisme est celui qui augmente beaucoup plus le risque cardio-vasculaire. Remplacer la cigarette par les timbres ou la gomme à la nicotine ne réduit pas le risque cardio-vasculaire mais peut aider à cesser de fumer.
17. Il faut établir partout au Canada un programme de distribution de contraceptifs oraux pour des raisons humanitaires.

CONTRACEPTION POSTCOÏTALE D'URGENCE

1. La contraception postcoïtale d'urgence (CPU) est sous-utilisée et si elle l'était davantage, elle pourrait réduire de façon spectaculaire le nombre des grossesses non désirées. Toutes les femmes du Canada devraient avoir accès facilement à la contraception postcoïtale d'urgence.
2. La contraception postcoïtale d'urgence ne devrait pas remplacer la planification continue des naissances. Les prestataires de soins de santé devraient profiter du fait que leurs clientes leur demandent une contraception postcoïtale d'urgence pour les conseiller au sujet des méthodes possibles de contraception et de la prévention des MTS.
3. La contraception postcoïtale d'urgence devrait être disponible sans ordonnance d'un prestataire de soins de santé dans les pharmacies, les cliniques de planification familiale, les salles d'urgence, les cliniques sans rendez-vous et les programmes de santé en milieu scolaire. La contraception postcoïtale d'urgence peut être donnée sans examen pelvien.
4. Le stérilet en cuivre peut servir de moyen de contraception postcoïtale d'urgence chez les femmes qui ne peuvent prendre d'hormones ou qui cherchent un moyen de contraception de longue durée et sont peu exposées aux MTS.

MÉTHODES NATURELLES — DÉTERMINATION DE LA PÉRIODE DE FÉCONDITÉ

1. Les méthodes naturelles de planification des naissances sont efficaces comme moyen de contraception lorsqu'elles sont utilisées avec diligence et de façon sélective.
2. On peut combiner la détermination de la période de fécondité à des méthodes de contraception non hormonales afin d'en améliorer l'efficacité.
3. Les méthodes naturelles de planification des naissances responsabilisent les couples en les sensibilisant à leur fécondité et à leur sexualité. Ces méthodes favorisent la santé sexuelle en encourageant la communication et la collaboration dans le couple. Au cours des périodes d'abstinence, le plaisir non coïtal peut remplacer de façon positive un rapport sexuel sans protection.
4. Le coït interrompu ou «retrait» auquel recourent des couples qui ne veulent pas utiliser d'autre méthode de contraception ou qui ne disposent pas d'un autre moyen au moment du rapport sexuel est préférable à l'absence de toute contraception. Les taux d'échec sont toutefois élevés et ce moyen ne prévient pas les MTS.
5. Les professionnels de la santé devraient reconnaître et sanctionner l'abstinence comme méthode valide de contraception. Abstinence ne veut pas nécessairement dire absence totale de toute forme d'activité sexuelle, mais plutôt acceptation de beaucoup d'autres formes de plaisir sexuel non coïtal.



MÉTHODES BARRIÈRES

1. Utilisés régulièrement et comme il se doit avec un spermicide, les condoms en latex protègent dans la plupart des cas contre la grossesse et les maladies transmises sexuellement, y compris le VIH.
2. Le condom recouvert de spermicide est moins efficace pour prévenir la grossesse que le condom conjugué à un spermicide appliqué par voie intravaginale.
3. Les prestataires de soins de santé peuvent améliorer l'utilisation et l'acceptabilité du condom en sanctionnant son utilisation dans le cadre des jeux sexuels, en aidant les personnes à comprendre les méthodes barrières à utiliser et en leur apprenant à négocier avec leur partenaire.
4. Il est possible d'améliorer l'utilisation du condom chez les hommes qui craignent une perte de sensation en déposant un faible volume de lubrifiant hydrosoluble au fond du condom.
5. Les médecins et les infirmières devraient bien savoir ajuster un diaphragme. Le diaphragme devrait être facilement disponible dans les pharmacies, les cliniques de planification des naissances et les cabinets de médecins.
6. Le spermicide réduit le risque d'infection par certaines maladies transmises sexuellement, surtout lorsqu'il est utilisé avec le condom. Il faudrait prévenir les personnes exposées aux MTS de cet avantage non contraceptif du spermicide.

STÉRILISATION (CONTRACEPTION PERMANENTE)

1. Au cours des séances de counseling avant la stérilisation, il convient de signaler que dans l'ensemble, la vasectomie est moins risquée que la ligature des trompes sur le plan médical. Le choix de la stérilisation de l'homme ou de la femme doit toutefois tenir compte des préférences sociales, culturelles et personnelles.
2. Même si la ligature des trompes et la vasectomie sont très efficaces, les couples doivent savoir qu'il peut survenir des échecs longtemps après l'intervention.
3. Il faut conseiller en détail toutes les personnes intéressées avant de procéder à la stérilisation afin de réduire le risque de regret, mais plus particulièrement dans les circonstances suivantes :

- a) personne de moins de 30 ans;
- b) relation de couple instable;
- c) fausse couche ou perte d'un enfant survenue récemment;
- d) période qui suit l'accouchement;
- e) à la suite d'un avortement thérapeutique.

STÉRILET

1. Pour les femmes peu exposées aux MTS et qui recherchent un moyen de contraception de longue durée, le stérilet est un excellent choix comme moyen de contraception ou pour remplacer la stérilisation.
2. Le risque d'inflammation pelvienne augmente un peu immédiatement après l'insertion d'un stérilet, mais il revient rapidement à son niveau de base. Une femme qui a l'intention d'utiliser un stérilet pendant des années réduira au minimum son risque d'infection pelvienne en gardant le stérilet en place pendant plus longtemps. L'exposition aux MTS représente le plus grand risque d'infection pelvienne. Des données probantes récentes indiquent que l'utilisation continue des stérilets actuellement disponibles n'aggrave pas le risque d'inflammation pelvienne ou d'infertilité.
3. Les stérilets peuvent demeurer en place pendant plus longtemps que les 30 mois actuellement recommandés. Un dispositif Gyne-T 380 Slimline® peut demeurer en place pendant huit ans. Un dispositif inséré vers la fin des années de reproduction peut être laissé en place jusqu'à la ménopause.



CONFÉRENCE CANADIENNE DE CONSENSUS SUR LA CONTRACEPTION

(PARTIE II)

SEXUALITÉ ET SANTÉ SEXUELLE

INTRODUCTION

Il fut un temps où les prestataires de soins de santé faisaient des choix lorsqu'ils devaient décider de parler ou non de sexualité avec certaines personnes. Lorsqu'ils abordaient la question, la discussion était souvent limitée à la reproduction. L'apparition du sida et la réapparition des MTS obligent les prestataires de soins de santé à aller au-delà de l'aspect curatif de la profession et à concentrer leur attention sur la prévention. Même si la plupart des prestataires de soins de santé disposent des moyens nécessaires pour traiter les dysfonctions physiologiques, lorsqu'il est question de sexualité, ils font souvent face à des enjeux qui englobent un ensemble de facteurs émotionnels, psychologiques, sociaux et moraux.

On ne peut séparer la sexualité de la contraception. En outre, l'éducation sexuelle vise avant tout à faire comprendre que la sexualité est une manifestation normale de la nature humaine. Il est crucial d'appuyer les prestataires de soins de santé par l'éducation et l'acquisition de connaissances spécialisées. Il est aussi essentiel qu'ils connaissent les ressources communautaires auxquelles leurs clients et eux-mêmes peuvent avoir accès si l'on veut les sensibiliser aux grandes questions qui entourent la sexualité.

La sexualité fait partie intégrante de la personnalité de tout homme, femme et enfant. C'est un besoin fondamental et un aspect de la nature humaine que l'on ne peut séparer d'autres aspects de la vie. La sexualité met en cause

les dimensions physiques, physiologiques, psychologiques, sociales, affectives, culturelles et déontologiques de l'individu. Elle comporte une identité, des rôles, des relations, des perceptions et des attentes, ainsi que des fonctions biologiques. Choisir la contraception, c'est donc plus qu'une décision intellectuelle : ce qu'une personne pense de la sexualité et le sentiment qu'elle a d'elle-même jouent énormément sur ce choix, chaque individu étant, en bout de ligne, responsable de ses propres choix. La planification des naissances est un facteur déterminant de la qualité de l'expression sexuelle et de la santé¹.

Le développement sexuel est un processus complexe qui commence au moment de la conception et dure toute la vie. Les nouveau-nés montrent des signes de réactions sexuelles et les jeunes enfants sont habituellement très curieux au sujet des questions sexuelles. Les adolescents vivent une période de changement rapide. Sur les plans physique et psychosocial, ils apprennent à faire face à l'évolution de leurs sentiments sexuels, à décider s'ils participeront ou non à divers types d'activités sexuelles et à éviter les conséquences non désirées comme la grossesse et les maladies transmises sexuellement. La sexualité est un élément continu de la vie pour tous les hommes et les femmes adultes, qu'ils soient ou non sexuellement actifs. La sexualité de l'adulte comprend une manifestation et des sentiments sexuels, la prise de décisions d'ordre sexuel au sujet des partenaires, la décision d'avoir ou non des enfants et le moment de les avoir, l'utilisation de contraceptifs et la protection contre les



maladies transmises sexuellement et, dans certains cas, l'obligation de faire face à des problèmes et des maladies qui ont une incidence défavorable sur la santé sexuelle².

Vivre sa sexualité, c'est plus que d'avoir des relations sexuelles. Les hommes et les femmes ont des rapports sexuels pour beaucoup d'autres raisons que la reproduction, et notamment pour répondre à des sentiments et pour en tirer du plaisir. Les hommes et les femmes expriment leurs préférences sexuelles de façon différente. L'hétérosexualité, la bisexualité et l'homosexualité existent dans un continuum fondé en partie sur les expériences sexuelles et en partie sur les réactions psychologiques à ces expériences¹.

Les attentes liées au rôle spécifique de chaque sexe jouent sur tous les aspects de la vie de l'adulte, y compris sa sexualité. L'égalité ou l'inégalité entre hommes et femmes joue sur la perception de l'individu et sur sa façon d'exprimer sa sexualité. Beaucoup de femmes ont moins de pouvoir que les hommes, comme en témoignent les iniquités de leur situation socio-économique. Hommes et femmes pourraient retarder l'activité sexuelle, insister sur la protection pendant un rapport sexuel et tirer plaisir des relations sexuelles³. Dans les cas où les stéréotypes masculins et féminins persistent, les rôles spécifiques à chaque sexe peuvent être à l'origine d'une situation de deux poids deux mesures qui donne à l'homme le rôle de l'expert. Cette prérogative n'encourage pas le partage ou la flexibilité dans les rôles sexuels et dissuade les hommes de chercher de l'information et de l'appui. Dans certaines relations, tant hétérosexuelles qu'homosexuelles, il peut exister des rapports de force inégaux qui peuvent en retour jouer sur les pratiques sexuelles plus sûres et les compromettre⁴. Les prestataires de soins de santé devraient reconnaître toute conséquence indésirable de telles iniquités et chercher à les corriger lorsque c'est possible.

LE RÔLE DES PRESTATEURS DE SOINS DE SANTÉ

PARENTS

Les parents sont les principaux éducateurs de leurs enfants. Leurs propres niveaux de confort face aux diverses questions qui ont trait à la sexualité joueront énormément sur l'information qu'ils peuvent communiquer à leurs enfants. De plus en plus de parents reconnaissent aujourd'hui qu'il vaut la peine d'informer leurs enfants en détail.

L'Organisation mondiale de la santé a publié ces dernières années les résultats de tout un éventail d'études qui démontrent que lorsqu'ils ont été informés en détail pendant leurs années formatives, les jeunes retardent l'activité sexuelle et utilisent la contraception comme il se doit⁵. On trouve souvent dans les bibliothèques locales, les cliniques locales de santé publique ou les centres locaux de santé communautaire (CLSC) toutes sortes de documents à l'intention des parents qui veulent parler de sexualité à leurs enfants. On insiste en général sur l'importance continue de la communication, surtout dans le contexte de la relation parent-enfant. L'éducation sexuelle doit commencer à la naissance par la façon de toucher les enfants et de leur parler. Un enfant apprend très jeune dans quelle mesure il peut poser des questions à ses parents. Cette première expérience prépare aux questions plus difficiles qu'il posera à mesure que sa curiosité augmentera.

LE RÔLE DE CERTAINS PRESTATEURS EN PARTICULIER

De nombreux prestataires de soins de santé de la collectivité offrent des services de santé en matière de sexualité et des conseils sur la contraception aux femmes et à leur partenaire. Peu importe le prestataire de soins, certaines caractéristiques clés améliorent la relation entre le prestataire et l'individu.

La grande majorité des femmes et des hommes sont en bonne santé et n'ont pas besoin de traitement contre la maladie. Ils ont toutefois besoin d'appui pour maintenir, voire améliorer, leur santé sexuelle. Tous les prestataires de soins qui sont appelés à offrir de l'aide dans un domaine chargé d'émotions comme celui de la sexualité peuvent devenir plus efficaces comme conseillers s'ils sont disposés à faire trois choses : étudier leurs propres sentiments et réactions (pour devenir à l'aise avec ce qu'ils entendent et ce à quoi ils doivent faire face), respecter les buts visés par leurs interlocuteurs et aider les personnes à s'aider elles-mêmes. Sinon, les travailleurs de la santé compromettront l'efficacité de leur démarche de counseling en matière de maladies transmises sexuellement (MTS).

On trouve des travailleurs de la santé qui offrent des services de santé de la sexualité dans toutes sortes de contextes : secteur privé, cliniques, cliniques de planification des naissances, centres de santé communautaire, CLSC, écoles, hôpitaux, pharmacies et organisations locales, notamment. Leur collaboration est cruciale.



MÉDECINS

Les médecins de famille, ainsi que les obstétriciens et gynécologues, dispensent des soins primaires aux femmes et à leur partenaire. Souvent, les médecins de famille ont des contacts avec toute la famille. Dans son document intitulé *Counseling en matière de santé sexuelle*, la SOGC recommande que : «les médecins doivent établir des liens avec un réseau de professionnels spécialisés en santé sexuelle dans l'éventualité où les besoins de leurs patients dépassent leur champ de compétence»⁶. Les réseaux de professionnels peuvent inclure des prestataires de soins de santé qui ont des compétences dans les domaines suivants : éducation et soins liés à la contraception; prévention, diagnostic, traitement, éducation et suivi qui portent sur les maladies transmises sexuellement; éducation, prévention et intervention thérapeutique pour les victimes de violence sexuelle. Ils peuvent aussi aider les patients qui ont des dysfonctions d'ordre sexuel.

La plupart des gens perçoivent le médecin comme un spécialiste dans le domaine de la sexualité et certains lui soumettent leurs problèmes directement. La plupart des gens supposent toutefois que c'est le professionnel qui abordera la question de la sexualité. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada reconnaît clairement que ses membres doivent agir proactivement dans le domaine de la santé et de la sexualité⁶.

Counseling en matière de santé sexuelle

«La santé sexuelle constitue une composante importante et valable de la pratique médicale. Les médecins doivent évaluer les besoins et l'état de la santé sexuelle de leurs patients dans le cadre des soins de routine qui leur sont prodigués.

Les médecins doivent promouvoir la santé sexuelle dans le cadre de leur pratique clinique.

Les médecins doivent être conscients et respectueux des valeurs et du mode de vie en ce qui concerne le comportement sexuel de leurs patients.

Les médecins doivent être conscients de leurs propres valeurs en la matière et de leur effet sur leur attitude clinique.»

Comité des questions sociales et sexuelles, SOGC, 1996.

INFIRMIÈRES

Les infirmières fournissent des services de santé en matière de sexualité dans toutes sortes de contextes : hôpitaux, cliniques, centres de contrôle ou de planification des naissances, organismes de santé communautaire, écoles et centres d'accueil, notamment. Les infirmières

dispensent des soins primaires, des conseils, ainsi que des services d'évaluation et d'éducation. Elles collaborent avec des personnes, des familles et des groupes de la collectivité. Les infirmières ont souvent des contacts avec une famille au complet et peuvent en voir les membres dans le contexte général de leur milieu de vie et de leur environnement. Elles dispensent directement des services d'éducation et enseignent à d'autres éducateurs pour leur permettre de donner de l'éducation sexuelle.

PHARMACIENS

Les pharmaciens sont dans une situation idéale pour participer au counseling sur la santé en matière de sexualité et de contraception. Ils sont faciles d'accès et le public considère qu'ils sont honnêtes et ont des critères éthiques rigoureux. Les pharmaciens sont dans la meilleure situation pour conseiller les acheteurs de contraceptifs et peuvent au besoin diriger un client vers un médecin ou une clinique.

Les pharmaciens suivent régulièrement les réactions indésirables aux médicaments prescrits et en vente libre. Ils font souvent fonction de point de contact pour les divers prestataires de soins de santé d'une personne. Les visites fréquentes que la plupart des utilisateurs de contraceptifs font aux pharmacies offrent d'excellentes possibilités de renforcement d'observance.

PSYCHOLOGUES ET TRAVAILLEURS SOCIAUX

Les psychologues et les travailleurs sociaux donnent des conseils sur la santé sexuelle dans toutes sortes de contextes : centres de santé communautaires, agences de services à la famille, cliniques et cabinets privés. Le psychologue général est plus susceptible de rencontrer des personnes dans le contexte de leur santé et de leur mieux-être globaux et peut les diriger vers des conseils ou des traitements plus spécifiques.

SEXOLOGUES

Le rôle des sexologues consiste avant tout à donner de l'éducation sexuelle, des conseils et des thérapies. Dans la plupart des provinces, les traitements ne sont pas assurés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* s'ils sont dispensés en pratique privée. Les sexologues éduquent aussi d'autres prestataires de soins de santé, et notamment des médecins, des infirmières, des psychologues et des travailleurs sociaux, pour mieux les préparer à faire face aux aspects de leur pratique qui ont trait à la santé sexuelle.



ENSEIGNANTS

Les enseignants peuvent jouer un rôle crucial dans le domaine de la santé et de la santé sexuelle au niveau scolaire. Ils peuvent être un élément d'une stratégie intégrée et accessible qui appuie le choix des jeunes. Les enseignants doivent reconnaître qu'il se peut que les jeunes ne partagent pas toujours leurs propres attitudes et valeurs face à la sexualité. On peut aider les jeunes à acquérir leur propre opinion sur la sexualité à l'aide de diverses stratégies éducatives.

BÉNÉVOLES

Au Canada, le secteur bénévole et en particulier les fédérations de planning des naissances, est chargé d'offrir des services intégrés de santé en matière de sexualité. Les bénévoles de Planification des naissances fournissent toujours de l'éducation, des conseils et de l'appui clinique d'un bout à l'autre du Canada. Des organismes bénévoles comme Serena Canada et des associations communautaires sur le sida donnent en outre aux couples de l'éducation et des conseils au sujet de besoins particuliers liés à la santé sexuelle.

CRÉER UN CONTEXTE D'APPUI

Les prestataires de soins de santé peuvent établir un environnement confortable en :

- veillant à ce que tout le personnel de leur service s'adresse à la personne par son nom et s'intéresse à elle;
- offrant des salles d'attente confortables;
- assurant que la communication se fasse en privé;
- interviewant la personne ou en la conseillant seulement lorsqu'elle est entièrement vêtue;
- rendant la salle d'examen aussi confortable que possible : étrières rembourrés, température confortable et spéculum tiède;
- prévoyant un endroit où les patientes peuvent se dévêtir et déposer leurs vêtements;
- plaçant à un endroit clairement visible dans la salle d'attente, les salles d'examen, les salles d'interviews ou de counseling et les pharmacies de l'information sur la sexualité et la contraception qui tient compte des niveaux d'alphabétisation et de la culture des clients.

Pour appuyer une communication efficace

- Comprendre les attitudes et les valeurs personnelles qui ont trait à la sexualité et comment elles peuvent bloquer la discussion sur la santé sexuelle.
- Aborder la question de la sexualité dans le contexte des antécédents médicaux ou sexuels.
- Poser des questions ouvertes (p. ex. : «Quelle expérience avez-vous des moyens de contrôle des naissances?»).
- Partir des préoccupations et des questions soulevées par la personne (p. ex. : «Vous semblez un peu troublée par...»).
- Évaluer des indices comme le langage corporel, le ton de la voix et la rapidité de l'élocution en ce qui a trait au niveau de confort individuel.
- Aborder des sentiments comme la peur, l'embarras et la culpabilité en les «appelant par leur nom» (p. ex. : «Vous aviez l'air inquiet lorsque j'ai dit que vous devriez maintenant subir votre examen annuel.»).
- Présenter une attitude positive qui ne juge pas et exprimer de l'empathie par des propos adéquats sur le plan affectif (p. ex. : «Cela ne doit pas être facile pour vous!»).

CONSIDÉRATIONS SPÉCIALES DANS LE CAS DES JEUNES

Même si les jeunes sont physiquement capables de se livrer à des activités sexuelles, leur expérience, leurs connaissances et leurs attitudes diffèrent de celles des adultes⁷. Il est crucial pour toute entrevue, et surtout lorsqu'on travaille avec des jeunes, de créer un environnement de soutien et d'utiliser des techniques efficaces de communication.

Préoccupations des jeunes

Au cours d'un bal des finissants, un jeune a été abordé par un jeune couple dont les deux membres avaient environ 16 ans et qui cherchaient un condom parce qu'ils voulaient avoir une relation sexuelle. Malheureusement, personne n'avait de condom. Le jeune homme a ensuite demandé si quelqu'un avait de la pellicule cellulosique. Sa demande a étonné, mais ce qui était encore plus inquiétant, c'est que lorsqu'on lui a dit qu'on ne pouvait pas utiliser de pellicule cellulosique pour avoir des rapports sexuels moins risqués, il voulait savoir si c'était parce que cela blesserait blesserait sa partenaire!

Même si la plupart des adolescents ont un médecin de famille, cela ne signifie pas qu'ils obtiendront des renseignements exacts de celui-ci, principalement à cause de la gêne liée à la sexualité. Beaucoup craignent que les médecins qu'ils connaissent depuis la naissance n'informent leurs parents de leurs activités sexuelles. Pour la plupart des jeunes, il pourrait être désastreux que leurs parents soient au courant de leurs activités sexuelles. Les jeunes peuvent craindre qu'on envahisse leur vie privée face aux questions de sexualité.

En ce qui concerne les soins de santé en matière de sexualité, les jeunes pensent souvent qu'ils ne peuvent pas parler de sexualité à leur médecin, à leurs parents ou à leurs enseignants, ce qui leur laisse le choix de s'adresser à leurs pairs ou de ne pas obtenir d'information du tout. Souvent, les pairs ne sont pas bien informés et peuvent mal renseigner un ami qui se prépare peut-être à prendre une décision cruciale au sujet des relations sexuelles. Les jeunes peuvent avoir un autre obstacle à surmonter, soit leur incapacité d'avoir accès aux moyens nécessaires (p. ex., contraception d'urgence) et ils peuvent avoir besoin de savoir comment et où obtenir les services en question.

Les jeunes ont des attentes très précises à l'endroit de leur médecin et autres prestataires de soins de santé⁸. Ils s'attendent notamment à ce que le médecin :

- ne pose aucun jugement;
- leur donne tous les renseignements dont ils ont besoin et qu'ils recherchent;
- leur dispense tous les services dont ils ont besoin, y compris des services de référence et de conseil;
- les comprend et les appuie, ce qui les aide à s'ouvrir et à parler;
- leur donne des détails et des faits, mais pas trop rapidement et en termes clairs;
- appuie l'information reçue en leur remettant un dépliant ou une vidéo qu'ils pourront consulter par la suite;
- agisse de façon confidentielle et respecte leur vie privée;
- leur parle avec respect;
- ne les pousse pas à pratiquer l'abstinence;
- se sente à l'aise face à leur propre sexualité et lorsqu'il s'agit de parler sexualité;
- accepte leurs opinions et leurs choix;
- se montre « positif » à l'endroit des jeunes et des gais.

Avec des jeunes, il importe de ne pas oublier que cette période de leur vie est marquée par de nouvelles expériences et de nombreux changements, tant physiques qu'émotionnels. Ces changements soudains sont conjugués à un nouveau désir d'appartenance — d'être « normal ». En tant qu'adultes, beaucoup de prestataires de soins de santé oublient les enjeux que constituent la pression exercée par les pairs, ainsi que la pression que beaucoup de jeunes s'imposent eux-mêmes pour être populaires. Ce sont toutefois des facteurs clés lorsque les jeunes commencent à explorer leur sexualité. Le premier problème que se pose un jeune, soit celui « d'être ou non »

sexuellement actif, est suivi de près par la question de la normalité. Un jeune qui a des sentiments et des intérêts envers des choses dont il n'est pas souvent question dans son groupe de pairs peut penser que les sentiments en question ne sont pas valables. Il se peut donc qu'il ne pose pas de questions à ce sujet même s'il a un médecin ou un autre prestataire de soins de santé qui est à l'aise face aux discussions sur la sexualité. C'est dans de telles situations que beaucoup de jeunes ne savent plus quoi dire. Tous les prestataires de soins de santé doivent faire l'effort nécessaire pour rassurer les jeunes quant aux sentiments qu'ils éprouvent.

PROMOTION D'UNE SEXUALITÉ À RISQUES RÉDUITS

Il importe que tout conseil sur la contraception vise aussi à promouvoir une sexualité à risques réduits. On entend par sexualité à risques réduits toute pratique sexuelle qui réduit le risque de transmission de MTS. Les principales stratégies de prévention incluent toute activité qui empêche l'échange de sang (y compris le sang menstruel) ou de liquides biologiques (c.-à-d. sperme, salive, sécrétions vaginales) entre les partenaires. Les activités qui appuieraient une sexualité à risques réduits comprennent notamment les suivantes :

- les activités sexuelles sans pénétration (p. ex., étreintes, baiser, frottement et masturbation);
- l'utilisation du condom pour tous les types de rapports sexuels (vaginaux, anaux et oraux);
- une relation de monogamie mutuelle entre partenaires non infectés.

Beaucoup de pratiques sexuelles comportent des techniques qui donnent du plaisir tout en réduisant efficacement le risque de transmission de MTS. Ces pratiques sont décrites à l'annexe 1.

L'annexe 2 contient une liste de questions clés sur la santé sexuelle qui peuvent aider à réduire ou ramener au minimum le risque possible de grossesse non désirée, de transmission de MTS ou d'abus sexuel.

On abordera plus en détail dans la section suivante des suggestions précises sur les antécédents médicaux et sexuels, ainsi que l'élaboration du plan de contraception et l'examen médical.

COLLECTE DE RENSEIGNEMENTS

Les prestataires de soins de santé reconnaissent maintenant que la connaissance des méthodes de contraception



ne signifie pas obligatoirement que la personne utilise des contraceptifs régulièrement et comme il se doit. Toutes sortes de facteurs peuvent jouer sur la décision relative à la contraception. Souvent, ce n'est pas un facteur en particulier qui cause l'échec de la contraception : il y a plutôt plusieurs variables interreliées. Il est souvent difficile pour un prestataire de soins de santé de saisir entièrement les multiples facettes qui constituent la vie sexuelle d'une personne⁹.

Après avoir établi une relation de respect mutuel et de confiance, le prestataire de soins de santé commence à réunir des renseignements détaillés. Le ton utilisé et les questions posées (de même que les réponses obtenues) pendant que le professionnel note les antécédents médicaux et sexuels aide à donner forme au plan de contraception personnalisé, lequel permettra d'élaborer en retour sur le type d'examen médical qui complètera cette partie des antécédents.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Les cliniciens ont une excellente occasion de promouvoir la santé en intégrant une évaluation médicale et sexuelle de routine à leur rencontre avec les patients qu'ils accueillent à leur cabinet. Un interrogatoire systématique général sur l'état de santé passé et présent de la personne est bien sûr important. Il faut tenir compte notamment des aspects clés suivants :

- Ménarche et caractéristiques du cycle menstruel.
- Antécédents relatifs aux maladies transmises sexuellement (MTS)—maladies antérieures ou en cours, antécédents d'inflammation pelvienne ou d'épididymite.
- Activités très risquées—consommation de drogues injectées et partage de matériel, autres comportements qui risquent d'entraîner une infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou l'hépatite, une grossesse non planifiée antérieure.
- Antécédents obstétricaux.
- Habitudes personnelles—alimentation, exercice, tabagisme, consommation d'alcool.
- Antécédents familiaux/personnels—facteurs de risque cardio-vasculaire, cancer.

ANTÉCÉDENTS SEXUELS

Une excellente façon d'amorcer la discussion sur la sexualité consiste à noter sommairement les antécédents sexuels en posant des questions ou en remettant à la

personne un questionnaire à remplir. Il est utile de consigner ces antécédents, car cela permet à la personne en cause d'aborder la question.

Une bonne façon d'aborder les antécédents sexuels pourrait consister à dire, par exemple : «Je dois vous poser quelques questions sur votre santé sexuelle. J'aborde la question avec la plupart de mes patients parce qu'il s'agit d'un élément important de votre santé et mieux-être général.» Il importe d'utiliser une terminologie facile à comprendre pour l'interlocuteur. L'évaluation des antécédents sexuels de base doit porter notamment sur les aspects clés suivants :

- fréquence des expériences sexuelles.
- nombre total et sexe des partenaires.
- éventail des comportements sexuels (p. ex., comportements risqués).
- relations affectives.
- abus sexuels (antécédents sexuels à l'annexe 2).
- moment/lieu de l'activité sexuelle.

ÉLABORATION D'UN PLAN DE CONTRACEPTION

Une fois les renseignements obtenus sur les antécédents médicaux et sexuels, il faut supporter la personne dans son choix d'une méthode de contraception appropriée. Il faut tenir compte d'autres aspects comme :

- Le désir d'avoir des enfants—si oui, quand?
- Contraception antérieure : réussites et échecs.
- Les considérations individuelles—niveau d'éducation, niveau de compréhension, motivation à utiliser la méthode, capacité d'obtenir des moyens contraceptifs, croyances et pratiques culturelles et familiales, type de relation, conséquences d'une grossesse.
- Les besoins et préférences de la personne face à la contraception.

On aborde souvent la question du consentement lorsqu'on discute de contraception avec un mineur. Un médecin peut donner des moyens de contraception à une personne mineure sans le consentement de ses parents si :

- la personne comprend l'information;
- la personne a réfléchi à ce qui se passera si ses parents sont mis au courant;
- la personne envisage sérieusement d'avoir des relations sexuelles ou en a déjà eu;
- la santé de la personne en souffrirait si elle n'utilisait pas de contraception.



Pour obtenir plus de détails sur la question du consentement, les lecteurs se reporteront à un résumé de l'Association canadienne de protection médicale (1996) qui figure à l'annexe 3.

EXAMEN PHYSIQUE

L'examen est en général lié à la méthode contraceptive choisie et à l'information obtenue dans les antécédents médicaux et sexuels. Par exemple, si la cliente choisit un stérilet et si l'examen médical révèle la présence de fibromes, ces nouveaux renseignements peuvent l'empêcher d'utiliser ce contraceptif et elle devra peut-être en choisir un autre. Il en est question spécifiquement, le cas échéant, dans les sections qui portent sur les différentes méthodes de contraception.

On peut débattre de la nécessité d'un examen médical détaillé au cours de toutes les consultations initiales ou annuelles sur la contraception, mais certaines observations s'imposent. L'examen doit comprendre la prise du poids et de la tension artérielle, un examen des seins et un examen pelvien, y compris un frottis de Papanicolaou et un test de dépistage des MTS.

Les femmes devraient subir un examen médical, y compris un examen pelvien, une fois par année après avoir commencé à avoir des rapports sexuels. Le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique¹⁰ fournit des renseignements plus détaillés sur les données probantes qui ont trait à la valeur de l'examen médical.

La fréquence des frottis de Papanicolaou a fait l'objet de discussions dans le contexte des programmes de dépistage où le contrôle de la qualité est rigoureux, on recommande de prolonger l'intervalle de un à trois ans si trois tests annuels de suite donnent des résultats normaux. Cela ne vaut pas dans le cas des femmes à risque, y compris les adolescentes, les fumeuses, les femmes qui ont des antécédents de papillomavirus humain (PVH) ou de MTS, ou des femmes qui ne vivent pas une relation mutuellement monogame de longue durée. Si le prestataire de soins de santé a des doutes, il est alors plus sûr de procéder à un dépistage annuel, car le cancer du col est évitable.

Pour une jeune femme, la première visite peut être intimidante à cause du volume de renseignements et de conseils qu'elle reçoit. Il est acceptable de reporter l'examen si l'intéressée ne présente aucun risque de MTS ou n'a pas encore eu de rapports vaginaux. Des explications

attentives, y compris une démonstration du spéculum, peuvent atténuer ses appréhensions. Une consultation de suivi quelques semaines plus tard permettra de lui apprendre à procéder à l'auto-examen des seins, de terminer l'examen et de répondre à toute préoccupation qui peut surgir. Des consultations plus fréquentes donnent habituellement de bien meilleurs résultats chez les jeunes en ce qui concerne l'utilisation continue et efficace d'une méthode de contraception.

Le dépistage des MTS fait partie intégrante de l'évaluation de la jeune femme active sexuellement; les populations à risque comprennent les personnes de moins de 25 ans, les non-utilisatrices du condom, celles qui ont des antécédents de MTS, ou un nouveau partenaire depuis deux mois ou depuis le dernier examen. La chlamydia trachomatis et la gonorrhée sont souvent asymptomatiques et leur prévalence est la plus élevée chez les femmes de moins de 25 ans¹¹. Dans le cas des femmes qui présentent des facteurs de risque, l'évaluation contraceptive devrait inclure un dépistage de routine. Il convient aussi de procéder à un test de dépistage des MTS avant d'insérer un stérilet, lorsqu'on met fin à une grossesse ou pendant une grossesse. Le dépistage annuel de routine des MTS permet de poser des questions sur la protection contre les MTS et de présenter des suggestions sur les négociations relatives à l'utilisation du condom.

Il faudrait recommander soigneusement aux femmes dont le test de dépistage des MTS donne un résultat positif, qui sont exposées à la consommation de drogues injectées (par elles-mêmes ou par leur partenaire) ou qui indiquent elles-mêmes qu'elles sont exposées à une infection par le VIH d'envisager de se soumettre à un test de dépistage du VIH. Plusieurs facteurs protègent contre l'infection par le VIH. On trouve une discussion plus détaillée sur le counseling avant et après le test de dépistage dans les Directives cliniques de la SOGC concernant les soins obstétricaux et gynécologiques aux femmes vivant avec le VIH¹².

L'hépatite B est une autre maladie qui peut être transmise sexuellement et plusieurs provinces ont lancé une campagne d'immunisation universelle des adolescents. Il faudrait offrir la vaccination aux femmes et aux hommes qui viennent consulter au sujet de la contraception, et en particulier à ceux qui présentent les facteurs de risque décrits plus tôt.



ANNEXE 1

LIGNES DIRECTRICES SUR UNE SEXUALITÉ À RISQUES RÉDUITS POUR LA PRÉVENTION DES MTS ET DU SIDA¹³

Règles fondamentales d'une sexualité à risques réduits

- Il ne faut pas échanger de sang ni de liquides biologiques (sperme, sécrétions vaginales, salive, urine, matières fécales).
- S'il vous pose des questions au sujet du risque de transmission de MTS ou du sida par votre partenaire, il est alors préférable de pratiquer une sexualité à risques réduits jusqu'à ce que le risque soit déterminé.

Baiser

- Le baiser sec est plus sûr.
- Il faut éviter le baiser mouillé immédiatement après s'être brossé les dents, après avoir fait usage de la soie dentaire, ou si l'un des partenaires a des lésions à la bouche.

Masturbation

- La masturbation, par la personne seule ou avec un ou plusieurs partenaires, présente des risques réduits.
- Avec d'autres partenaires, il importe d'éviter tout échange de sang ou de liquides biologiques, surtout en présence de lésions cutanées.

Rapport sexuel oral

- Plus sûr si les partenaires n'ont pas de MTS/VIH.
- En cas de doute, il est plus sûr d'utiliser une barrière en latex comme un condom pour recouvrir le pénis. On peut découper un condom pour fabriquer une barrière qui recouvre la vulve ou l'anus.

Jouets sexuels

- Il faut les traiter comme une brosse à dents et ne pas les partager.
- Il faut les laver avec soin à l'eau chaude savonneuse chaque fois après usage.

Autres activités non coïtales

Le massage, l'étreinte, le frottement, le ligotage volontaire et la discipline, le matériel érotique, la manipulation des seins et des mamelons sont des activités à risques réduits si l'on observe les règles de base mentionnées plus tôt.

Rapport vaginal

- Présente des risques réduits à condition que les deux partenaires soient certains de ne pas avoir de MTS, y compris le VIH. Afin d'exclure le risque de transmission du VIH, chaque partenaire devrait avoir obtenu des résultats négatifs à au moins deux tests de dépistage des anticorps du VIH réalisés à au moins six mois d'intervalle et devraient vivre une relation mutuellement monogame. En cas de doute, il faut utiliser un condom comme il se doit et régulièrement.

Stimulation anale et rapport anal

- Activité plus sûre si les deux partenaires n'ont pas de MTS, y compris le VIH, et si l'on utilise un lubrifiant à base d'eau en quantité abondante pour protéger la muqueuse anale. Il importe de ne pas oublier de laver soigneusement le pénis (ou tout autre pénétrant) après un rapport anal, surtout avant d'entreprendre une autre activité sexuelle. En cas de doute, il faut utiliser un condom ou un gant en latex pour recouvrir le pénis ou tout autre pénétrant.

