

Chapitre 6
Contraceptifs
injectables progestatifs

Edition révisée en novembre 1996

publié au départe

Lignes directrices pour les procédures cliniques en planification familiale:
Une référence pour les formateurs

intrah

Cette publication a été réalisée par INTRAH de l'Université de la Caroline du Nord à Chapel Hill pour le projet PRIME financé par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International, contrat No. CCP-C-00-95-00005-00. Les points de vue exprimés dans ce document n'engagent que l'INTRAH et ne représentent pas la politique officielle de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International.



Ce document peut être reproduit ou adapté partiellement ou intégralement pour répondre aux besoins locaux sans qu'il faille demander au préalable l'autorisation d'INTRAH, du moment qu'INTRAH est mentionné et que le matériel est fourni gratuitement ou au coût de revient. Toute reproduction commerciale doit obtenir au préalable l'autorisation d'INTRAH. La permission de reproduire les images et les graphiques qui citent une source autre qu'INTRAH doit être obtenue directement auprès de la source originale.

L'INTRAH sera reconnaissant de recevoir un exemplaire de tout matériel qui a emprunté du texte ou des illustrations du présent document.

Lignes directrices pour les procédures cliniques en planification familiale: une référence pour les formateurs, Chapitre 6: Contraceptifs injectables progestatifs

Edition révisée en novembre 1996

ISBN 1-881961-25-7

© 1996 INTRAH

Les présent document est un version révisée du Chapitre 6 des *Lignes directrices pour les procédures cliniques en planification familiale: une référence pour les formateurs*, © 1993 INTRAH.

INTRAH
School of Medicine
The University of North Carolina at Chapel Hill
208 N. Columbia Street, CB# 8100
Chapel Hill, NC 27514, USA
Phone: 919-966-5639
Fax: 919-966-6816
E-mail: eudy@intrahus.med.unc.edu

INTRAH
Office for West, Central and North Africa
B.P. 12357
Lomé, Togo
Phone: 228-21-4059/22-0374
Fax: 228-21-4623
E-mail: intrah@cafe.tg

INTRAH
Office for East and Southern Africa
Norfolk Towers
Kijabe Street
P.O. Box 44958
Nairobi, Kenya
Phone: 254-2-211820/229670
Fax: 254-2-226824
E-mail: intrah@users.africaonline.co.ke

INTRAH
Office for Asia and the Near East
53 Lodhi Estate
New Delhi, India 110-003
Phone: 91-11-464-8891
91-11-463-6312/13
Fax: 91-11-464-8892
E-mail: INTRAH@GIASDL01.VSNL.NET.IN

LISTE DES ABREVIATIONS

COC(s)	contraceptif(s) oral(ux) combiné(s)
CCV	contraception chirurgicale volontaire
DIU	dispositif intra-utérin
DMPA	acétate de médroxyprogestérone dépôt (Dépo-Provéra®)
HDL	lipoprotéine de haute densité
IM	injection intramusculaire
MAMA	méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée
MIP	maladie inflammatoire pelvienne
MST	maladie sexuellement transmissible
NET-EN	éнанthate de noréthindrone (Noristerat®)
OMS	Organisation mondiale de la santé
PP	pilules progestatifs
SIDA	syndrome d'immunodéficience acquise
TA	tension artérielle
USAID	l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International

CHAPITRE 6

CONTRACEPTIFS INJECTABLES

PROGESTATIFS

Ce chapitre se focalise sur l'administration de contraceptifs injectables progestatifs en milieu clinique. Il convient d'appliquer les principes du choix éclairé, le dépistage en vue de trouver la méthode appropriée ainsi que des procédures attentives de prévention de l'infection pour l'administration tant en milieu clinique qu'en milieu communautaire (quand c'est applicable) des injectables progestatifs. Lorsque les injectables progestatifs sont fournis par le biais de programmes non cliniques, le distributeur devra consulter des listes de contrôle pour vérifier que ces procédures sont suivies et que les clientes sont référées, chaque fois que nécessaire, à un centre de santé pour une évaluation supplémentaire ou une prise en charge des effets secondaires. Ces clientes référées, ainsi que les clientes qui préfèrent utiliser les services cliniques, sont les clientes dont il est question dans ce chapitre.

Les contraceptifs injectables progestatifs les plus couramment sont le DMPA (acétate de médroxyprogestérone dépôt, Dépo-provéra®) et le NET-EN (éнанthane de noréthindrone, Noristerat®). Certaines parties de ce chapitre insistent légèrement plus sur le DMPA vu qu'il existe plus de données de recherche publiées sur son utilisation.

ETAPE 1

Discuter de l'expérience de la cliente en ce qui concerne les contraceptifs injectables progestatifs

Si la cliente a déjà utilisé les contraceptifs injectables progestatifs, tels que le DMPA (Dépo-provéra®) ou le NET-EN (Noristerat®):

- combien de temps a-t-elle utilisé les contraceptifs injectables progestatifs?
- était-elle satisfaite des contraceptifs injectables progestatifs (disponibilité, facilité d'utilisation, effets secondaires ou autres problèmes, grossesse...)?
- pourquoi a-t-elle cessé d'utiliser les contraceptifs injectables progestatifs?