ANNEXE 2

ANTÉCÉDENTS SEXUELS^{14,15}

1. Avez-vous eu des expériences sexuelles au cours de la dernière année?
Dans l'affirmative, environ combien de fois par...
jour?
semaine?
mois?
2. Dans l'affirmative, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des expériences sexuelles cette année? Ce mois-ci?
Une?
Deux ou trois?
Quatre à dix?
Plus que dix?
3. Dans l'affirmative, pendant l'année au cours de laquelle vous avez eu des rapports sexuels avec d'autres personnes, combien étaient des hommes?
combien étaient des femmes?
4. Quel âge aviez-vous lorsque vous avez eu votre premier rapport sexuel?
5. Avec combien de personnes différentes avez-vous eu des expériences sexuelles avant cette année?
6. Avant cette année, lorsque vous aviez des rapports sexuels avec d'autres personnes, combien étaient des hommes?
combien étaient des femmes?

On peut poser des questions sur la violence ou les abus sexuels ici ou après la question 11.

7. Avez-vous toujours décidé librement d'avoir des rapports sexuels?
8. Sentez-vous qu'on vous a déjà imposé, physiquement ou psychologiquement, des rapports sexuels?
9. Avez-vous déjà eu des rapports sexuels avec un membre de votre famille? De qui s'agissait-il?
10. Avez-vous déjà été victime de harcèlement sexuel (comportement répréhensible ou dégradant)?
dans votre famille?
à l'école?
au travail?
ailleurs?
11. Lorsque vous avez des relations sexuelles, vous livrez-vous aux activités suivantes?
Toujours=1 Souvent=2 Parfois=3 Jamais=4
1 2 3 4 Étreinte?
1 2 3 4 Baiser sec?
1 2 3 4 Baiser mouillé?
1 2 3 4 Léchage de parties non génitales de l'homme?
1 2 3 4 Léchage de parties non génitales de la femme?
1 2 3 4 Stimulation manuelle du sein de l'homme?
1 2 3 4 Stimulation manuelle du sein de la femme?
1 2 3 4 Stimulation manuelle des organes génitaux de l'homme?
1 2 3 4 Stimulation manuelle des organes génitaux de la femme?
1 2 3 4 Masturbation manuelle?
1 2 3 4 Autostimulation pendant les jeux sexuels?
1 2 3 4 Stimulation oro-génitale de l'homme?
1 2 3 4 Stimulation oro-génitale de la femme?



ANNEXE 2 (suite)

- 1 2 3 4 Stimulation orale-génitale simultanée (69)?
- 1 2 3 4 Rapport vaginal (pénis-vagin)?
- 1 2 3 4 Stimulation manuelle de l'anus de l'homme?
- 1 2 3 4 Stimulation manuelle de l'anus de la femme?
- 1 2 3 4 Stimulation orale de l'anus de l'homme?
- 1 2 3 4 Stimulation orale de l'anus de la femme?
- 1 2 3 4 Rapport anal (pénis-anus)?
- 1 2 3 4 Jouets sexuels?
- 1 2 3 4 Sexe en groupe?
- 1 2 3 4 Sadomasochisme?

12. Vivez-vous une relation stable?
Si oui, depuis combien de temps?

13. Sur une échelle de 1 à 10, quel est votre degré de satisfaction sexuelle maintenant?

14. Combien de vos partenaires sexuels consommaient des drogues injectées?

15. Y a-t-il autre chose au sujet de votre style de vie sexuelle que je dois savoir pour pouvoir vous dispenser de bons soins de santé?

On peut terminer la consignation des antécédents en posant une question comme : «Y a-t-il autre chose dans le domaine de la sexualité dont vous aimeriez parler maintenant?»

RÉFÉRENCES

1. Nevid JS, Fichner-Rathus I, Rathus SA. Human Sexuality in a World of Diversity (2nd edition). Allyn & Bacon, Needham Heights, Mass, 1995.
2. Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. Human Sexuality: 5th Edition. Harper Collins College Publishers, New York, 1995.
3. Kinnon D. The Birth Control Gap. In: Dua E (Ed). On Women Healthsharing. Toronto, Women's Press, 1994.
4. Stockard J, Johnson MM. Sex and Gender in Society. 2nd Edition. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ, 1992.
5. World Health Organization. Press Release, "World Health Organization urges sex education in schools to prevent AIDS." November 26, 1993.
6. Social and Sexual Issues Committee, SOGC, Committee Opinion: Sexual health counselling by physicians. J Soc Obstet Gynaecol Can 1996;18:1160.
7. Population Reports. November, 1987.
8. Nova Scotia Department of Health and Planned Parenthood. Just Loosen up and Start Talking: Nova Scotia, 1996.
9. Delbanco TL, Daley J. Through the patient's eyes: strategies toward more successful contraception. Obstet Gynecol 1996;88:41S-47S.
10. Canadian Task Force on The Periodic Health Examination, 1979. Can Med Assoc J 1997;121:1193-1254.
11. Gully PR, Rwetsika DK. Chlamydial infection in Canada. Can Med Assoc J 1992;147:893-6.
12. SOGC Practice Guidelines for Obstetrical and Gynaecologic care of women living with HIV. SOGC, 1994.

ANNEXE 3

EXIGENCES RELATIVES AU CONSENTEMENT VALABLE¹⁶

Certaines exigences sont requises pour que le consentement constitue un moyen de défense contre des accusations de coercition ou de négligence. Le consentement doit avoir été volontaire, le patient doit avoir la capacité de donner son consentement et avoir été informé comme il se doit.

1. CONSENTEMENT VOLONTAIRE

Les prestataires de soins de santé devraient être prudents et s'assurer que les patients consentent entièrement à ce qui a été suggéré, qu'il n'y a aucune coercition et que la volonté d'un tiers ne leur a pas été imposée.

2. CAPACITÉ DE DONNER SON CONSENTEMENT

Une personne qui peut comprendre la nature et les effets prévus du traitement proposé et les solutions de rechange, y compris les conséquences de l'absence de traitement, a la compétence nécessaire pour donner un consentement valide. Un mineur est considéré capable de donner un consentement dans la mesure où son développement physique, psychologique et affectif lui permet de comprendre à fond la nature et les conséquences du refus du traitement en question.

L'âge légal de la majorité a donc perdu graduellement son importance ces dernières années lorsqu'il s'agit de déterminer quand une jeune personne peut consentir à un traitement médical. Même si les détails législatifs diffèrent un peu d'un bout à l'autre du pays, les questions que constituent la capacité d'une jeune personne de donner son consentement et le mineur ayant atteint la maturité physique jouent un rôle central dans la plupart des lois. Par ailleurs, il peut arriver qu'un prestataire faisant preuve de prudence souhaite, avec l'assentiment du patient, faire participer un parent ou un tuteur aux discussions qui précèdent le traitement si le traitement en question peut entraîner certains risques graves ou être jugé controversé.

3. DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS

Pour être jugé valable, le consentement au traitement doit être éclairé. Les renseignements fournis doivent permettre au patient de prendre une décision éclairée. L'obligation de divulguer des renseignements doit toujours incomber au médecin qui réalisera le traitement ou l'intervention d'investigation. Si l'obligation est déléguée à un autre prestataire de soins de santé, le médecin traitant doit avoir confiance que la personne en cause a les connaissances et l'expérience nécessaires pour fournir des explications suffisantes au patient.

13. Hatcher RA, Trussel J, Stewart F, Stewart GK, Kowal D, Guest F, Cates W, Policar M. Contraceptive Technology. 16th Revised Edition. New York: Irvington Publishers Inc.
14. Freeman MG. The sexual history. G O Dept Bull, EUSM 1983;5:3-24.
15. Abstracted from the Canadian Medical Protective Association, 3rd Edition. Consent: a guide for Canadian physicians. 1996.

CONTRACEPTION HORMONALE

POURQUOI ENVISAGER CETTE MÉTHODE?

La contraception hormonale est la méthode de contraception réversible la plus efficace. Il y a deux types distincts de contraception hormonale : les produits qui contiennent à la fois un œstrogène et un progestatif, communément appelés contraceptifs oraux ou pilules, et les produits avec un seul composant qui ne contiennent que du progestatif (pilules à progestatif seulement, implants de progestatifs et injections de progestatif-retard). Nous aborderons les contraceptifs progestatifs seuls plus loin dans la présente section.

COMMENT CES PRODUITS FONCTIONNENT-ILS?

EFFICACITÉ

L'expression «pilules contraceptives orales» ou pilules désigne des produits qui contiennent à la fois un œstrogène et un progestatif. Leur efficacité (en théorie) est de 99,9 % et elles ont un taux d'échec typique de 3 % chez les utilisatrices¹. On attribue l'écart entre l'efficacité (en théorie) et le taux d'échec type à l'observation de l'ordonnance, à des interactions médicamenteuses et aux différences individuelles.

MODE D'ACTION

Les contraceptifs oraux fonctionnent principalement par inhibition de l'ovulation.

D'autres mécanismes comme l'interférence dans 1) le transport de l'ovule, 2) le développement dans l'endomètre et 3) la production de glaire cervicale expliquent les effets contraceptifs multiples des pilules.

QUELS SONT LES AVANTAGES ET LES INCONVÉNIENTS?

AVANTAGES DE LA CONTRACEPTION ORALE

Le principal avantage qu'offre la contraception orale, c'est sa simplicité.

Elle offre d'autres avantages :

- elle peut modifier la nature et le moment des cycles menstruels;
- son utilisation est indépendante de l'acte sexuel;
- son utilisation demeure un choix pendant toutes les années de reproduction;
- l'arrêt du traitement aux contraceptifs oraux ne retarde pas le retour de la fécondité².

INCONVÉNIENTS DE LA CONTRACEPTION ORALE

Le principal inconvénient de la contraception orale, c'est qu'il faut prendre un médicament tous les jours.

En outre :

- il faut avoir accès à un médecin et obtenir une ordonnance;
- il faut l'utiliser sans interruption pour assurer son efficacité continue;
- elle ne protège pas contre la transmission des MTS.

AVANTAGES NON CONTRACEPTIFS DE LA CONTRACEPTION ORALE

Les avantages non contraceptifs de la contraception orale découlent des facteurs suivants :

- a) Contraception efficace :
 - incidence plus faible de grossesses ectopiques et d'avortements thérapeutiques.
- b) Amélioration du contrôle du cycle :
 - réduction de la dysménorrhée³;
 - réduction du flux menstruel et risque plus faible d'anémie ferriprive⁴.



c) Autres effets hormonaux :

- réduction de la fréquence de l'acné⁵;
- risque plus faible d'infections pelviennes et d'infertilité secondaires après plus de 12 mois d'utilisation^{6,7}, même avec des pilules à plus faible dose⁸;
- réduction de la ménorragie et des bouffées de chaleur chez les femmes en période de périménopause;
- réduction de 50 % du risque de cancer des ovaires après huit années d'utilisation de contraceptifs oraux⁹;
- réduction de 67 % du risque de cancer de l'endomètre après huit années d'utilisation de contraceptifs oraux⁹;

les femmes qui utilisent des contraceptifs oraux monophasés ou multiphasés ont moins de kystes bénins des ovaires.

EFFETS SECONDAIRES DE LA CONTRACEPTION ORALE

MÉTRORRAGIE

Le saignements irréguliers sont une raison pour laquelle on cesse de prendre des contraceptifs oraux. Si la femme sait qu'un tel saignement, ou aménorrhée, peut se produire, elle pourra mieux tolérer les effets secondaires des contraceptifs oraux.

La métrorragie est un saignement, soit des petites pertes sanguines, qui commencent et se terminent pendant la prise d'hormone¹⁰. En moyenne, les deux tiers des métrorragies sont des petites pertes sanguines. La probabilité de métrorragie est plus élevée au cours des trois premiers cycles pendant lesquels la femme prend des contraceptifs oraux.

Aucune étude complète n'a comparé toutes les formulations existantes de contraceptifs oraux. On a comparé deux ou trois produits au cours de plusieurs études randomisées. Les taux de métrorragie résumés ci-dessous proviennent de sept rapports d'études portant sur plus de 5 000 femmes¹⁰⁻¹⁶.

Nombre de cycles CO	Incidence de métrorragie (%)
1	25
2	12
3	10

On n'a établi aucun lien entre le risque de saignement et le type de formulation ou la teneur en progestatif. Il faut réaliser des études cliniques de grande

envergure afin de valider les affirmations qui portent sur la fréquence de la métrorragie pour des formulations et des produits différents.

COMMENT FAUT-IL GÉRER LA MÉTRORRAGIE ?

Aucune observation n'est disponible pour appuyer les nombreuses recommandations publiées sur le traitement de la métrorragie. C'est pourquoi les décisions devraient être fondées sur les préférences de la patiente et l'expérience du médecin. La présence d'une métrorragie ne signifie pas en soi que la contraception est moins efficace. Compte tenu de la fréquence du saignement au cours des quelques premiers cycles, il n'est pas justifié de changer de formulation au cours des trois premiers mois.

AMÉNORRHÉE ET ÉCOULEMENT RÉDUIT

Il y a souvent réduction de l'écoulement menstruel chez les utilisatrices de contraceptifs oraux. Il n'y a pas de métrorragie de privation (aménorrhée) dans 5 % à 10 % des cycles¹⁰.

VARIATIONS DE L'HUMEUR

Les femmes qui prennent des contraceptifs oraux peuvent être victimes de dépression et d'autres variations de l'humeur. Il n'y a pas d'évidence que ces changements sont attribuables à l'utilisation de contraceptifs oraux et il importe d'explorer avec l'intéressée les autres facteurs qui peuvent jouer.

INFECTIONS VAGINALES

Les contraceptifs oraux réduisent la fréquence des trichomonases, augmentent celle des moniliasés et n'a aucun effet sur la bactériose vaginale¹⁷.

ALTÉRATION DU MÉTABOLISME DU GLUCOSE

Les premières formulations de contraceptifs oraux nuisaient au métabolisme du glucose en accroissant la résistance de l'insuline périphérique. Les produits actuels n'ont aucun effet appréciable sur le métabolisme des glucides^{18,19}.

CHANGEMENT DE L'ÉPITHÉLIUM CERVICAL

Le col peut avoir l'air rouge à cause de l'exposition de l'épithélium glandulaire plutôt que pavimenteux²⁰. Les femmes qui prennent des contraceptifs oraux



devraient se soumettre aux tests de dépistage du cancer du col aux intervalles recommandés.

FIBROMES UTÉRINS

Même si des fibromes préexistants peuvent être découverts chez les femmes qui prennent des contraceptifs oraux, les données probantes accumulées indiquent que le risque que l'on diagnostique la présence de fibromes diminue après deux à trois années d'utilisation de contraceptifs oraux^{21,22}.

AFFECTION DE LA VÉSICULE BILIAIRE

Les contraceptifs oraux accroissent la sécrétion d'acide cholique dans la bile, ce qui pourrait accroître la formation de calculs biliaires²³. Le risque global est toutefois faible et n'augmente que d'un facteur de 1,5 après cinq ans d'utilisation de contraceptifs oraux^{24,25}. L'incidence de l'affection clinique de la vésicule biliaire chez les femmes qui prennent des contraceptifs oraux depuis longtemps pourrait passer de deux à trois cas pour 1 000 par année²⁴.

UTILISATION DES CONTRACEPTIFS ORAUX ET MALADIES CARDIO-VASCULAIRES

INTRODUCTION

Les maladies cardio-vasculaires sont rares chez les jeunes femmes en bonne santé qui sont des candidates à l'utilisation de contraceptifs oraux. Des études récentes indiquent que les risques associés aux contraceptifs oraux sont moins élevés qu'il y a vingt ans. Les données probantes publiées que l'on résume dans la présente section indiquent que la femme moyenne qui envisage de prendre des contraceptifs oraux devrait fonder sa décision sur les effets cliniques plutôt que sur les effets secondaires cardio-vasculaires possibles.

(A) THROMBO-EMBOLIE VEINEUSE

La thrombophlébite veineuse et l'embolie pulmonaire sont rares chez les femmes normales qui ne sont pas enceintes. Environ 10 % des cas de thrombophlébite veineuse évoluent en embolie pulmonaire. Le taux de mortalité selon les cas est d'environ 1 %²⁵. Les contraceptifs oraux réduisent l'activation de la protéine C, ce qui pourrait accroître le risque de thrombose²⁶. L'incidence de thrombo-embolie veineuse (TEV) au cours de la grossesse s'établit à environ six pour 10 000 grossesses.

On a résumé dans le cadre d'une méta-analyse 18 études épidémiologiques sur la TEV²⁷. Les taux de thrombo-embolie veineuse sont de trois à quatre fois plus élevés chez les consommatrices de contraceptifs oraux à faible dose et deux fois plus élevés encore chez celles qui prennent des contraceptifs oraux contenant de nouveaux progestatifs^{25,28-31}. L'effet observé dans le cas des nouvelles préparations peut être attribuable à une sensibilité génétique accrue à la TEV chez les nouvelles utilisatrices³².

QUELLE EST L'IMPORTANCE CLINIQUE DE CES RENSEIGNEMENTS SUR LA TEV?

- L'incidence de la TEV au Canada (chez les femmes non enceintes qui ne prennent pas de contraceptifs oraux) est la suivante :
 - 2 : 100 000 par année à 20 ans;
 - 4 : 100 000 par année à 30 ans;
 - 8 : 100 000 par année à 40 ans³³.
- Les femmes à risque élevé de TEV ne devraient pas prendre de contraceptifs oraux, ce qui inclut les femmes qui ont des antécédents de TEV ou de déficit en protéine S ou en protéine C. On ne sait pas encore si le défaut de Leiden du facteur V devrait être une contre-indication à l'utilisation de contraceptifs oraux³⁴.
- La probabilité de TEV ne devraient pas dissuader les femmes qui ne présentent pas de risque accru de TEV d'utiliser les contraceptifs oraux et elle ne devrait pas les inciter non plus à abandonner un produit qui leur donne satisfaction.
- Les femmes qui commencent à prendre des contraceptifs oraux s'exposent à un risque accru de TEV, peu importe la formulation qu'elles choisissent³².

(B) INFARCTUS DU MYOCARDE

L'infarctus du myocarde (IM) est rare chez les jeunes femmes. L'hypertension, l'obésité, le tabagisme et le diabète sont des facteurs de risque connus²⁰. Parmi les cas hospitalisés, le taux de mortalité selon les cas s'établit à environ 30 %²⁵. On a établi un lien entre certaines formulations de contraceptifs oraux et une baisse de la concentration de cholestérol HDL, un des nombreux facteurs de risque d'infarctus du myocarde¹⁸.

On a résumé 15 études épidémiologiques dans une méta-analyse²⁷. Les taux d'infarctus du myocarde étaient environ trois fois plus élevés chez les consommatrices de



contraceptifs oraux à faible dose et de 70 % moins élevés chez celles qui prenaient des contraceptifs oraux contenant de nouveaux progestatifs³².

QUELLE EST L'IMPORTANCE CLINIQUE DE CES RENSEIGNEMENTS AU SUJET DE L'IM ?

- L'incidence de l'IM chez les jeunes femmes du Canada s'établit à :
 - 1 : 100 000 par année à 20 ans;
 - 2 : 100 000 par année à 30 ans;
 - 9 : 100 000 par année à 40 ans³³.
- Les femmes qui présentent un risque élevé d'infarctus du myocarde ne devraient pas prendre de contraceptifs oraux. Les facteurs de risque comprennent l'hypertension grave, des antécédents familiaux d'incidents athérosclérotiques prématurés et le tabagisme après 35 ans.
- La probabilité d'infarctus du myocarde ne devrait pas dissuader les femmes qui ne présentent pas de risque accru d'infarctus d'utiliser les contraceptifs oraux et elle ne devrait pas les inciter non plus à abandonner un produit qui leur donne satisfaction.

(C) ACCIDENT CÉRÉBRO-VASCULAIRE

L'incidence des accidents cérébro-vasculaires est à la baisse depuis 20 ans³⁴. Des publications récentes indiquent que les contraceptifs oraux n'augmentent pas sensiblement le risque d'accident cérébro-vasculaire et que son effet sur les accidents ischémiques cérébraux est faible.

Neuf études épidémiologiques ont décrit le risque d'accident cérébro-vasculaire³⁴⁻⁴². Les taux d'accident cérébro-vasculaire hémorragique n'augmentent pas considérablement chez les femmes qui prennent des contraceptifs oraux (RG 1,2, IC à 95 %, 0,9 à 1,5). Le risque d'ischémie ou de thrombose cérébro-vasculaire est multiplié par un facteur de 1,8 chez les femmes qui prennent des contraceptifs oraux (IC à 95 %, 1,4 à 2,2). Dans une publication, on indiquait que le risque d'accident cérébro-vasculaire n'était pas plus élevé chez les femmes qui prenaient des contraceptifs oraux à faible dose³⁴.

QUELLE EST L'IMPORTANCE CLINIQUE DE CES RENSEIGNEMENTS SUR LES ACCIDENTS CÉRÉBRO-VASCULAIRES ?

L'incidence d'accident ischémique cérébral chez les jeunes femmes au Canada est la suivante :

- 2 : 100 000 par année à 20 ans;
- 3 : 100 000 par année à 30 ans;
- 10 : 100 000 par année à 40 ans⁴³.

(Ces estimations sont fondées sur des taux spécifiques par tranches d'âge en 1972, ajustés pour tenir compte de la baisse de l'incidence des accidents cérébro-vasculaires au cours des 20 dernières années^{34,43}.)

- Les femmes à risque élevé d'accident cérébro-vasculaire ne devraient pas prendre de contraceptifs oraux à des fins contraceptives. Les facteurs de risque comprennent l'hypertension grave, les migraines atypiques et le tabagisme.
- La probabilité d'ischémie cérébro-vasculaire ne devrait pas dissuader les femmes qui ne présentent pas de risque accru d'accident ischémique cérébral d'utiliser les contraceptifs oraux et elle ne devrait pas les inciter non plus à abandonner un produit qui leur donne satisfaction.

LES CONTRACEPTIFS ORAUX ET LE CANCER

INTRODUCTION

- Les cancers des organes reproducteurs sont habituellement rares chez les femmes avant la ménopause. On peut associer leur incidence à une exposition aux stéroïdes sexuels, à la fréquence des cycles menstruels et des grossesses. L'utilisation de contraceptifs oraux modifie chacun de ces risques non seulement parce qu'ils contiennent des stéroïdes sexuels, mais aussi parce que les contraceptifs oraux contrôlent la fréquence des cycles menstruels et permettent de planifier une grossesse.

(A) CANCER DU SEIN

Le cancer du sein est relativement peu fréquent chez les jeunes femmes. Des facteurs liés à la reproduction, soit la nulliparité et le report de la première naissance à terme, augmentent le risque et c'est pourquoi il peut être plausible d'établir un lien avec les contraceptifs oraux.

Une analyse combinée des données individuelles tirées de 54 études épidémiologiques⁴⁴ a été publiée en 1996. L'analyse a révélé que, chez les femmes qui prennent des contraceptifs oraux, le risque de cancer du sein est multiplié par un facteur de 1,5 jusqu'à dix ans



après qu'elles aient cessé de prendre les contraceptifs oraux. Ce risque plus élevé existe seulement à un âge plus jeune où le cancer du sein est rare.

- On ne sait pas trop si la faible augmentation du risque de cancer du sein associée à l'utilisation de contraceptifs oraux est attribuable à l'exposition même aux contraceptifs ou au report de la première naissance à terme, ce qui se fait le plus souvent au moyen de la contraception orale.

QUELLE EST L'IMPORTANCE CLINIQUE DE CES RENSEIGNEMENTS SUR LE CANCER DU SEIN?

- Au Canada, la probabilité cumulative de cancer du sein jusqu'à 35 ans est d'environ deux pour 1 000 femmes⁴⁵. Si le risque associé aux contraceptifs oraux était multiplié par un facteur de 1,5, on enregistrerait trois cas de cancer du sein au lieu de deux à l'âge de 35 ans chez 1 000 femmes qui prennent des contraceptifs oraux.
- Des patientes se posent souvent des questions au sujet des antécédents familiaux de cancer du sein. Les antécédents familiaux sont pertinents si des parents proches ont été atteints d'un cancer du sein avant la ménopause. Lorsque les antécédents familiaux sont positifs, le risque de base peut doubler ou tripler. Même si le taux de base est plus élevé, l'effet des contraceptifs oraux est multiplié par 1,5, comme dans le cas des femmes sans antécédents familiaux de cancer du sein.

L'AVORTEMENT THÉRAPEUTIQUE ET LE CANCER DU SEIN

- La nulliparité et le report de la première naissance à terme accroissent le risque de cancer du sein. Un avortement thérapeutique reporte la première grossesse à terme. Il est donc plausible d'établir un lien entre l'incidence de cancer du sein et l'avortement thérapeutique, même si l'effet réel de l'avortement provoqué est probablement minime ou inexistant.

(B) CANCER DE L'ENDOMÈTRE

On établit un lien entre le cancer de l'endomètre et l'exposition endogène ou exogène aux œstrogènes non opposés. L'utilisation de contraceptifs oraux combinés réduit la prolifération des glandes de l'endomètre.

Une méta-analyse de 15 études épidémiologiques⁹ a montré que l'incidence du cancer de l'endomètre diminue de 50 % ou plus jusqu'à 20 ans après l'utilisation de contraceptifs oraux. On ne dispose pas encore d'un suivi plus long.

QUELLE EST L'IMPORTANCE CLINIQUE DE CES RENSEIGNEMENTS SUR LE CANCER DE L'ENDOMÈTRE?

- La réduction à long terme du risque de cancer de l'endomètre représente un important avantage non contraceptif de l'utilisation des contraceptifs oraux.

(C) ÉPITHÉLIOME DE L'OVAIRE

On associe l'épithéliome de l'ovaire à la nulliparité et au nombre plus élevé de cycles menstruels ovulatoires. Les contraceptifs oraux réduisent le nombre total de cycles menstruels ovulatoires.

Une méta-analyse de 17 études épidémiologiques⁹ a montré que le risque de cancer de l'ovaire diminue avec la durée croissante de l'utilisation de contraceptifs oraux. Le risque a diminué de 54 % chez les femmes qui ont utilisé des contraceptifs oraux pendant huit ans et le risque réduit a persisté longtemps après qu'elles aient cessé d'en prendre⁹. On ne dispose pas encore d'un suivi plus long.

QUELLE EST L'IMPORTANCE CLINIQUE DE CES RENSEIGNEMENTS SUR LE CANCER DE L'OVAIRE?

- La réduction à long terme du risque d'épithéliome de l'ovaire représente un important avantage non contraceptif des contraceptifs oraux.

(D) CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

On associe l'épithéliome spino-cellulaire du col de l'utérus au tabagisme, au plus jeune âge au moment du premier rapport sexuel et au nombre de partenaires sexuels. Les cellules de l'épithélium malpighien du col ne comportent pas de récepteurs des hormones sexuelles et l'on n'a pas encore démontré d'effet biologique des contraceptifs oraux combinés.

Une méta-analyse de 11 études épidémiologiques⁹ a montré que le risque d'épithéliome spino-cellulaire du col de l'utérus augmente avec la durée de l'utilisation des contraceptifs oraux. Le risque était multiplié par environ 1,5 après huit ans d'utilisation. Le risque accru n'a diminué que faiblement après l'abandon des contraceptifs oraux⁹.



QUELLE EST L'IMPORTANCE CLINIQUE DE CES RENSEIGNEMENTS SUR LE CANCER DU COL?

- Le risque accru de cancer du col envahissant semble être attribuable non pas à l'utilisation des contraceptifs oraux, mais plutôt aux facteurs de risque associés à leur utilisation.
- Les femmes qui utilisent des contraceptifs oraux devraient suivre les lignes directrices recommandées sur le dépistage du cancer du col.

(E) AUTRES CANCERS

On n'a établi aucun lien entre l'utilisation des contraceptifs oraux et le cancer du rein, du colon, de la vésicule biliaire et de l'hypophyse⁴⁶. L'adénome hépatocellulaire est une tumeur du foie rare et non maligne qui est plus prévalente chez les femmes qui prennent des contraceptifs oraux, mais son taux n'est que de un à deux cas pour 100 000 utilisatrices par année²⁰. Le carcinome hépatocellulaire est encore plus rare que l'adénome. Le risque est quatre fois plus élevé chez les femmes qui prennent des contraceptifs oraux pendant longtemps. Le risque de base du carcinome hépatocellulaire est tellement faible, toutefois, qu'il ne constitue pas un facteur important dans la décision d'utiliser la contraception orale⁴⁷.

INDICATIONS

La contraception orale est indiquée dans le cas de toute femme qui recherche un moyen de contraception fiable et qui ne présente aucune contre-indication à son utilisation.

CONTRACEPTIFS ORAUX : CONTRE-INDICATIONS ET CONSIDÉRATIONS SPÉCIALES

CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES

1. Thrombophlébite ou trouble thromboembolique actif.
2. Maladie obstructive aigue ou chronique du foie avec élévation des taux d'enzymes hépatiques.
3. Cancer du sein connu ou soupçonné.
4. Saignement génital non diagnostiqué.
5. Tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans. Si aucune autre méthode de contraception n'est possible, l'utilisation des contraceptifs oraux peut toutefois être acceptable. Il importe pour le prescripteur

d'informer les femmes que les contraceptifs oraux rendent encore plus dangereuse la mauvaise habitude que constitue le tabagisme et que les fumeuses qui prennent des contraceptifs oraux présentent un risque accru de maladie cardio-vasculaire. Les principaux effets nocifs sont attribuables au tabagisme et non aux stéroïdes contraceptifs¹.

6. Grossesse connue ou soupçonnée.

QUELLES SONT LES OPTIONS?

PILULES CONTRACEPTIVES

Il y a plusieurs préparations de pilules contraceptives disponibles au Canada (tableau 1). Il peut s'agir de préparation monophasée (chaque comprimé contient une quantité fixe d'œstrogène et de progestatif), biphasée (chaque comprimé contient une quantité fixe d'œstrogène tandis que la quantité de progestatif augmente au cours de la deuxième moitié du cycle) ou triphasée (la quantité d'œstrogène peut être fixe ou variée tandis que la quantité de progestatif augmente en trois étapes). Les formulations biphasées et triphasées éliminent le cycle menstruel naturel mais essaient de le remplacer par des variations cycliques de la dose de stéroïde. On a mis au point ces formulations afin d'abaisser la teneur totale en stéroïdes des contraceptifs oraux⁴⁸, mais de nouvelles préparations monophasées (contraceptifs oraux de «troisième génération») ont aussi abaissé les doses totales de stéroïdes.

Deux types d'œstrogènes sont utilisés dans les contraceptifs oraux : l'éthinylestradiol et le mestranol. Le mestranol est un «promédicament» converti in vivo en éthinylestradiol⁴⁹. On utilise plusieurs progestatifs différentes dans les contraceptifs oraux. Tous ces progestatifs sont dérivés de la 19-nortestostérone, y compris les nouveaux progestatifs de troisième génération, le désogestrel et le norgestimate. La «puissance» attribuée à différentes préparations de contraceptifs oraux est fondée sur un certain nombre de modèles pharmacologiques expérimentaux. Ces modèles comprennent l'épreuve de détermination de l'activité œstrogénique selon le poids de l'utérus de souris, la démonstration des vacuoles de glycogène dans l'endomètre humain pour la détermination de l'activité progestative et l'épreuve de détermination de l'activité androgénique dans la prostate de rat^{50,51}. Il n'y a toutefois aucune donnée probante clinique ou épidémiologique claire qui



compare les puissances relatives des contraceptifs oraux actuellement disponibles. Dans le cadre de plusieurs études, on a examiné les effets des contraceptifs oraux sur les marqueurs de substitution de l'hémostase et du métabolisme des lipides et des glucides⁵². Ces études appuient les résultats des épreuves de détermination de la puissance. À cause de la multitude de variables qui jouent sur la puissance des contraceptifs oraux (y compris posologie, biodisponibilité, fixation aux protéines, affinité de liaison aux récepteurs et variabilité entre les individus), il est difficile d'extrapoler les résultats d'expériences isolées pour fournir des renseignements pertinents sur le plan clinique chez les êtres humains⁴⁹. C'est pourquoi la pharmacologie comparative des contraceptifs oraux n'est toujours pas claire. Pour le moment, un clinicien devrait user de son jugement clinique pour évaluer la réaction d'une personne à ce qui pourrait sembler être des effets œstrogéniques, progestatifs ou androgéniques des contraceptifs oraux.

QUELLES SONT LES CONDITIONS PRÉALABLES À L'UTILISATION DE CETTE MÉTHODE?

ÉVALUATION DE LA PATIENTE

L'évaluation de la patiente avant de lui prescrire une contraception hormonale comprend des questions spécifiques qui ont trait aux contre-indications, au tabagisme et à l'utilisation simultanée d'autres médicaments. Pendant l'examen médical, il faudrait toujours prendre la tension artérielle. On peut noter le poids de la patiente au cours de la première consultation et de la consultation de suivi afin de déterminer s'il y a eu un changement important. L'examen pelvien n'est pas obligatoire la première fois qu'on prescrit des contraceptifs oraux et peut être reporté à la consultation de suivi.

Aucune analyse de laboratoire de routine n'est nécessaire. L'évaluation du profil lipidique, ainsi que du métabolisme des glucides, devrait suivre les mêmes lignes directrices que celles qui s'appliquent à tous les patients (Lignes directrices du Groupe d'étude canadien sur l'examen

médical périodique). À cause du coût élevé des analyses et de leur inexactitude relative, il n'est pas pratique de procéder à un dépistage de routine des anomalies des facteurs de coagulation aux fins de la contraception. Il faut fournir à toutes les femmes des tests de dépistage des MTS et des conseils sur la prévention et l'utilisation du condom.

TABLEAU 1

COMPOSITION DE DIVERS CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINÉS

Type	Préparations	Œstrogène (mg)	Progestatif (mg)
Combiné monophasé			
Éthinylestradiol/ acétate de noréthindrone	MinEstrin 1/20	0,020	1
	LoEstrin 1,5/30	0,030	1,5
Éthinylestradiol/ noréthindrone	Brevicon 0,5/35	0,035	0,5
	Ortho 0,5/35	0,035	0,5
	Brevicon 1/35	0,035	1
	Ortho 1/35	0,035	1
	Select 1/35	0,035	1
Éthinylestradiol/ lévonorgestrel	Min Ovral	0,030	0,15
	Alesse	0,020	0,10
Éthinylestradiol/ norgestrel	Ovral	0,050	0,5
Éthinylestradiol/ diacétate d'éthinodiol	Demulen 30	0,030	2
	Demulen 50	0,050	1
Mestranol/ noréthindrone	Ortho-Novum 1/50	0,050	1
Éthinylestradiol/ désogestrel	Marvelon	0,030	0,15
	Ortho-Cept	0,030	0,15
Éthinylestradiol/ acétate de cyprotérone	Diane 35	0,035	2
Éthinylestradiol/ norgestimate	Cyclen	0,035	0,25
Biphasé			
Éthinylestradiol/ noréthindrone	Ortho 10/11	0,035 (10comps.)	0,5
		0,035 (11comps.)	1
	Synphasic	0,035 (12comps.)	0,5
		0,035 (9comps.)	1
Triphasé			
Éthinylestradiol/ noréthindrone	Ortho 7/7/7	0,035 (7comps.)	0,5
		0,035 (7comps.)	0,75
		0,035 (7comps.)	1
Éthinylestradiol/ norgestimate	Tri-Cyclen	0,035 (7comps.)	0,18
		0,035 (7comps.)	0,215
		0,035 (7comps.)	0,25
Éthinylestradiol/ lévonorgestrel	Triquilar	0,030 (6comps.)	0,05
		0,040 (5comps.)	0,075
		0,030 (10comps.)	0,125
	Triphasil	0,030 (6comps.)	0,05
		0,040 (5comps.)	0,075
		0,030 (10comps.)	0,125



CONSIDÉRATIONS SPÉCIALES

TABAGISME

Il faudrait conseiller à toutes les femmes de cesser de fumer. Le risque de maladie cardio-vasculaire est plus élevé chez toutes les femmes qui fument. Il est faible chez les jeunes femmes, mais il augmente considérablement après 35 ans. Il faut préciser à la patiente que ce risque est important non pas parce qu'elle utilise des contraceptifs oraux, mais plutôt parce que les contraceptifs oraux accentuent les effets nocifs du tabagisme. Les femmes qui utilisent de la gomme à mâcher ou des timbres à la nicotine sont exposées au même risque cardio-vasculaire que celles qui fument la cigarette⁵³. Les femmes qui fument peuvent avoir plus de métrorragies⁵⁴.

Le tabagisme et l'utilisation des contraceptifs oraux

1. Il faudrait conseiller à toutes les femmes qui fument de cesser de fumer.
2. La cigarette accroît le risque de maladie cardio-vasculaire chez toutes les femmes, mais particulièrement chez celles qui ont plus de 35 ans.
3. Combiné aux contraceptifs oraux, le tabagisme entraîne un risque beaucoup plus important pour la santé que les contraceptifs oraux seulement.