Si la cliente n'a jamais utilisé les contraceptifs injectables progestatifs:

- a-t-elle déjà discuté des contraceptifs injectables progestatifs avec son partenaire, ses amis ou ses parents?
- est-ce que la cliente connaît quelqu'un qui utilise des contraceptifs injectables progestatifs?
- pense-t-elle que son partenaire ou d'autres personnes désapprouveraient l'utilisation des contraceptifs injectables progestatifs? Ceci l'empêcherait-il d'utiliser les contraceptifs injectables progestatifs?

Si la cliente a entendu des rumeurs au sujet des contraceptifs injectables progestatifs, ce qui suit peut l'aider à corriger les idées fausses:

RUMEUR: Une femme qui utilise les injectables progestatifs ne pourra plus jamais être enceinte.

REALITE: Il faut en moyenne 4 mois de plus pour que une femme qui a arrêté d'utiliser le DMPA revienne enceinte pour rapport a celle qui a arrêté d'utiliser la pilule, le DIU ou les méthodes de barrière.

Chapitre 6: Contraceptifs injectables progestatifs

RUMEUR: Les contraceptifs injectables progestatifs causent le cancer.

REALITE: Les recherches actuelles ne montrent **pas** que les injectables progestatifs causent le cancer. En fait, le DMPA empêche le cancer de la muqueuse interne de la cavité utérine et le cancer des ovaires.

RUMEUR: Le lait d'une mère qui utilise des contraceptifs injectables progestatifs est dangereux pour le nourrisson.

REALITE: Il a été démontré par plusieurs études que le lait d'une mère utilisant des contraceptifs injectables progestatifs contient des quantités d'hormone si infimes qu'il est considéré comme dépourvu de danger pour les bébés âgés de 6 semaines et plus.

RUMEUR: Une femme qui a utilisé les contraceptifs injectables progestatifs pendant longtemps devrait se reposer entre les doses car le contraceptif "s'accumule" dans le corps qui n'est pas sain.

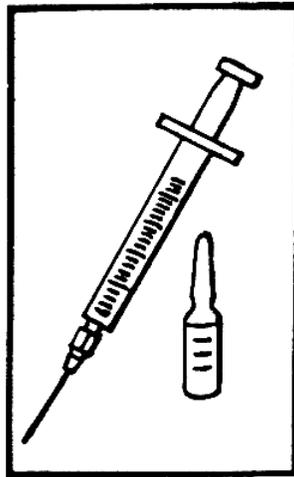
REALITE: Les injectables progestatifs sont libérés lentement du site de l'injection. Ils sont lentement évacués du corps et disparaissent complètement 9 mois après la dernière injection.

Adapté de: 1) Liskin L: Hormonal Contraception: New Long Acting Methods. *Population Reports* Series K 1987;3(March-April);K57-K58;
2) Winikoff B, Semeraro P, Zimmerman M: *Contraception During Breastfeeding: A Clinician's Sourcebook*. New York, The Population Council, 1988;
et 3) Technical Guidance Working Group: *Recommendations for Updating Selected Practices in Contraceptive Use: Results of a Technical Meeting, Volume I: Combined Oral Contraceptives, Progestin-Only Injectables, NORPLANT® Implants, and Copper-Bearing Intrauterine Devices*. Chapel Hill NC, INTRAH Program, University of North Carolina at Chapel Hill School of Medicine, 1994, p 34.

ETAPE 2

Discuter du mode d'action des contraceptifs injectables progestatifs

Encouragez la cliente à examiner un flacon de contraceptifs injectables progestatifs pendant que vous parlez. Expliquez le mode d'action des injectables progestatifs d'une manière culturellement adaptée avec des mots et des aides visuelles que la cliente peut comprendre. Encouragez la cliente à poser des questions ou demander des éclaircissements au sujet de n'importe quelles informations que vous lui donnez.



Source d'illustration: Barcelona DR, et al: *Contraception: A Guide to Birth Planning Methods*. Chicago, The Community and Family Study Center, 1981, p 31.

Les contraceptifs injectables progestatifs contiennent des progestatifs de synthèse (fabriqués dans le commerce) semblables à la progestérone, qui est une hormone produite par le corps de la femme. Après avoir été injecté dans le muscle, le progestatif est libéré lentement. Les progestatifs injectables agissent avant tout de deux manières pour prévenir la grossesse:

- Ils suppriment l'ovulation (le corps de la femme ne libère plus d'ovule).
- Ils rendent la glaire cervicale très épaisse pour être traversée par le spermatozoïde (le spermatozoïde ne peut plus atteindre l'utérus).