ADOLESCENTES

Il n'y a pas d'âge minimal pour prescrire des contraceptifs oraux. Les risques médicaux et sociaux d'une grossesse non désirée dépassent ceux qu'entraînent les contraceptifs oraux, même si les menstruations ne sont pas commencées ou si les cycles sont irréguliers. Rien ne prouve que l'oestrogène contenu dans les contraceptifs oraux à faible dose actuels a une incidence sur la croissance^{53,55}. Il faut suivre les jeunes personnes plus souvent, les appuyer et les conseiller au sujet de la prévention des MTS et évaluer régulièrement leur risque de MTS. Lorsqu'il y a des effets secondaires, l'accès rapide à un professionnel de la santé accroît l'observance. Chez une adolescente qui n'est pas encore active sexuellement, le contraceptif oral est très efficace pour contrôler les cycles irréguliers et la dysménorrhée.

Chez l'adolescente, le choix d'un contraceptif oral en particulier peut être lié de très près à celui qu'utilisent ses amies ou sœurs, ainsi qu'aux dimensions et à la couleur de l'emballage.

FEMMES DE PLUS DE 35 ANS

Les femmes en bonne santé qui ne présentent aucune contre-indication peuvent continuer de prendre des contraceptifs oraux jusqu'à la ménopause^{55,56}. Il faut insister auprès des femmes de ce groupe d'âge pour qu'elles cessent de fumer à cause du risque accru de maladie cardio-vasculaire chez les fumeuses.

FEMMES QUI ONT ACCOUCHE ET QUI ALLAIENT

Les femmes qui n'allaitent pas et ne présentent aucune contre-indication peuvent prendre des contraceptifs oraux trois ou quatre semaines après l'accouchement. Chez une femme qui allaite, les contraceptifs oraux peuvent réduire la qualité et la quantité de la lactation après l'accouchement^{57,58}. On n'a toutefois constaté chez le bébé aucun effet indésirable causé par la présence de stéroïdes contraceptifs sécrétés dans le lait maternel⁵⁹. Si une femme veut utiliser des contraceptifs oraux, il faut les prescrire une fois que la lactation est bien établie (habituellement six semaines après la naissance). Il peut être préférable pour les femmes qui produisent peu de lait d'utiliser un contraceptif à la progestatif seulement, qui ne semble pas affecter la lactation.

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE MALADIE CARDIO-VASCULAIRE OU DE THROMBO-EMBOLIE

Des antécédents familiaux d'incidents athéroscléreux prématurés (infarctus du myocarde ou accident ischémique cérébral chez un parent de sexe masculin de moins de 55 ans ou de sexe féminin de moins de 65 ans) peuvent justifier une évaluation lipidique avant de prescrire des contraceptifs oraux. Des antécédents familiaux de thrombo-embolie idiopathique peuvent justifier des tests de dépistage d'un déficit de l'antithrombine III, de la protéine C ou de la protéine S, d'une résistance à la protéine C activée (facteur V de Leiden) ou de la présence de l'anticoagulant circulant.

INTERVENTION CHIRURGICALE ÉLECTIVE MAJEURE

La recommandation portant sur l'abandon des contraceptifs oraux quatre semaines avant une intervention chirurgicale majeure était fondée sur l'utilisation de pilules à dose plus élevée^{53,55}. La question de savoir si les femmes devraient cesser de prendre des contraceptifs oraux avant une intervention chirurgicale élective suscite la controverse. Il est raisonnable de recommander



aux femmes qui prennent des contraceptifs oraux de cesser de les prendre au moins quatre semaines avant une intervention chirurgicale qui sera suivie d'une période d'activité réduite ou d'immobilisation, ou avant une intervention chirurgicale pour l'ablation d'une tumeur maligne. Les femmes qui prennent des contraceptifs oraux combinés et subissent une intervention chirurgicale d'urgence majeure devraient cesser de les prendre et recevoir une thérapie prophylactique périopératoire aux anticoagulants administrée sous forme d'héparine sous-cutanée. Il importe aussi de remplacer les contraceptifs oraux par une forme fiable de contraception (p. ex., méthode à progestatif seulement).

MALADIES PRÉ-EXISTANTES

Il importe de tenir compte des risques de grossesse par rapport à ceux de la contraception hormonale chez les femmes qui ont des affections préalables.

HYPERTENSION

Une femme qui a une hypertension documentée, qui est par ailleurs en bonne santé et dont la tension artérielle est contrôlée par des médicaments peut décider de recourir à la contraception orale. Si son hypertension n'est pas contrôlée, elle doit éviter les contraceptifs oraux^{53,55,60}.

HYPERLIPIDÉMIE

L'hyperlipidémie est un facteur de risque d'athérosclérose. Des données probantes indiquent que les nouveaux progestatifs (norgestimate et désogestrel) peuvent améliorer le profil lipoprotéique (taux de cholestérol des HDL et LDL) par rapport au niveau de base et des études épidémiologiques indiquent que les progestatifs de troisième génération réduisent le risque d'infarctus du myocarde (mais non d'accident cérébrovasculaire) par rapport à celles de la deuxième génération⁶¹. Si l'on sait qu'une patiente fait de l'hypertriglicéridémie (taux de triglycérides sériques à jeun > 3,0 mmol/L), on peut considérer qu'il s'agit d'une contre-indication relative à l'utilisation des contraceptifs oraux à cause du risque de pancréatite⁶².

DIABÈTE SUCRÉ

Rien n'indique que les contraceptifs oraux aggravent l'évolution du diabète sucré de type 1 ou de type 2 en l'absence d'affection vasculaire^{63,64}. La prévention efficace

de la grossesse l'emporte sur le faible risque de complication des affections vasculaires chez une femme diabétique qui est par ailleurs en bonne santé et dont le diabète est bien contrôlé.

DRÉPANOCYTOSE

Les femmes qui ont le trait caractéristique de la drépanocytose peuvent utiliser la contraception hormonale. L'augmentation du risque de thrombose est théorique^{53,55}.

ÉPILEPSIE

Les femmes épileptiques peuvent utiliser des contraceptifs oraux sans danger, mais certains anti-épileptiques peuvent réduire l'efficacité contraceptive des contraceptifs oraux (voir la section sur les interactions médicamenteuses). Il peut être justifié d'utiliser des préparations de contraceptifs oraux contenant plus de 35 mg d'éthinylœstradiol. Les anti-épileptiques peuvent avoir des effets tératogènes et c'est pourquoi la fiabilité de la contraception est importante pour une femme épileptique.

OBÉSITÉ

Rien n'indique que l'utilisation de contraceptifs oraux combinés à faible dose accroît le risque chez les femmes obèses.

MALADIE DU FOIE

La cirrhose et une hépatite antérieure ne sont pas des contre-indications à l'utilisation des contraceptifs oraux^{53,55}. Les femmes qui ont une maladie du foie active ou des tumeurs du foie bénignes ou malignes connues devraient éviter les contraceptifs oraux⁵⁶. Lorsque les taux d'enzymes hépatiques sont revenus à la normale, elles peuvent recommencer à prendre la pilule.

CÉPHALÉES

Des femmes qui avaient auparavant des céphalées signalent que les contraceptifs oraux améliorent leur état. Pour d'autres qui présentent une «migraine de sevrage de l'œstrogène» pendant la semaine sans pilule, il peut être utile de sauter la semaine sans pilule⁶⁵. On associe toutefois la migraine à un risque accru d'accident ischémique cérébral et ce risque est accru en présence d'hypertension, d'une aura de symptômes neurologiques, de tabagisme et d'utilisation de contraceptifs oraux.⁶⁶ Même si l'incidence d'accident ischémique cérébral est inférieure à 10 pour 100 000 par année chez les jeunes femmes, chacun des



facteurs énumérés double ou triple l'incidence⁶⁶. C'est pourquoi il est préférable que les patientes qui ont des migraines compliquées évitent les contraceptifs oraux.

AFFECTION INTESTINALE INFLAMMATOIRE

Il se peut qu'une personne qui a une diarrhée active n'absorbe pas les contraceptifs oraux comme il se doit. Il faut alors utiliser une méthode contraceptive d'appoint.

TROUBLES DE SAIGNEMENT

Les femmes qui ont des troubles de saignement peuvent prendre des contraceptifs oraux. Il peut être utile, dans leur cas en particulier, de réduire le nombre de métrorragies de privation en leur faisant prendre des pilules actives sans interruption pendant plusieurs cycles consécutifs. Les femmes qui veulent sauter une menstruation à cause d'un voyage ou d'une autre occasion spéciale peuvent aussi suivre cette méthode.

LUPUS ÉRYTHÉMATEUX DISSÉMINÉ

Les contraceptifs oraux qui contiennent des œstrogènes sont contre-indiqués parce qu'ils peuvent exacerber l'affection vasculaire associée au lupus érythémateux disséminé (LED)⁶⁷.

PREMIÈRES ÉTAPES ET SURVEILLANCE

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Il faudrait prescrire la pilule pour un an et procéder à des évaluations médicales annuelles, mais on recommande une consultation trois mois après la première évaluation dans certaines circonstances (nouvelles utilisatrices, adolescentes ou femmes qui ont une maladie chronique). Pour les nouvelles utilisatrices, le choix du contraceptif oral doit tenir compte du jugement clinique du prescripteur et des préférences de l'utilisatrice. En général, une dose plus faible à la fois d'œstrogène et de progestatif provoque moins d'effets secondaires. La préparation de choix contient la dose la plus faible d'œstrogène et de progestatif qui, dans le cas de la personne en cause, assurera une contraception efficace, permettra de contrôler le cycle de façon acceptable et provoquera le moins d'effets secondaires, y compris les effets métaboliques.

Les prescripteurs de contraceptifs oraux devraient prendre les moyens nécessaires pour réduire les coûts à long terme et améliorer le suivi des utilisatrices de

contraceptifs oraux en distribuant «les échantillons gratuits» qu'aux populations appropriées. Il faut joindre une ordonnance au début du traitement amorcé au moyen d'un seul échantillon distribué à des fins de protection immédiate et de démonstration. Les médecins, les pharmaciens et l'industrie pharmaceutique doivent se concerter pour assurer que les femmes du Canada aient accès à des contraceptifs oraux à un prix abordable.

Il faut commencer à prendre la pilule au cours des cinq premiers jours du cycle. Une deuxième méthode de contraception (au cours du premier cycle ou du cycle suivant) est alors inutile si la personne n'oublie aucune pilule. Il faut prévenir les femmes qui utilisent une préparation de 21 jours de ne jamais dépasser l'intervalle de sept jours sans pilule entre chaque série. Les femmes qui utilisent une préparation de 28 jours doivent comprendre les fonctions des sept jours de placebo et l'importance de n'oublier aucune des pilules de la série.

PILULES OUBLIÉES

L'oubli de pilules au début ou à la fin du cycle de 21 jours prolonge l'intervalle sans pilule. Si l'intervalle sans pilule dépasse sept jours, le risque d'ovulation et de conception augmente.

Instructions au sujet des pilules oubliées

- Si vous prenez des pilules dans une série de 21 jours, il ne faut pas interrompre le traitement pendant plus de sept jours consécutifs.
- Si vous oubliez **une** pilule, il faut la prendre aussitôt que vous vous en rappelez. Vous devrez peut-être prendre deux pilules le même jour.
- Si vous oubliez **deux** pilules consécutives au cours des **deux premières semaines**, il faut prendre deux pilules le jour où vous vous en rappelez et deux le lendemain. Il faut utiliser une méthode de contraception d'appoint jusqu'à ce que vous ayez pris la pilule pendant sept jours consécutifs.
- Si vous oubliez **deux** pilules consécutives au cours de la **troisième semaine**, il faut jeter le reste de la série et en recommencer une autre le jour où vous vous en rappelez. Vous n'aurez peut-être pas de menstruation pendant ce mois.
- Si vous oubliez **trois** pilules consécutives, il faut jeter le reste de la série et en recommencer une autre. Il faudrait utiliser une méthode de contraception d'appoint si vous avez des relations au cours des sept premiers jours qui suivent le début de la nouvelle série. Vous n'aurez peut-être pas de menstruation pendant ce mois.
- Si vous n'avez pas de menstruation pendant deux mois consécutifs, appelez votre médecin ou votre clinique.



INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES

L'éthinylestradiol est métabolisé à plusieurs sites différents. Il est d'abord sulfaté dans la paroi intestinale, hydroxylé par la voie du cytochrome P₄₅₀3A4 du foie, conjugué aux glucuronides pour passer ensuite dans la circulation entérohépatique⁶⁸. Ces processus varient d'une femme à l'autre et d'autres médicaments peuvent les modifier. L'altération de l'absorption, de la fixation aux protéines sériques, de la fixation aux récepteurs ou du métabolisme hépatique peut provoquer des interactions médicamenteuses^{68,70}. L'importance clinique d'un grand nombre des interactions n'est pas certaine et l'on a laissé entendre que moins de 5 % des interactions médicamenteuses avec les contraceptifs oraux entraînent une grossesse⁷⁰. Comme les contraceptifs oraux sont répandus, il importe néanmoins que les cliniciens sachent si leur patiente prend d'autres médicaments et soient conscients des possibilités d'interaction chez leurs patientes. Il peut être nécessaire de changer de médicament afin de prévenir une interaction médicamenteuse dans certains cas, tandis que l'on peut prévenir d'autres patientes des signes avertisseurs d'un échec de la contraception comme des métrorragies chez des patientes qu'on avait réussi à stabiliser auparavant⁶⁹. Le tableau 2 contient une liste d'interactions médicamenteuses importantes avec les contraceptifs oraux. Il peut y en avoir d'autres, mais on ne les a pas incluses au tableau à cause du manque de documentation scientifique ou de leur importance clinique contestable.

TABLEAU 2 INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES AVEC LES CONTRACEPTIFS ORAUX		
Médicaments dont l'effet peut annuler celui du contraceptif	Médicaments dont l'effet peut être modifié par des contraceptifs oraux	
griséofulvine rifampicine carbamazépine éthosuximide phénobarbital phénytoïne primidone	Augmentation de l'effet corticostéroïdes théophylline alprazolam chlordiazépoxide diazépam nitrazépam triazolam cyclosporine propranolol	Réduction de l'effet imipramine
Tiré des réf. 68,69,70.		

PROBLÈMES ET SOLUTIONS

PRISE EN CHARGE DES PROBLÈMES ET SUIVI

1. Métrorragies

Des métrorragies obligent souvent à cesser de prendre des contraceptifs oraux. Au cours du counseling qui précède le traitement, il faut informer les patientes que les métrorragies ne sont pas nuisibles et se produisent fréquemment au cours des premiers cycles pendant lesquels elles utilisent des contraceptifs. L'examen doit alors inclure un test de dépistage du chlamydia. Habituellement, le saignement s'arrête spontanément. Il n'y a pas de pilule en particulier qui est moins susceptible de causer des métrorragie. Aucune raison ne justifie de changer la pilule s'il se produit des métrorragies au cours des trois premiers mois.

Après le troisième cycle, il faut exclure d'autres causes de saignement anormal. Il faut demander à la patiente depuis combien de temps elle prend la pilule, d'en préciser la posologie et le calendrier, d'indiquer si elle a oublié des pilules, si elle a des symptômes de grossesse, si elle a eu de la diarrhée ou des vomissements au cours du cycle précédent, si elle a de la dyspnée ou des saignements vaginaux après une relation sexuelle et si elle prend d'autres médicaments. Des métrorragies prolongées peuvent avoir une incidence sur la fonction sexuelle, car certains couples n'ont pas de relation lorsqu'il y a saignement vaginal. Les métrorragies peuvent être un symptôme d'infection à chlamydia et il faut alors procéder à un test de dépistage de routine. Après avoir exclu d'autres causes, on utilise plusieurs régimes pour traiter les métrorragies. On peut notamment passer à une préparation qui contient plus d'œstrogène ou de progestatif, et ajouter plus d'œstrogène ou de progestatif pendant toute la durée du cycle ou une partie de celui-ci. Il importe de signaler que tous ces régimes sont empiriques et ne reposent sur aucune donnée probante fiable.

2. Aménorrhée

Il importe d'exclure la grossesse chez toute femme atteinte d'aménorrhée. L'aménorrhée chez les femmes qui prennent des contraceptifs oraux n'est pas dangereuse et beaucoup de femmes acceptent facilement l'absence de métrorragie de privation. Si l'aménorrhée est inacceptable, l'ajout d'œstrogènes exogènes (p. ex.,

œstrogènes équinés conjugués ou estradiol) pendant dix jours par cycle entraîne souvent la réapparition du saignement. Choisir une autre préparation peut aussi être efficace. Il n'y a habituellement rien qui indique d'opter pour une pilule contenant 50 mg d'éthinylestradiol.

3. Acné et chloasma

Les contraceptifs oraux ont en général un effet favorable sur l'acné^{61,71-74}. Si l'acné fait son apparition chez une femme qui prend des contraceptifs oraux, il peut être utile qu'elle adopte une autre préparation ou utilise des traitements dermatologiques topiques. Il ne sert à rien de changer de pilule en cas d'apparition du chloasma. Il se peut que l'hyperpigmentation ne disparaisse jamais complètement. Il est parfois utile de référer la patiente à un dermatologue.

4. Sensibilité des seins (mastalgie) et galactorrhée

Si des symptômes de mastalgie font leur apparition chez une femme qui prend des contraceptifs oraux, il importe de procéder à un examen méthodique des seins pour déceler tout signe de sensibilité locale, toute différence de consistance et toute sécrétion aux mamelons. Diminuer sa consommation de caféine aide souvent à réduire la mastalgie. La présence de galactorrhée indique qu'il faut procéder à un dosage de la prolactine sérique.

5. Prise de poids

Chez une femme qui prend des pilules à faible dose, la prise de poids est minime et souvent normale chez les adolescentes. Des études de comparaison de contraceptifs oraux à d'autres méthodes de contraception n'ont pas réussi à démontrer que les femmes qui prennent des contraceptifs oraux prennent beaucoup de poids^{75,76}. Souvent, au cours des premiers mois, l'appétit augmente et il faut en informer les nouvelles utilisatrices. Il faut tenir compte du style de vie courant, de l'activité physique et des habitudes de travail de l'intéressée, ainsi que de tout changement de l'appétit et de tout caractère cyclique de la prise de poids.

6. Nausées

Cet effet secondaire est répandu au cours des premiers mois pendant lesquels une femme prend des contraceptifs oraux. On réussit souvent à contrôler les nausées en prenant la pilule avec les aliments ou au moment du coucher. Dans certains cas, il peut être utile d'écraser la pilule et de la mélanger à des aliments. Si une femme qui prend la pilule depuis longtemps a des nausées, il faut exclure la grossesse. Les vomissements sont rares chez une femme qui prend des contraceptifs

oraux. Si cela se produit, il se peut que l'intéressée tolère mieux une pilule à plus faible teneur en œstrogène.

Le contraceptif oral à faible dose peut être administré par voie vaginale si l'intéressée ne peut le prendre par la bouche. Une étude clinique d'envergure indique que deux pilules par jour prises par voie vaginale assurent une bonne efficacité contraceptive⁶⁷.

7. Grossesse

Si une femme qui prend des contraceptifs oraux devient enceinte malgré tout, elle doit cesser de prendre la pilule sur-le-champ. Il faut lui préciser que le fait de prendre la pilule pendant la grossesse n'augmente pas le risque de malformations congénitales⁷⁸.

8. Céphalées

Les femmes qui prennent des contraceptifs oraux peuvent remarquer que la gravité de leurs céphalées augmente ou diminue. Il n'y a aucun lien entre les céphalées par tension nerveuse et les contraceptifs oraux. Les céphalées accompagnées d'une vision floue, d'une perte de vision, de nausées, de vomissements et d'étourdissements peuvent être attribuables à la migraine classique. Il faut prendre au sérieux les céphalées chez une femme qui prend des contraceptifs oraux, et particulièrement les céphalées d'apparition récente, et une céphalée qui s'aggrave indique que l'intéressée doit cesser de prendre des contraceptifs oraux.

On peut prévenir les céphalées répétitives au cours de la semaine sans pilule en continuant de prendre la pilule (c.-à-d. sans intervalle sans pilule)^{53,55}.

Mythes au sujet des contraceptifs oraux

1. La pilule cause le cancer.
2. Les femmes qui prennent des contraceptifs oraux devraient prendre des «pauses» périodiques.
3. Les contraceptifs oraux retardent la fécondité future.
4. Toutes les femmes de plus de 35 ans doivent cesser de prendre des contraceptifs oraux.
5. Les contraceptifs oraux font prendre du poids.

LA PILULE À PROGESTATIF SEULEMENT

COMMENT FONCTIONNE-T-ELLE ?

L'effet contraceptif de la pilule à progestatif seul est fondé sur les changements de l'endomètre et du mucus cervical. L'ovulation est bloquée chez 60 % seulement des femmes qui prennent la pilule à progestatif seul. Il faut toujours prendre cette pilule au même moment de



la journée. Les pilules à la progestatif seulement ont une efficacité contraceptive de 90 % à 99 %. Le taux d'échec est moins élevé chez les femmes motivées (tableau 3)⁷⁹.

QUELS SONT LES AVANTAGES ET LES INCONVÉNIENTS ?

AVANTAGES

La contraception à progestatif seulement est une méthode fiable et facilement réversible qui n'a pas les effets secondaires des œstrogènes.

INCONVÉNIENTS

- perturbation possible du cycle menstruel, y compris aménorrhée et métrorragie;
- il faut prendre la pilule toujours au même moment de la journée (dans les trois heures) pour obtenir un effet fiable;
- apparition possible de kystes fonctionnels des ovaires⁸⁰.

INDICATIONS

En général, les indications qui favorisent les contraceptifs à progestatif seulement sont les mêmes que celles qui s'appliquent aux contraceptifs oraux combinés, mais elles valent aussi pour les femmes :

- chez lesquelles les contraceptifs oraux ou l'œstrogène provoquent des effets secondaires ou qui ont une contre-indication reconnue;
- de plus de 35 ans qui fument;
- qui ont des migraines, y compris les variétés localisées;
- qui allaitent et ne veulent pas modifier le volume de lait maternel
- atteintes de drépanocytose.

Progestine	Préparation	Puissance	Posologie
Noréthindrone	Micronor	0,35mg par comprimé	1 comprimé par jour
Acétate de médroxyprogestérone	Dépo-Provera	150mg/mL	injection de 150mg IM aux trois mois
Lévonorgestrel	Norplant	36mg/implant	cinq implants aux cinq ans

CONTRE-INDICATIONS

Les seules contre-indications absolues à l'utilisation de la pilule à la progestatif seulement sont une grossesse connue ou soupçonnée et la présence d'un saignement vaginal non diagnostiqué.

QUELLES SONT LES OPTIONS ?

Le noréthindrone 0,35 mg (Micronor® Janssen-Ortho) est la seule pilule à progestatif seulement vendue comme telle au Canada.

QUELLES SONT LES CONDITIONS PRÉALABLES À L'UTILISATION DE CETTE MÉTHODE ?

Voir la section précédente sur les contraceptifs oraux combinés.

CONSIDÉRATIONS SPÉCIALES

FEMMES QUI ALLAIENT ET VIENNENT D'ACCOUCHER

Une femme peut commencer à prendre la pilule à progestatif seulement immédiatement après l'accouchement, sans que cela ait d'effet indésirable sur la lactation. Les faibles quantités de progestatif qui peuvent être transférées dans le lait maternel n'ont aucun effet nuisible sur le nouveau-né. La pilule à progestatif seulement a un certain effet favorable puisque les femmes ont tendance. Les femmes ont tendance à continuer d'allaiter et à utiliser une méthode supplémentaire par la suite⁸¹⁻⁸³.

THROMBOPHLEBITE OU THROMBO-EMBOLIE COURANTE OU ANTÉRIEURE

Les progestatifs ne semblent pas accroître le risque de thrombose ou de thrombophlébite. Les femmes qui ont déjà eu des incidents thrombotiques peuvent donc utiliser la contraception à progestatif seulement, mais non les contraceptifs oraux combinés.

CONSOMMATION COURANTE D'AUTRES MÉDICAMENTS

L'information sur les interactions médicamenteuses avec la pilule à progestatif seulement est moins claire que dans le cas des contraceptifs oraux. Comme les progestatifs utilisées dans les pilules à progestatif seulement sont métabolisées par le système de l'enzyme hépatique cytochrome p450, tout



médicament qui provoque l'induction enzymatique (p. ex., rifampicine ou anticonvulsivants) peut accroître le métabolisme et réduire l'efficacité contraceptive de la pilule à progestatif seulement (tableau 2).

PREMIÈRES ÉTAPES ET SURVEILLANCE

Il faut prendre la pilule à progestatif seulement à compter du premier jour du cycle et tous les jours par la suite. Pour assurer la fiabilité de la contraception, il faut prendre régulièrement la pilule au même moment chaque jour. Une femme qui oublie la pilule ou la vomit doit recourir à une deuxième méthode de contraception pendant au moins 48 heures. Pour prendre la pilule à progestatif seulement, il faut utiliser une deuxième méthode de contraception pendant le premier mois. Les femmes qui prennent la pilule à progestatif seulement doivent être rencontrées trois mois après avoir commencé le traitement et au moins une fois par année par la suite.

PROBLÈMES ET SOLUTIONS

TENDANCES AU SAIGNEMENT IMPRÉVISIBLES

La perturbation du cycle menstruel est de loin l'effet secondaire le plus répandu de la pilule à progestatif seulement et il faut le souligner au cours du counseling qui précède la thérapie. La pilule à progestatif seulement peut provoquer un saignement irrégulier, mais celui-ci peut avoir découlé de causes pathologiques. Il faut exclure ces causes chez toutes femmes qui présentent des symptômes persistants.

CONTRACEPTION À PROGESTATIFS SEULEMENT : IMPLANTS (NORPLANT®) (FIGURE 1)

POURQUOI ENVISAGER CETTE MÉTHODE?

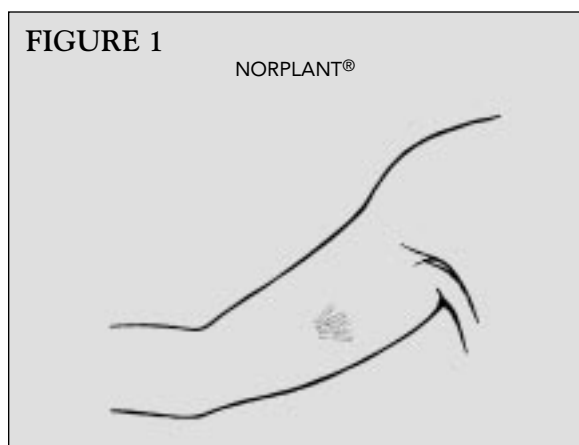
L'implant à progestatif seulement constitue la contraception réversible la plus efficace disponible. Il suffit de l'insérer et de l'enlever.

EFFICACITÉ

L'implant Norplant® est un contraceptif très efficace dont le taux global d'échec s'établit à 0,2 grossesse par 100 années-femmes d'utilisation. La plupart des grossesses associées à l'utilisation de l'implant Norplant® existent déjà (mais ne sont pas connues) au moment de l'insertion.

COMMENT FONCTIONNE-T-ELLE?

Le lévonorgestrel libéré par les implants supprime l'ovulation. Le taux plasmatique constant de lévonorgestrel rend aussi la glaire cervicale imperméable au sperme et provoque l'atrophie de l'endomètre.



QUELS SONT LES AVANTAGES ET LES INCONVÉNIENTS?

AVANTAGES

Les implants qui libèrent du progestatif assurent une contraception très fiable. Une fois en place, ils entraînent peu de responsabilité quotidienne. Les femmes chez lesquelles l'aménorrhée fait son apparition pendant qu'elles utilisent les implants peuvent bénéficier de l'absence de saignement et de symptômes menstruels.

INCONVÉNIENTS

Les inconvénients graves sont peu nombreux^{84,85}, mais il y a quelques préoccupations mineures :

a) Perturbation du cycle menstruel

La perturbation du cycle menstruel est une des raisons les plus fréquentes pour lesquelles on retire les implants.

b) Prise de poids

Les femmes qui utilisent l'implant Norplant® prennent en moyenne 2,5 kilos en cinq ans. Certaines femmes ont pris trop de poids en peu de temps : il a donc fallu retirer leurs implants. La prise de poids est attribuable à une augmentation de l'appétit et il faudrait donc conseiller à toutes les utilisatrices, et en particulier aux adolescentes, de surveiller leur apport calorique et de faire régulièrement de l'exercice.



c) Réversibilité

Les implants de progestatifs doivent être retirés chirurgicalement.

d) Coût

Le coût des implants Norplant® est établi en fonction d'une utilisation projetée sur cinq ans. Le coût relatif est élevé si l'on retire les implants peu après les avoir mis en place.

e) Effets métaboliques

On a signalé une baisse mineure des taux de cholestérol HDL par rapport au taux de base. On n'en connaît pas la signification clinique.

f) Kystes des ovaires

On a signalé des kystes des ovaires fonctionnels avec l'utilisation de l'implant Norplant®. Habituellement, ces kystes se résorbent spontanément.

g) Effets secondaires divers

On a signalé des cas de dépression, d'acné, de céphalée et de sensibilité des seins associés à l'utilisation de contraceptifs à progestatif seulement.

INDICATIONS

Les indications relatives à l'utilisation d'implants progestatifs sont les mêmes que pour l'utilisation de pilules à progestatif seulement. À cause de sa fiabilité, cette méthode peut attirer les femmes qui ont connu des échecs avec d'autres méthodes de contraception.

CONTRE-INDICATIONS

Il n'y a pas de contre-indications absolues à l'utilisation des implants, sauf dans des cas de grossesses connues ou soupçonnées et de saignement vaginal non diagnostiqué.

QUELLES SONT LES OPTIONS?

Seul implant disponible au Canada, le Norplant®, est constitué de six bâtonnets en silastique qui contiennent 36 mg de lévonorgestrel. Les bâtonnets sont insérées sous la peau, sur la face antérieure du biceps. L'effet contraceptif dure cinq ans.

QUELLES SONT LES CONDITIONS PRÉALABLES À L'UTILISATION DE CETTE MÉTHODE?

Les femmes qui envisagent cette méthode de contraception doivent être évaluées comme dans le cas de la contraception orale.

CONSIDÉRATIONS SPÉCIALES

FEMMES QUI ALLAIENT ET VIENNENT D'ACCOUCHER

Le Norplant® n'a aucun effet indésirable sur la lactation, mais il est prudent d'attendre que la lactation soit bien établie avant de le mettre en place. Si la femme n'allait pas, on peut lui insérer le Norplant® immédiatement après l'accouchement.

THROMBOPHLEBITE OU THROMBO-EMBOLIE COURANTE OU ANTÉRIEURE

Les progestatifs ne semblent pas accroître le risque de thrombose ou de thrombophlébite. Les femmes qui ont déjà eu des incidents thrombotiques peuvent utiliser des contraceptifs à progestatifs seulement, y compris les implants. Lorsqu'une femme est victime d'un incident thrombotique après avoir reçu un implant, il faut la rassurer en lui disant que l'implant n'affectera pas le traitement du problème — mais on peut lui retirer l'implant si elle le souhaite^{86,87}.

COÛT

Comme le coût du Norplant® est fondé sur cinq ans d'effet contraceptif, le coût initial est élevé comparativement à celui d'autres méthodes de contraception. Le système Norplant® se détaille en moyenne presque 500 \$ au Canada et, dans certaines provinces, la cliente devra aussi payer l'insertion et l'exérèse.

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES

Il faut prévenir les femmes qui utilisent des médicaments qui affectent les systèmes enzymatiques du foie (comme la rifampicine et les anticonvulsivants) que si elles utilisent le Norplant®, le risque de grossesse augmente, surtout si elles ont un surplus de poids¹.

ÉTAPES INITIALES ET SURVEILLANCE

Il faudrait mettre en place le Norplant® au cours des sept premiers jours d'un cycle menstruel normal afin d'éviter de l'insérer par inadvertance au cours d'une grossesse. L'implant atteint son effet contraceptif maximal dans les 24 heures qui suivent la mise en place. Les femmes qui utilisent le Norplant® devraient subir un examen trois mois après l'insertion et une fois par année par la suite si elles n'ont pas de problème.



PROBLÈME ET SOLUTIONS

TROUBLES DU CYCLE MENSTRUEL

Les troubles du cycle menstruel représentent l'effet secondaire le plus répandu associé au Norplant®. Il faudrait exclure les causes évidentes de saignement vaginal irrégulier. Chez les femmes qui ne présentent aucune contre-indication, l'administration cyclique d'œstrogène ou d'un contraceptif oral combiné réglera habituellement le problème⁸⁸. Il faut les rassurer en leur disant que le saignement diminuera avec le temps. Si le saignement est léger, il peut être utile d'utiliser des anti-inflammatoires non stéroïdiens pendant plusieurs jours.

Le cycle menstruel change chez 86 % des utilisatrices de Norplant®. Les changements signalés sont les suivants : saignement prolongé (40 %), saignement irrégulier (38 %), métrorragie (37 %), saignement plus fréquent (16 %) et aménorrhée (12 %). Ces changements n'entraînent habituellement pas de perte de sang importante. Il faut exclure une grossesse chaque fois que le cycle menstruel change⁸⁹.

DÉPRESSION

On peut établir un lien entre la contraception à progestatif seulement et une dépression qui peut découler d'altérations du métabolisme de la sérotonine. Avant d'enlever un implant, il faut exclure les autres causes de dépression. Un suivi rapproché est obligatoire et il faut administrer au besoin des antidépresseurs⁸⁹.

ACNÉ

Le Norplant® peut avoir des effets androgènes qui provoquent l'apparition de l'acné. On peut habituellement contrôler le problème par des produits topiques.

CÉPHALÉES

Chez une utilisatrice de Norplant®, il se peut que les céphalées n'aient rien à voir avec la présence de l'implant. Cependant, comme on a signalé une méningite séreuse chez au moins 39 utilisatrices de Norplant®⁹⁰, il faut enlever l'implant si la céphalée est grave et entraîne des troubles de la vision et un œdème papillaire.

CONTRACEPTION À PROGESTATIF SEULEMENT : INJECTABLE

POURQUOI ENVISAGER CETTE MÉTHODE ?

L'acétate de médroxyprogestérone-retard (AMPR, Depo-Provera®) assure une contraception très efficace et réversible. La seule responsabilité consiste à subir une injection aux trois mois.

EFFICACITÉ

Cette méthode de contraception est très efficace et son taux d'échec ne dépasse pas 0,3 par 100 années-femmes.

COMMENT FONCTIONNE-T-ELLE ?

Le taux soutenu d'acétate de médroxyprogestérone supprime l'ovulation. Il rend aussi la glaire cervicale imperméable au sperme et provoque l'atrophie de l'endomètre.

QUELS SONT LES AVANTAGES ET LES INCONVÉNIENTS ?

AVANTAGES

L'AMPR est très fiable comme contraceptif. Après l'injection, il n'y a aucune responsabilité quotidienne. Les autres avantages sont les suivants :

- menstruations peu abondantes ou aménorrhée (l'aménorrhée fera son apparition chez 50 % des femmes au cours de la première année) et réduction conséquent de l'anémie, de la dysménorrhée et des douleurs survenant au milieu du cycle;
- réduction du risque de cancer de l'endomètre et des ovaires;
- réduction du risque d'inflammation pelvienne;
- réduction des symptômes associés à l'endométriose, au syndrome prémenstruel et à la douleur pelvienne chronique;
- réduction de la fréquence des crises d'épilepsie⁹¹.

INCONVÉNIENTS

- Perturbation du cycle menstruel
Le saignement irrégulier ou l'aménorrhée indésirée peut être une raison de cesser de prendre l'AMPR.
- Prise de poids
On pense que la prise de poids associée à l'AMPR est attribuable à une augmentation de l'appétit et à un effet



anabolique léger possible. Le fabricant indique qu'une femme peut s'attendre à prendre :

2,5 kg au cours de la première année;

3,7 kg après la deuxième année;

6,3 kg après la quatrième année.

c) Diminution de la densité osseuse

On a signalé des réductions de la densité osseuse dans le cadre d'études rétrospectives portant sur des utilisatrices d'AMPR, même si l'on n'a pas exclu d'autres facteurs de risque. La réduction moyenne de la densité osseuse a atteint 4 % et l'interruption du traitement à l'AMPR a rétabli la situation^{92,93}. Il faut mentionner cette observation au cours du counseling préalable au traitement, spécialement aux jeunes femmes.

RÉVERSIBILITÉ

L'action de l'AMPR est réversible, mais le rétablissement de l'ovulation varie. Le cycle menstruel est redevenu régulier chez 50 % des femmes six mois après la dernière injection, chez 70 % un an après et chez 90 % deux ans après. L'acétate de médroxyprogestérone-retard n'a aucun effet permanent sur la fécondité.

INDICATIONS

Les indications d'utilisation de l'AMPR sont semblables à celles des pilules à progestatif seulement. À cause de sa simplicité et de sa fiabilité, cette méthode peut attirer les femmes qui ont connu des échecs avec d'autres méthodes contraceptives exigeant des mesures supplémentaires.

CONTRE-INDICATIONS

Il n'y a aucune contre-indication absolue à l'utilisation de l'AMPR comme contraceptif, sauf une grossesse soupçonnée ou connue, ou un saignement vaginal non diagnostiqué.

QUELLES SONT LES OPTIONS ?

L'acétate de médroxyprogestérone-retard (Depo-Provera[®], Pharmacia-Upjohn) est le seul contraceptif injectable vendu au Canada. Son utilisation à des fins contraceptives au Canada a été approuvée en avril 1997.

QUELLES SONT LES CONDITIONS PRÉALABLES À L'UTILISATION DE CETTE MÉTHODE ?

Les femmes qui envisagent cette méthode de contraception devraient être évaluées comme dans le cas de la contraception orale.

CONSIDÉRATIONS SPÉCIALES

FEMMES QUI ALLAIENT ET QUI VIENNENT D'ACCOUCHER

L'AMPR n'a aucun effet indésirable sur la lactation, peu importe le moment de la première injection, mais il peut être préférable d'attendre que l'allaitement soit bien établi avant d'injecter la première dose. Si l'intéressée n'allait pas, elle peut recevoir la première dose après l'accouchement^{94,95}.

THROMBOPHLÉBITE OU THROMBO-EMBOLIE COURANTE OU ANTÉRIEURE

Les progestatifs ne semblent pas accroître le risque de thrombose ou de thrombophlébite. Les femmes qui ont des antécédents de thrombose peuvent donc utiliser des contraceptifs à la progestatifs seulement, y compris l'AMPR.

INTERACTION MÉDICAMENTEUSE

L'effet de la médroxyprogestérone peut diminuer considérablement lorsque le sujet prend de l'aminoglutéthimide en même temps, mais l'administration simultanée des deux médicaments est peu probable.

MESURES INITIALES ET SURVEILLANCE

Il faudrait injecter l'AMPR au cours des cinq premiers jours du cycle menstruel normal afin d'éviter de l'injecter par inadvertance au cours d'une grossesse. Le produit atteint son effet contraceptif maximal dans les 24 heures. Les utilisatrices doivent subir une nouvelle injection aux trois mois. Chaque injection assure une contraception fiable pendant 12 semaines. Si l'intervalle entre les injections est de 13 semaines ou plus, il est recommandé d'utiliser une deuxième méthode de contraception pendant trois semaines et d'attendre qu'un test de grossesse donne des résultats négatifs avant d'administrer l'injection suivante⁹⁶.

PROBLÈMES

PERTURBATION DU CYCLE MENSTRUEL

Si un saignement anormal ou irrégulier préoccupe une femme qui prend de l'AMPR, les traitements possibles sont les suivants :

- 1) ajout d'œstrogène cyclique s'il n'y a pas de contre-indication (p. ex., œstrogène conjugué ou éthinyloestradiol pendant 21 jours par mois);



- 2) ramener l'intervalle entre les injections d'AMPR de 12 à quatre à huit semaines, jusqu'à ce que le saignement soit contrôlé.

AMÉNORRHÉE

L'aménorrhée fait son apparition chez de 30 % à 50 % des utilisatrices d'AMPR au cours de la première année et chez 70 % au cours de la deuxième, ce qui peut être considéré comme un avantage par certaines, mais être indésirable pour d'autres. Pendant le counseling préalable au traitement, il faut mentionner la possibilité d'apparition de l'aménorrhée. Les utilisatrices chez lesquelles l'aménorrhée fait son apparition et qui veulent être rassurées auront une métrorragie de privation si on leur administre un traitement aux œstrogènes oraux (p. ex., œstrogène conjugué pendant 14 à 21 jours.)

RÉFÉRENCES

1. Speroff L, Darney P. A Clinical Guide for Contraception. Baltimore MD: Williams & Wilkins, 1996.
2. Vessey MP, Wright NH, McPherson K, Wiggins P. Fertility after stopping different methods of contraception. *BMJ* 1978;4:265-7.
3. Milsom I, Sundell G, Andersch B. The influence of different combined oral contraceptives on the prevalence and severity of dysmenorrhea. *Contraception* 1990;42:497-506.
4. Larsson G, Milsom I, Lindstedt G, Rybo G. The influence of a low-dose combined oral contraceptive on menstrual blood loss and iron status. *Contraception* 1992;46:327-34.
5. Redmond GP, Olson WH, Lippman JS, Kafriksen ME, Jones TM, Jorizo JL. Norgestimate and ethinyl estradiol in the treatment of acne vulgaris: a randomized, placebo-controlled trial. *Obstet Gynecol* 1997;89:615-22.
6. Cates W, Washington AK, Rubin GL, Peterson HB. The pill, chlamydia and PID. *Fam Plann Perspect* 1985;17:175-8.
7. Cramer DW, Goldman MB, Schiff I, Belisle S, Albrecht B, Stadel B et al. The relationship of tubal infertility to barrier method and oral contraceptive use. *JAMA* 1987; 257:2446-50.
8. Panser LA, Phipps WR. Type of oral contraceptive in relation to acute, initial episodes of pelvic inflammatory disease. *Contraception* 1991;43:91-9.
9. Schlesselman JJ. Net effect of oral contraceptive use on the risk of cancer in women in the United States. *Obstet Gynecol* 1995;85:793-801.
10. Shoupe D. Multicenter randomized comparative trial of two low-dose triphasic combined oral contraceptives containing desogestrel or norethindrone. *Obstet Gynecol* 1994;83:679-85.
11. Allen H. Clinical assessment of a low-dose oestrogen low-dose progestogen combined oral contraceptive. *Curr Med Res Opin* 1974;2:101-8.
12. Droegemueller W, Katta LR, Bright TG, Bowes WA. Triphasic randomized clinical trial: comparative frequency of intermenstrual bleeding. *Am J Obstet Gynecol* 1989;161:1407-11.
13. Fioretti P, Fruzzetti F, Navalesi R, Ricci C, Miccoli R, Cerri M et al. Clinical and metabolic effects of a pill containing 30 mcg ethinylestradiol plus 75 mcg gestodene. *Contraception* 1989;40:649-63.
14. Loudon I. Deaths in childbed from the eighteenth century to 1935. *Med Hist* 1986;30:141.
15. Rekers H. Multicenter trial of a monophasic oral contraceptive containing ethinyl estradiol and desogestrel. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1988;67:171-4.
16. Schilling LH, Bolding OT, Chenault CB, Chong AP, Fleury F, Forrest K et al. Evaluation of the clinical performance of three triphasic oral contraceptives: a multicenter, randomized comparative trial. *Am J Obstet Gynecol* 1989;160:1264-8.
17. Barbone F, Austin H, Louv WC, Alexander WJ. A follow-up study of methods of contraception, sexual activity, and rates of trichomoniasis, candidiasis, and bacterial vaginosis. *Am J Obstet Gynecol* 1990;163:510-4.
18. Fotherby K, Caldwell ADS. New progestogens in oral contraception. *Contraception* 1994;49:1-32.
19. Godsland IF, Crook D, Simpson R, Proudler T, Felton C, Lees B et al. The effects of different formulations of oral contraceptive agents on lipid and carbohydrate metabolism. *N Engl J Med* 1990;323:1375-81.
20. Thorogood M, Villard-Mackintosh L. Combined oral contraceptives: risks and benefits. *Br Med Bull* 1993;49:124-39.
21. Parazini F, Negri E, La Vecchia C, Fedele L, Rabaiotti M, Luchini L. Oral contraceptive use and risk of uterine fibroids. *Obstet Gynecol* 1992;79:430-3.
22. Ross RK, Pike MC, Vessey MP, Bull D, Yeates D, Casagrande JT. Risk factors for uterine fibroids: reduced risk associated with oral contraceptives. *BMJ* 1986; 293:359-62.
23. Bennion LJ, Ginsberg RL, Garnick MB, Bennett PH. Effects of oral contraceptives on the gall bladder bile of normal women. *N Engl J Med* 1976;294:189-92.
24. Grodstein F, Colditz GA, Hunter DJ, Manson JE, Willett WC, Stampfer MJ. A prospective study of symptomatic gallstones in women: relation with oral contraceptives and other risk factors. *Obstet Gynecol* 1994;84:207-14.
25. Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. Oral contraceptives and gall bladder disease. *Lancet* 1982;2(8305):957-9.
- 25a. Spitzer WO, Lewis MA, Heinemann LAJ, Thorogood M, MacRae KD. Third generation oral contraceptives and risk of venous thromboembolic disorders: an international case-control study. *BMJ* 1996;312:83-8.
26. Henkens CMA, Born VJJ, Seinen AJ, van der Meer J. Sensitivity to activated Protein C; influence of oral contraceptives and sex. *Thromb Haemost* 1995;73:402-4.



27. Moses LE, Shapiro D. Combining independent studies of a diagnostic test into a summary ROC curve: data-analytic approaches and some additional considerations. *Stat Med* 1993;12:1293-316.
28. Bloemenkamp KWM, Rosendaal FR, Helmerhorst FM, Buller HR, Vandenbroucke JP. Enhancement by factor V Leiden mutation of risk of deep-vein thrombosis associated with oral contraceptives containing a third-generation progestagen. *Lancet* 1995;346:1593-6.
29. Farmer RDT. Oral contraceptives and thromboembolism. *Lancet* 1996;347:259.
30. Farmer RDT, Preston TD. The risk of venous thromboembolism associated with low oestrogen oral contraceptives. *Br J Obstet Gynaecol* 1995;15:195-200.
31. Meirik O. Effect of different progestogens in low oestrogen oral contraceptives on venous thromboembolic disease. *Lancet* 1995;346:1582-8.
32. Lewis MA, Heinemann LAJ, MacRae KD, Bruppacher R, Spitzer WO. The increased risk of venous thromboembolism and the use of third generation progestagens: role of bias in observational research. *Contraception* 1996;54:5-13.
33. Lis Y, Spitzer WO, Mann RD, Cockburn I, Chukwujindu J, Thorogood M et al. A concurrent cohort study of oral contraceptive users from the VAMP research bank. *Pharmacoepidemiol Drug Safety* 1993;2:51-63.
34. Petitti DB, Sidney S, Bernstein A, Wolf S, Quesenberry C, Ziel HK. Stroke in users of low-dose oral contraceptives. *N Engl J Med* 1996;335:8-15.
- 34a. Lee DH, Henderson PA, Blajchman MA. Prevalence of factor V Leiden in a Canadian blood donor population. *Can Med Assoc J* 1996;155:285-9.
35. Collaborative Group for the Study of Stroke in Young Women. Oral contraceptives and stroke in young women: associated risk factors. *JAMA* 1975;231:718-22.
36. Hannaford PC, Croft PR, Kay CR. Oral contraception and stroke. Evidence from the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *Stroke* 1994;25:935-42.
37. Lidegaard O. Oral contraception and risk of a cerebral thromboembolic attack: results of a case-control study. *BMJ* 1993;306:956-63.
38. Longstreth WT, Nelson LM, Koepsell TD, Van Belle G. Subarachnoid hemorrhage and hormonal factors in women. A population-based case-control study. *Ann Intern Med* 1994;121:168-73.
39. Richter M, Haning R, Shapiro S. Artificial donor insemination: fresh versus frozen semen: the patient as her own control. *Fertil Steril* 1984;41:277-80.
40. Thorogood M, Mann J, Murphy M, Vessey M. Fatal stroke and use of oral contraceptives: findings from a case-control study. *Am J Epidemiol* 1992;136:35-45.
41. 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; 348:505-10.
42. 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.
43. Abu-Zeid HAH, Choi NW, Maini KK, Nelson NA. Incidence and epidemiologic features of cerebrovascular disease (stroke) in Manitoba, Canada. *Prev Med* 1975;4:567-8.
44. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53,297 women with breast cancer and 100,239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. *Lancet* 1996;347:1713-27.
45. Bryant HE, Brasher PMA. Risks and probabilities of breast cancer: short-term versus lifetime probabilities. *Can Med Assoc J* 1994;150:2:211-6.
46. Milne R, Vessey M. The association of oral contraceptives with kidney cancer, colon cancer, gall bladder cancer (including extrahepatic bile duct cancer) and pituitary tumors. *Contraception* 1991;43:667-93.
47. Rosenberg L. The risk of liver neoplasia in relation to combined oral contraceptive use. *Contraception* 1991;43:643-52.
48. Upton GV. The phasic approach to oral contraception: the triphasic concept and its clinical application. *Int J Fertil* 1983;28:121-40.
49. Fotherby K. Bioavailability of orally administered sex steroids used in oral contraceptives and hormone replacement therapy. *Contraception* 1996;54:59-69.
50. Dickey RP. Managing contraceptive pill patients. 8th Ed. In: Durant OK (Ed). *Essential Medical Information Systems*;1994.
51. Weems Chihal HL, Pepler RD, Dickey RP. Estrogen potency of oral contraceptive pills. *Am J Obstet Gynecol* 1975;121:75-83.
52. Kuhl H. Comparative pharmacology of newer progestins. *Drugs* 1996;51:188-215.
53. ARPH Clinical Proceedings. Implications of smoking and oral contraceptive use. March 1996.
54. Rosenberg JR, Waugh MS, Stevens CM. Smoking and cycle control among oral contraceptive users. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174:628-32.
55. Hatcher RA, Trussel J, Stewart F, Stewart GK, Kowal D, Guest F, Cates W, Policar M. *Contraceptive Technology*. 16th Ed. Atlanta GA, Printed Matter Inc. 1994.
56. *Oral Contraceptives 1994*. A report by the Special Advisory Committee on Reproductive Physiology to the Drugs Directorate, Health Protection Branch, Minister of Supply and Services Canada, 1995. ISBN 0-660-15912-0.
57. Parker Jones K, Wild RA. Contraception for patients with psychiatric or medical disorders. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170:1575-80.
58. WHO Task Force on Oral Contraceptives. Contraception during the postpartum period and during lactation: the effects on women's health. *Intl J Obstet Gynaecol* 1987;25(Suppl):13-26.



59. Wharton C, Blackburn R. Lower-dose pills. *Popul Rep A* 1988;1613, Series A(7):1-31.
60. Tsai CC, Williamson HO, Kirkland BH, Braun JO, Lam CFI. Low-dose oral contraception and blood pressure in women with a past history of elevated blood pressure. *Am J Obstet Gynecol* 1985;151:28-32.
61. Godsland IF, Crook D, Simpson R, Proudler T, Felton C, Lees B, Anyaoku V, Devenport M, Wynn V. The effects of different formulations of oral contraceptive agents on lipid and carbohydrate metabolism. *N Engl J Med* 1990;323:1375-81.
62. Stone NJ. Secondary causes of hyperlipidemia. *Med Clin North Am* 1994;Jan:117-41.
63. Skouby SO, Pedersen LM, Kuhl C. Oral contraceptives in diabetic women. Metabolic effects of four compounds with different estrogen/progestogen profiles. *Fertil Steril* 1986;46:858-64.
64. Kjos Siri L. Contraception in diabetic women. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1996;23:243-58.
65. Murray SC, Muse KN. Effective treatment of severe menstrual migraine headaches with gonadotropin-releasing hormone agonist and "add-back" therapy. *Fertil Steril* 1997;67:390-3.
66. Tzourio C, Tehindrazanarivelo A, Iglesias S, Alperovitch A, Chedru F, d'Anglejan-Chatillon J, Bousser MG. Case-control study of migraine and risk of ischaemic stroke in young women. *BMJ* 1995;310:830-3.
67. Jungers P, Dougados M, Pelissier L et al. Influence of oral contraceptive therapy on the activity of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 1982;25:618-23.
68. Shenfield GM. Oral contraceptives: are drug interactions of clinical significance? *Drug Safety* 1993;9:21-37.
69. D'Arcy PF. Drug interactions with oral contraceptives. *Drug Intell Clin Pharm* 1986;20:353-62.
70. Fotherby K. Interactions with oral contraceptives. *Am J Obstet Gynecol* 1990;163:2153-9.
71. van der Vange N, Blankenstein MA, Kloosterboer HJ, Haspels AA, Thijssen JHH. Effects of seven low-dose combined oral contraceptives on sex hormone binding globulin, corticosteroid binding globulin, total and free testosterone. *Contraception* 1990;41:345-52.
72. Mango D, Ricci S, Manna P, Miggiano GAD, Serra GB. Clinical and hormonal effects of ethinyl estradiol combined with gestodene and desogestrel in young women with acne vulgaris. *Contraception* 1996;53:163-70.
73. Redmond GP, Olson WH, Lippman JS, Kafrissen ME, Jones TM, Jorizzo JL. Norgestimate and ethinyl estradiol in the treatment of acne vulgaris: a randomized, placebo-controlled trial. *Obstet Gynecol* 1997;89:615-22.
74. Lemay A, Dewailly S, Grenier R, Huard J. Attenuation of mild hyperandrogenic activity in postpubertal acne by a triphasic oral contraceptive containing low doses of ethinyl estradiol and d,l-norgestrel. *J Clin Endocrinol Metab* 1990;71:8-14.
75. Carpenter S, Neinstein LS. Weight gain in adolescent and young adult oral contraceptive users. *J Adol Health Care* 1986;7:342-4.
76. Moore LL, Valuck R, McDougall C, Fink W. A comparative study of one-year weight gain among users of medroxyprogesterone acetate, levonorgestrel implants and oral contraceptives. *Contraception* 1995;52:215-20.
77. Coutinho EM, de Souza JC, da Silva AR, de Acosta OM. Comparative study on the efficacy and acceptability of two contraceptive pills administered by the vaginal route: an international multicenter clinical trial. *Clin Pharmacol Ther* 1993;53:540-5.
78. Simpson JL, Phillips OP. Spermicides, hormonal contraception and congenital malformations. *Adv Contracept* 1990;6:141-67.
79. Broome M, Fotherby K. Clinical experience with the progestogen-only pill. *Contraception* 1990;42:489-95.
80. Tayob Y, Adams J, Jacobs HS, Guillebaud J. Ultrasound demonstration of increased frequency of functional ovarian cysts in women using progestogen-only oral contraception. *Br J Obstet Gynaecol* 1995;92:1003-9.
81. WHO Special Programme of Research, Development, and Research Training in Human Reproduction. Task Force on Oral Contraceptives. Effects of hormonal contraceptives on milk volume and infant growth. *Contraception* 1984;30:505-22.
82. WHO Special Programme of Research, Development, and Research Training in Human Reproduction. Progestogen-only contraceptives during lactation. I. Infant Growth. *Contraception* 1994;50:35-53.
83. WHO Special Programme of Research, Development, and Research Training in Human Reproduction. Progestogen-only contraceptives during lactation. II. Infant Development. *Contraception* 1994;50:55-68.
84. Wiemann CM, Berenson AB. An investigation into why adolescents may reject Norplant®. *Pediatrics* 1996;97:185-91.
85. Frank ML, Dittmore JR, Ilegbodun AE. Characteristics and experiences of American women electing for early removal of contraceptive implants. *Contraception* 1995;52:159-65.
86. Shaaban MM, Elwan SI, El Kabsh MY. Effect of levonorgestrel contraceptive implants (Norplant®) on bleeding and coagulation. *Contraception* 1984;30:421-30.
87. Singh K, Viegas O, Koh S. Effect of long-term use of Norplant® implants on hemostatic function. *Contraception* 1992;45:203-19.
88. Diaz S, Croxatto H, Pavez M, Belhadj H, Stern J, Sivin I. Clinical assessment of treatments for prolonged bleeding in users of Norplant® implants. *Contraception* 1990;42:97-109.
89. Hatcher RA, Stewart F, Trussell J. *Contraceptive Technology* 1990-2. New York, Irvington Publishers:303-14.



90. Wysowski DK, Green L. Serious adverse events in Norplant® users reported to the Food and Drug Administration's MedWatch Spontaneous Reporting System. *Obstet Gynecol* 1995;85:538-42.
91. Mattson RH, Cramer JA, Caldwell BV. Treatment of seizures with medroxyprogesterone acetate: preliminary report. *Neurology* 1984;34:1255-8.
92. Cundy T, Evans M, Roberts H, Wattie D, Ames R, Reid IR. Bone density in women receiving depot medroxyprogesterone acetate for contraception. *BMJ* 1991;303:13-6.
93. Croomer B, Blair J, Mahan J. A prospective comparison of bone density in adolescent girls on depot medroxyprogesterone acetate, levonorgestrel, or oral contraceptives. *J Pediatr* 1996;129:671-8.
94. Jimenez J, Ochoa M, Soler M. Long-term follow-up of children breast-fed by mothers receiving depot medroxyprogesterone acetate. *Contraception* 1984;30:523-33.
95. Pardthaisong T, Yencht C, Gray R. The long-term growth and development of children exposed to Depo-Provera® during pregnancy or lactation. *Contraception* 1992;45:313-24.
96. Depo-Provera® Contraceptive Injection. Canadian Product Monograph. 1997.

LA CONFÉRENCE CANADIENNE DE CONSENSUS SUR LA CONTRACEPTION (PARTIE III)

CONTRACEPTION POSTCOÏTALE D'URGENCE

POURQUOI ENVISAGER CETTE MÉTHODE?

La contraception postcoïtale d'urgence aide à réduire le nombre de grossesses indésirées et d'interruptions de grossesse découlant de relations sexuelles sans contraception suffisante. N'importe quelle femme peut recourir à la contraception d'urgence jusqu'à sept jours après avoir eu un rapport non protégé à cause d'un échec de la contraception ou de l'absence de contraception.

COMMENT FONCTIONNE-T-ELLE?

Il y a deux méthodes acceptées de contraception postcoïtale d'urgence : les méthodes hormonales (la méthode Yuzpe est la norme) et l'insertion d'un stérilet en cuivre.

La méthode Yuzpe peut être utilisée dans les 72 heures suivant un seul rapport non protégé. On administre sur-le-champ deux comprimés d'Ovral®, dont chacun contient 50 mg d'éthinylestradiol et 250 mg de lévonorgestrel, et deux autres comprimés douze heures plus tard¹⁻⁴. Il ne faut pas administrer la deuxième dose entre minuit et 8 h afin d'accroître l'observance du traitement. Il faut répéter la posologie si l'intéressée vomit dans l'heure qui suit l'ingestion des comprimés. L'administration par voie orale d'un antiémétique, comme 50 mg de dimenhhydrinate (Gravol®), par exemple, peut réduire le risque de vomissement. On peut remplacer au besoin deux comprimés d'Ovral® par quatre pilules contraceptives à faible dose (35 mg d'éthinylestradiol). Une femme exposée à une grossesse non désirée pendant plus de 72 heures mais

moins de sept jours peut utiliser la méthode Yuzpe, dont l'efficacité peut toutefois être réduite².

L'insertion d'un stérilet en cuivre constitue une autre méthode efficace que l'on peut offrir aux femmes incapables de prendre des hormones, qui ne présentent aucune contre-indication à l'utilisation de stérilet et qui ont été exposées à la conception moins de sept jours auparavant⁵. L'utilisation de stérilet est abordée plus en détail dans la section sur la stérilisation et les stérilet.

Temps écoulé depuis le coït	Stratégie
0 à 3 jours	Méthode Yuzpe
3 à 5 jours	Méthode Yuzpe ou Stérilet
5 à 7 jours	Stérilet

EFFICACITÉ

Au cours de chaque cycle menstruel, la probabilité de grossesse après un seul rapport sexuel non protégé peut atteindre 25 %. La méthode Yuzpe ramène le risque à un niveau de 0 % à 5 %. Dans l'ensemble, les menstruations commenceront chez 98 % des femmes dans les 21 jours suivant l'administration de ce moyen de contraception postcoïtale d'urgence⁶⁻⁹.

Mode d'action (méthode Yuzpe) : On a proposé des mécanismes multiples, y compris l'asynchronisme de l'endomètre, les effets sur les récepteurs de l'endomètre, la suppression ou le retard de la montée de l'hormone lutéinisante, des changements des stéroïdes ovariens et la perturbation du corps jaune^{10,11}.

Effets secondaires : Les nausées et les vomissements sont les effets secondaires les plus répandus qu'un antiémétique administré avant chaque dose peut atténuer. S'il y a vomissement dans l'heure qui suit l'administration du médicament, il faut répéter la dose. Il est raisonnable, au moment de la prescription, de donner aux utilisatrices deux comprimés d'Ovral® supplémentaires qu'elles utiliseront si elles vomissent dans l'heure qui suit l'ingestion.

Contre-indications : Toutes les études importantes de suivi de longue durée ne révèlent aucun effet tératogène. Il est recommandé d'éviter la méthode Yuzpe si l'utilisation des œstrogènes est absolument contre-indiquée (p. ex., risque accru de thrombose). Il faut toutefois faire preuve de jugement dans chaque cas.

Options : Il est possible de remplacer la méthode Yuzpe (décrite ci-dessus) par le danazol, les œstrogènes synthétiques, les œstrogènes conjugués, les anti-progestatifs et le stérilet¹². L'insertion d'un stérilet jusqu'à sept jours après un rapport non protégé donne d'excellents résultats lorsqu'on veut prévenir une grossesse. D'autres pays ont montré que les anti-progestatifs, comme le RU 486, par exemple, sont efficaces comme contraceptifs d'urgence^{12,13}. Ces produits ne sont pas disponibles au Canada. Les recherches sur les anti-progestatifs et d'autres produits se poursuivent.

Examen : Il n'est pas nécessaire de procéder à un examen médical complet ou à un examen pelvien avant de recourir à la méthode Yuzpe. Il faudrait procéder à des examens appropriés de dépistage des MTS et d'autres contre-indications avant d'insérer un stérilet comme moyen de contraception d'urgence.

Pilules oubliées : Une femme qui prend des contraceptifs oraux et qui oublie trois pilules ou plus peut recourir à la contraception d'urgence. Dès qu'elle s'en souvient, elle devrait prendre les pilules de la méthode Yuzpe et recommencer immédiatement à prendre ses propres contraceptifs oraux jusqu'à ce qu'elle termine la série. Si elle n'a pas de métrorragie de privation, elle ne doit pas commencer la série suivante tant qu'on a pas exclu la grossesse.

Suivi : L'intéressée devrait se présenter à une consultation de suivi au moins trois à six semaines après avoir eu recours à la contraception postcoïtale d'urgence. Il faut en profiter pour la conseiller sur le maintien de la contraception et la prévention des MTS. Il faut procéder à un test de grossesse si le saignement est minimum ou nul 21 jours plus tard.

Qui devrait fournir ce moyen? Actuellement, au Canada, il faut une ordonnance pour obtenir une contraception postcoïtale d'urgence. Cette méthode est disponible dans des cliniques, certains services de santé aux étudiants et certains cabinets de médecins. Des cliniques de planification des naissances ont des ordonnances qu'elles peuvent remettre directement aux intéressées. Idéalement, les médicaments contraceptifs d'urgence devraient être disponibles sans ordonnance dans les pharmacies, les cliniques de planification des naissances, les salles d'urgence des hôpitaux, les cliniques sans rendez-vous et les programmes de santé en milieu scolaire.

RÉFÉRENCES

1. Yuzpe AA, Thurlow HJ, Ramzy I, Leyson JI. Postcoital contraception: a pilot study. *J Reprod Med* 1974;13:53-8.
2. Yuzpe AA. Postcoital hormonal contraception: uses, risks and abuses. *Int J Gynaecol Obstet* 1977;15:133-6.
3. Yuzpe AA, Smith RP, Rademaker AW. A multi-centre clinical investigation employing ethinyl estradiol combined with dl-norgestrel as a postcoital contraceptive agent. *Fertil Steril* 1982;37:508-13.
4. Yuzpe AA, Lancee WJ. Ethinyl estradiol and dl-norgestrel as a postcoital contraceptive. *Fertil Steril* 1977;28:932-6.
5. Lippes J, Malik T, Tatum HJ. The postcoital copper-T. *Adv Plann Parent* 1976;11:24-9.
6. Percival-Smith RP, Ross A. Post-coital contraception using dl-norgestrel/ethinyl estradiol combination. *Contraception* 1978;17:247-52.
7. Schilling LH. An alternative to the use of high-dose estrogens for post-coital contraception. *J Am Coll Health Assoc* 1979;27:247-9.
8. van Santen MR, Hapsels AA. Comparative randomized double-blind study of high dosage ethinyl estradiol versus ethinyl estradiol and norgestrel combination in postcoital contraception. *Acta Endocrinol* 1982;99:246.
9. Tully B. Postcoital contraception: a study. *Br J Fam Plann* 1983;8:119-24.
10. Ling WY, Robichaud A, Zayid I, Wrixon W, MacLeod SC. Mode of action of dl-norgestrel and ethinyl estradiol combination in postcoital contraception. *Fertil Steril* 1979;32:297-302.
11. Ling WY, Wrixon W, Zayid I, Acorn T, Popat R, Wilson E. Mode of action of dl-norgestrel and ethinyl estradiol combination in postcoital contraception: II. Effect of post-ovulatory administration on ovarian function and endometrium. *Fertil Steril* 1983;39:292-7.
12. Glasier A, Thong KJ, Dewar M, Mackie M, Baird DT. Mifepristone (RU-486) compared with high-dose estrogen and progestogen for emergency postcoital contraception. *N Engl J Med* 1992;327:1041-4.
13. Webb AM, Russell J, Elstein M. Comparison of Yuzpe regimen, danazol and mifepristone (RU-486) in oral postcoital contraception. *BMJ* 1992; 305:927-31.

BARRIÈRES

Condoms

POURQUOI ENVISAGER CETTE MÉTHODE?

Le condom peut :

- a) protéger contre une grossesse non planifiée;
- b) protéger contre les infections transmises sexuellement;
- c) améliorer les relations sexuelles en aidant certains hommes à éviter l'éjaculation précoce et en aidant certaines femmes à parvenir à l'orgasme;
- d) protéger contre l'infertilité et le cancer du col.

COMMENT FONCTIONNENT CES MOYENS?

Le condom qui enveloppe le pénis fait fonction de barrière mécanique qui empêche le sperme d'entrer en contact avec la femme. Il évite aussi tout contact avec des lésions génitales, ainsi que l'échange de liquides infectieux. La plupart des condoms disponibles aujourd'hui sont en latex, tandis qu'un faible pourcentage sont faits de tissu collagène traité provenant du cæcum intestinal d'agneau («peau d'agneau»). Même si les condoms au latex et en peau d'agneau évitent la grossesse en empêchant le sperme de passer, on ne recommande pas les condoms en peau d'agneau comme moyen de protection contre les maladies transmises sexuellement. Des tests de laboratoire ont démontré que des virus, y compris ceux de l'hépatite B, de l'herpès simplex et de l'immunodéficience humaine (VIH), peuvent traverser les pores minuscules des condoms en peau d'agneau¹. Certains condoms sont prélubrifiés au moyen d'un lubrifiant à base d'eau ou d'une faible quantité de spermicide.

EFFICACITÉ—«CELA FONCTIONNERA-T-IL?»

Prévention d'une grossesse non désirée — Utilisés régulièrement et correctement, les condoms sont très

efficaces. On estime que le pourcentage des femmes qui auront une grossesse accidentelle au cours de la première année d'utilisation parfaite du condom s'établit à environ 3 %, tandis que le taux habituel d'échec à l'usage est d'environ 12 %². Les taux d'échec les plus élevés sont enregistrés chez les femmes de 20 à 24 ans et, ensuite, chez celles de moins de 20 ans. La non-utilisation explique probablement la majeure partie des écarts des taux d'échec liés au condom entre les utilisations «typiques» et «parfaites».

Lorsqu'on utilise le condom en même temps qu'une autre méthode de contrôle des naissances et que les deux méthodes sont utilisées régulièrement et correctement, on s'attend à bénéficier d'une protection supplémentaire contre une grossesse non désirée et, peut-être, d'une protection accrue contre l'infection : tout dépend de la méthode supplémentaire utilisée. On a indiqué, au moyen de modèles mathématiques³, que le taux d'échec à la contraception chez les couples qui utilisent «parfaitement» et simultanément le condom et le spermicide vaginal appliqué séparément s'établit à 0,1 % : c'est le taux qu'on associe à l'utilisation parfaite du contraceptif oral combiné. Contrairement au spermicide contenu dans les condoms, l'application de spermicide par voie vaginale en garantit la présence dans la région vaginale en cas, peu probable, de rupture ou de fuite du condom⁴.

Prévention de la transmission des maladies—Il a été démontré *in vitro* que le condom constitue une barrière efficace contre le virus de l'herpès simplex, la chlamydia trachomatis, le cytomegalovirus, le diplocoque de Neisser, l'hépatite B et le VIH¹. On a démontré que le condom utilisé pendant un rapport sexuel protège contre la gonorrhée, l'infection à uréaplasme,



le virus de l'herpès simplex et l'infection par le VIH⁵. Le condom peut donc réduire la probabilité d'infertilité ou de néoplasie cervicale intra-épithéliale en réduisant le risque d'infection transmise sexuellement. On estime de plus que l'utilisation simultanée du condom et d'un spermicide est efficace à 99,9 % lorsqu'il s'agit de réduire le risque de transmission de MTS lors de relations sexuelles⁶. Même si l'on a laissé entendre que le condom en latex comporte des pores microscopiques qui peuvent fuir pendant l'utilisation, des tests de perméabilité ont indiqué que l'exposition possible au VIH attribuable à une fuite d'un condom approuvé ne dépasserait pas un seul virus pour 100 condoms utilisés^{7,8}. Pour qu'il y ait infection par le VIH, il faut une exposition à d'importantes quantités du virus et le condom assure donc une prévention importante. Il y a encore plus important : des études par cohorte portant sur la séroconversion chez les couples sérodifférents ont révélé que la probabilité de séroconversion est beaucoup plus faible chez les personnes qui utilisent régulièrement le condom que chez celles qui ne l'utilisent pas (moins de 2,3 % contre 7 % à 14 %)¹⁰.

La protection contre la transmission des maladies est moins efficace dans le cas des MTS comme l'herpès et le virus des papillomes humains (VPH), qui peuvent se trouver sur des surfaces cutanées non couvertes ou protégées par un condom¹¹. En théorie, le préservatif féminin peut être plus efficace dans ce cas (figure 1).

IL SE PEUT QUE LE CONDOM NE PROTÈGE PAS CONTRE LE VPH ET L'HERPÈS.

QUELS SONT LES AVANTAGES ET LES INCONVÉNIENTS DU CONDOM ?

AVANTAGES DU CONDOM
1 accessibilité
2 se transporte facilement
3 amélioration possible de l'érection
4 hygiène améliorée (évite de répandre le sperme après le coït)
5 prévention d'une allergie au sperme
6 la preuve de protection est évidente
7 évite le contact génital direct
8 les deux partenaires peuvent participer à son utilisation

Même s'il y a très peu d'inconvénients, il existe plusieurs problèmes perçus.

INCONVÉNIENTS DU CONDOM
1 exige une grande motivation et un solide sens des responsabilités
2 peut émousser la sensibilité
3 peut nuire au maintien d'une érection
4 peut nuire aux préliminaires ou les interrompre
5 peut nuire au plaisir que l'un ou l'autre partenaire tire du rapport sexuel
6 une allergie au latex limite le choix
7 embarras
8 le condom peut éclater ou glisser
9 goût désagréable

QUELLES SONT LES OPTIONS ?

Les condoms disponibles sont secs ou lubrifiés, simples ou à réservoir, droits ou moulés, lisses ou texturés, aux couleurs naturelles ou vives et en plusieurs tailles. Certains condoms font mieux que d'autres. Pour obtenir un ajustement optimal, il faut en essayer toute une variété.

QUELLES SONT LES CONDITIONS PRÉALABLES À L'UTILISATION DE CETTE MÉTHODE ?

Les seules contre-indications à l'utilisation du condom sont l'allergie au latex (dans le cas des condoms au latex) et la sensibilité à la lanoline (dans celui des condoms en peau d'agneau). Les dysfonctions érectiles ou les conditions qui inhibent l'utilisation du condom peuvent poser certaines difficultés. Un counseling personnalisé peut alors s'imposer.

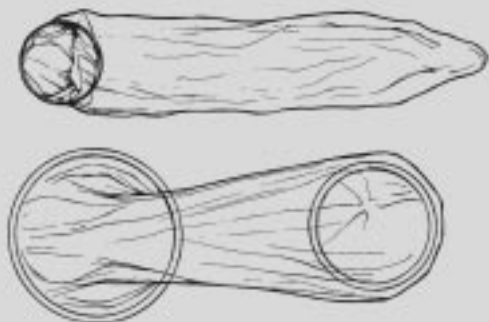
QUELLES SONT LES ÉTAPES DE L'UTILISATION DU CONDOM ?

Accessibilité de condoms—On a lancé de nombreux programmes novateurs afin d'essayer d'améliorer l'accès pour ceux qui trouvent les condoms inaccessibles ou embarrassants à acheter. Un marketing créateur et la sensibilisation du public peuvent permettre de surmonter ces obstacles. Le débat dure quant à savoir si les condoms devraient être faciles d'accès pour les jeunes dans des cliniques scolaires ou des distributrices. Il est intéressant de constater que les taux les plus faibles de grossesse chez les adolescentes sont enregistrés dans les pays où les critères sexuels sont plus souples, où l'éducation sexuelle est obligatoire et où les cliniques scolaires facilitent l'accès à des renseignements et aux services de planification des naissances¹².