De plus, les injectables progestatifs rendent également l'endomètre (muqueuse utérine) moins riche en vaisseaux sanguins. Ce qui rendrait l'implantation d'un ovule féconde plus difficile s'il y avait ovulation et si les spermatozoïdes passaient au travers de l'épaisse glaire cervicale.

L'aménorrhée (absence de règles; dans le cas de contraceptifs hormonaux, elle est appelée, de manière plus correcte, absence d'hémorragie de privation) est qui fréquente avec les injectables progestatifs. En effet, les progestatifs injectables empêchent l'épaississement de la muqueuse utérine et il y a donc peu de

Chapitre 6: Contraceptifs injectables progestatifs

desquamation de cette muqueuse. C'est un effet normal des contraceptifs progestatifs, que beaucoup de femmes apprécient.

Les injections doivent être pratiquées tous les 2 ou 3 mois. Les deux injectables progestatifs les plus couramment disponibles sont le DMPA et le NET-EN. Certaines similarités et différences entre le DMPA et le NET-EN sont énumérées ci-dessous:

	DMPA	NET-EN
Fréquence et dose des injections	150 mg tous les 3 mois (12 semaines).	200 mg tous les 2 mois (8 semaines).
Retard admissible avant l'injection suivante	2 à 4 semaines.	1 (à 2) semaine(s).
Administration	Injection intramusculaire (IM) profonde dans le muscle deltoïde (bras) ou le muscle fessier.	Injection intramusculaire (IM) profonde dans le muscle deltoïde (bras) ou le muscle fessier.
Aménorrhée (absence d'hémorragie de privation)	Légèrement plus fréquente qu'avec le NET-EN (55% des femmes à la fin de la première année).	Légèrement moins fréquente qu'avec le DMPA (30% des femmes à la fin de la première année).
Taux d'échec type (pour une utilisation correcte)	Environ 3 pour 1000 femmes par an débutent une grossesse (0,3%).	Environ 4 pour 1000 femmes par an débutent une grossesse (0,4%).
Retour de la fécondité (délai avant la conception)	En moyenne, après avoir arrêté le DMPA (3 mois après la dernière injection), il faut 4 mois de plus que pour une femme qui a arrêté d'utiliser la pilule, le DIU ou les méthodes barrières.	Considéré comme entraînant un délai plus court du retour de la fécondité que le DMPA.
Diabète	Provoque une légère intolérance au glucose, mais est souvent utilisé avec de bons résultats chez les femmes diabétiques.	N'a PAS d'effet sur la tolérance au glucose. Peut être un choix légèrement meilleur en cas de diabète connu.

Adapté de: 1) Liskin L: Hormonal Contraception: New Long-Acting Methods. *Population Reports Series K* 1987;3(March-April);K57-K87; 2) Kleinman RL, ed: *Hormonal Contraception*. London, IPPF Medical Publications, 1990, p 84; 3) *Injectable Contraceptives: Their Role in Family Planning Care*. Geneva, World Health Organization, 1990; 4) Trussell J, Kost K: Contraceptive Failure in the United States: A Critical Review of the Literature. *Studies in Family Planning* 1987;18(5):237-283; et 5) Fotherby K, Koetsawang, Mathrubutham M: Pharmacokinetic Study of Different Doses of Depo-Provera. *Contraception* 1980;22(5):527-536; et 6) Technical Guidance Working Group: *Recommendations for Updating Selected Practices in Contraceptive Use: Results of a Technical Meeting, Volume I: Combined Oral Contraceptives, Progestin-Only Injectables, NORPLANT® Implants, and Copper-Bearing Intrauterine Devices*. Chapel Hill NC, INTRAH Program, University of North Carolina at Chapel Hill School of Medicine, 1994, pp 36-39.

ETAPE 3

Décrire les caractéristiques des contraceptifs injectables progestatifs

Dans cette section, on se réfère aux avantages et aux inconvénients des contraceptifs injectables progestatifs en tant que "caractéristiques" car ce qu'une cliente considère comme un avantage (par exemple, l'absence de règles, provoquée par injection, sans œstrogène) peut être considéré comme un inconvénient par une autre cliente.

Pendant que vous décrivez les caractéristiques (avantages et inconvénients) des contraceptifs injectables progestatifs, encouragez la cliente à poser des questions ou à faire part de ses doutes ou appréhensions.

CARACTERISTIQUES

Efficacité

- Sont très efficaces (99,6%).
- Leur action dure longtemps.
- Leur action continue même si la cliente est en retard de 1 ou 2 semaines pour la consultation de suivi.
- Puisque leur action est de longue durée, ils ne peuvent être facilement arrêtés ou retirés du corps si des complications apparaissent ou si la femme désire une grossesse.

Utilisation

- Permettent une utilisation discrète.
- Sont attrayants pour celles qui préfèrent les injections aux comprimés.
- Ne demandent aucun effort de mémoire; se souvenir seulement de retourner pour la consultation de suivi.
- N'interfèrent pas avec les rapports sexuels.

Avantages médicaux

- Peuvent aider à combattre l'anémie.
- Chez les femmes souffrant de drépanocytose, le DMPA peut diminuer les crises douloureuses de drépanocytose.
- Chez les femmes souffrant de crises de drépanocytose, le DMPA peut diminuer la fréquence des crises.
- Préviennent le cancer de la muqueuse interne de la cavité utérine (endomètre) et peut prévenir le cancer des ovaires.

Utilité spéciale pour certaines clientes

- Sans œstrogène, donc spécialement utile pour les femmes qui ne peuvent pas prendre de pilule contenant des œstrogènes (à cause du tabac, de migraines ou d'antécédents de coagulation sanguine ou de maladie cardiaque).
- N'altèrent pas de manière significative la quantité et la qualité du lait maternel, et ont été prouvés sans danger pour les bébés allaités âgés de 6 semaines et plus.
- Sont utiles pour les femmes qui ne veulent plus d'enfants mais préfèrent ne pas subir une stérilisation.
- Sans danger pour les femmes âgées de plus de 35 ans.

Effets sur le cycle menstruel et la fécondité

- Peuvent causer l'absence de règles (aménorrhée) que certaines clientes apprécient.
- Le DMPA entraîne souvent un certain retard de retour à la fécondité (après avoir arrêté le DMPA, à savoir 3 mois après la dernière injection, le retard moyen pour concevoir est d'environ 4 mois **de plus** que le temps moyen qu'il faut pour des femmes qui arrêtent les contraceptifs oraux, les DIU ou méthodes de barrière).
- Peuvent **diminuer** les symptômes de syndrome prémenstruel, de dysménorrhée grave, de douleurs ovulatoires (mittelschmerz) et d'endométriose.

Effets secondaires mineurs éventuels:

- Hémorragie vaginale prolongée ou importante (apparaît parfois pendant les 1 à 2 mois qui suivent immédiatement l'injection; l'hémorragie peut être contrôlée en prenant de l'ibuprofène, en recevant l'injection suivante plus tôt ou en utilisant une pilule contenant des œstrogènes pendant une courte durée),
- Aménorrhée (apparaît souvent après la première injection et doit être attendue après 9 à 12 mois d'utilisation),
- Acné (rarement),
- Prise de poids modérée (due à l'augmentation de l'appétit),
- Sensibilité des seins (légère, pas courante).

Protection contre les MST

- **Ne protègent pas contre la plupart des MST, y compris le SIDA.**
- Fournissent une protection contre les maladies inflammatoires pelviennes (les progestatifs rendent la glaire cervicale plus épaisse et il est donc moins probable qu'une infection vaginale ou cervicale atteigne l'utérus et les trompes).

Adapté de: 1) Hatcher RA, et al: *Contraceptive Technology 1990-1992*. New York, Irvington Publishers, Inc., 1990, pp 322-329; 2) *Family Planning Methods and Practice: Africa*. Atlanta, Centers for Disease Control, 1983, p 165; 3) Gray RH: Reduced Risk of PID with Injectable Contraceptives. *The Lancet* 1985;(May 4):1046; 4) Mattson RH et al: Treatment of Seizures with Medroxyprogesterone Acetate: Preliminary Report. *Neurology* 1984;34:1255-1258; 5) Technical Guidance Working Group: *Recommendations for Updating Selected Practices in Contraceptive Use: Results of a Technical Meeting, Volume I: Combined Oral Contraceptives, Progestin-Only Injectables, NORPLANT® Implants, and Copper-Bearing Intrauterine Devices*. Chapel Hill NC, INTRAH Program, University of North Carolina at Chapel Hill School of Medicine, 1994, p 34; et 6) WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives; Depo-medroxyprogesterone acetate (DMPA) and Risk of Endometrial Cancer. *International Journal of Cancer* 1991;49:186-190.

NOTE: D'autres formes de contraceptifs injectables sont actuellement étudiées. Il s'agit d'injections mensuelles qui contiennent des œstrogènes et des progestatifs. Deux des ces injectables combinés œstrogène-progestatif (Mesigyna et Cyclofem) ont déjà été approuvés aux fins d'utilisation par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ces injectables œstro-progestatifs ou combinés produisent un mode de saignement mensuel plus régulier que les injectables progestatifs. Les critères d'admissibilité médicale de ces injectables combinés diffèrent de ceux donnés dans ce chapitre suite à la présence d'œstrogènes dans ces injectables mensuels.