FIGURE 1

CONDOM (haut)
PRÉSERVATIF FEMININ (bas)



Bonne façon d'utiliser et précautions—Les condoms emballés qui sont entreposés dans un endroit sec et loin de la lumière et de la chaleur peuvent se garder jusqu'à cinq ans. Les condoms se dégradent plus rapidement lorsqu'ils sont exposés à des températures de plus de 37°C, à une grande humidité et à la pollution atmosphérique⁹. Les condoms non emballés et exposés aux rayons ultra-violet perdent de 80 % à 90 % de leur résistance en huit à dix heures¹³. L'erreur la plus fréquente que l'on commet en utilisant un condom consiste à y ajouter un lubrifiant à base d'huile qui, contrairement aux lubrifiants à base d'eau, atteint l'intégrité du condom en réduisant sa résistance à la tension, son élongation, la pression et le volume de rupture¹⁴. Le tableau 1 contient une liste des lubrifiants sûrs à utiliser avec un condom et de ceux qui ne le sont pas¹⁵.

L'emballage de chaque condom vendu au Canada porte une date de péremption. La durée approuvée des condoms qui contiennent un spermicide est de deux ans. Elle est de cinq ans dans le cas des condoms ordinaires.

UTILISATION D'UN CONDOM

Voir l'annexe 1.

PROBLÈMES

«Je n'ai pas la même sensation avec un condom.» Même si l'utilisation du condom peut émousser la sensibilité, il n'existe aucune donnée probante objective qui permet de prouver ou d'infirmer une telle affirmation. Cela peut être avantageux pour certains hommes en améliorant l'érection et prévenant l'éjaculation précoce, mais d'autres trouvent que le condom est une source de frustration et cessent de l'utiliser. Afin d'accroître les

TABLEAU 1

LUBRIFIANTS ET PRODUITS SÛRS OU NON À UTILISER AVEC LE CONDOM

Sûrs	Non sûrs
Aloe-9	Huiles pour bébé
Aqua-Lube	Onguents contre les brûlures
Aqua-Lube Plus (spermicide)	Huile/beurre de noix de coco
Astroglide	Huiles comestibles (p. ex., olive, arachide, maïs, tournesol)
Carbowax	Huiles de poisson
Condom-Mate	Onguents contre les hémorroïdes
Mousses contraceptives (p. ex., Emko, Delfen, Koromex)	Insectifuges
Crèmes et gels contraceptifs (p. ex., Prepair, Conceptrol, Ramses)	Margarine, beurre de laiterie
Duragel	Huile minérale
Egg white	Huile de palme
Lubrifiant ForPlay	Vaseline
Glycérine USP	Alcool à friction
Intercept	Huile à bronzer
Koromex Gel	Crèmes vaginales/spermicides (p. ex., Monistat, Estrace, Femstat)
Lubafax	Vagisil, Premarin, Rendell's, Cone, Pharmatex Ovule
Lubrin Insert	Quelques lubrifiants sexuels (p. ex., Elbow Grease, Hot Elbow Grease et Shaft)
Norform Insert	
Ortho-Gynol	
Lubrifiant Personal	
Lubrifiant PrePair	
Probe	
Salive	
Sémicide	
Silicones DC 360	
Transi-Lube	
Eau	

sensations, le partenaire masculin peut utiliser un condom texturé ou ultra mince, ou déposer du lubrifiant hydrosoluble dans le condom.

«Mon érection disparaît lorsque j'utilise un condom.» L'intégration de la mise en place du condom par le partenaire dans les jeux sexuels de routine en utilisant certaines formes de plaisir sexuel comme le rapport sexuel oral ou la masturbation peut aider à surmonter ce problème.

«Le condom nuit à la spontanéité sexuelle.» L'utilisation du condom peut nuire aux préliminaires ou les interrompre, et nuire à l'érection. On atténue très souvent le problème en encourageant le partenaire à mettre le condom en place dans le cadre des jeux sexuels, en rendant plus érotique l'utilisation du condom et en l'utilisant pendant les jeux sexuels qui précèdent le rapport sexuel même.



«Je suis allergique au condom en latex» ou «Mon partenaire est allergique au condom en latex.» Même si la sensibilité peut être liée au spermicide ou au lubrifiant, la sensibilité au latex est à la hausse, en particulier chez les travailleurs qui sont exposés régulièrement à des dispositifs médicaux en latex¹⁶. On peut utiliser le condom en peau d'agneau pour prévenir la grossesse, mais il ne doit pas servir à la prévention des infections transmises sexuellement. Plusieurs nouveaux condoms sans latex imperméables aux petits virus sont actuellement à l'étude. Il y a d'autres choix comme, notamment, l'éponge sans latex, le bouclier de Lea[®] ou le préservatif féminin.

«Que faire en cas de rupture d'un condom?» On a constaté que la plupart des condoms (92 % à 98 %) n'éclatent pas ou ne glissent pas complètement pendant un rapport sexuel¹⁷. Même la rupture d'un condom n'entraîne pas nécessairement une grossesse ou une infection. Une étude a révélé une grossesse seulement déclarée par 23 ruptures de condom¹⁸ et l'on a estimé que la probabilité d'infection par le VIH à la suite d'une seule exposition (rupture du condom après l'éjaculation) varie de 10 % à moins de 0,1 %, selon le type de transmission (homme à homme, homme à femme et femme à homme) et la présence d'ulcères génitaux¹⁹. Les ruptures

MESURES RECOMMANDÉES LORSQU'UN CONDOM DÉCHIRE OU GLISSE

- insérer immédiatement une mousse ou un gel spermicide, si possible
- si l'on ne dispose pas d'un produit spermicide, laver immédiatement le pénis et le vagin à l'eau savonneuse.
- contraception d'urgence.

ANNEXE 1

UTILISATION DU CONDOM

- Déposer une goutte ou deux de lubrifiant à base d'eau ou de la salive dans le condom.
- Placer le condom roulé sur le bout du pénis en érection.
- Laisser un demi-pouce au bout pour recueillir le sperme.
- Si l'homme n'est pas circoncis, écarter le prépuce avant de dérouler le condom.
- Expulser l'air de l'extrémité du condom en le pinçant d'une main (la plupart des ruptures de condom sont provoquées par la friction contre des bulles d'air).
- Dérouler le condom sur le pénis avec l'autre main.
- Dérouler le condom jusqu'à la base du pénis.
- Expulser toutes les bulles d'air.
- Lubrifier l'extérieur du condom — retirer le pénis avant qu'il perde sa tumescence.
- Ne pas déverser de sperme — maintenir le condom contre la base du pénis pendant le retrait.
- Jeter le condom.
- Laver le pénis à l'eau savonneuse avant tout autre contact.

ANNEXE 2

COMMENT PARLER DU CONDOM AVEC UN PARTENAIRE

Si votre partenaire déclare...	Vous pouvez répondre...
«Je prends la pilule. Pas besoin de condom.»	«Je veux l'utiliser quand même afin de nous protéger contre des infections que nous avons peut-être sans le savoir.»
«Le condom n'a rien de romantique.»	«Qu'a-t-il de plus romantique que faire l'amour tout en protégeant mutuellement notre santé?»
«Je sais que je n'ai aucune maladie. Je n'ai pas eu de relations sexuelles depuis X mois.»	«Sauf erreur, je n'ai pas de maladie non plus, mais je veux quand même utiliser un condom parce qu'on ne sait pas toujours quand on a une infection.»
«Je ne sens rien lorsque j'utilise un condom. C'est comme porter un imperméable dans une douche.»	«Peut-être qu'ainsi tu va durer encore plus longtemps, ce qui compensera.» OU «Je pense que je suis assez femme (homme) pour que tu sentes quelque chose.»
«Je perds mon érection lorsque j'enfile un condom.»	«Je peux faire quelque chose à ce sujet.»
«Il faut tout interrompre pour le mettre et cela détruit l'atmosphère romantique.»	«Pas si je t'aide.» OU «Nous pouvons rendre l'opération érotique ensemble.»
«Mais je t'aime.»	«Alors si tu m'aimes, tu vas m'aider à me protéger.»
«Je suppose que tu ne m'aimes pas vraiment.»	«Je t'aime, mais je ne risque pas mon avenir pour te le prouver.»
«Cette fois-ci seulement.»	«Une fois suffit.»
«Tu as un condom? Tu prévoyais avoir des relations sexuelles?»	«J'ai toujours un condom parce que je fais attention à moi et à nous.»
«Je n'aurai pas de relations sexuelles avec toi si tu insistes pour utiliser un condom.»	«Très bien. Attendons de pouvoir nous entendre. Nous pouvons nous satisfaire mutuellement sans rapport sexuel.»
«Je n'ai pas de condom.»	«J'en ai un.»



de condom ne présentent pas toutes le même risque. Le moment et le point de la rupture sont tous deux importants dans le calcul du risque réel. Les causes fréquentes de rupture comprennent le mauvais traitement du condom, l'utilisation d'un lubrifiant à base d'huile ou l'utilisation ou l'entreposage incorrects après la date de péremption.

«Le condom glisse pendant le rapport sexuel.» Même s'il est rare qu'un condom glisse complètement pendant un rapport sexuel, il peut glisser sur le corps du pénis sans tomber. Il faut tenir le condom à la base du pénis pendant le retrait¹⁷. S'il y a trop de lubrifiant à l'intérieur du condom, il risque davantage de glisser.

«J'ai de la difficulté à convaincre mon partenaire d'utiliser le condom.» Il importe que les prestataires de soins de santé répètent des scénarios particuliers avec leurs patients, les aident psychologiquement à décider quand et comment acheter des condoms, où les transporter et quand et comment aborder la question de l'utilisation du condom. Un prestataire de soins de santé intéressé et ouvert devrait aider les intéressés à apprendre à négocier en cas de résistance face à l'utilisation du condom. L'annexe 2 présente quelques exemples de façons de parler du condom avec un partenaire.

RÉFÉRENCES

1. Cates W, Stone KM. Family planning, sexually transmitted diseases, and contraceptive choice: a literature update, part 1. *Fam Plann Perspect* 1992;24:75-84.
2. Trussell J, Hatcher RA, Cates W, Stewart FH, Kost K. Contraceptive failure in the United States: an update. *Stud Fam Plann* 1990;21:51-4.
3. Kestelman P, Trussell J. Efficacy of the simultaneous use of condoms and spermicides. *Fam Plann Perspect* 1991;23:226-27,232.
4. Center for Disease Control and Prevention, 1993. STD Treatment Guidelines. *MMWR* 1993;42(RR-14):1-73.
5. Hatcher RA. *Contraceptive Technology*. New York, NY: Irvington Publishers Inc. 1994:163.
6. Kestelman P, Trussell J. Efficacy of the simultaneous use of condoms and spermicides. *Fam Plann Perspect* 1991;23:226-32.
7. Carey RF. Effectiveness of latex condoms as a barrier to human immuno-deficiency virus sized particles under conditions of simulated use. *Sex Transm Dis* 1992;19:230-4.
8. Carey RF. Background information, FDA testing of latex condoms. Distributed by KR Foster, Health and Welfare Canada, December 1992.
9. deVincenzi I. A longitudinal study of human immuno-deficiency virus by heterosexual partners. *N Engl J Med* 1994;331:34-46.
10. Deschamps MM, Pape JW, Hafner A, Johnson WD Jr. Heterosexual transmission of HIV in Haiti. *Ann Intern Med* 1996;125:324-30.
11. Cates W. How much do condoms protect against sexually transmitted diseases? *IPPF Bull* 1997;31:2-3.
12. Jones EF, Forest JD, Goldman N, Henshaw SK, Lincoln R, Rosoff JI, Westoff CF, Wulf D. Teenage pregnancy in developed countries: determinants in policy implications. *Fam Plann Perspect* 1985;17:53-63.
13. Dirubbon NE. The condom barrier. *Am J Nurs* 1987;87:1306-10.
14. Voeller B, Coulson A, Bernstein GS, Nokamura R. Mineral oil lubricants cause rapid deterioration of latex condoms. *Contraception* 1989;39:95-101.
15. Waldron T. Tests show commonly used substances harm latex condoms. *Contraceptive Technology Update* 1989;10:20-1.
16. US Food and Drug Administration. Allergic reactions to latex containing medical devices. March 29, 1991, publication #MDA91-1.
17. Trussell J, Warner DL, Hatcher RA. Condom slippage and breakage rates. *Fam Plann Perspect* 1992;24:20-3.
18. Hatcher RA, Hughes MS. The truth about condoms. *SIECUS Report* 1988;17:1-9.
19. Liskin L, Wharton C, Blackburn R, Kestelman P. Condoms: now more than ever. *Popul Rep H* 1990:8.

Éponge contraceptive, bouclier de Lea[®] et préservatif féminin

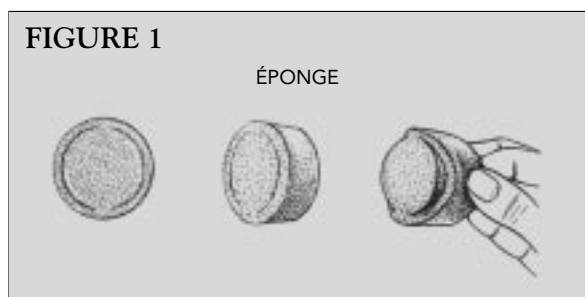
POURQUOI ENVISAGER CETTE MÉTHODE?

Les méthodes barrières peuvent constituer le meilleur moyen de contraception pour les femmes qui ne veulent peut-être pas consulter un médecin ou une clinique ou qui n'y ont peut-être pas accès. À cause de leur nature non hormonale, les contraceptifs locaux n'ont essentiellement aucun effet systémique et ils conviennent aux femmes qui veulent ou doivent éviter la contraception hormonale¹.

COMMENT FONCTIONNENT CES MOYENS?

ÉPONGE CONTRACEPTIVE

L'éponge contraceptive (Protectaid[®]) est un contraceptif local non prescrit de taille universelle qui n'oblige pas à consulter un médecin ou à visiter une clinique de contrôle des naissances. Cette petite éponge jetable en mousse de polyuréthane recouvre le col (figure 1). L'éponge est imprégnée d'une combinaison de spermicides (nonoxynol-9, chlorure de benzalkonium et cholate de sodium)².



On introduit l'éponge dans le vagin de façon à recouvrir le col. Son action contraceptive est assurée

principalement par le spermicide dont elle est imprégnée, et par sa capacité d'absorber et d'emprisonner le sperme. L'éponge actuellement disponible au Canada a un taux d'efficacité théorique de 90 %³ chez les femmes nullipares, mais elle est beaucoup moins efficace chez les femmes qui ont déjà accouché et dont 20 % conçoivent de façon inattendue au cours de la première année d'utilisation «parfaite». Les taux réels d'échec chez les utilisatrices types sont de 18 % chez les femmes nullipares et de 36 % chez celles qui ont déjà accouché⁴. Comme dans le cas des autres contraceptifs féminins vaginaux, il est possible d'augmenter les taux d'efficacité de l'éponge en la combinant au condom utilisé par l'homme.

BOUCLIER DE LEA[®]

Le bouclier de Lea[®] est un nouveau contraceptif vaginal local fait de silicone pour usage médical qu'il faut utiliser avec un spermicide. Le bouclier comporte une valve à sens unique qui empêche d'emprisonner de l'air entre le dispositif et le col et permet de l'ajuster correctement et précisément au col⁴. Le bouclier est conçu pour remplir le cul-de-sac postérieur du vagin, ce qui réduit le risque de déplacement. Le bouclier comporte une boucle antérieure qui en facilite l'insertion et le retrait (figure 2).

Le bouclier agit véritablement comme une barrière qui bloque le sperme. On y ajoute du spermicide pour en compléter l'efficacité contraceptive⁵. Les quelques études terminées jusqu'à maintenant révèlent que l'efficacité du bouclier de Lea[®] se compare très favorablement aux autres contraceptifs vaginaux féminins et que le taux d'échec atteint 8,7 % avec spermicide et 12,9 % sans spermicide⁶.



AVANTAGES DE L'ÉPONGE

- peut être insérée avant un rapport sexuel
- aucune préparation précise nécessaire
- aucun spermicide supplémentaire nécessaire
- facile à transporter, accessible
- aucun ajustement ni aucune intervention du médecin nécessaire
- aucune réaction systémique
- protection continue qui peut atteindre 24 heures
- peut assurer une certaine protection contre les MTS
- polyuréthane (aucun latex)
- l'insertion n'interrompt pas le rapport sexuel
- aucun lien entre l'utilisation de courte durée et le syndrome de choc toxique

INCONVÉNIENTS DE L'ÉPONGE

- il faut la laisser en place pendant au moins six heures après le rapport sexuel
- il faut l'utiliser correctement et régulièrement afin d'éviter un échec
- les femmes doivent être à l'aise face à une manipulation du vagin
- taux d'échec plus élevé chez les femmes qui ont déjà accouché
- réactions de sensibilité au spermicide
- possibilité de mycose ou de vaginose bactérienne
- possibilité de syndrome de choc toxique
- ne peut être utilisée pendant les menstruations
- peut être oubliée en place

PRÉSERVATIF FÉMININ

Le préservatif féminin est une gaine en polyuréthane molle jetable qui comporte deux anneaux souples (un à chaque extrémité). Il constitue un obstacle physique sur toute la longueur du vagin ; il est ancré à l'intérieur par un anneau (comme un diaphragme) pendant que l'autre anneau à l'extérieur le fixe en place contre le périnée (figure 3). Le préservatif n'est pas en latex et l'allergie au latex n'est donc pas une contre-indication. Son principal inconvénient est lié à l'aspect esthétique, car on signale qu'il est bruyant pendant le rapport sexuel.

QUELLES SONT LES OPTIONS?

ÉPONGE CONTRACEPTIVE

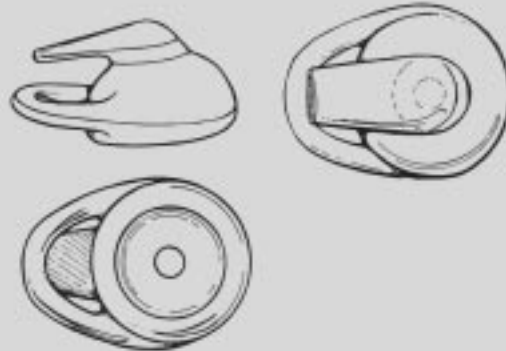
Il n'y a actuellement qu'une seule éponge contraceptive disponible au Canada — Protectaid®.

BOUCLIER DE LEA®

Ce produit est maintenant disponible dans certaines provinces du Canada (en pharmacie).

FIGURE 2

BOUCLIER DE LEA®



UTILISATION DE L'ÉPONGE CONTRACEPTIVE— INSTRUCTIONS

- L'utilisatrice devrait se laver les mains avant d'insérer l'éponge.
- Il faut insérer l'éponge dans le vagin avant le rapport sexuel ou tout contact génital. Suivre les instructions sur l'emballage pour insérer l'éponge dans le vagin jusqu'à ce qu'elle repose sur le col.
- L'éponge doit demeurer en place pendant au moins six heures après le rapport sexuel et il faut l'enlever au plus tard 24 heures après l'insertion et la jeter.
- L'utilisatrice devrait consulter un médecin si elle ressent des symptômes du syndrome de choc toxique (poussée de température soudaine, diarrhée, vomissement, étourdissements, faiblesse, douleurs musculaires ou éruption qui ressemble à un coup de soleil)⁴.
- L'utilisatrice devrait vérifier la date de péremption de l'éponge.
- L'utilisatrice et un clinicien doivent surveiller l'apparition de réactions de sensibilité au spermicide (irritation ou démangeaison).
- Le clinicien doit fournir de l'information sur la disponibilité de la contraception postcoïtale d'urgence.

PRÉSERVATIF FÉMININ

Le préservatif féminin Reality® est vendu au Canada en emballages de trois.



UTILISATION DU BOUCLIER DE LEA®—INSTRUCTIONS

- L'utilisatrice devrait se laver les mains avant d'insérer le bouclier.
- Le bouclier peut être inséré dans le vagin n'importe quand avant un rapport sexuel.
- Suivre les instructions sur l'emballage pour placer le bouclier derrière l'os pubien, aussi loin que c'est confortable, et pour introduire ensuite le spermicide.
- Même s'il est conçu en théorie pour rester dans le vagin jusqu'à 48 heures, il faudrait l'enlever au plus tard 24 heures après l'insertion pour éviter toute possibilité de syndrome de choc toxique.
- L'utilisatrice devrait consulter un clinicien si elle a des difficultés.
- Le clinicien devrait fournir de l'information sur la disponibilité de la contraception postcoïtale d'urgence.

FIGURE 3

PRÉSERVATIF FÉMININ



QUELLES SONT LES CONDITIONS PRÉALABLES À L'UTILISATION?

ÉPONGE CONTRACEPTIVE ET BOUCLIER DE LEA®

Les femmes qui utilisent ces méthodes doivent se sentir à l'aise face aux manipulations génitales nécessaires pour faciliter l'insertion.

Comme elles n'ont aucun ajustement individuel et n'ont pas à subir d'examen pelvien pour obtenir l'éponge ou le bouclier de Lea®, les utilisatrices peuvent acheter ces produits sans consulter un professionnel de la santé. Ces produits sont en général assortis d'exigences rigoureuses au sujet de l'étiquetage et des instructions qui les rendent conformes à leur statut de produits non prescrits. Les pharmaciens peuvent conseiller ces utilisatrices au moment de l'achat. Les allergies à tout ingrédient

constituant les spermicides ou à la mousse de polyuréthane dont l'éponge même est faite peuvent en limiter l'utilisation chez les personnes sensibles.

PROBLÈMES

«Je semble avoir davantage d'infections vaginales depuis que j'ai commencé à utiliser l'éponge.» Certaines utilisatrices de l'éponge sont souvent victimes de mycoses ou de vaginoses bactériennes à répétition qu'il faut traiter comme il se doit. Elles devraient alors envisager de changer de méthode⁴.

«Mon partenaire se plaint que le bouclier de Lea® pince.» Il faut renforcer auprès de l'utilisatrice la bonne façon d'insérer le bouclier et lui faire une démonstration au besoin. Si le problème persiste, elle devra peut-être envisager une autre méthode.

«L'éponge me protège-t-elle (ainsi que mon partenaire) contre la transmission du VIH?» Les données probantes préliminaires indiquent que les spermicides, et en particulier l'acide cholique (cholate de sodium) assurent une certaine protection contre le VIH⁷. Afin de maximiser la protection contre la transmission du VIH, il faudrait combiner l'éponge et le condom masculin en latex.

RÉFÉRENCES

1. Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Stewart GK, Kowal D, Guest F, Cates W, Policar M. Contraceptive Technology, 16th Ed. Printed Matter Inc. Atlanta, GA, 1994.
2. Courtot AM, Nikas G, Gravanis A, Psychoyos A. Effects of cholic acid and Protectaid® formulations on human sperm motility and ultrastructure. Hum Reprod 1994;9: 1199-2005.
3. Guerrero E. The new Protectaid® contraceptive sponge: a scientific update. Press Release, Toronto, February 13, 1996.
4. Archer DF, Mauck CK, Viniegra-Sibal A, Anderson FD. Lea's Shield®: a phase 1 postcoital study of a new contraceptive barrier device. Contraception 1995;52:167-73.
5. Hunt WL, Gabbay L, Potts M. Lea's Shield®, a new barrier contraceptive: preliminary clinical evaluations of a three-day tolerance study. Contraception 1994;50:551-61.
6. Mauck C, Glover L, Miller E. Lea's Shield®: a study of the safety and efficacy of a new vaginal barrier contraceptive used with and without spermicide. Contraception 1996;53:329-35.
7. Psychoyos A. Spermicidal and antiviral properties of a new vaginal contraceptive sponge (Protectaid®), containing sodium cholate (cholic acid). Hum Reprod 1993;8:866-9.

Diaphragme et cape cervicale

POURQUOI ENVISAGER CES MÉTHODES?

Ces méthodes sont indiquées dans le cas des femmes motivées qui utilisent régulièrement et correctement le dispositif de leur choix¹. Ces méthodes locales peuvent aussi bien convenir aux femmes pour lesquelles la contraception hormonale est contre-indiquée ou qui ne veulent pas l'utiliser².

COMMENT FONCTIONNENT-ELLES?

Les diaphragmes et les capes cervicales sont des méthodes contraceptives locales que les femmes utilisent avec un spermicide (gelée ou crème). Ces dispositifs constituent une barrière physique entre le sperme et le col. L'action spermicide de la gelée ou de la crème utilisée augmente l'effet contraceptif³. Des études sur l'utilisation du diaphragme sans spermicide ont démontré que l'efficacité du diaphragme seul varie^{3,4}. Jusqu'à ce qu'on réfute les recommandations traditionnelles, les femmes qui utilisent le diaphragme devraient y ajouter un spermicide⁴.

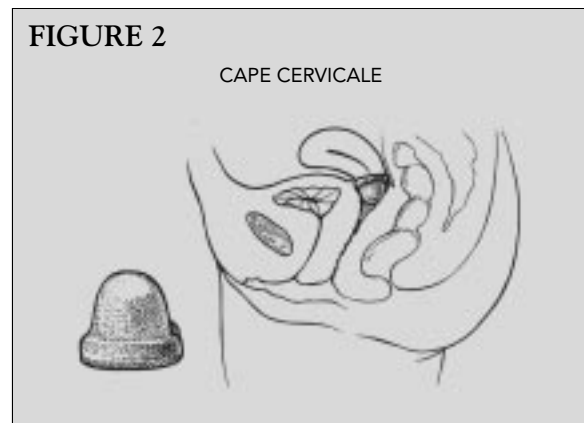
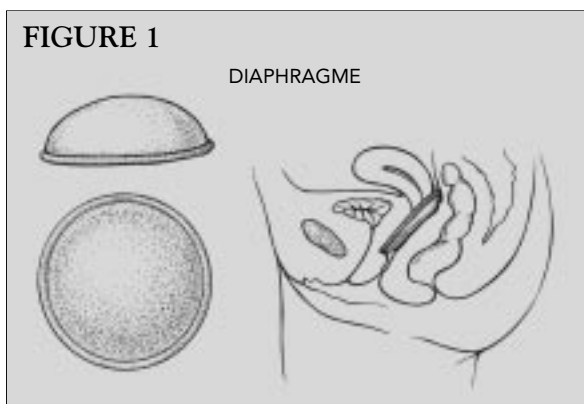
Un diaphragme est fait de latex et bordé par un anneau en acier flexible qui s'insère dans le vagin pour recouvrir le col (figure 1).

La cape cervicale est un petit dispositif en caoutchouc maintenu en place sur le col par succion. Elle doit donc être bien ajustée (figure 2).

Lorsque ces méthodes sont utilisées de façon parfaite, la probabilité d'échec au cours de la première année d'utilisation varie de 4 % à 8 % dans le cas du diaphragme et de 10 % à 13 % dans celui de la cape cervicale⁵. Dans ce dernier cas, le taux d'échec au cours de la première année est beaucoup plus élevé chez les femmes qui ont déjà accouché (de 26 % à 27 %)⁵. S'il est essentiel d'utiliser ces produits régulièrement et correctement pour en assurer l'efficacité, environ la moitié des échecs de ces méthodes se produisent en dépit d'une utilisation diligente. L'aptitude d'une femme à accepter une grossesse non planifiée peut être un facteur qui détermine si elle peut utiliser une de ces méthodes barrières.

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS

La capacité d'insérer le dispositif immédiatement avant le rapport sexuel ou jusqu'à 30 à 60 minutes plus tôt peut permettre davantage de spontanéité. Les méthodes barrières vaginales sont disponibles chaque fois qu'on en a besoin, peu importe l'intervalle entre les épisodes d'activité sexuelle. Le diaphragme et la cape cervicale peuvent tous deux protéger contre les MTS et leurs conséquences à cause de la réduction du contact entre le col et les organismes (p. ex., gonorrhée du col, chlamydia). Ces méthodes peuvent toutes deux être utilisées pendant la lactation.





On établit un lien entre l'utilisation du diaphragme et une réduction de l'incidence de néoplasies du col et, dans l'ensemble, une incidence très faible d'effets secondaires². Il faut ajouter du spermicide à tous les types de diaphragme lors de chaque rapport sexuel (il faut utiliser un applicateur chaque fois). Le diaphragme peut accroître le risque d'infection urinaire persistante à cause de la pression que l'anneau du diaphragme exerce sur l'urètre.

SYNDROME DE CHOC TOXIQUE
Le syndrome de choc toxique (SCT), causé par les toxines que libèrent certaines souches de <i>Staphylococcus aureus</i> , est un trouble rare mais grave. Même s'il est faible, le risque de SCT augmente chez les femmes qui utilisent des contraceptifs vaginaux locaux.
Les femmes qui utilisent ces méthodes devraient surveiller l'apparition de tout signe de danger de SCT :
<ul style="list-style-type: none"> - poussée de fièvre subite - diarrhée - vomissement - étourdissements - faiblesse - douleurs musculaires - éruption qui ressemble à un coup de soleil.

La cape est plus petite que le diaphragme et nécessite moins de gelée spermicide. Elle n'a pas tendance à accroître le risque d'infection urinaire, mais elle est plus difficile à insérer que le diaphragme. On ne peut utiliser la cape cervicale dans les six semaines suivant un accouchement à terme, après une fausse couche ou un avortement récent, ou pendant toute période de saignement vaginal, y compris les menstruations.

La cape cervicale peut provoquer plus d'odeurs et de sécrétions vaginales que le diaphragme et certaines positions peuvent la déplacer lors des rapports sexuels. Des études ultérieures ont démontré que des préoccupations initiales au sujet d'anomalies du test de Papanicolaou associées à l'utilisation de la cape cervicale étaient sans fondement⁶.

Pour être efficaces, ces méthodes doivent être utilisées régulièrement. La protection contre la transmission du VIH n'est pas certaine parce que le dispositif expose la muqueuse vaginale. On peut établir un lien entre le syndrome de choc toxique et ces deux méthodes qui ne sont pas recommandées dans le cas des femmes (ou de leur partenaire) allergiques ou sensibles au latex, au caoutchouc ou aux spermicides.

QUELLES SONT LES OPTIONS?

Il y a trois types de diaphragme disponibles au Canada—à ressort à spirale (le plus répandu), à ressort plat et à ressort arqué—qui sont disponibles dans toutes sortes de tailles. Le diaphragme à ressort à spirale a un bord plus robuste qu'il est facile à plier pour l'insérer. Le choix du diaphragme repose en bout de ligne sur les préférences individuelles en ce qui concerne le confort et la facilité de vérification de la position. Le diaphragme peut être inséré dans le vagin au moyen d'un applicateur, mais la méthode manuelle donne de meilleurs résultats parce qu'elle permet de vérifier si le diaphragme est bien ajusté.

Les capes cervicales sont disponibles en tailles de 22, 25 et 31 mm, chiffre qui désigne le diamètre interne du bord.

QUELLES SONT LES CONDITIONS PRÉALABLES À L'UTILISATION?

DIAPHRAGME

Un clinicien qualifié doit procéder à un examen pelvien pour ajuster un diaphragme. Le praticien doit exclure toute cystocèle importante, toute rectocèle et tout prolapsus prononcé de l'utérus : tous ces problèmes représentent des contre-indications absolues à l'utilisation du diaphragme⁷.

AJUSTEMENT D'UN DIAPHRAGME
On peut estimer le diamètre correct du diaphragme en :
<ul style="list-style-type: none"> - introduisant l'index et le majeur dans le vagin jusqu'à ce que le majeur touche la paroi postérieure (figure 3); - marquer avec le bout du pouce le point auquel l'index touche à l'os pubien; - retirer les doigts et placer ensuite le bord du diaphragme au bout du majeur. Le côté opposé du bord devrait reposer juste devant le bout du pouce (figure 4).

Les fabricants de diaphragmes produisent des anneaux d'ajustement de diverses tailles et comportant divers types de bords. Les tailles varient de 50 à 105 mm et les types à bord plat ou spiralé sont les plus répandus. Il importe de procéder à l'ajustement avec le type de bord que la cliente utilisera en bout de ligne et de lui demander de s'exercer à insérer ce type de diaphragme sous la surveillance du clinicien.

On peut ensuite introduire dans le vagin, dans la bonne position, un spécimen de diaphragme ou un anneau d'ajustement. Le diaphragme devrait être bien ajusté à la partie supérieure du vagin, immédiatement derrière l'os pubien, et son bord devrait toucher les parois latérales du vagin et le cul-de-sac postérieur (figure 1)².

FIGURE 3

DIAPHRAGME—DÉTERMINATION DE LA TAILLE



FIGURE 4

DIAPHRAGME—DÉTERMINATION DE LA TAILLE



CAPE CERVICALE

Un clinicien qualifié doit procéder à un examen pelvien bimanuel pour déterminer la position et la grosseur de l'utérus et du col. Il faut exclure toute difformité structurale du col à cause de laquelle il sera difficile de bien ajuster la cape. Le col devrait être symétrique et ne porter aucune cicatrice ni lacération. Les résultats anormaux de la cytologie du col, la cervicite chronique et la salpingite répétitive sont des contre-indications relatives à l'utilisation de cette méthode.

L'examen du col permet d'estimer la taille appropriée de la cape. On recommande d'essayer au moins deux tailles pour trouver le bon ajustement. Une cape trop serrée peut causer des traumatismes au col et la cape qui a trop de jeu risque davantage d'être déplacée ou de ne pas former un joint étanche. Lorsqu'elle est bien ajustée, la cape cervicale crée un vide et ne peut bouger. On estime que de 6 % à 30 % des femmes peuvent avoir de la difficulté à trouver une cape bien ajustée.

UTILISATION DU DIAPHRAGME OU DE LA CAPE—INSTRUCTIONS

- il faut se laver les mains avant d'introduire le diaphragme ou la cape cervicale;
- introduire le dispositif dans le vagin en suivant les instructions, avant un rapport sexuel;
- pour retirer le diaphragme ou la cape, attendre au moins six à huit heures après un rapport sexuel et au plus 24 heures après l'insertion;
- consulter un médecin en cas d'apparition de symptômes du syndrome de choc toxique (poussée de fièvre soudaine, diarrhée, vomissement, étourdissements, faiblesse, douleurs musculaires ou éruption ressemblant à un coup de soleil);
- éviter les lubrifiants à base d'huile qui peuvent endommager la cape ou le diaphragme—utiliser plutôt un produit à base d'eau;
- vérifier les dates de péremption des spermicides;
- après usage, il faut laver le diaphragme ou la cape à l'eau chaude avec un savon doux. Il faut éponger le dispositif et le ranger dans son étui, loin des sources évidentes de chaleur et de lumière excessive;
- avant de l'utiliser, il faut vérifier la cape ou le diaphragme pour y déceler les petites perforations ou déchirures en tenant le dispositif devant la lumière;
- il faut remplacer périodiquement les diaphragmes et les capes—après un ou deux ans environ, ou lorsque le dispositif est endommagé ou plié.

L'utilisation combinée d'une méthode barrière féminine et du condom en latex par l'homme peut assurer une protection supplémentaire contre la grossesse et protéger davantage les femmes très exposées aux MTS.

Ces méthodes exigent une certaine coordination physique. Il se peut qu'elles ne conviennent pas très bien aux femmes qui ont certaines incapacités physiques ou des déficiences neurologiques qui limitent leur flexibilité ou leur contrôle de la motricité fine.

MISE EN ŒUVRE ET SUIVI NÉCESSAIRES

Avant de pouvoir utiliser avec succès le diaphragme ou la cape cervicale, une femme doit recevoir des instructions détaillées sur la façon d'insérer le dispositif, pouvoir pratiquer l'insertion et être rassurée par le clinicien. Il



est utile de renforcer les bonnes méthodes et de donner à la femme des trucs qui l'aident à se sentir plus à l'aise avec son propre corps. Il sera aussi essentiel de fournir à l'utilisatrice des renseignements sur la disponibilité de la contraception (postcoïtale) d'urgence.

Les femmes qui utilisent le diaphragme n'ont pas besoin de suivi spécial autre qu'un rajustement après une grossesse à terme, une intervention chirurgicale pelvienne ou un avortement, ou en cas de prise ou de perte majeure de poids.

Il faudrait suivre les utilisatrices de la cape cervicale pour déceler chez elles toute inflammation cervicale et tout résultat anormal au test de Papanicolaou car de tels changements inflammatoires ont été rapportés. L'irritation de la région vaginale ou périnéale non infectées peut être liée à une allergie ou à une sensibilité au latex ou au spermicide. Un problème récurrent peut obliger à adopter d'autres méthodes de contraception.

PROBLÈMES ET SOLUTIONS

«L'utilisation du diaphragme semble me causer des infections urinaires.» Si l'utilisatrice est victime d'infections urinaires à répétition, un rajustement ou un changement de type de bord peut aider. L'infection urinaire peut-être une contre-indication à l'utilisation du diaphragme chez certaines femmes, qui pourront obtenir de meilleurs résultats avec une cape cervicale.

«La cape cervicale provoque chez moi une mauvaise odeur et des sécrétions.» Il faut rappeler à l'utilisatrice de retirer la cape au plus tard 24 heures après l'insertion et de la nettoyer et de la faire sécher entre chaque usage.

RÉFÉRENCES

1. Carruthers-Czyzewski P. Nonprescription Drug Reference for Health Professionals. Canadian Pharmaceutical Association, 1996.
2. Hatcher RA, Trussel J, Stewart F, Stewart GK, Kowal D, Guest F, Cates W, Policar M. Contraceptive Technology, 16th Ed. Printed Matter Inc. Atlanta, GA, 1994.
3. Ferreira AE, Araujo MJ, Regina CH, Diniz SG. Effectiveness of the diaphragm, used continuously, without spermicide. *Contraception* 1993;48:29-35.
4. Smith C, Farr G, Feldblum PJ, Spence A. Effectiveness of the non-spermicidal fit-free diaphragm. *Contraception* 1995;51:289-91.