ETAPE 4
**Etudier la convenance des contraceptifs
 progestatifs injectables pour la cliente
 par l'anamnèse et, le cas échéant,
 par l'examen physique**

PROCEDURE A SUIVRE

- Se référer à la liste ci-dessous des conditions pour restreindre l'utilisation des contraceptifs injectables progestatifs (Critères d'admissibilité médicale de l'OMS).
- Se référer aux directives locales sur les antécédents de la reproduction chez la femme et, si les examens physiques sont offerts en tant qu'option pour les clientes de votre site de services, se rapporter aux directives locales sur l'examen physique général, l'examen des seins, l'examen abdominal et l'examen gynécologique.
- Se référer ci-dessous aux listes de contrôle de l'anamnèse et, le cas échéant, de l'examen physique spécifiques des contraceptifs injectables progestatifs.
- Si les contraceptifs injectables progestatifs ne sont pas appropriés, aider la cliente à faire le choix informé d'une autre méthode appropriée et suivre la procédure de cette méthode.
- Si l'une des conditions pour restreindre l'utilisation des injectables progestatifs s'applique à la cliente et qu'aucune autre méthode n'est disponible pour elle, évaluer avec elle si les avantages des contraceptifs injectables progestatifs dépassent les risques liés à leur utilisation.

CONDITIONS pour RESTREINDRE l'utilisation des injectables progestatifs:
Critères d'admissibilité médicale de l'OMS

En 1994-1995, l'OMS a mis au point des "critères d'admissibilité médicale" pouvant être utilisés pour diverses méthodes contraceptives. Si la cliente a une "condition" médicale spécifique, l'adéquation aux fins d'utilisation des contraceptifs injectables progestatifs peut être déterminée en consultant le système de catégories suivant mis au point par l'OMS.

Catégorie OMS	Définition	Que faire
4	Condition qui représente toujours un risque de santé inacceptable.	Les injectables progestatifs ne devraient pas être utilisés en présence de cette condition.
3	Condition où les risques théoriques ou prouvés dépassent généralement les avantages liés à l'utilisation de la méthode.	<ul style="list-style-type: none"> • Les injectables progestatifs ne devraient généralement pas être utilisés à moins que d'autres méthodes plus appropriées ne soient pas disponibles ou acceptables.

(suite à la page suivante)

Catégorie OMS	Définition	Que faire
3 (suite)		<ul style="list-style-type: none"> • Une femme ayant une condition assignée en tant que Catégorie 3 demande un jugement clinique attentif et probablement un suivi pour vérifier que, dans le cas de cette femme, les avantages liés à l'utilisation des injectables progestatifs dépassent les risques en tenant compte de la gravité de la condition ainsi que de la disponibilité du côté pratique et de l'acceptabilité d'autres méthodes. Cela pourrait être la méthode choisie en dernier lieu.
2	Condition où les avantages liés à l'utilisation de la méthode dépassent généralement les risques théoriques ou prouvés.	Les injectables progestatifs peuvent généralement être utilisés dans cette situation. Toutefois, le fait de savoir qu'une femme a une condition assignée dans la Catégorie 2 peut influencer la sélection de la méthode.
1	Condition pour laquelle il n'existe pas de restriction pesant sur l'utilisation de la méthode contraceptive.	S'ils sont préférés par une femme avec cette condition, les injectables progestatifs sont un choix contraceptif approprié.

Adapté de: World Health Organization Division of Family and Reproductive Health: *Improving Access to Quality Care in Family Planning. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use.* WHO/FRH/FPP/96.9.

Les conditions pour restreindre l'utilisation des injectables progestatifs sont organisées et discutées dans les pages suivantes en fonction du système de catégories d'admissibilité médicale mis au point par l'OMS. L'OMS a publié une liste exhaustive de conditions affectant l'utilisation des contraceptifs mais ceux donnés ci-après sont ceux rencontrés en règle générale en milieu clinique. Les justifications données sont adaptées à partir des justifications de l'OMS. (Voir OMS Division santé de la famille et santé reproductive: *Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale: critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives.* WHO/FRH/FPP/96.9.)

**Catégorie 4 OMS:
Un risque de santé inacceptable**

Raisons fondamentales

Les contraceptifs injectables progestatifs *ne devraient pas être utilisés* par une femme qui:

- 4.1. A une **grossesse** connue ou fortement suspectée (suggérée par l'anamnèse, des symptômes, des signes ou un test de grossesse positif).

(Voir Annexe A: “Comment être raisonnablement sûr que la femme n’est pas enceinte.”)

- 4.1.a) Les résultats actuels ne montrent **PAS** que les contraceptifs hormonaux actuels pris pendant la grossesse entraînent une augmentation significative du risque de malformations congénitales, ceci en raison de leur très faible dosage.
- b) Cependant, puisque l'exposition du fœtus à toute médication peut, en théorie, entraîner des malformations congénitales, les contraceptifs hormonaux ne doivent pas être utilisés chez la femme enceinte.