5. Trussell J, Strickler J, Vaughan B. Contraceptive efficacy of the diaphragm, the sponge and the cervical cap. *Fam Plann Perspect* 1993;25:100-5.
6. Richwald GA, Greenland S, Gerber MM, Potik R, Kersey L, Comas MA. Effectiveness of the cavity-rim cervical cap: results of a large clinical study. *Obstet Gynecol* 1989;74:143-8.
7. Yuzpe AA. Contraception. In: Gray J (Ed). *Therapeutic Choices*, Premier Edition. Canadian Pharmaceutical Association, 1995.

Spermicides

POURQUOI ENVISAGER CETTE MÉTHODE?

Les spermicides sont faciles à obtenir sans ordonnance, peuvent être utilisés seuls et n'ont pas d'effets systémiques (tableau 1). Ils jouent aussi un rôle important dans l'efficacité de l'éponge contraceptive, du diaphragme, de la cape cervicale et du condom (figure 1).

COMMENT FONCTIONNENT-ILS?

Les spermicides sont constitués d'un agent spermicide contenu dans un transporteur qui permet de le disperser dans le vagin et de l'y maintenir. Le spermicide le plus répandu est le Nonoxynol-9, composant actif de la plupart des préparations spermicides disponibles au Canada. Les spermicides sont des surfactants qui détruisent la membrane cellulaire du sperme en altérant sa couche lipidique, ce qui rend le spermatozoïde perméable et gonflé par la rupture des membranes cellulaire et acrosomiale.

Les taux d'efficacité du spermicide utilisé seul varient de 79 % à 94 %¹. Les taux de grossesse les plus faibles sont enregistrés chez les femmes motivées qui ont appris à utiliser les spermicides comme il se doit. Les spermicides sont aussi plus efficaces chez les femmes dont la fécondité a diminué naturellement, comme chez celles de plus de 45 ans, celle qui allaite ou qui ont une aménorrhée secondaire.

Lorsqu'on utilise deux méthodes de contraception en même temps, le taux de grossesse accidentelle tombe très au-dessous du taux de chaque méthode. On peut utiliser des spermicides au milieu du cycle afin d'améliorer la contraception assurée par les techniques de détermination de la période de fécondité ou par le stérilet. Lorsqu'il y a rupture d'un condom, l'application immédiate d'un spermicide, et en particulier d'une mousse, peut prévenir une grossesse accidentelle. Lorsqu'on a oublié de prendre des contraceptifs oraux ou qu'un stérilet est

expulsé, il est préférable d'utiliser un spermicide comme méthode d'urgence plutôt que de ne rien utiliser. L'utilisation du condom avec du spermicide est plus efficace.

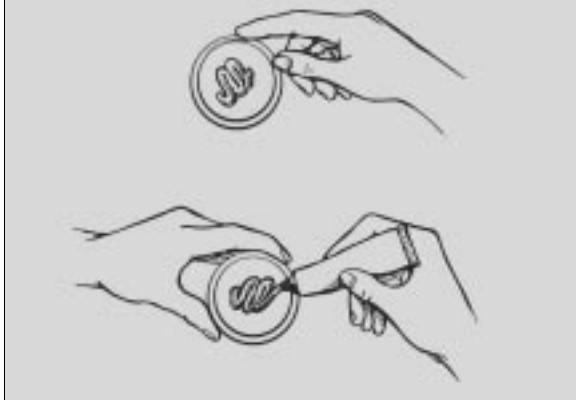
TABLEAU 1

AVANTAGES DES SPERMICIDES

- Simples à utiliser
- En vente libre
- Peu coûteux
- Médicalement sûrs
- Réduisent la transmission des MTS
- Favorise la lubrification

FIGURE 1

DIAPHRAGME AVEC SPERMICIDE



AVANTAGES

I. PRÉVENTION DES MALADIES TRANSMISES SEXUELLEMENT

Une des principales raisons du renouveau d'intérêt que suscitent les spermicides, c'est leur capacité de réduire l'infection par les maladies transmises sexuellement (MTS), et particulièrement la chlamydia et la



gonorrhée^{2,3}. Une étude a révélé que les femmes qui utilisaient le condom et les spermicides vaginaux avaient 40 % de moins d'infections par la chlamydia et la gonorrhée que celles qui utilisaient le condom seulement⁴. De nombreuses études *in vitro* ont montré que le nonoxynol-9 a un effet antimicrobien contre la syphilis, la trichomonase, la mycoplasma, le *H. ducreyi* et le *U. urealyticum*, ainsi qu'un effet antiviral contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), celui de l'herpès simplex II (VHS-II) et celui de l'hépatite B^{5,6}.

Il est primordial de prévenir l'infection par le VIH et urgent de mettre au point un agent vaginal qui pourrait réduire la transmission du virus. Le nonoxynol-9 agit contre le VIH *in vitro*, mais on n'a pas confirmé *in vivo* la protection qu'il assure contre l'infection par le VIH. Le VIH peut être transmis par une multitude de facteurs. On sait que la présence d'ulcères causés par la syphilis et le VHS-II accroît la vulnérabilité à l'infection par le VIH⁷. À cause de son activité antimicrobienne et antivirale, le nonoxynol-9 peut réduire l'incidence d'ulcères génitaux d'origine infectieuse. L'utilisation fréquente des spermicides (plus de 15 fois par mois), et surtout de préparations à forte dose, peut toutefois accroître l'irritation génitale et perturber davantage l'épithélium. On ne sait pas si ces effets accroissent la vulnérabilité à l'infection par le VIH et la question est actuellement à l'étude. L'application d'un spermicide dans une gelée bio-adhésive (Advantage 24[®]) peut réduire l'irritation génitale à cause de la faible dose de nonoxynol-9 (52 milligrammes) et de l'effet de protection du transporteur⁸. Ce produit libère régulièrement du spermicide et des études en cours (réalisées par l'Organisation mondiale de la santé) visent à en évaluer l'activité dans la transmission du VIH. On étudie aussi la combinaison de spermicides et d'autres agents antiviraux.

L'utilisation de spermicides pour prévenir les MTS, surtout lorsqu'ils sont combinés à une méthode locale, peut réduire l'inflammation pelvienne et la stérilité tubaire⁹. Des données indiquent aussi que les spermicides peuvent réduire le cancer du col, ce qui peut être attribuable à leurs propriétés antivirales¹⁰.

II. LACTATION ET GROSSESSE

Beaucoup de femmes utilisent un spermicide pendant la période de lactation, car l'absorption du spermicide par le vagin est négligeable⁸. Des données probantes rassurantes indiquent que le spermicide

n'aura aucun effet indésirable sur le fœtus en cas de grossesse accidentelle¹¹.

Les spermicides, et particulièrement les mousses, crèmes et gelées, offrent un avantage non contraceptif, soit la lubrification vaginale qui peut réduire le risque de rupture du condom.

III. JEUNES

Les jeunes femmes peuvent préférer la pellicule et les suppositoires contraceptifs vaginaux parce qu'ils sont discrets et faciles à transporter.

INCONVÉNIENTS

L'irritation temporaire de la vulve ou du pénis est un des effets secondaires les plus répandus de l'utilisation de spermicide (tableau 2). Les spermicides, et en particulier les mousses, gelées et crèmes, peuvent être compliqués à appliquer, ce qui peut en réduire l'utilisation. Pour certains couples, l'application répétée du spermicide obligatoire avant chaque rapport sexuel peut présenter un inconvénient.

TABLEAU 2 INCONVÉNIENTS DE L'UTILISATION DES SPERMICIDES	
	Irritation
	Odeur ou goût désagréables
	Application compliquée
	Choix du bon moment

QUELLES SONT LES OPTIONS ?

Il existe différents systèmes d'application vaginale des spermicides : crèmes, gelées, mousses, suppositoires et pellicules (tableau 3). Les spermicides en gelée et en crème sont vendus pour être utilisés avec le diaphragme et la cape cervicale; les mousses ou les pellicules déposées dans le dôme d'un diaphragme suffiront en cas d'urgence. Les mousses et les gelées sont efficaces immédiatement après l'application.

Il faut de 10 à 15 minutes aux suppositoires spermicides pour se dissoudre et se disperser dans le vagin avant d'être efficaces.

La pellicule contraceptive vaginale est une pellicule de deux pouces sur deux qui ressemble à du papier ciré. Elle contient 72 mg de nonoxonol-9 et il lui faut cinq minutes pour se dissoudre et se disperser avant d'agir. Ce produit n'est actuellement disponible que sous forme



d'échantillon dans certaines cliniques de contraception au Canada.

TABLEAU 3
SPERMICIDES DISPONIBLES AU CANADA

Spermicide	Coût Initial	Coût/dose	% N-9 ^a (mg/dose)
Gelées			
Shur-Seal Gell	8,00 \$	0,33 \$	2,0
Ortho-Gynol-II	22,00 \$	1,00 \$	2,0 (100)
K-Y plus Spermicide	8,00 \$	0,40 \$	2,2(110)
Lea's Spermicidal Gel	12,00 \$		
Advantage 24	10,00 \$	3,33 \$	3,5 (52)
Mousse			
Mousse contraceptive Delfen	22,00 \$	0,55 \$	12,5 (125)
Mousse contraceptive Ramses	24,00 \$	0,60 \$	12,5 (125)
Suppositoire			
Contraceptif vaginal Encare	12,00 \$	1,00 \$	

^a Nonoxynol-9

L'efficacité des crèmes, gelées, suppositoires et pellicules ne dépasse pas une heure et il faut répéter l'application du spermicide avant chaque rapport sexuel.

Le système d'application de spermicide le plus récent est la gelée bio-adhésive (Advantage 24[®]) qui adhère au col et au vagin et libère lentement du nonoxynol-9. Comparativement à d'autres systèmes de distribution, la gelée bio-adhésive assure une protection qui peut atteindre 24 heures avant un rapport sexuel¹². Il faut toutefois l'appliquer de nouveau avant chaque rapport suivant.

CONDITIONS PRÉALABLES À L'UTILISATION

Les personnes qui veulent utiliser un spermicide seul comme méthode de contraception devraient en connaître l'efficacité pour pouvoir procéder à une évaluation personnelle de leur risque et décider si la méthode convient à leur situation. Si l'obligation personnelle ou médicale d'éviter une grossesse est grande, il faut alors envisager d'autres méthodes de contraception. La seule contre-indication absolue à l'utilisation du spermicide est une allergie connue au spermicide ou au transporteur, ce qui se produit chez de 2 % à 4 % des utilisateurs, tant hommes que femmes (tableau 4).

Il ne faut pas utiliser de spermicides dans toute situation qui empêche de le déposer comme il se doit au fond du vagin, sur le col. Des anomalies des voies génitales comme une cloison vaginale ou un col double rendent difficile le dépôt du spermicide au bon endroit et peuvent

être des contre-indications à son utilisation : tout dépend de la motivation de la femme. Le prolapsus génital est une contre-indication relative à l'utilisation des spermicides qui risquent de ne pas être retenus dans le vagin.

Quelle que soit la méthode de contraception, les femmes exposées aux MTS devraient être informées des effets positifs éventuels des spermicides utilisés avec ou sans condom.

TABLEAU 4
CONTRE-INDICATIONS À L'UTILISATION DES SPERMICIDES

Allergie au spermicide ou au transporteur
Incapacité de l'appliquer comme il se doit
Besoin personnel ou médical d'une contraception très efficace

PREMIÈRES ÉTAPES ET SURVEILLANCE

Comme les spermicides sont en vente libre, il se peut que les femmes qui utilisent ces préparations ne consultent jamais un professionnel de la santé. Il n'y a aucune évaluation particulière à l'utilisation des spermicides autre que l'examen gynécologique auquel on soumet une femme sexuellement active.

Il faut insister pour que les utilisatrices lisent et suivent les instructions particulières à chaque spermicide, et surtout celles qui portent sur la période d'attente entre l'insertion et le rapport sexuel, la durée de l'efficacité et l'obligation de répéter l'application de spermicide avant chaque rapport sexuel (tableau 5).

TABLEAU 5
UTILISATION DES SPERMICIDES—INSTRUCTIONS GÉNÉRALES

Lire et suivre les instructions sur l'emballage.
Insérer le spermicide au fond du vagin de façon à recouvrir le col.
Utiliser la quantité appropriée de spermicide.
Laisser passer la période recommandée entre l'insertion et le rapport sexuel.
Appliquer d'autre spermicide avant chaque rapport sexuel.
Ne pas prendre de douche vaginale pendant au moins six heures après un rapport sexuel.
Toujours en avoir en réserve.

PROBLÈMES ET SOLUTIONS—GESTION DES EFFETS SECONDAIRES

Si l'irritation génitale pose un problème, il faut prendre des mesures pour exclure les MTS, la moniliase et la vaginose bactérienne.



On peut cesser d'utiliser un spermicide à cause de son odeur ou de son goût désagréable. Il faut alors procéder à un examen vaginal pour y déceler la présence de corps étrangers, effectuer des prélèvements pour culture et traiter toute infection en particulier. Si l'on ne trouve aucune anomalie, il faut alors essayer un spermicide différent.

Si les «sécrétions salissantes» posent un problème, il faut alors recommander d'utiliser un spermicide sous forme de suppositoire, de pellicule ou de gelée bio-adhésive.

Lorsqu'il s'écoule peu de temps entre l'insertion du spermicide et le coït, il faudrait alors utiliser une mousse, une gelée ou une crème, qui sont efficaces sur-le-champ. Par ailleurs, la gelée bio-adhésive peut être insérée jusqu'à 24 heures avant un rapport sexuel.

RÉFÉRENCES

1. Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Kowal D, Guest F, Cates W, Policar MS. In: Kowal D (Ed). *Contraceptive Technology*, 16th Edition. Irvington Pub. Inc. 1994.
2. Jick H, Hannan MI, Stergachis A, Heidrich R, Perera D, Rothman KJ. Vaginal spermicide and gonorrhea. *JAMA* 1982;248:1619-21.
3. Wier SS, Feldblum PJ, Zekeng L, Roddy RE. The use of nonoxynol-9 for protection against cervical gonorrhea. *Am J Public Health* 1994;84:910-4.
4. Niruthisard S, Roddy RE, Chutivongse S. Use of nonoxynol-9 and reduction in rate of gonorrhea and chlamydial cervical infections. *Lancet* 1992; 339:1371-5.
5. Jones BM, Geary I, Lee ME, Dueren BI. Susceptibility of *Haemophilus Ducreyi* to spermicidal compounds *in vitro*. *Genitourin Med* 1991;67:268-9.
6. Judson FN, Ehret JM, Bodin GF, Levin MK, Retmejer AM. *In vitro* evaluations of condoms with and without nonoxynol-9 as a physical and chemical barrier against chlamydia trachomatis, herpes simplex virus 2 and human immunodeficiency virus. *Sex Transm Dis* 1989;16:51-6.
7. Stamm WE, Handsfield HH, Rompalo AM, Ashley L, Roberts PL, Corey L. The association between genital ulcer disease and acquisition of HIV infection in homosexual men. *JAMA* 1988;260:1429-35.
8. Poindexter AN, Levin H, Sangi-Haghpeykar H, Frank ML, Grear A, Reeves KO. Comparison of spermicide on the vulvar, vaginal and cervical mucosa. *Contraception* 1996;53:147-53.
9. Cramer DW, Goldman MB, Schiff I, Belisle S, Albrecht B, Stadel B, Gibson M, Wilson E, Stillman R, Thompson I. The relationship of tubal infertility to barrier method and oral contraceptive use. *JAMA* 1987;257:2446-50.
10. Celentano DD, Klassen AC, Weisman CS, Rosenshein NB. The role of contraceptive use in cervical cancer: the Maryland cervical cancer case control study. *Am J Epidemiol* 1987;126:592-604.
11. Einarson TR, Koren G, Mattice D, Schechter-Tsafirif G. Maternal spermicide use and adverse reproductive outcome: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 1990;162:655-60.
12. Sangi-Haghpeyker H, Poindexter AN, Levine H, for the Advantage 24 Study Group. Sperm transport and survival post-application of a new spermicide contraceptive. *Contraception* 1996;53:353-6.

MÉTHODES NATURELLES

Détermination de la période de fertilité

POURQUOI ENVISAGER CETTE MÉTHODE?

Pour connaître la période de fertilité, il faut connaître le système reproducteur de la femme et celui de l'homme. Cette méthode responsabilise les couples en leur permettant de comprendre le système reproducteur et de planifier ou de prévenir des grossesses en déterminant les «périodes de fertilité» et en les évitant. Les couples ont besoin de conseils sur les méthodes disponibles pour déterminer les périodes de fertilité et s'abstenir de tout rapport sexuel pendant cette période¹⁻³. Certains couples préfèrent recourir à d'autres moyens de contraception pendant cette période, ce qui réduit leur utilisation des méthodes barrières ou du retrait.

COMMENT FONCTIONNE-T-ELLE?

MÉTHODE DU CALENDRIER

Cette méthode de détermination de la période de fertilité est la plus répandue. Les femmes calculent le début et la durée de leur période de fertilité en fonction de l'hypothèse selon laquelle l'ovulation se produit pendant les jours 12 à 16 qui précèdent le début des menstruations suivantes; le sperme demeure viable pendant deux à trois jours et l'ovocyte survit 24 heures. Un couple qui utiliserait cette méthode éviterait tout rapport sexuel ou utiliserait un autre moyen de contraception pendant huit à dix jours de chaque cycle.

La femme devrait établir un calendrier menstruel sur plusieurs mois. Elle calcule sa période de fertilité en soustrayant 20 jours de son cycle le plus court (pour déterminer le début de la période de fertilité) et dix jours de son cycle le plus long (pour fixer la fin de la période de fertilité).

MÉTHODE DES TEMPÉRATURES BASALES

La femme prend sa température par la bouche après au moins six heures de sommeil. Avec l'élévation de la

progestérone qui suit l'ovulation, la température devrait augmenter d'au moins 0,5°C pendant la phase lutéinique du cycle. Même si cette élévation de la température découle de l'ovulation et ne constitue pas un prédicteur, elle peut révéler une tendance pour les cycles à venir. Elle confirme aussi que l'ovulation a déjà eu lieu et que la période de fertilité est donc terminée. Il faudrait attendre au moins trois jours consécutifs après l'élévation de la température pour avoir des rapports sexuels non protégés. Chez jusqu'à 20 % des femmes qui ont une ovulation documentée, il se peut que la courbe des températures ne soit pas biphasée. La température est sensible à l'état de santé général, à la maladie, au stress et à la consommation d'alcool.

MÉTHODE DE L'OVULATION OU DE LA GLAIRE CERVICALE

Cette méthode est fondée sur l'observation d'un changement qui se produit dans la qualité du mucus vaginal au moment de l'ovulation. Un jour avant l'ovulation, le jour même et le lendemain, la qualité du mucus vaginal (provenant du col) peut changer et la glaire peut devenir glissante, claire et couler plus facilement. On recommande de vérifier les sécrétions vaginales avant d'uriner et d'en examiner l'élasticité, la consistance et la lubrification. Les rapports sexuels peuvent reprendre le quatrième jour après la production maximale de mucus. Cette méthode est moins fiable chez les femmes qui ne produisent pas suffisamment de mucus ou qui ont des problèmes vaginaux, comme une infection vaginale, qui masquent la sécrétion de glaire cervicale⁴⁻⁶.

MÉTHODE SYMPTOTHERMIQUE

Cette méthode combine les changements de la température et de la qualité de la glaire cervicale, ou d'autres symptômes cycliques. Un tableau des symptômes et des températures aide à déterminer les journées de fertilité.



L'ovulation cause de l'inconfort à certaines femmes, qui peuvent intégrer ce phénomène au tableau.

TROUSSES DE PRÉDICTION DE L'OVULATION

Il existe des troussees personnelles de prédiction de l'ovulation qui confirment la montée de l'hormone lutéinisante par une analyse d'urine. Ces troussees coûtent cher et sont habituellement utilisées par des femmes qui veulent concevoir et non pour appuyer la contraception mensuelle⁷.

MÉTHODE DE L'AMÉNORRHÉE LIÉE À LA LACTATION

La lactation a constitué une importante méthode de contraception pendant des siècles et a joué un rôle clé dans l'espacement des naissances dans de nombreuses régions du monde. L'allaitement supprime l'ovulation. La période écoulée entre l'accouchement et la reprise de l'ovulation varie toutefois considérablement et est affectée par de nombreux facteurs, dont la fréquence et l'intensité de la tétée et l'alimentation d'appoint. La méthode de l'aménorrhée liée à la lactation pourrait donc constituer une méthode contraceptive temporaire efficace tant que la femme peut déterminer de façon fiable le moment de l'ovulation.

La méthode de l'aménorrhée liée à la lactation est efficace à 98 % pour prévenir la grossesse au cours des six premiers mois suivant l'accouchement à condition que 1) la femme n'ait pas encore eu ses premières menstruations après l'accouchement, 2) la femme allaite entièrement le nourrisson par des tétées séparées d'au plus quatre heures et 3) le nourrisson ne prenne rien d'autre^{8,9}.

Comme le taux de grossesse augmente chez les femmes dont le nourrisson prend des aliments d'appoint⁹, même si l'aménorrhée liée à la lactation persiste, les intéressées devraient utiliser une méthode contraceptive supplémentaire si elles veulent éviter de concevoir.

EFFICACITÉ

L'échec de ces méthodes peut être attribué au fait qu'elles sont mal enseignées et mal comprises, que l'intéressée a pris des risques pendant les jours fertiles, ou qu'il y a eu conception pendant la période dite «sûre» du cycle. Même si certains ont laissé entendre que la technique est difficile à maîtriser, une étude de l'OMS a indiqué que 95 % des femmes ont pu apprendre la méthode symptomthermique de planification naturelle des naissances⁵.

Environ 20 % des utilisatrices types conçoivent au cours de la première année⁵. L'utilisation idéale peut toutefois entraîner un taux de grossesse de moins de 5 % chez les couples qui utilisent cette méthode¹. Dans le cadre d'une étude d'envergure, les jours qui précédaient et suivaient celui de l'ovulation indiqué par la méthode de l'ovulation n'étaient pas des périodes à risque élevé de conception et l'on n'a enregistré que quatre grossesses par 1 000 rapports sexuels au cours de la phase en question⁶. Parmi les méthodes naturelles disponibles, la méthode symptomthermique est la plus efficace et celle du calendrier, la moins exacte.

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS

Les méthodes utilisées pour déterminer les périodes de fertilité d'un cycle obligent à suivre consciencieusement des changements physiques et l'évolution du cycle. Il n'y a aucun effet secondaire lié aux médicaments. La méthode est idéale pour le couple motivé dont la femme a un cycle menstruel régulier et prévisible. Le couple devrait être disposé à accepter le risque d'échec. Cette méthode exige la participation des deux partenaires qui doivent bien comprendre le cycle de la fertilité. Les couples peuvent bénéficier de la communication et du besoin de collaboration nécessaires à l'utilisation de ces méthodes¹. On a laissé entendre que l'abstinence peut favoriser l'expression du plaisir non coïtal et la sensibilité sexuelle². Il y a un certain chevauchement avec d'autres méthodes, car un couple peut choisir l'abstinence, une méthode locale ou le retrait pendant les jours de fertilité déterminés.

Cette méthode ne protège pas contre les maladies transmises sexuellement, ni contre le VIH.

La femme qui a un cycle imprévisible ou des périodes d'aménorrhée ou de métrorragie ne peut se fier à ces méthodes. Les femmes qui ovulent ne présentent pas toutes des changements cycliques identifiables du mucus.

CONSIDÉRATIONS SPÉCIALES

ÂGE

- adolescentes—après l'apparition des premières règles, il se peut que les cycles ne soient pas réguliers et que l'ovulation soit erratique.
- jeunes adultes—la méthode est plus difficile à utiliser si les menstruations sont irrégulières, si l'intéressée a cessé récemment de prendre des contraceptifs hormonaux, si son cycle de température est irrégulier, ou pendant la



période qui suit l'accouchement lorsque l'ovulation n'est pas prévisible.

- femmes qui allaitent—une étude au cours de laquelle on a observé le lien entre les prédicteurs symptomatiques et la mesure en laboratoire de l'ovulation a révélé que la méthode symptothermique a permis de déterminer avec précision de 77 % à 94 % des jours de fertilité possibles des femmes, mais on a aussi recommandé l'abstinence pendant la moitié des jours de non-fertiles. Dans la prédiction de l'ovulation, la détermination des symptômes permettraient une certaine détection, sans être spécifiques³.
- femmes d'âge mur—au cours de la périménopause, les cycles peuvent devenir erratiques et l'ovulation, imprévisible.

FEMMES HANDICAPÉES

Ces méthodes obligent à déterminer la période de fertilité du cycle au moyen du calendrier, à observer les changements de symptômes en fonction du cycle ou à prendre la température basale du corps, ou à prendre toutes ces mesures à la fois. Les femmes qui ont certaines incapacités peuvent trouver ces méthodes difficiles à suivre.

QUELS SONT LES COÛTS?

Les coûts dépendent de la méthode utilisée. Pour un couple qui choisit l'abstinence périodique fondée sur le calendrier ou la méthode symptothermique, il n'en coûte alors à peu près rien pour tracer la courbe. Les couples qui décident d'utiliser un autre moyen de contraception pendant la période de fertilité devront acheter les condoms, diaphragmes ou spermicides nécessaires. Il leur faudra moins de condoms ou de spermicide, car ils n'auront besoin du contraceptif local que pendant les périodes de fertilité. Les coûts peuvent être reliés aux conseils nécessaires pour comprendre les méthodes. Au Canada, on peut obtenir ces conseils gratuitement dans des cliniques médicales ou de planification des naissances financées par les gouvernements provinciaux.

PREMIÈRES MESURES ET SURVEILLANCE

Un couple qui commence à utiliser ces méthodes, devrait recourir à l'abstinence ou à une autre méthode non hormonale de contraception jusqu'à ce que le cycle soit établi et reconnu. Le couple devrait recevoir des instructions précises sur le cycle de la reproduction, les symptômes à surveiller et l'établissement de la courbe de température. Une autre consultation après avoir tracé

la courbe pendant quelques cycles sera probablement utile au couple, qui pourra alors revoir la méthode et personnaliser le concept des jours de fertilité. On peut obtenir des conseils à des cabinets de médecins, des cliniques et des organisations de planification des naissances comme Serena.

PROBLÈMES ET SOLUTIONS

Y A-T-IL DES COMPLICATIONS EN CAS DE GROSSESSE?

Des études ont porté sur la possibilité d'augmentation des anomalies chromosomiques ou d'avortement spontané en cas de grossesse qui se produirait en dehors de la période de fertilité, car l'œuf ou le sperme «n'est plus à son meilleur». Les études sur les êtres humains n'ont révélé aucune donnée probante fiable à cet égard⁷.

TESTS DE DÉPISTAGE DES MTS

Comme ces méthodes ne protègent nullement contre les maladies transmises sexuellement, y compris le VIH, il faudrait conseiller les couples au sujet des risques et ils devraient se soumettre aux tests de dépistage nécessaires.

RÉFÉRENCES

1. Ryder B, Campbell H. Natural family planning in the 1990s. *Lancet* 1995;346:233-4.
2. Jarvis G. It makes sense and empowers couples. *BMJ* 1993;307:1358.
3. Kennedy DI, Gross BA, Parenteau-Carreau S, Flynn AM, Brown JB, Visness CM. Breastfeeding and the symptothermal method. *Stud Fam Plann* 1995;26:107-15.
4. Billings EL, Billings JJ, Brown JB, Burger HG. Symptoms and hormonal changes accompanying ovulation. *Lancet* 1972;299:282-4.
5. World Health Organization. A prospective multicentre trial of the ovulation method of natural family planning. II. The effectiveness phase. *Fertil Steril* 1981;36:91-8.
6. World Health Organization. A prospective multicentre trial of the ovulation method of natural family planning. III. Characteristics of the menstrual cycle and of the fertile phase. *Fertil Steril* 1983;40:773-8.
7. Hatcher RA, Trussel J, Stewart F, Stewart GK, Kowal D, Guest F, Cates W, Policar M. *Contraceptive Technology*. 16th Ed. Printed Matter Inc. Atlanta, GA, 1994.
8. Kennedy KI, Rivera R, McNeilly AS. Consensus statement on the use of breastfeeding as a family planning method. *Contraception* 1989;39:577-96.
9. Kennedy KI, Visness CM. Contraceptive efficacy of lactational amenorrhoea. *Lancet* 1992;339:227-30.

Coït interrompu

POURQUOI ENVISAGER CETTE MÉTHODE?

Cette méthode, aussi appelée méthode du retrait, est un important moyen de contraception pour les couples qui préfèrent éviter les méthodes de contraception hormonale ou barrières, ou qui ne disposent d'aucun autre moyen au moment d'avoir des rapports sexuels et veulent prévenir la grossesse.

COMMENT FONCTIONNE-T-ELLE?

Pendant le coït, l'homme se retire du vagin avant d'éjaculer.

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS

Cette méthode exige du contrôle de la part de l'homme, qui doit reconnaître l'imminence de l'orgasme et résister à l'envie de poursuivre le coït. Il doit se retirer à temps pour empêcher l'éjaculat d'entrer en contact avec le vagin ou la vulve.

Le couple n'est pas protégé contre les maladies transmises sexuellement, y compris le VIH. Des analyses de pré-éjaculats d'hommes infectés par le VIH ont révélé la présence de cellules infectées par le VIH dans certains cas¹.

Il existe un risque théorique que le pré-éjaculat puisse contenir des spermatozoïdes, ce qui présente un risque de conception même si le partenaire masculin réussit à se retirer avant d'éjaculer. Une étude a démontré la présence d'un nombre restreint de spermatozoïdes agglutinés dans le pré-éjaculat et l'on suppose qu'ils provenaient d'une éjaculation antérieure¹. Ce phénomène n'a pas été démontré de façon constante^{2,3}. Dans le cas de l'homme multi-orgasmique, la méthode peut être moins fiable même si les données probantes sur son efficacité sont rares².

CONSIDÉRATIONS SPÉCIALES

Les hommes qui choisissent cette méthode doivent pouvoir prévoir l'éjaculation et se retirer avant d'éjaculer, ce qui peut être difficile en présence de troubles neurologiques.

QUELLES SONT LES CONDITIONS PRÉALABLES À L'UTILISATION DE CETTE MÉTHODE?

Le partenaire masculin doit pouvoir se retirer avant d'éjaculer. Le contrôle nécessaire à l'utilisation de cette méthode peut être difficile à acquérir, particulièrement chez le partenaire masculin peu expérimenté sexuellement².

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS

AVANTAGES

Cette méthode n'entraîne aucun coût et est universellement disponible.

INCONVÉNIENTS

Outre l'échec de la contraception, il y a un risque de maladies transmises sexuellement. Le pré-éjaculat peut contenir des cellules infectées par le VIH. Une étude a démontré la transmission de la gonorrhée chez des couples qui utilisaient un condom seulement pour éjaculer³. Il faudrait conseiller au couple de se soumettre aux tests de dépistage nécessaires.

PROBLÈMES ET SOLUTIONS

Le couple qui choisit la méthode du retrait devrait apprendre à utiliser des moyens de contraception d'urgence en cas de contact par inadvertance entre l'éjaculat et le vagin ou les organes génitaux externes. Il peut utiliser des spermicides, même si l'on n'en a pas déterminé l'efficacité après l'éjaculation. Une contraception hormonale d'urgence peut être indiquée.

RÉFÉRENCES

1. Pudney J, Oneta M, Mayer K, Seage G, Anderson D. Pre-ejaculatory fluid as potential vector for sexual transmission of HIV-1. *Lancet* 1992;340:1470.
2. Rogow D, Horowitz S. Withdrawal: a review of the literature and an agenda for research. *Stud Fam Plann* 1995;26:140-53.
3. Hatcher RA, Trussel J, Stewart F, Stewart GK, Kowal D, Guest F, Cates W, Policar M. *Contraceptive Technology*. 16th Ed. Printed Matter Inc. Atlanta GA, 1994:p.341-5.

L'ABSTINENCE COMME MÉTHODE DE CONTRACEPTION

POURQUOI ENVISAGER CETTE MÉTHODE?

La possibilité de donner et de recevoir du plaisir sexuel sans pénétration constitue un élément important de l'expression de la sexualité, tant pour les hommes que pour les femmes. C'est un moyen qui réussit à réduire le risque de MTS et de grossesse.

EFFICACITÉ

Si l'abstinence vise à éviter une grossesse non désirée, cette méthode est très efficace et permet à un couple de participer à d'autres formes d'expression de la sexualité sans accroître le risque de grossesse. Si cette méthode vise à éviter une infection transmise sexuellement, toutefois, il faut alors éviter les activités sexuelles oro-génitales, anales-génitales et autres qui exposent le partenaire au fluide pré-éjaculatoire, au sperme, aux sécrétions cervicales-vaginales ou au sang.

Même si l'on a signalé très peu de cas de transmission du VIH où la seule transmission de fluide s'est faite pendant un rapport sexuel oral, un contact bouche-pénis (fellation) peut transmettre le virus de la gonorrhée, de la syphilis, de l'hépatite B, de l'herpès simplex, ainsi que la chlamydia. Le contact bouche-vulve (cunnilingus) peut transmettre l'herpès et la syphilis. L'utilisation d'un condom au latex sec pendant la fellation ou d'une digue pendant la cunnilingus peut être efficace. On ne recommande pas d'utiliser des condoms spermicides, car

AVANTAGES DE L'ABSTINENCE

- risque minimal de mauvaise utilisation
- absence du danger de MTS et d'infection par le VIH s'il n'y a pas échange de liquides physiologiques
- aucun effet secondaire physique
- aucun besoin de visiter un prestataire de soins de santé
- aucun coût, sauf si l'on utilise des condoms et des digues

INCONVÉNIENTS DE L'ABSTINENCE

- peut être trop restrictive pour certains couples
- n'encourage pas à utiliser d'autres méthodes de contraception si les comportements changent

il est peu probable qu'ils protègent mieux et leur goût est très souvent désagréable.

QUELLES SONT LES CONDITIONS PRÉALABLES À L'UTILISATION DE CETTE MÉTHODE?

Connaissance et acceptation des moyens non coïtaux de recevoir et de donner du plaisir (voir la section sur la Santé sexuelle).

QUELS SONT LES ÉTAPES À SUIVRE POUR COMMENCER À PRATIQUER L'ABSTINENCE?

Les couples qui pratiquent l'abstinence méritent d'être respectés, encouragés et appuyés sans être jugés. Il faudrait leur offrir de l'information sur d'autres méthodes de contrôle des naissances et de rapports sexuels à risques réduits afin de les aider si leurs pratiques sexuelles changent.

PROBLÈMES ET SOLUTIONS

Les prestataires de soins de santé devraient déterminer avec les intéressés pourquoi ils ont fait ce choix, à quelles activités sexuelles ils consentiront et s'ils en ont discuté avec leur partenaire. Il importe aussi d'aider les patients à éviter les situations sexuelles qui exercent de fortes pressions sur eux et leur apprendre à dire «non».

Il importe aussi de leur suggérer d'avoir des condoms à portée de la main au cas où ils changeraient d'idée. Ils doivent aussi connaître les moyens possibles de contraception d'urgence.

CONFÉRENCE CANADIENNE DE CONSENSUS SUR LA CONTRACEPTION (PARTIE IV)

STÉRILISATION FÉMININE ET MASCULINE

POURQUOI ENVISAGER CETTE MÉTHODE?

Les personnes qui consultent un médecin pour se faire stériliser ne veulent plus avoir d'enfants, ou n'en veulent pas, et elles ont besoin d'une méthode de contraception très efficace. Pour prendre une décision éclairée, ces personnes devraient comprendre clairement ce que signifie une stérilisation et tenir compte de leurs besoins propres et de ceux de leur famille. La décision doit être prise sans pression ni coercition d'un tiers¹. Il est crucial d'évaluer les besoins des personnes qui envisagent la stérilisation pour les raisons suivantes :

- 1) l'intervention doit être considérée comme permanente. Même si elle est réalisable, la réversion de la stérilisation est difficile, nécessite une intervention chirurgicale plus risquée que la stérilisation même, coûte cher et, souvent, ne réussit pas à rétablir la fertilité^{2,3};
- 2) il y a d'autres méthodes de contraception facilement disponibles tant pour les hommes que pour les femmes;
- 3) l'intervention peut avoir des effets secondaires;
- 4) la loi canadienne exige que la stérilisation des personnes handicapées mentalement ou d'autres personnes qui sont incapables de donner leur consentement soit fondée sur des raisons claires et prouvées médicalement.

EFFICACITÉ

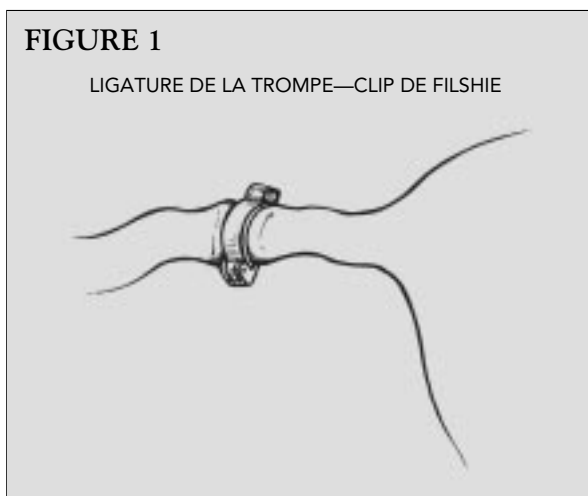
Ligature des trompes		Vasectomie
On continue d'enregistrer des échecs de ligatures des trompes longtemps après la première année qui suit une intervention chirurgicale. Cinq ans après l'intervention, plus de 1 % des femmes ont conçu. À dix ans, le total grimpe à 1,8 %. ⁴		Les taux de grossesse à la suite d'une vasectomie varient de 0 % à 2,2 % peu importe la méthode d'occlusion ⁶ . Aucune étude contrôlée avec précision n'a comparé les différentes méthodes d'occlusion.
La probabilité cumulative d'échec à dix ans est fonction de l'âge au moment de la ligature. La probabilité d'échec chez les femmes stérilisées à 28 ans ou moins est plus élevée que chez celles qui l'ont été après 34 ans, pour toutes les méthodes de stérilisation sauf la salpingectomie partielle dans l'intervalle ⁴ . La ligature des trompes par voie vaginale peut être difficile sur le plan technique et peut donc entraîner un risque plus élevé d'échec. Une étude des résultats réalisée en Nouvelle-Zélande ⁵ décrit un taux d'échec de 4,8 % après une ligature des trompes par voie vaginale comparativement à 1,2 % après l'application d'une clip de Filshie, 1,4 % après l'application d'anneaux de Fallope et 3,4 % après l'application clips de Hulka.		On mesure aussi le taux d'échec de la vasectomie par l'occurrence de la recanalisation. Comme il reste encore des spermatozoïdes dans les vésicules séminales et, par conséquent, dans l'éjaculat, pendant deux ou trois mois ou 10 à 30 éjaculations après la vasectomie, on ne peut évaluer la recanalisation avant ce délai ou ce nombre d'éjaculations ^{7,8} . Il y a recanalisation dans jusqu'à 2,6 % des cas dans les trois mois suivant la vasectomie ⁶⁻¹¹ . Il importe de réaliser que la conception après une vasectomie est attribuable principalement au fait que les couples n'ont pas utilisé de mesures de contraception d'appoint immédiatement après l'intervention ¹ .
Taux d'échec à dix ans		
MÉTHODE	ÉCHEC À 10 ANS (%)	
Coagulation tubaire bipolaire	2,48 (1,63-3,33)	
Coagulation tubaire unipolaire	0,75 (0,11-1,39)	
Anneau de silicone	1,77 (1,01-2,53)	
Clips de Hulka	3,65 (2,53-4,77)	
Salpingectomie partielle	2,01 (,47-3,56)	
Salpingectomie partielle post-partum	0,75 (0,27-1,23)	
Toute méthode	1,85 (1,51-2,18)	
adapté de la réf. 5		
		L'utilisation d'une technique d'électrocoagulation ^{9,10} , l'interposition des aponévroses ^{10,12} , l'ablation d'une partie plus importante ⁹ et l'expérience du médecin ¹³ peuvent accroître l'efficacité de la vasectomie, même si l'on n'a pas encore réalisé d'étude bien contrôlée pour confirmer l'importance de ces facteurs.



COMMENT FONCTIONNE-T-ELLE?

MODE D'ACTION

Dans l'un ou l'autre cas (ligature des trompes ou vasectomie), la technique de stérilisation entraîne l'occlusion de conduits (trompes de Fallope ou canaux déférents) qui empêche tout contact entre l'œuf et les spermatozoïdes.



QUELS SONT LES AVANTAGES ET LES INCONVÉNIENTS?

Même si elle est un peu invasive, la ligature des trompes (figure 1) donne aux femmes une méthode très privée et rentable de contraception sans effet secondaire à long terme important, ni problème d'observance, et sans nuire aux rapports sexuels. La vasectomie (figure 2) offre les mêmes avantages que la ligature des trompes. Il s'agit en outre d'une intervention simple qui entraîne très peu de complications, facile à exécuter et à obtenir, et qui n'exige pas toujours une anesthésie générale¹⁴.

QUELLES SONT LES OPTIONS?

Le regret est la principale préoccupation liée à la stérilisation. L'incidence du regret s'établit à environ 5 % tant chez les femmes¹⁵ que chez les hommes¹⁶. Les facteurs de risque connus de regret sont les suivants : le fait d'avoir de jeunes enfants; le manque d'harmonie dans le couple; le fait d'avoir moins de 30 ans au moment de la stérilisation; la stérilisation pratiquée au cours d'une césarienne ou peu après un accouchement ou un avortement thérapeutique^{15,17}. Les principales raisons pour

Ligature des trompes	Vasectomie
Contre-indications	Contre-indications
<ol style="list-style-type: none"> 1. Problèmes de santé systémiques, et particulièrement cardio-pulmonaires, qu'une anesthésie générale peut aggraver. 2. Grossesse (sauf si la stérilisation est réalisée au moment de l'arrêt de la grossesse). 3. Présence d'une infection pelvienne ou impossibilité d'avoir accès aux trompes de Fallope au moment de l'intervention chirurgicale. 4. Incertitude au sujet d'une contraception permanente. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Problèmes de santé systémiques, p. ex., allergie à des anesthésiques locaux, immunosuppression, infection aiguë, problème de coagulation impossible à contrôler par la vasopressine. 2. Anomalies génitales locales qui empêchent de localiser comme il se doit les canaux déférents, y compris hernie, varicocèle, hydrocèle, tumeur. 3. Incertitude au sujet de la contraception permanente. 4. Dysfonction sexuelle.
Effets secondaires	Effets secondaires
<ul style="list-style-type: none"> • douleur à la pointe de l'épaule • douleur ou crampes au bas de l'abdomen • contusions et saignement causé par les incisions • nausées et étourdissements postopératoires 	<ul style="list-style-type: none"> • douleur locale • ecchymose et enflure au scrotum
Complications à court terme	Complications à court terme
<ul style="list-style-type: none"> • L'incidence des complications dépend de l'intervention exécutée (laparoscopie ou laparotomie, mécanique ou thermique) et de l'anesthésie utilisée (locale ou générale) <p>Complications fréquentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • infection de la plaie; • contusion; • formation d'hématomes; • complications rénales; • complications liées à l'anesthésie; • déchirures mésentériques et section de la trompe par l'application de la bague ou de la pince (il peut être nécessaire de procéder à une laparotomie pour contrôler le saignement); • traumatisme causé par le métal, y compris perforation de l'utérus par l'élevateur ou lésion aux vaisseaux, aux intestins ou à d'autres organes (incidence d'environ 0,6 par millier de cas); 	<p>Moins fréquentes avec la vasectomie sans scalpel¹⁹ et l'utilisation de clips à suturer²⁰.</p> <p>Complications fréquentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réaction vasovagale^{21,22} : jusqu'à 30 % * Hématome^{9,13,20-22} : 1 % à 10 % • Infection^{9,13,19,22} : 0,4 % à 16 % (variant de l'érythème léger et de l'infection des points jusqu'à la gangrène aiguë de Fournier)²³. • Formation de granulomes à partir du sperme refoulé, soit au canal déférent, soit à l'épididyme (1 % à 50 %)^{9,2,11,22}; la formation est réduite lorsque le canal proximal demeure ouvert^{24,25}, ce qui prédispose à la recanalisation²² et peut causer une douleur importante à la palpation ou au cours d'un rapport sexuel et de l'éjaculation • Épididymite et vasiite^{20,22,26} : 0,1 % à 8 %.



Ligature des trompes (suite)	Vasectomie (suite)
<ul style="list-style-type: none"> des brûlures de l'intestin qui compliquent l'électro-coagulation de la trompe peuvent entraîner une perforation retardée et une péritonite. <p>Complications à long terme</p> <ul style="list-style-type: none"> Il faudrait exclure la grossesse ectopique chaque fois qu'une femme présente des signes de grossesse après une ligature des trompes. Le taux de grossesse ectopique chez les femmes stérilisées varie de 4 % à 73 % des grossesses, selon la méthode de stérilisation. L'incidence de grossesse ectopique est environ trois fois plus élevée après une électro-coagulation qu'après l'utilisation d'anneaux en silastique. Il y a encore des grossesses ectopiques six ans ou plus après une stérilisation. La grossesse ectopique était attribuable plus souvent à une des causes suivantes : fistule utéropéritonéale après une électrocoagulation unipolaire; coagulation insuffisante ou recanalisation après des interventions bipolaires; recanalisation ou apparition d'une fistule après des interventions de Pomeroy ou la pose d'anneaux ou de clips tubaires²⁸. Changements du cycle menstruel : on a pensé que la stérilisation entraînait des cycles menstruels anormaux et l'on a proposé comme cause le «syndrome post ligature». Il n'y a aucune donnée probante à l'appui de cette hypothèse²⁹⁻³². Problèmes psychosexuel : on n'a établi aucune donnée probante sur des problèmes psychologiques ou des effets négatifs à long terme sur la sexualité. Hystérectomie ou autre intervention chirurgicale : une seule étude a indiqué un risque accru d'hystérectomie chez les femmes stérilisées entre 20 et 29 ans mais non chez les femmes stérilisées après 30 ans. On n'a constaté aucun fondement biologique pour ces résultats^{33,34}. 	<p>Complications rares</p> <ul style="list-style-type: none"> Orchialgie congestive²². Fistule vasocutanée²². Hydrocèle²⁰. Canal déférent oublié ou structures du scrotum endommagées^{20,22}. Impotence et dépression, qui réagissent habituellement à un traitement psychologique²². On signale habituellement, à la suite d'une vasectomie une amélioration de l'ajustement psychosexuel et du plaisir²⁷. <p>Complications à long terme</p> <ul style="list-style-type: none"> Conséquences immunologiques : il est maintenant bien connu que de la moitié aux deux tiers des hommes qui ont subi une vasectomie produisent des anticorps circulants du sperme après une vasectomie³⁵ et que les anticorps peuvent persister jusqu'à dix ans après l'intervention chirurgicale³⁶. Plusieurs des études n'ont toutefois pas signalé d'autres anomalies de laboratoire ni aucune maladie immunologique de quelque type que ce soit^{35,37,38}. Maladies cardio-vasculaires : après qu'on ait défini une augmentation marquée de l'athérosclérose chez les macaques de Buffon auxquels on avait donné une alimentation riche en cholestérol^{39,40}, plusieurs études d'envergure (portant sur plus de 4 000 hommes observés pendant plus de 20 ans^{37,38,41}) ont porté sur le lien possible entre les maladies cardio-vasculaires et la vasectomie. Aucune n'a constaté de lien significatif et les estimations du risque relatif se sont toujours établies à proximité du point de référence^{37,38,41-46}. L'accident cérébrovasculaire est la seule affection vasculaire qui doit encore faire l'objet d'autres études de longue durée. Pour le moment, il ne semble pas y avoir de risque accru d'accident cérébrovasculaire chez les hommes vasectomisés³⁶.

Ligature des trompes (suite)	Vasectomie (suite)
<p>Réversion</p> <p>La réversion d'une ligature des trompes exige une intervention chirurgicale majeure et des techniques chirurgicales spéciales. La réversion ne peut être réalisée chez certaines femmes à cause de la façon dont on a procédé à la stérilisation. La réussite ne peut être garantie et l'intervention chirurgicale de réversion coûte habituellement cher. Il y a des risques opératoires liés à l'anesthésie, sans compter les risques habituels qu'entraîne une intervention chirurgicale majeure à l'abdomen. Le risque de grossesse ectopique s'établit à environ 5 % après une chirurgie de réversion. L'examen avant la réversion comprend l'exclusion de facteurs liés à l'homme et à l'ovulation, ainsi qu'une évaluation laparoscopique et des segments tubaires (tableau 1).</p> <p>Les taux d'accouchements subséquents à terme varient, mais ils sont les plus élevés lorsque les techniques d'occlusion ont endommagé un tronçon limité de la trompe (comme dans le cas d'une clip ou un anneau) et les moins élevés après une électrocoagulation. L'occurrence de la grossesse ectopique après une intervention chirurgicale de réversion peut être attribuable à une fonction tubaire anormale préalable ou à des facteurs qui découlent de la technique chirurgicale utilisée. La fécondation <i>in vitro</i> (FIV) peut être une option dans le cas des femmes qui sont de mauvaises candidates à une intervention chirurgicale de réversion¹⁵.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Cancer de la prostate : les données probantes tirées d'études épidémiologiques sur le lien entre la vasectomie et le risque de cancer de la prostate sont incohérentes. <p>Dans des études cas témoins représentatives, les risques relatifs ont varié de 0,5 à 1,652. Certains sous-groupes d'hommes vasectomisés sont peut-être plus exposés au cancer de la prostate : ceux qui ont subi une vasectomie jeunes⁵¹, ceux qui ont subi une vasectomie depuis longtemps^{51,53,54}, les hommes qui ont un cancer de la prostate au stade précoce^{51,53,55}, et les hommes sino-américains⁵². Comme il n'y a aucun mécanisme biologique évident qui indique un lien entre la vasectomie et le cancer de la prostate^{52,56}, et comme l'erreur systématique et le hasard peuvent être à l'origine du risque accru^{57,58}, les recommandations des <i>National Institutes of Health</i>⁴⁷ et de l'<i>American Urological Association</i>⁵⁸ valent toujours :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les médecins devraient continuer d'offrir la vasectomie et de procéder à l'intervention. La réversion de la vasectomie n'est pas justifiée pour prévenir le cancer de la prostate. Le dépistage du cancer de la prostate devrait être le même chez les hommes vasectomisés que chez ceux qui ne le sont pas. <p>Réversion</p> <p>La vasectomie peut être réversée sous anesthésie locale, régionale ou générale³. On utilise diverses techniques (vaso-vasostomie ou vasoépидidymostomie, microchirurgie ou macrochirurgie, monocouche ou bicouche) et la réussite dépend de l'état des deux extrémités du canal et de la qualité du sperme^{3,59}. La numération des spermatozoïdes grimpe lentement après une vaso-vasostomie et se stabilise</p>



Vasectomie (suite)
habituellement six mois après l'intervention. Les chances d'une recanalisation efficace et d'une grossesse diminuent avec le temps écoulé depuis la vasectomie^{3,59} (tableau 2). Avant qu'on procède à une réversion de la vasectomie, le counseling devrait porter avant tout sur la fertilité possible du partenaire, les complications possibles et la probabilité de réussite la réversion.

TABLEAU 1
PROBABILITÉS DE GROSSESSE APRÈS LA RECANALISATION TUBAIRE¹⁵

Technique	Taux de grossesse après l'inversion
Clip	90 %
Anneau	76 %–80 %
Pomeroy	67 %
Cautérisation monopolaire	52 %

TABLEAU 2
PROBABILITÉS DE GROSSESSE APRÈS VASO-VASOSTOMIE^{3,59}

Temps écoulé depuis la vasectomie	Teneur en spermatozoïdes	Grossesse (%)
Moins de 3 ans	97	76
3 à 8 ans	88	53
9 à 14 ans	79	44
Plus de 14 ans	71	30

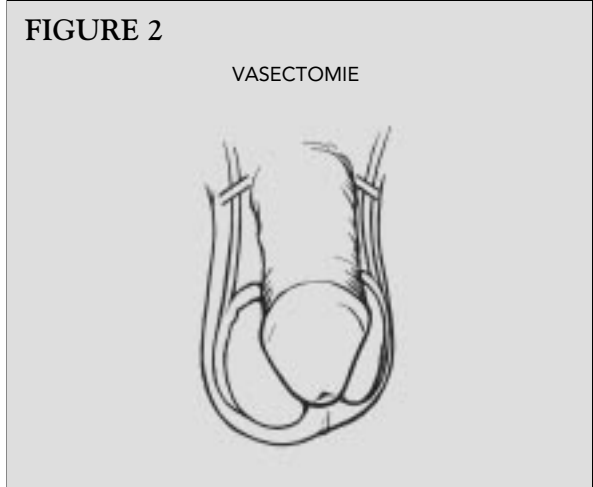
lesquelles on demande une réversion sont les suivantes : «information insuffisante», «intervention acceptée sous pression», effets secondaires de nature sexuelle, douleur prolongée au scrotum (après une vasectomie), établissement d'une relation nouvelle, amélioration de la situation du logement ou des finances, ou perte d'un enfant^{16,18}.

QUELLES SONT LES CONDITIONS PRÉALABLES À L'UTILISATION DE CETTE MÉTHODE ?

Il est essentiel d'établir les antécédents médicaux et contraceptifs. Les principaux éléments des antécédents médicaux sont les suivants : âge, état matrimonial, âge du conjoint, type de relation, nombre d'enfants, âge des enfants, expérience contraceptive, motifs de la stérilisation et problèmes de santé systémiques. Chez la femme, les antécédents médicaux mettront en évidence tout antécédent d'infection pelvienne, d'intervention chirurgicale antérieure à l'abdomen ou au bassin, de cardiopathie ou de pneumopathie, de problèmes de

Ligature des trompes	Vasectomie
<p>Le choix de la méthode d'occlusion dépend de la formation du chirurgien, de l'expérience personnelle et des installations techniques. Elle dépend aussi du fait que la stérilisation est réalisée longtemps après une grossesse ou après un avortement ou un accouchement.</p> <p>Les stérilisations sont réalisées le plus souvent par laparoscopie. Les techniques de ligature des trompes pratiquées par laparoscopie sont les suivantes :</p> <p>a) application de clips ou anneaux tubaires; b) électrocautérisation d'une partie de la trompe.</p> <p>On peut aussi procéder à une stérilisation en pratiquant une mini laparotomie ou pendant une laparotomie exécutée pour une autre raison. Lorsqu'on utilise la laparotomie, on peut utiliser n'importe quel dispositif laparoscopique pour procéder à l'occlusion : le plus souvent, on excise un segment de la trompe et procède à une ligature des extrémités (méthode Pomeroy). La ligature des trompes par colpotomie vaginale est maintenant en grande partie abandonnée à cause des risques accrus d'infection, d'échec après la stérilisation et de dyspareunie.</p> <p>On procède habituellement à une stérilisation post-avortement par laparoscopie. La stérilisation après un accouchement peut être exécutée au début de la période puerpérale au moyen d'une mini laparotomie et devrait être exécutée dans les sept jours suivant l'accouchement ou reportée au moins de quatre semaines après l'accouchement⁶⁰. On utilisera habituellement une méthode d'excision tubaire plutôt que d'occlusion. On peut aussi procéder à une ligature des trompes par excision au moment de la césarienne.</p>	<p>Il y a deux principales techniques de vasectomie :</p> <p>– vasectomie classique¹.</p> <p>On pratique une ou deux incisions dans la peau du scrotum pour exposer, isoler et diviser le canal, on enlève un segment de 1,5 cm de chaque côté, refermer les extrémités du canal au moyen d'une suture non absorbable, en les cautérisant ou en posant des pinces, et on ferme ensuite l'incision pratiquée dans le scrotum.</p> <p>– vasectomie sans scalpel^{19,61}.</p> <p>On pratique une minuscule ouverture dans la peau du scrotum. Le reste de la technique est identique à l'intervention conventionnelle. On n'a pas besoin de suturer la peau. L'intervention prend environ la moitié moins de temps que la méthode classique¹⁹.</p> <p>Les autres techniques de stérilisation de l'homme comprennent l'occlusion chimique percutanée du canal ou l'utilisation de clips en argent, en silicone, en caoutchouc et argent ou en tantale : dans ce dernier cas, la vasectomie est réversible^{1,61}.</p>

saignement, d'allergies, de médication et de problèmes antérieurs liés à une anesthésie générale. Dans le cas de



SUIVI

Ligature des trompes	Vasectomie
<p>Il peut être nécessaire de traiter l'incision ou les sites de perforation : tout dépend de l'approche pelvienne utilisée. Dans le cas des incisions laparoscopiques, il suffit habituellement de garder la région au sec pendant deux ou trois jours et d'administrer un analgésique postopératoire. Il faut signaler au chirurgien toute fièvre, sécrétion ou douleur inhabituelle après l'intervention. Il n'y a normalement aucune restriction aux rapports sexuels.</p> <p>Les femmes qui conçoivent après une ligature des trompes présentent un risque accru de grossesse ectopique. Elles devraient donc consulter rapidement un médecin en cas d'échec de la stérilisation.</p>	<p>Il faut éviter les activités sportives ou les efforts physiques pendant sept jours après l'intervention. Les rapports sexuels sont interdits pendant cinq jours et l'on peut utiliser au besoin un analgésique local ou général (sac de glace, acétaminophène). Il faut avertir le patient des signes de complications postopératoires et plus particulièrement l'œdème généralisé du scrotum, une douleur grave ou la fièvre. Le médecin devrait être informé aussitôt que possible de la présence de n'importe lequel de ces symptômes.</p> <p>On recommande une analyse de sperme deux ou trois mois après la vasectomie.</p> <p>– si l'analyse révèle la présence de spermatozoïdes motiles dans deux spécimens consécutifs trois mois ou plus après une vasectomie, certains cliniciens opèrent de nouveau¹³. D'autres peuvent recommander l'observation, étant donné que chez presque 70 % des hommes dont le spécimen contient des spermatozoïdes motiles au premier décompte, il n'en contient plus à un test suivant⁶².</p> <p>– si l'analyse révèle la présence de spermatozoïdes non motiles un an ou plus après l'intervention, on peut donner au sujet une garantie relative de stérilité; on peut procéder à des analyses annuelles de sperme pour le rassurer davantage¹¹.</p>

l'homme, il importe de poser des questions sur les anomalies génitales, les maladies et les dysfonctions sexuelles.

Un examen médical complet est justifié chez la femme peu avant la stérilisation. Un examen pelvien au cours duquel on accorde une attention particulière à la position de l'utérus, à sa mobilité et aux annexes, est particulièrement important. Chez l'homme, l'examen de la région génitale suffit habituellement. On procède à d'autres tests et examens si nécessaire.

Chez la femme, les analyses de laboratoire peuvent être limitées à la mesure du taux d'hémoglobine. Ceci est habituellement inutile chez l'homme avant une vasectomie.

Il est justifié d'utiliser une méthode de contraception efficace jusqu'au moment de la ligature des trompes chez la femme et jusqu'à ce que l'analyse du sperme démontre qu'il n'y a plus de spermatozoïdes chez l'homme vasectomisé.

SURVEILLANCE

Parce que le regret se manifeste souvent après la stérilisation, il est essentiel de donner aux intéressés un counseling attentif avant l'intervention et de les sensibiliser aux facteurs de risque. Il faut aussi discuter avec le patient du type d'intervention, y compris des risques et des avantages, de la disponibilité d'autres méthodes de planification des naissances, de la possibilité d'échec et de réversion afin qu'il puisse donner son consentement éclairé à la stérilisation chirurgicale. L'intéressé doit signer un document de consentement facile à comprendre dans sa propre langue. Il est recommandé de procéder à la stérilisation quelques semaines après la première entrevue afin de donner à l'intéressé le temps de réfléchir davantage à son choix. Il peut être utile de lui remettre des renseignements écrits.

RÉFÉRENCES

1. Liskin L, Benoit B, Blackburn R. New Opportunities. Population Reports: Series D, #5 Baltimore, Johns Hopkins University, Population Information Program, March 1992.
2. Neamatalla GS, Harper PB. Family planning counseling and voluntary sterilization: a guide for managers. New York, Association of Voluntary Surgical Contraception, 1990:p 70.
3. The American Fertility Society. Guideline for Practice: Vasectomy Reversal. August 15, 1992.
4. Peterson HB, Xia Z, Hughes JM, Wilcox LS, Tylor LR, Trussell J. The risk of pregnancy after tubal sterilization: findings from the U.S. Collaborative Review of Sterilization. Am J Obstet Gynecol 1996;174:1161-8.



5. Birdsall MA, Pattison NS, Wilson P. Female Sterilisation: National Women's Hospital 1988-9. *N Z Med J* 1994;107:473-5.
6. Vasectomy—safe and simple. Population Reports, Series D, No.4. Baltimore, Johns Hopkins University, Population Information Program, November, December 1983.
7. Alderman PM. General and anomalous disappearance of sperm after vasectomy. *Fertil Steril* 1989;51:859-62.
8. Richardson DW, Aitken RJ, Loudon NB. The functional competence of human spermatozoa recovered after vasectomy. *J Reprod Fertil* 1984;70:575-9.
9. Denniston GC. Vasectomy by electrocautery: outcomes in a series of 2,500 vasectomies. *J Fam Pract* 1985;21:35-40.
10. Esho JO, Cass AS. Recanalization rate following methods of vasectomy using interposition of fascial sheath of vas deferens. *J Urol* 1978;120:178-9.
11. Alderman PM. The lurking sperm—a review of failures in 8,879 vasectomies performed by one physician. *JAMA* 1988;259:3142-4.
12. Rhodes DB, Mumford SD, Free MJ. Vasectomy: efficacy of placing the cut vas in different fascial planes. *Fertil Steril* 1980;33:433-8.
13. Philp T, Guillebaud J, Budd D. Complications of vasectomy: review of 16,000 patients. *Br J Urol* 1984;56:745-8.
14. Alderman PM. Vasectomies: motivations and attitudes of physicians-as-patients. *Can Fam Phys* 1988;34:1749-52.
15. Dubuisson JB, Chapron C, Nos Z, Morice P, Aubriot FX, Garnier P. Sterilisation reversal: fertility results. *Hum Reprod* 1995;10:1145-51.
16. Ekman Ehn B, Liljestrand J. A long-term follow-up of 108 vasectomised men. *Scand J Urol Nephrol* 1995;29:477-81.
17. Ekman Ehn B, Liljestrand J. Experiences of legal sterilisation in Scandinavia. *Contraception* 1993;48:157-67.
18. Howard G. Who ask for vasectomy reversal and why? *BMJ* 1982;285:490-2.
19. Nirapathpongporn A, Huber DH, Krieger JN. No-scalpel vasectomy at the King's birthday vasectomy festival. *Lancet* 1990;335:894-5.
20. Leader AJ, Axelrad SD, Frankowski R, Mumford SD. Complications of 2,711 vasectomies. *J Urol* 1974;111:365-9.
21. Barnes MN, Bland JP, England HR, Gunn G, Howard G, Law B, Mason B, Medawar J, Reynolds C, Shearer RJ, Singh M, Stanley-Roose DG. One thousand vasectomies. *BMJ* 1973;4:216-21.
22. Brownlee HJ, Tibbels KC. Vasectomy. *J Fam Pract* 1983;16:379-84.
23. Patel A, Ramsey JW, Whitfield HN. Fournier's gangrene of the scrotum following day case vasectomy. *J R Soc Med* 1991;84:49-50.
24. Moss W. A comparison of open-end versus close-end vasectomies: a report on 6,220 cases. *Contraception* 1992;46:521-5.
25. Denniston GC, Kuehl L. Open-ended vasectomy: approaching the ideal technique. *J Am Board Fam Pract* 1994;7:285-7.
26. Gupta AS, Kothari LK, Devpura MS. Vas occlusion by tantalum clips and its comparison with conventional vasectomy in man: reliability, reversibility, and complications. *Fertil Steril* 1977;28:1086-9.
27. Janke LD, Wiest WM. Psychosocial and medical effects of vasectomy in a sample of health plan subscribers. *Int J Psych Med* 1976-77;7:17-34.
28. Adair CD, Benrubi GI, Sanchez-Ramos L, Rhatigan R. Bilateral tubal ectopic pregnancies after partial salpingectomy. *J Reprod Med* 1994;39:131-3.
29. Geber S, Caetano JB. Doppler colourflow analysis of uterine and ovarian arteries prior to and after surgery for tubal sterilisation: a prospective study. *Hum Reprod* 1996;11:1195-8.
30. Taner CE, Hakverdi KU, Erden AC, Satici O. Menstrual disorders and pelvic pain after sterilisation. *Adv Contracept* 1995;11:309-15.
31. Ruifang W, Zhenihai W, Chi I, Lichan G et al. Relationship between prostaglandin fluid and pelvic venous congestion after sterilisation. *Prostaglandins* 1996;51:161-7.
32. Hakverdi KU, Taner CE, Erden AC, Satici O. Changes in ovarian function after tubal sterilisation. *Adv Contracept* 1994;10:51-6.
33. Santow G, Bracher M. Long term risk of hysterectomy among 80,000 sterilized and comparison women at Kaiser Permanente, 1971-1987. *Am J Epidemiol* 1994;140:661-3.
34. Stergachis A, Shy KK, Grothaus LC, Wagner EH, Hecht JA, Anderson G, Normand EH, Raboud J. Tubal sterilization and the long-term risk of hysterectomy. *JAMA* 1990;264:2893-8.
35. Lepow IH, Crozier R (Eds). *Vasectomy: immunologic and pathophysiologic effects in animals and man*. New York: Academic Press, 1979.
36. Ansbacher R. Humoral sperm antibodies: a 10-year follow-up of vasligated men. *Fertil Steril* 1981;36:222-4.
37. Schuman LM, Coulson AH, Mandel JS, Massey FJ, O'Fallon WM. Health status of American man—a study of post-vasectomy sequelae. *J Clin Epidemiol* 1993;46(8):697-958.
38. Nienhuis H, Goldacre M, Seagroatt V, Leicester G, Vessey M. Incidence of disease after vasectomy: a record linkage retrospective cohort study. *BMJ* 1992;394:743-6.
39. Alexander NH, Clarkson TB. Vasectomy increases the severity of diet-induced atherosclerosis in *Macaca fascicularis*. *Science* 1978;201:538-41.
40. Alexander NH, Clarkson TB. Long-term vasectomy: effect on the occurrence and extent of atherosclerosis in rhesus monkeys. *J Clin Invest* 1980;65:15-25.
41. Petitti DB, Klein R, Kipp H, Friedman GD. Vasectomy and the incidence of hospitalized illness. *J Urol* 1983;129:760-2.
42. Walker AM, Jick H, Hunter JR, Dandford A, Rothman KJ. Hospitalization rates in vasectomized men. *JAMA* 1981;245:2315-7.
43. Walker AM, Jick H, Hunter JR, McEvoy J. Vasectomy and non-fatal myocardial infarction. *J Urol* 1983;130:936-7.



44. Perrin EB, Woods JS, Namekata T, Yagi J, Bruce RA, Hofer V. Long-term effect of vasectomy on coronary disease. *Am J Public Health* 1984;74:128-32.
45. Wallace RB, Lee J, Gerber WL, Clarke WR, Lauer RM. Vasectomy and coronary disease in men less than 50 years old: absence of an association. *J Urol* 1981;126:182-4.
46. Rosenberg L, Schwingl PH, Kaufman DW, Helmrich SP, Palmer JR, Shapiro S. The risk of myocardial infarction 10 or more years after vasectomy in men under 55 years of age. *Am J Epidemiol* 1986;123:1049-56.
47. Strader CH, Weiss NS, Daling JR. Vasectomy and the incidence of testicular cancer. *Am J Epidemiol* 1988;128:56-63.
48. Thornhill JA, Conroy RM, Kelly DG, Walsh JJ, Fitzpatrick JM. An evaluation of predisposing factors for testis cancer in Ireland. *Eur Urol* 1988;14:429-33.
49. Cale AR, Farouk M, Prescott RJ, Wallace IWJ. Does vasectomy accelerate testicular tumour? Importance of testicular examination before and after vasectomy. *BMJ* 1990;300:370.
50. Moller H, Knudsen LB, Lynge E. Risk of testicular cancer after vasectomy: cohort study of over 73,000 men. *BMJ* 1994;309:295-8.
51. Rosenberg L, Palmer JR, Zauber AG, Warshauer ME, Strom BL, Harlap S, Shapiro S. The relation of vasectomy to the risk of cancer. *Am J Epidemiol* 1994;140:431-8.
52. John EM, Whittemore AS, Wu AH, Kolonel LN, Hislop TG, Howe GR, West DW, Hankin J, Dreon DM, Teh C-Z, Burch JD, Paffenbarger Jr RS. Vasectomy and prostate cancer: results from a multiethnic case-control study. *J Natl Cancer Inst* 1995;87:662-9.
53. Giovannucci E, Ascherio A, Rimm EB, Colditz GA, Stampfer MJ, Willet WC. A prospective cohort study of vasectomy and prostate cancer in US men. *JAMA* 1993;269:873-7.
54. Mettlin C, Natarajan N, Huben R. Vasectomy and prostate cancer risk. *Am J Epidemiol* 1990;132:1050-61.
55. Rosenberg L, Palmer JR, Zauber AG, Warshauer ME, Stolley PD, Shapiro S. Vasectomy to the risk of prostate cancer. *Am J Epidemiol* 1990;132:1051-5.
56. Howard SS. Possible biological mechanisms for a relationship between vasectomy and prostatic cancer. *Eur J Cancer* 1993;29A:1061-4.
57. Healy AH. Does vasectomy cause prostate cancer? *JAMA* 1993;269:2620.
58. Howard SS. American Urological Association response to two articles on the relationship of vasectomy and prostate cancer. *Oncology* 1991;5:78-80.
59. Hendry WF. Vasectomy and vasectomy reversal. *Br J Urol* 1994;73:337-44.
60. Hatcher R, Trussel J, Stewart F, Stewart GK, Kowal D, Guest F, Cates W, Policar M. *Contraceptive Technology*. 16th Edition, 1994: pp379-414.
61. Li SQ, Goldstein M, Zhu JB, Huber D. The no-scalpel vasectomy. *Urology* 1991;145:341-4.
62. Labrecque M. Résultats du spermogramme post-vasectomie: série de 1732 hommes. Séminaire sur la Stérilisation masculine. Université Laval, Québec, Canada. 29 octobre 1993.

LE STÉRILET

POURQUOI ENVISAGER CETTE MÉTHODE?

Toutes les femmes qui recherchent une méthode de contraception réversible, efficace et indépendante du coït devraient envisager l'utilisation du stérilet. Cette méthode convient particulièrement aux femmes qui veulent espacer les naissances ou qui envisagent une contraception à long terme.

COMMENT FONCTIONNE-T-ELLE?

Tous les stérilets agissent principalement en provoquant dans l'endomètre une réaction à corps étranger. Ce phénomène d'inflammation stérile est toxique pour les gamètes, principalement les spermatozoïdes, et empêche en fait les spermatozoïdes viables de parvenir aux trompes de Fallope. Les stérilets au cuivre ont un effet toxique indépendant sur les spermatozoïdes. Seuls les stérilets au cuivre sont vendus au Canada.

Les stérilets qui libèrent de la progestérone ou à un progestatif produisent une réaction de caducité dans l'endomètre et accélèrent l'épuisement glandulaire, réduisant ainsi le risque d'implantation d'un zygote. L'effet du progestatif sur la glaire cervicale réduit la perméabilité du sperme. Ces stérilets ne sont pas vendus actuellement au Canada.

QUELS SONT LES AVANTAGES ET LES INCONVÉNIENTS?

Le stérilet convient particulièrement aux femmes qui :

1. recherchent une méthode de contraception réversible, efficace et non liée au coït;
2. recherchent une méthode discrète de contraception (ce qui peut les obliger à enlever ou couper les fils du dispositif);

3. craignent d'oublier une méthode à prise quotidienne;
4. envisagent la stérilisation;
5. viennent d'accoucher ou de subir un avortement;
6. allaitent;
7. ne peuvent utiliser une méthode hormonale.

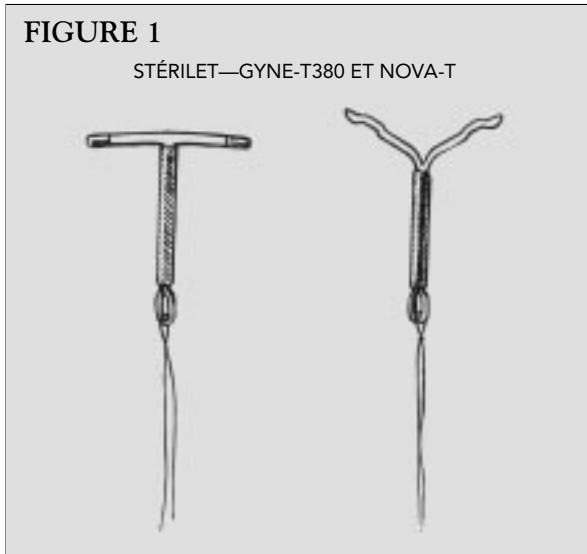
Les contre-indications reconnues à l'utilisation d'un stérilet sont les suivantes :

a) Contre-indications absolues

1. Grossesse en cours possible.
2. Inflammation pelvienne en cours, cervicite, vaginose bactérienne ou infection génitale à chlamydia ou à gonocoque.
3. Mode de vie qui entraîne un risque accru de MTS.
4. Allergie connue à tout élément constituant le stérilet.
5. Maladie de Wilson (stérilet au cuivre).
6. Conditions qui entraînent une sensibilité accrue à l'infection, en particulier sida, leucémie, consommation de drogues injectées.
7. Saignement vaginal irrégulier non diagnostiqué.
8. Personnes dont le système immunitaire est supprimé.

b) Contre-indications relatives

1. Cardiopathie valvulaire.
2. Antécédents d'infection pelvienne.
3. Présence d'une prothèse qu'une infection à transmission hématogène pourrait mettre en danger (p. ex., hanche).
4. Anomalies de l'utérus déformant la cavité, ou cavité qui semble avoir moins de 6,0 cm.
5. Antécédents de grossesse ectopique.
6. Dysménorrhée primaire grave.
7. Ménorragie.
8. Sténose du col.
9. Fibromes utérins ou anomalie congénitale de l'utérus.



augmentation des douleurs ou des saignements menstruels^{11,12}. Cette combinaison de symptômes peut représenter une réaction physiologique de l'utérus à la présence du stérilet, mais elle peut aussi indiquer une complication liée à la grossesse (grossesse ectopique, fausse couche), une infection pelvienne ou un stérilet mal placé, y compris une perforation. Il faut envisager chacune de ces possibilités.