Adapté de: 1) Simpson JL, Phillips OP: Spermicides, Hormonal Contraception and Congenital Malformations. *Advances in Contraception* 1990;6:141-147; 2) Bracken MB et al: Meta-analysis of the Risk of Birth Defects with Oral Contraceptives. *Obstetrics and Gynecology* 1990;76:552-557; 3) Connell EB, Tatum HJ: *Reproductive Health Care Manual*. Durant OK, Creative Infomatics, Inc., 1986, p 64; 4) Stewart FH, et al: *Understanding Your Body*. Toronto, Bantam Books, 1987, p 301; 5) Wilson ESB: Injectable Contraceptives, in Loudon N, (ed): *Handbook of Family Planning*. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1985, pp 114-128; 6) *Depo Provera for Contraception: Review of Medical Use and Considerations*. Kalamazoo, The Upjohn Co, 1984; 7) Rosenfield A: Injectable Contraception in Corson SL, Derman RJ, Tyrer LB, (eds): *Fertility Control*. Boston, Little Brown & Co., 1985, p 192; 8) Mishell DR, Goebelsmann U: Disorders of Sexual Differentiation, in Mishell DR, Davajan V (eds): *Infertility, Contraception and Reproductive Endocrinology*, 2nd ed. Oradell, Medical Economics Books, 1986, p 214-215; 9) Technical Guidance Working Group: *Recommendations for Updating Selected Practices in Contraceptive Use: Results of a Technical Meeting, Volume I: Combined Oral Contraceptives, Progestin-Only Injectables, NORPLANT® Implants, and Copper-Bearing Intrauterine Devices*. Chapel Hill NC, INTRAH Program, University of North Carolina at Chapel Hill School of Medicine, 1994, p 29; et 10) World Health Organization Division of Family and Reproductive Health: *Improving Access to Quality Care in Family Planning. Eligibility Criteria for Initiating Use of Selected Methods of Contraception*. WHO/FRH/FPP/96.9.

- 4.2. Présente des **saignements utérins anormaux non diagnostiqués (grave condition sous-jacente soupçonnée) avant l'évaluation**, à savoir saignements utérins irréguliers pendant les trois derniers mois, entre les règles ou après les rapports sexuels, qui pourraient faire **soupçonner** une infection, une tumeur pelvienne ou une grossesse (intra-utérine ou ectopique) et qui n'a pas été évaluée.

- 4.2.a) Sont inclus dans les causes de saignements irréguliers: la grossesse intra-utérine ou extra-utérine (ectopique); les maladies inflammatoires pelviennes; les cancers de l'endomètre, des ovaires ou du col de l'utérus; les fibromes, ou d'autres problèmes gynécologiques; la ménopause précoce ou la préménopause; l'allaitement; et l'hypo- ou l'hyperthyroïdie. Aucun de ces états n'est aggravé (et certains sont même prévenus) par les injectables progestatifs. De manière spécifique, les injectables progestatifs fournissent une protection importante contre le cancer de l'endomètre.

(suite à la page suivante)

Catégorie 4 OMS:
Un risque de santé inacceptable

Raisons fondamentales

NOTES:

- Si l'on soupçonne une grossesse ou une anomalie sous-jacente (telle qu'un cancer du col), elle doit être évaluée; après l'évaluation, la catégorie devrait être ajustée.
- Pour un mode menstruel irrégulier avec des saignements abondants, voir Catégorie 2 OMS, où les avantages liés à l'utilisation des injectables progestatifs dépassent généralement les risques.

4.2.b) Cependant, puisque le début du traitement aux injectables progestatifs risque d'entraîner des saignements irréguliers chez certaines femmes, il vaudrait mieux préciser la cause des saignements et traiter tout problème sérieux avant de débiter l'utilisation des injectables progestatifs, au cas où une autre méthode fiable pourrait être utilisée en attendant.

c) Le risque majeur lié à la prise de contraceptifs hormonaux par une femme présentant des saignements non-diagnostiqués est celui de masquer les signes d'un cancer de l'endomètre, de l'ovaire ou du col. Cependant, 90% des cancers de l'endomètre surviennent après l'âge de 50 ans, et les cancers de l'endomètre et des ovaires sont beaucoup moins fréquents dans les pays en développement que dans les pays industrialisés. Par conséquent, les risques de masquer un cancer de l'endomètre ou des ovaires, en particulier chez une femme âgée de moins de 35 ans, sont extrêmement faibles. Par opposition, le cancer du col est plus fréquent que le cancer de l'endomètre ou de l'ovaire chez les femmes jeunes et chez les femmes dans les pays en voie de développement. En Afrique, environ 2 sur 10.000 femmes développent un cancer du col chaque année.

Adapté de: 1) Speroff L, Glass RH, Kase NG: *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*, 4th ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1989, p 201 and 227; 2) Herbst AL, et al: *Comprehensive Gynecology*. St. Louis, Mosby-Year Book, 1992, pp 1082-1083; 3) Parazzini F, et al: The Epidemiology of Endometrial Cancer. *Gynecologic Oncology* 1991;41:1-16; 4) Pike MC: Age-related Factors in Cancers of the Breast, Ovary, and Endometrium. *Journal of Chronic Disease* 1987;40; Suppl 2: 59S-69S; 5) Sadaan O, et al: Is it Safe to Prescribe Hormonal Contraception and Replacement Therapy to Patients with Premalignant and Malignant Uterine Cervixes. *Gynecologic Oncology* 1989;34:159-163; 6) Parkin DM, Laara E, Muir CS: Estimates of the Worldwide Frequency of 16 Major Cancers in 1980. *International Journal of Cancer* 1988;41:184-187; et 7) World Health Organization Division of Family and Reproductive Health: *Improving Access to Quality Care in Family Planning. Eligibility Criteria for Initiating Use of Selected Methods of Contraception*. WHO/FRH/FPP/96.9.