L'évaluation des pertes sanguines chez les femmes qui portent un stérilet indique que le volume du saignement utérin diminue chez les femmes qui utilisent un stérilet libérant de la progestérone ou un progestatif, mais qu'il augmente de 50 % à 100 % chez celles qui utilisent un stérilet au cuivre¹³. L'augmentation de pertes sanguines découle habituellement de l'augmentation de la durée et du volume de l'écoulement menstruel, mais elle peut aussi découler d'un saignement intermenstruel et des pertes sanguines.

c) Infection pelvienne

Parmi les cinq facteurs de risque infection pelvienne analysés dans le cadre d'une étude en 1981¹⁴, l'utilisation du stérilet montrait le risque plus faible, soit 1,6. La multiplicité des partenaires sexuels, la fréquence du coït, le jeune âge (moins de 25 ans) et la race noire étaient des facteurs de risque plus importants.

Une analyse plus poussée des données tirées du *Women's Health Study* a révélé l'importance de la durée de l'utilisation du stérilet dans le risque d'infection pelvienne¹⁵. Cette analyse a démontré que les risques d'inflammation pelvienne augmentent de façon significative sur le plan statistique chez les femmes dont le stérilet a été mis en place depuis quatre mois ou moins. Le risque relatif d'infection pelvienne s'établit à 3,8 au cours du premier mois après l'insertion pour atteindre le risque de base après quatre mois et demeurer stable par la suite. Des études bactériologiques de la cavité endométriale ont montré qu'elle était contaminée par l'insertion d'un stérilet, mais qu'elle se stérilisait spontanément peu après. La présence d'un fil sur le stérilet n'a pas d'effet sur la probabilité d'apparition d'une infection pelvienne.

Une analyse plus poussée des données tirées du *Women's Health Study* (1991) a produit un risque relatif d'infection pelvienne de 1,02 chez les femmes qui utilisent un stérilet comparativement à celles qui n'utilisent aucune

TABEAU 1
RENDEMENT DE DIVERS DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS

Dispositif	Taux cumulatif de grossesses à un an	Exérèse à un an pour saignement ou douleur	Taux de continuation à un an
Cu-T380	0,3–1,0 %	1,6–14,2 %	79,8–90,9 %
Nova-T	0,8–2,0 %	7,5–11,9 %	76,1–82,2 %
Dispositif qui libère du lévonorgestrel	0,0–0,2 %	8,7–13,8 %	73,5–79,7 %
Références 1, 2, 3-10.			

On associe actuellement les risques suivants à l'utilisation des dispositifs intra-utérins :

a) Perforation de l'utérus

Il y a perforation partielle ou complète au moment de l'insertion du stérilet. Dans le cas des stérilets disponibles au Canada, les taux de perforation sont d'environ 0,6 incident par 1 000 insertions¹¹. La perforation risque davantage de se produire lorsque le stérilet est inséré après l'accouchement. Après l'accouchement, un stérilet doit être inséré avec précaution et de préférence par une personne expérimentée.

Il faut enlever un stérilet qui a perforé en partie ou complètement la paroi de l'utérus. Même une perforation partielle réduit l'efficacité contraceptive du stérilet.

b) Douleur et saignement anormal

De 5 % à 15 % des femmes qui utilisent un stérilet le font retirer un an après l'insertion à cause d'une

contraception. Cette étude a conclu que le stérilet n'augmente pas le risque d'infection pelvienne¹⁶.

On peut résumer ainsi les constatations récentes¹⁷ :

1. L'infection pelvienne liée à l'utilisation d'un stérilet est limitée aux premiers mois. L'infection pelvienne causée par le stérilet est rare après 20 jours suivant l'insertion¹⁸.
2. Le risque d'infection pelvienne est dû plutôt à une exposition aux MTS qu'à la présence d'un stérilet. Le stérilet chez les femmes à faible risque (et en particulier celles qui vivent une relation stable et mutuellement monogame) n'augmente essentiellement pas le risque d'infection pelvienne.

Une cytologie cervicale permet habituellement de repérer toute colonisation d'un stérilet par des organismes ressemblant à l'actinomyose. Après cinq ans d'utilisation ininterrompue d'un stérilet, plus de 20 % des frottis cervicaux peuvent révéler la présence de l'organisme¹⁹. Une actinomyose franche peut être mortelle. La présence démontrée de l'organisme dans le frottis cervical d'une femme qui porte un stérilet indique une possibilité d'infection pelvienne grave et justifie habituellement d'enlever le stérilet et d'assurer un suivi approprié.

d) Infertilité

La plupart des femmes qui cessent d'utiliser un stérilet afin de concevoir le font au même rythme que les femmes qui n'en ont jamais utilisé. Le lien établi entre l'insertion d'un stérilet et le risque accru d'infection pelvienne soulève toutefois des préoccupations au sujet d'une infertilité tubaire possible qui suivrait l'utilisation d'un stérilet. On ne sait pas trop à quelle fréquence l'infection pelvienne entraîne une stérilité tubaire.

Des études par cohorte indiquent que de 72 % à 96 % des femmes qui cessent d'utiliser un stérilet conçoivent dans l'année qui suit l'enlèvement du dispositif et que jusqu'à 51 % accouchent dans l'année qui suit l'exercice²⁰. Ces taux sont comparables à ceux des femmes qui n'ont jamais eu recours à la contraception.

e) Complications de la grossesse

Lorsqu'une femme conçoit pendant qu'elle porte un stérilet, le risque de fausse couche augmente. L'étude réalisée en 1989 par le *Family Planning Research Network*²¹ du Royaume-Uni indique que 75 % des grossesses aboutissent à une fausse couche si le stérilet demeure en place. Ce total diminue considérablement si l'on enlève le stérilet et 89 % des femmes en cause donnent naissance à un enfant vivant. Une femme enceinte qui garde le

stérilet risque de deux à quatre fois plus d'accoucher prématurément^{22,23}. Le taux d'anomalies congénitales chez les enfants de femmes qui gardent le stérilet pendant la grossesse ne semble pas augmenter.

f) Grossesse ectopique

Des études internationales indiquent que chez les femmes qui utilisent un stérilet, le risque de grossesse ectopique est de deux à cinq fois moins élevé que celui auquel font face les femmes qui n'utilisent aucune contraception²⁴. Ce risque se traduit en une incidence, chez les utilisatrices de stérilet, de moins de 1,5 grossesse ectopique pour 1 000 années-femmes d'utilisation²⁵. Une femme qui conçoit pendant qu'elle porte un stérilet devrait néanmoins faire exclure toute possibilité de grossesse ectopique.

QUELLES SONT LES OPTIONS ?

Il y a actuellement trois stérilets disponibles sur le marché au Canada. Ce sont le Nova-T[®], le Gyne-T[®] et le Gyne-T-380 Slimline[®].

QUELLES SONT LES CONDITIONS PRÉALABLES À L'UTILISATION DE CETTE MÉTHODE ?

La femme qui décide d'utiliser un stérilet doit d'abord se soumettre à un examen qui sert à dépister les contre-indications et à déterminer si la méthode lui convient. Toutes les candidates à l'utilisation d'un stérilet devraient idéalement se soumettre à un examen de dépistage des MTS, et en particulier de la chlamydia et de la vaginose bactérienne, au cours d'une consultation préalable afin que l'on connaisse les résultats de ces examens de dépistage avant d'insérer le dispositif. Si ce n'est pas possible, il faut examiner attentivement le col et palper l'utérus et les annexes avant d'entreprendre l'insertion d'un stérilet. En présence de sécrétions mucopurulentes ou de douleurs pelviennes, il faut alors prélever un frottis cervical pour procéder à un dépistage de MTS et attendre de connaître les résultats avant d'insérer le dispositif.

L'examen pelvien bimanuel sert aussi à déterminer la grosseur de l'utérus, sa position et sa forme. Il est prudent aussi de sonder l'utérus avant d'insérer le stérilet afin de déterminer la profondeur de la cavité endométriale, la direction et la perméabilité du canal, et d'exclure toute déformation majeure à l'intérieur de la cavité.



MOMENT DE L'INSERTION

a) Après l'accouchement

Comparativement à l'insertion durant un cycle menstruel habituel, on a associé l'insertion d'un stérilet chez les femmes qui viennent d'accoucher à des taux plus élevés d'expulsion et de perforation de l'utérus¹⁷. Le moment idéal pour l'insertion après l'accouchement n'est toujours pas clair. On peut l'insérer n'importe quand après l'expulsion du placenta, même si on le fait habituellement au moment de l'examen qui a lieu de quatre à six semaines après l'accouchement.

b) Après un avortement

Il est possible d'insérer sans danger un stérilet immédiatement après un avortement thérapeutique.

c) Durant un cycle menstruel normal

Un stérilet peut être inséré n'importe quand pendant le cycle menstruel à condition qu'on ait exclu toute possibilité de grossesse.

MARCHE À SUIVRE

On insère un spéculum vaginal pour examiner visuellement le col. Même si le col semble parfaitement propre et en bonne santé, il faut le nettoyer vigoureusement afin d'éliminer le mucus de l'ouverture externe. Il faut utiliser une tige montée imbibée de solution antiseptique dans la partie inférieure du canal cervical.

On injecte un anesthésique local (p. ex., lidocaïne à 1 %) dans la lèvre antérieure du col avant d'appliquer un ténaculum, et l'on peut l'utiliser aussi pour faire un bloc paracervical, particulièrement chez les femmes nullipares.

On applique le ténaculum sur la lèvre antérieure du col sur laquelle on exerce une légère traction pour redresser le canal cervical. Après avoir sondé l'utérus, on charge le stérilet dans le cylindre du dispositif d'insertion en utilisant une technique stérile et suivant les instructions du fabricant. On charge le stérilet juste assez loin pour pouvoir l'insérer. Les fils de l'extrémité du dispositif devraient prendre à l'intérieur du cylindre et être accessibles à l'extrémité opposée. On ajuste la collerette à l'extérieur du cylindre et il faut indiquer la profondeur de la cavité utérine (mesurée par le son) à laquelle il faut insérer le stérilet. L'axe longitudinal de la collerette doit correspondre au plan horizontal d'ouverture des branches du dispositif.

On applique une traction régulière sur le ténaculum. On dirige la pointe du cylindre du dispositif d'insertion

dans le canal cervical et on le pousse doucement jusqu'au fond de la cavité. La collerette devrait s'appuyer au col. On expulse ensuite le stérilet du cylindre en «tirant» ou «poussant» : il importe de suivre les directives figurant sur l'emballage. On retire le cylindre en laissant le stérilet dans la cavité utérine et laissant les fils dépasser du col.

On coupe les fils à environ 2,5 cm de l'ouverture externe afin de faciliter l'exérèse du stérilet.

La femme saura avant l'insertion du dispositif qu'elle peut avoir des crampes et saigner un peu immédiatement après l'insertion.

Il faut fixer un premier rendez-vous trois mois après l'insertion, ce qui permettra d'exclure l'infection, d'évaluer les symptômes menstruels et de vérifier la position du stérilet. Il faudrait conseiller à la femme de consulter un médecin par la suite si ses menstruations surviennent en retard (afin d'exclure toute grossesse), si elle a des douleurs pelviennes ou des saignements inusités (afin d'exclure l'infection, une grossesse ectopique ou une complication de la grossesse), si son partenaire se plaint de douleurs au cours de rapports sexuels ou si le stérilet est expulsé. Il n'est habituellement pas nécessaire qu'elle vérifie les fils après chaque menstruation ou avant un rapport sexuel.

Comme toute femme active sexuellement, celles qui utilisent le stérilet devraient subir un examen pelvien et un test de Papanicolaou au moins une fois par année.

PROBLÈMES ET SOLUTIONS

a) Fils perdus

Si l'on ne voit pas les fils dans l'ouverture du col, le stérilet a pu être expulsé ou il a pu perforer la paroi de l'utérus. Les fils peuvent aussi avoir été aspirés dans le canal cervical, ce qui peut être causé par une grossesse intra-utérine.

Il faut d'abord exclure la grossesse. Si elle est confirmée, la prise en charge est axée sur la grossesse. Lorsqu'on a exclu la grossesse, il faut explorer le canal cervical (avec un écouvillon sur coton-tige, une brosse Cytobrush, une pince à pansement utérin ou un instrument semblable) pour voir s'il est possible de trouver les fils.

Si l'on ne trouve pas les fils, il faut procéder à une échographie pelvienne afin de déterminer si le stérilet se trouve à l'intérieur ou à l'extérieur de l'utérus. Si l'on voit le stérilet à l'intérieur de l'utérus, on peut alors le laisser en place. Sinon, et s'il n'y a pas d'antécédent



qui pourrait indiquer qu'il y a eu expulsion, une radiographie simple de l'abdomen indiquera si le stérilet a perforé la paroi de l'utérus et s'est déplacé à l'intérieur de l'abdomen. Les stérilets sont opaques aux rayons-x.

b) Grossesse avec stérilet en place

Il faut exclure toute possibilité de grossesse ectopique.

On demandera à la femme ce qu'elle désire au sujet de la grossesse. Si elle veut y mettre fin, on peut enlever le stérilet ou le laisser en place jusqu'à l'intervention. Si elle veut poursuivre la grossesse, il faut la prévenir qu'il y a un risque accru de fausse couche peu importe les mesures prises, mais que le risque est plus faible si l'on retire doucement le stérilet. S'ils sont visibles, on tire légèrement sur les fils pour retirer le stérilet.

Si les fils ne sont pas visibles, on explore doucement le canal cervical. Si l'on ne trouve aucun fil, il faut envisager la possibilité d'une perforation. Pour exclure cette possibilité, il est préférable de soumettre la patiente à une échographie pelvienne. Si le stérilet demeure dans l'utérus, on n'essaie habituellement pas de le retirer. Il faut en noter la récupération au moment de l'accouchement.

c) Aménorrhée ou menstruations en retard

Il faut exclure la grossesse. Si la femme n'est pas enceinte, il faut traiter son aménorrhée comme dans le cas d'une femme qui ne porte pas de stérilet. Si elle est ménopausée, il faut retirer le stérilet.

d) Douleur et saignement anormal

Si la douleur ou le saignement anormal persiste après l'insertion d'un stérilet, il est habituellement préférable de le retirer. Si la femme veut le garder, il importe d'exclure l'infection et les complications de la grossesse comme causes sous-jacentes. Si ces causes sont exclues, l'utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens réduira le volume du saignement menstruel jusqu'à 40 %²⁶ et atténuera les douleurs causées par les prostaglandines.

e) On ne peut retirer le stérilet (une traction exercée sur les fils provoque un inconfort excessif ou les fils se détachent)

Si la femme veut concevoir, elle devra faire enlever le stérilet. Il faut habituellement procéder à une hystéroscopie et enlever le stérilet sous vision directe. Si elle ne veut pas concevoir et si le stérilet se trouve à l'intérieur de l'utérus, on peut le laisser en place. Cependant, si le stérilet a perforé la paroi de l'utérus, il faut l'enlever chirurgicalement.

f) Cervicite à chlamydia ou à gonocoque identifiée pendant qu'un stérilet est en place

Il faut administrer sur-le-champ une thérapie aux antibiotiques à la femme et à tout partenaire sexuel qu'elle a pu avoir. S'il y a la moindre indication d'inflammation pelvienne (douleur pelvienne), il faut retirer le stérilet. Il faut aussi le retirer chez toute femme qui planifie une grossesse. Lorsqu'une femme a terminé sa famille, il faut juger chaque cas en ce qui concerne l'exérèse du stérilet. Il faut la conseiller au sujet de l'utilisation des méthodes barrières.

g) Frottis de Papanicolaou qui démontre la présence d'organismes semblables à l'actinomyose

Comme on l'a indiqué ci-dessus, ces organismes peuvent causer une infection pelvienne. Le traitement optimal consiste à retirer le stérilet, à le soumettre à une culture et à commencer un traitement aux antibiotiques (habituellement à la pénicilline).

RÉFÉRENCES

1. Wilson, JC. A New Zealand randomized comparative study of three IUDs (Nova T[®], MLCu375, MLAGCu250): 1-, 2- and 3-year results. *Adv Contracept* 1992;8: 153-9.
2. World Health Organization. Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. A randomized multicentre trial of the Multiload 375 and TCu380A IUDs in parous women: three-year results. *Contraception* 1994;49:543-9.
3. Luukkainen T, Allonen H, Kaukkamaa M *et al.* Effective contraception with the levonorgestrel-releasing intrauterine device: 12-month report of a European multicenter study. *Contraception* 1987;36:161-79.
4. Cole LP, Potts DM, Aranda C, Behlilovic B, Etman S, Moreno J, Randic L. An evaluation of the T Cu380 Ag and the Multiload Cu375. *Fertil Steril* 1985;43:214-7.
5. Indian Council of Medical Research, Task Force on IUD. Randomized clinical trial with intrauterine devices (levonorgestrel intrauterine device (LNG), CuT 380 Ag, CuT 220C and CuT 220B). *Contraception* 1989;39:37-52.
6. Luukkainen T, Allonen H, Nielsen N-C, Nygren K-G, Pyorala T. Five years' experience of intrauterine contraception with the Nova-T[®] and the Copper-T 200. *Am J Obstet Gynecol* 1983;147:885-92.
7. Sastrawinata S, Farr G, Prihadi SM, Hutapea H, Anwar M, Wahyudi I, Sunjoto, Kemara KP, Champion CB, Robbins M. A comparative clinical trial of the TCu 380 Ag, Lippes Loop D, and Multiload Cu 375 IUDs in Indonesia. *Contraception* 1991;44:141-54.
8. Sivin I, Stern J. Long-acting, more effective Copper T IUDs: a summary of US experience, 1970-75. *Stud Fam Plann* 1979;10:263-81.



9. Sivin I, Stern J, Diaz J. Two years of intrauterine contraception with levonorgestrel and with copper: a randomized comparison of the TCU 380 Ag and levonorgestrel 20µg/day devices. *Contraception* 1987;35:245-55.
10. World Health Organization. Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. The TCU 380 A IUD and the frameless IUD "the Flexigard:" interim three-year data from an international multicentre trial. *Contraception* 1995;52:77-83.
11. World Health Organization (WHO). Mechanism of action, safety and efficacy of intrauterine devices. Geneva, WHO, 1987 (Technical Report Series 753).
12. Rybo G, Andersson K. IUD use and endometrial bleedings. In: Bardin CW, Mishell DR Jr (Eds). *Proceedings from the Fourth International Conference on IUDs*. Boston, Mass: Butterworth-Heinemann;1994: 210-18.
13. Milsom I, Andersson K, Jonasson K, Linsted G, Rybo G. The influence of the Gyne-T 380S® IUD on menstrual blood loss and iron status. *Contraception* 1995;52:175-9.
14. Burkman RT and the Women's Health Study. Association between intrauterine devices and pelvic inflammatory disease. *Obstet Gynecol* 1981;57:269-76.
15. Lee NC, Rubin GL, Ory HW, Burkman RT. Type of intrauterine device and the risk of pelvic inflammatory disease. *Obstet Gynecol* 1983;62:1-6.
16. Kronmal RA, Whitney CW, Mumford SD. The intrauterine device and pelvic inflammatory disease: the Women's Health Study reanalyzed. *J Clin Epidemiol* 1991;44:109-22.
17. Chi I-C. What we have learned from recent IUD studies: a researcher's perspective. *Contraception* 1993;48:81-108.
18. Farley TMM, Rosenberg MJ, Rowe P, Chen J-H, Meirik O. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: an international perspective. *Lancet* 1992;339:785-8.
19. Guillebaud J. *Contraception*. Second Edition. London: Churchill Livingstone 1993: pp 323-4.
20. Population Information Program. *Population Reports*. The Johns Hopkins School of Public Health, Baltimore, 1995; Volume XXII, Series B, Number 6: p.22.
21. UK Family Planning Research Network. Pregnancy outcome associated with the use of IUDs. *Br J Fam Plann* 1989;15:7-10.
22. Alviator GT Jr. Pregnancy outcome with removal of intrauterine device. *Obstet Gynecol* 1973;41:894-6.
23. Tatum HJ, Schmidt FH, Jain AK. Management and outcome of pregnancies associated with the Copper T intrauterine devices. *Am J Obstet Gynecol* 1976;126:869-79.
24. Sivin I, El Mahgoub S, McCarthy T, Mishell DR, Shoupe D, Alvarez F, Brache V, Jimenez E, Diaz J, Faundes A, Diaz MM, Coutinho E, Mattos CER, Diaz SL, Pavez M, Stern J. Long-term contraception with the Levonorgestrel 20 mcg/day (Lng 20) and the Copper T 380Ag intrauterine devices: a five-year randomized study. *Contraception* 1990;42:361-78.
25. Population Information Program. *Population Reports*. The Johns Hopkins School of Public Health, Baltimore, 1995; Volume XXII, Series B, Number 6: p.10.
26. Guillebaud J. Reduction by mefenamic acid of increased menstrual blood loss associated with intrauterine contraception. *Br J Obstet Gynaecol* 1978;85:53-62.

CONTRACEPTION AU TROISIÈME MILLÉNAIRE

Les femmes nord-américaines ont de moins en moins d'enfants et beaucoup conçoivent plus tard que jamais. Plus que le cinquième d'entre elles ont leur premier enfant après 35 ans. On a maintenant besoin de méthodes contraceptives efficaces et réversibles pour un plus grand nombre de femmes pendant toutes les années où elles sont en âge de procréer. Les contraceptifs de demain devront combiner simplicité, efficacité, sûreté, tolérabilité, réversibilité, indépendance du coït et protection contre les maladies transmises sexuellement. Il est probable qu'il faudra tout un éventail de moyens de contraception réversibles et permanents pour faire face à des situations médicales et sociales différentes, aux préférences personnelles et aux besoins différents de contraception à des stades différents de la vie de la reproduction.

PLANIFICATION NATURELLE DES NAISSANCES

La planification naturelle des naissances sera simplifiée à l'avenir grâce à des dispositifs électroniques portatifs qui détermineront et stockeront l'information sur la température et les cycles menstruels afin d'aider les femmes à détecter leur période de fertilité et de les prévenir à cet égard, ce qui leur permettra de pratiquer l'abstinence ou de recourir à des méthodes barrières. De tels dispositifs ont déjà démontré un succès raisonnable chez les couples très motivés qui peuvent utiliser la technologie et la comprendre¹. De nouvelles trousse (Personae[®]) permettront bientôt aux femmes d'utiliser un système de surveillance à domicile qui mesure et consigne les taux urinaires d'estrone-3 glucuronide et d'hormone lutéinisante afin de prévoir la période fertile du cycle.

CONDOMS

Des condoms faits de polyuréthane mince et résistant et d'autres nouveaux polymères seront bientôt disponibles^{2,3}. Ces nouveaux préservatifs émousseront moins les sensations, devraient constituer d'excellentes barrières contre l'infection, être non allergènes et résister davantage à la rupture et à la dégradation par la chaleur, la lumière et les lubrifiants à base d'huile.

On a fait l'essai de toutes sortes de préservatifs féminins qui donnent peu de satisfaction dans la plupart des cas, même chez les couples très motivés.

NOUVEAUX CONTRACEPTIFS HORMONAUX

CONTRACEPTIFS POUR FEMMES

Vers la fin de leurs années de reproduction, les femmes utiliseront plus souvent des contraceptifs oraux standards non seulement à des fins contraceptives, mais aussi pour éliminer les symptômes de la ménopause et régulariser les saignements anormaux.

Dans certains pays en développement, on a entrepris des études sur le contraceptif oral mensuel de longue durée afin d'éviter les grossesses non-désirées². Une façon de procéder actuellement employée en Chine consiste à prendre un stéroïde contraceptif de longue durée au moment des menstruations afin de prévenir l'ovulation au cours du cycle suivant. Une deuxième façon de procéder qui semblait prometteuse en théorie mais dont l'efficacité n'a pas encore été démontrée par des études cliniques consiste à prendre une pilule mensuelle conçue pour tronquer la phase lutéinique et provoquer les menstruations. Ces méthodes et l'utilisation des méthodes

postcoïtales (la méthode Yuzpe ou le traitement au lévonorgestrel seul) pourraient intéresser les femmes qui ont des rapports sexuels peu fréquents^{4,5}.

On est en train de mettre au point un anneau vaginal contenant de la progestérone seulement pour les femmes qui allaitent et des anneaux combinant œstrogène et progestatif seront bientôt disponibles. Ces anneaux évitent à la femme d'avoir à se rappeler qu'il faut prendre un médicament tous les jours et il suffit de les retirer pendant une semaine par mois ou aux deux mois afin de laisser les menstruations se produire.

À l'avenir, on utilisera probablement davantage les stéroïdes injectables, dont l'acétate de médroxyprogestérone-retard (récemment approuvé à des fins contraceptives au Canada) et les implants sous-cutanés comme le Norplant^{®6,7}. La deuxième génération de Norplant[®] comportera deux bâtonnets plus simples à insérer et à enlever que le système original. Un bâtonnet d'acétate d'éthylènevinyle de 4 cm qui libère du 3-keto-désogestrel, métabolite biologiquement actif du désogestrel (Implanon), assure une contraception efficace pendant jusqu'à deux ans⁸. Les implants en silastique qui libèrent le progestatif Nesterone (ST-1435) inhibent l'ovulation pendant deux ans⁹ tandis que ceux qui contiennent de l'acétate de normégestrol durent un an¹⁰. Tous ces systèmes sont des contraceptifs efficaces très simples, mais ils causent les mêmes problèmes : saignement irrégulier et obligation de les insérer et de les enlever^{5,11}. Le Nesterone est inactif oralement et c'est pourquoi les femmes qui allaitent peuvent l'utiliser sans danger et le nouveau-né ne l'absorbe pas dans le lait maternel¹².

Des chercheurs étudient maintenant la possibilité d'utiliser des implants biodégradables (poly E caprolactone [Capronor] qui libère du lévonorgestrel, et un implant qui libère de la noréthistérone) qui finiront par se dissoudre dans le corps, mais qu'il sera possible d'enlever et d'inverser au cours de la période suivant l'insertion⁶.

Des microbilles injectables contenant du 17 β estradiol et de la progestérone pourront aussi assurer une contraception durable dans l'avenir.

CONTRACEPTIFS POUR HOMMES

Les initiatives qui visent à trouver un moyen hormonal afin de provoquer une stérilité réversible chez l'homme sont en retard. Dans le cadre d'études préliminaire de faisabilité au cours desquelles on a utilisé des

injections hebdomadaires de testostérone, on a déterminé qu'il fallait trois mois pour parvenir aux stades de l'oligospermie ou de l'azoospermie et qu'il faut habituellement trois mois pour rétablir la fécondité après l'interruption du traitement^{5,13,14}. Des études futures serviront à évaluer des esters de testostérone de longue durée comme le bucilate de testostérone, les microbilles de testostérone injectable ou les implants qui libèrent d'autres androgènes synthétiques. L'androgénothérapie peut avoir des effets secondaires en accroissant l'irritabilité, faisant baisser les taux de lipoprotéines de haute densité et aggravant l'acné. Des recherches récentes indiquent que l'ajout de progestatif peut assurer une contraception efficace aux hommes qui prennent des doses plus faibles d'androgène, ce qui réduirait les effets secondaires et améliorerait l'innocuité². Malheureusement, même si cette méthode n'est pas efficace chez tous les hommes, cette imprévisibilité conjuguée au besoin d'injections hebdomadaires risque de la rendre inacceptable pour la plupart des couples.

Une deuxième méthode a consisté à supprimer entièrement la fonction testiculaire au moyen d'agonistes ou d'antagonistes de la gonadolibérine et à administrer des androgènes de remplacement afin de maintenir la masse musculaire, les caractéristiques sexuelles masculines et la libido². Comme cette méthode est coûteuse et peu commode, on doute qu'elle se généralise.

IMMUNOCONTRACEPTION

On a consacré des efforts considérables à la mise au point de vaccins qui peuvent assurer une contraception réversible de longue durée². Même si l'on a obtenu des résultats prometteurs chez des modèles animaux et au cours des premières études pilotes réalisées sur des êtres humains, il reste encore des obstacles importants à surmonter avant de pouvoir entreprendre des études cliniques d'envergure sur les êtres humains.

IMMUNOCONTRACEPTIFS POUR LES HOMMES

Les efforts de mise au point de vaccins pour les hommes ont porté sur la production d'anticorps de la gonadolibérine et de la folliculostimuline¹⁵. Dans ce dernier cas, il faut administrer aussi une thérapie de remplacement d'hormones parce que la production d'androgènes testiculaires stimulée par l'hormone lutéinisante est supprimée vu que la gonadolibérine ne stimule plus l'hypophyse. Par ailleurs, les anticorps de



l'antifolliculostimuline ne nuiraient pas à la production d'androgènes, mais ils pourraient créer un risque de réaction immunitaire systémique. On a mis au point des anticorps des protéines de surface des spermatozoïdes afin d'immobiliser les spermatozoïdes, mais ils risquent de provoquer une inflammation locale des testicules. Afin d'éviter ce problème, on est en train de mettre au point des anticorps qui se fixent aux spermatozoïdes uniquement après que ceux-ci ont quitté les testicules et avant l'éjaculation. Ces anticorps s'attaquent à la protéine de surface des spermatozoïdes, la fertiline, et y provoquent des changements chimiques subtils qui permettent de l'identifier une fois que les spermatozoïdes ont quitté les testicules.

IMMUNOCONTRACEPTIFS POUR FEMMES

On a suivi deux démarches pour mettre au point des anticorps contre le jeune embryon¹⁵. En Inde, on a mis au point un anticorps de la sous-unité β -hCG (car d'autres hormones pituitaires contiennent aussi la sous-unité α de l'hCG). Comme la réactivité croisée possible entre les anticorps de la β -hCG et les cellules pituitaires préoccupe, l'Organisation mondiale de la santé travaille à la mise au point d'un autre anticorps anti- β -hCG qui cible un fragment de 37 acides aminés de la β -hCG. Ces anticorps ne sont malheureusement efficaces que pendant quelques mois seulement. Des chercheurs étudient actuellement la possibilité d'intégrer des vaccins dans des microbilles biodégradables, ce qui permettrait d'en assurer la libération continue. Comme la durée du cycle menstruel ne change pas, les créateurs de ces techniques affirment qu'elles fonctionnent avant l'établissement de la grossesse (c.-à-d. avant la fin de l'implantation) et ne sont donc pas des techniques abortives. La mise au point d'anticorps anti- β -hCG comme moyen de contraception a soulevé une solide opposition politique aux États-Unis.

Une autre façon d'aborder la question a consisté à mettre au point des anticorps des glycoprotéines provenant de la zone pellucide qui empêcheraient la fécondation¹⁵. On craint que les anticorps de la zone pellucide au complet ne déclenchent des réactions auto-immunitaires qui pourraient provoquer une défaillance ovarienne prématurée. Des chercheurs travaillent actuellement à la mise au point pour les femmes de vaccins qui s'attacheraient directement aux spermatozoïdes (que le système de la femme reconnaîtrait comme des corps étrangers). Les anticorps en circulation ne suffisent toutefois pas pour immobiliser les millions de spermatozoïdes

libérés dans la voie génitale et c'est pourquoi il faut immuniser la muqueuse. On a de la difficulté à atteindre un tel niveau d'immunité.

STÉRILETS

Comme on comprend mieux les mécanismes et les effets des stérilets, on peut maintenant les laisser en place plus longtemps, ce qui réduit au minimum les risques de perforation et d'infection associés à leur insertion¹⁶⁻¹⁸. De nouveaux types de stérilets (GyneFix[®], par exemple) emploient des dispositifs plus petits, sans corps rigide et flexibles, fixés dans le myomètre, ce qui réduit les cas signalés de crampes, de saignement et d'expulsion¹⁹. Des systèmes intra-utérins contenant des hormones comme le lévonorgestrel deviendront disponibles sous peu en Amérique du Nord²⁰. Les stérilets qui contiennent du lévonorgestrel ont une efficacité de cinq ans. Ils entraînent une suppression spectaculaire du saignement menstruel et peuvent réduire l'incidence des infections pelviennes.

SPERMICIDES

Les spermicides disponibles fonctionnent comme des détergents qui dégradent les spermatozoïdes. Ces détergents peuvent aussi tuer la flore vaginale normale et entraîner une irritation vaginale². On évalue actuellement de nouveaux produits chimiques qui peuvent empêcher les spermatozoïdes de parvenir à maturité ou prévenir la réaction acrosomique qui précède la liaison entre le spermatozoïde et l'œuf sans avoir ces effets irritants^{2,5}.

Afin de lutter contre les maladies transmises sexuellement, on fait l'essai de nouveaux produits chimiques qui, ajoutés aux spermicides ou aux lubrifiants vaginaux, recouvriraient la paroi vaginale et le col au complet²¹. On pourrait distribuer les spermicides en les intégrant à des éponges vaginales²² ou à des lubrifiants hydrophiles qui adhèrent aux surfaces du col et du vagin, assurant ainsi une protection prolongée²³.

STÉRILISATION

La stérilisation permanente demeurera l'option préférée pour de nombreux couples. Les taux de vasectomie sont à la hausse à cause de la sûreté et de la simplicité de cette méthode, et aussi parce que les attitudes des hommes nord-américains évoluent²⁴.



RÉFÉRENCES

1. Drouin J, Guilbert EE, Desaulniers G. Contraceptive application of the Bioself fertility indicator. *Contraception* 1994;50:229-38.
2. Alexander NJ. Future contraceptives. *Sci Am* 1995; September:136-41.
3. Rosenberg MJ, Waugh MS, Solomon HM, Lyszkowski AD. The male polyurethane condom: a review of current knowledge. *Contraception* 1996;53:141-6.
4. Shirley B, Bundren JC, McKinney S. Levonorgestrel as a post-coital contraception. *Contraception* 1995;52:277-81.
5. Service RF. Contraceptive methods go back to the basics. *Science* 1994;266:1480-1.
6. Darney PD. Hormonal implants: contraception for a new century. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170:1536-43.
7. Thomas AG Jr, LeMell SM. The Norplant® system: where are we in 1995? *J Fam Pract* 1995;40:125-8.
8. Geelen JA, van der Wardt JT, Voortman G, Maassen GC, Eenink MJ. Release kinetics of 3-keto desogestrel from contraceptive implants in dogs: comparison with in vitro data. *Contraception* 1993;47:215-26.
9. Haukkamaa M, Laurikka-Routti M, Heikinheimo O. Contraception with subdermal implants releasing the progestin ST-1435: a dose-finding study. *Contraception* 1992;45:49-55.
10. Coutinho EM. One year contraception with a single subdermal implant containing nomegestrol acetate (Uniplant). *Contraception* 1993;47:97-105.
11. Nilsson CG, Holma P. Menstrual blood loss with contraceptive sub-dermal levonorgestrel implants. *Fertil Steril* 1981;35:304-6.
12. Diaz S, Croxatto HB. Contraception in lactating women. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1993;5:815-22.
13. Handelsman DJ, Conway AJ, Boylan LM. Suppression of human spermatogenesis by testosterone implants. *J Clin Endocrinol Metab* 1992;75:1326-32.
14. World Health Organization Task Force on Methods for the Regulation of Male Fertility. Contraceptive efficacy of testosterone-induced azoospermia and oligozoospermia in normal men. *Fertil Steril* 1996;65:821-9.
15. Aldhous P. A booster for contraceptive vaccines. *Science* 1994;266:1484-6.
16. Chi I-C. What have we learned from recent IUD studies: a researcher's perspective. *Contraception* 1993;48:81-108.
17. Odland V. Modern intra-uterine devices. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* 1996;10:55-67.
18. Boateng J, Chi I-C, Jones DB. An evaluation of six new intrauterine devices. *Adv Contracept* 1994;10:57-70.
19. Van Kets H, Wildemeersch D, van der Pas H, Vrijens M, van Trappen Y, Delborge W, Temmerman M, Batar I, Barri P, Martinez F. IUD expulsion solved with implant technology. *Contraception* 1995;51:87-92.
20. Wang SL, Wu SC, Xin XM, Chen JH, Gao J. Three years' experience with levonorgestrel-releasing intrauterine device and Norplant-2 implants: a randomized comparative study. *Adv Contracept* 1992;8:105-14.
21. Brown GF. Long-acting contraceptives: rationale, current development, and ethical implications. *Special Supplement, Hastings Centre Report* 1995;25:S12.
22. Kreiss J, Ngugi E, Holmes K, Ndinya-Achola J, Waiyaki P, Roberts PL, Ruminjo I, Sajabi R, Kimata J, Fleming TR. Efficacy of nonoxynol 9 contraceptive sponge use in preventing heterosexual acquisition of HIV in Nairobi prostitutes. *JAMA* 1992;268:477-82.
23. Short RV. Contraceptives of the future in the light of HIV infection. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1994;34:330-2.
24. Peterson HB, Huber DH, Belker AM. Vasectomy: an appraisal for the obstetrician and gynecologist. *Obstet Gynecol* 1990;76:568-72.