(suite à la page suivante)

Catégorie 4 OMS:
Un risque de santé inacceptable

Raisons fondamentales

4.3. A actuellement un **cancer du sein** connu.

NOTE: Pour une grosseur au sein non diagnostiquée, voir Catégorie 2 OMS où les avantages de l'utilisation des injectables progestatifs dépassent généralement les risques.

4.3. Les injectables progestatifs ne causent PAS de cancer du sein. Les masses qui font suspecter un cancer doivent être examinées. Un traitement hormonal peut provoquer le développement de telles masses. (Cependant la grossesse peut entraîner des taux corporels en hormones plus élevés que ceux obtenus avec les contraceptifs hormonaux.)

Adapté de: 1) *Injectable Contraceptives: Their Role in Family Planning Care*. Geneva Switzerland, The World Health Organization, 1990, p 69; 2) WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives. Breast Cancer and depot-medroxyprogesterone acetate: a multinational study. *The Lancet*:1991;338:833-838; et 3) World Health Organization Division of Family and Reproductive Health: *Improving Access to Quality Care in Family Planning. Eligibility Criteria for Initiating Use of Selected Methods of Contraception*. WHO/FRH/FPP/96.9.

Catégorie 3 OMS:
Risques dépassent généralement les avantages

Raisons fondamentales

Les injectables progestatifs *ne devraient généralement pas être utilisés* (à moins que d'autres méthodes plus appropriées ne soient pas disponibles ou acceptables) par une femme qui:

3.1 A actuellement, ou a eu par le passé, une **cardiopathie ischémique ou une attaque d'apoplexie**.

- 3.1.a) Les laboratoires pharmaceutiques inscrivent invariablement l'hypercoagulation et la cardiopathie comme contre-indications à l'utilisation des méthodes progestatives. Cependant, les contraceptifs progestatifs actuels n'ont pas d'effet significatif sur la coagulation sanguine, la tension artérielle (TA), ou le développement du diabète et il n'a pas été démontré qu'ils augmentaient les risques de maladies cardiovasculaires.
- b) Certains faits montrent que l'utilisation des injectables progestatifs pourrait entraîner une légère **diminution** dans les niveaux de lipoprotéine de haute densité (HDL). Cela pourrait être sujet à une préoccupation pour les clientes avec une maladie cardiaque ou une attaque d'apoplexie actuelle ou passée.
- c) Les femmes avec une maladie cardiaque passée ou actuelle ont un risque beaucoup plus grand de complications de la grossesse, et le counseling devrait leur faire envisager la contraception chirurgicale volontaire (CCV). Si la CCV n'est pas acceptable, le DIU, les implants NORPLANT® ou les contraceptifs injectables progestatifs doivent être envisagés en raison de leur grande efficacité.

(suite à la page suivante)

**Catégorie 3 OMS:
Risques dépassent généralement
les avantages**

Raisons fondamentales

	<p>3.1.d) Pour une femme ayant des antécédents de maladie cardio-vasculaire ou thrombo-embolique qui ne peut pas utiliser ou ne veut pas une autre méthode fiable, le choix d'une méthode progestative est préférable à celui d'un contraceptif oral combiné. (Toutes les méthodes contraceptives hormonales actuelles présentent toujours moins de danger que la grossesse).</p> <p>Adapté de: 1) Stadel BV: Oral Contraceptives and Cardiovascular Disease. <i>New England Journal of Medicine</i> 1981;305(12):672-675; 2) Hatcher RA, et al: <i>Contraceptive Technology</i> 1990-1992. New York, Irvington Publishers, Inc., 1990, p 319; 3) NORPLANT® <i>Levonorgestrel Implants: A Summary of Scientific Data</i>. Monograph, New York, The Population Council, 1990; 4) Wilson ESB, et al: A Prospective Controlled Study of the Effect on Blood Pressure of Contraceptive Preparations Containing Different Types and Dosages of Progestogen. <i>British Journal of Obstetrics and Gynecology</i> 1984;91:1254-1260; 5) <i>Injectable Contraceptives: Their Role in Family Planning Care</i>. Geneva Switzerland, The World Health Organization, 1990, pp 68-69; 6) Fotherby K: The Progestin-Only Pill and Thrombosis. <i>The British Journal of Family Planning</i> 1989;15:83-85; 7) <i>Implantable Contraceptives: Managerial and Technical Guidelines</i>. Geneva Switzerland, The World Health Organization, 1990; 8) <i>NORPLANT® System Counseling Manual</i>. Philadelphia, Wyeth-Ayerst Laboratories, 1990; 9) Oyelola OO, Thomas KD, Olusi SO: Steroidal Contraceptives and Changes in Individual Plasma Phospholipids: Possible Role in Thrombosis. <i>Advances in Contraception</i> 1990;6:193-206; et 10) World Health Organization Division of Family and Reproductive Health: <i>Improving Access to Quality Care in Family Planning. Eligibility Criteria for Initiating Use of Selected Methods of Contraception</i>. WHO/FRH/FPP/96.9.</p>
<p>3.2. A une grave hypertension ($\geq 180/110$) et/ou une maladie vasculaire hypertensive. Les maladies vasculaires hypertensives incluent l'insuffisance rénale (néphropathie), perte de vision (rétinopathie) et les maladies cardio-vasculaires.</p>	<p>3.2. Certains faits semblent suggérer que l'utilisation des injectables progestatifs pourrait entraîner une légère diminution dans les niveaux de lipoprotéine de haute densité (HDL), ce qui pourrait être sujet à une certaine préoccupation pour les femmes avec une hypertension modérée (avec ou sans maladie vasculaire). De plus, il existe une préoccupation théorique que la suppression de l'action ovarienne marquée causée par le DMPA pourrait produire une insuffisance d'œstrogènes qui supprimerait les effets bénéfiques préménopausiques normaux de l'œstrogène sus l'athérosclérose et la contraction des parois artérielles.</p> <p>Adapté de: 1) World Health Organization Division of Family and Reproductive Health: <i>Improving Access to Quality Care in Family Planning. Eligibility Criteria for Initiating Use of Selected Methods of Contraception</i>. WHO/FRH/FPP/96.9; 2) Sarrel PM, et al: Angina and Normal Coronary Arteries in Women: Gynecologic Findings. <i>American Journal of Obstetrics and Gynecology</i> 1992;167(2):467-471; 3) Reis SE, et al: Ethinyl Estradiol Acutely Attenuates Abnormal Coronary Vasomotor Responses to Acetylcholine in Postmenopausal Women. <i>Circulation</i> 1994;89(1):52-60; 4) Espeland MA, et al: Estrogen Replacement Therapy and Progression of Intimal-Medial Thickness in the Carotid Arteries of Postmenopausal Women. <i>American Journal of Epidemiology</i> 1995;142(10):1011-1019; et 5) Williams JK, et al: Short-Term Administration of Estrogen and Vascular Responses of Atherosclerotic Coronary Arteries. <i>Journal of American College of Cardiology</i> 1992;20(2):452-457.</p>

(suite à la page suivante)

**Catégorie 3 OMS:
Risques dépassent généralement
les avantages**

Raisons fondamentales

3.3. A du **diabète avec** une maladie vasculaire ou qui a eu du diabète pendant 20 ans ou plus. Le diabète avec maladies vasculaires hypertensives incluent l'insuffisance rénale (néphropathie), perte de vision (rétinopathie) et les maladies cardio-vasculaires.

3.3. Les femmes avec un diabète ou autres problèmes vasculaires graves ou prolongés courent un risque accru de maladie cardiaque ou d'attaque d'apoplexie (surtout les femmes qui fument). Le DMPA entraîne des altérations mineures du métabolisme des hydrates de carbone et des lipides. Peu de données ont été publiées en ce qui concerne les effets du NET-EN sur le métabolisme, mais son effet sur la plupart des fonctions métaboliques semble analogue à celui du DMPA. Il existe une préoccupation non prouvée mais théorique que les effets métaboliques des injectables pourraient affecter la progression de la néphropathie, rétinopathie ou autres maladies diabétiques vasculaires.

Adapté de: 1) *Injectable Contraceptives: Their Role in Family Planning Care*. Geneva Switzerland, World Health Organization, 1990, p 78; et 2) World Health Organization Division of Family and Reproductive Health: *Improving Access to Quality Care in Family Planning. Eligibility Criteria for Initiating Use of Selected Methods of Contraception*. WHO/FRH/FPP/96.9.

3.4. A une **hépatite active grave** (y compris hépatite virale active, symptomatique ou cirrhose décompensée, grave) **ou** a une **tumeur du foie** bénigne ou maligne.

3.4.a) Il n'y a **pas** de preuve que les contraceptifs injectables progestatifs entraînent des tumeurs du foie, des hépatites ou des maladies de la vésicule biliaire.

b) Une femme ayant une hépatite active grave ne doit pas commencer une grossesse et, de préférence, ne doit pas utiliser de contraceptif contenant des oestrogènes, parce que les oestrogènes et, à un moindre degré, les progestatifs affectent le fonctionnement général du foie. L'on ne sait pas si l'utilisation des progestatifs contribue à un risque accru de cancer du foie. Si les méthodes non-hormonales ne sont pas acceptables, les méthodes progestatives présenteraient moins de danger que la grossesse.

NOTE: Une cirrhose modérée, compensée du foie est Catégorie 2 OMS où les avantages liés à l'utilisation des injectables progestatifs dépassent généralement les risques.

Adapté de: 1) Hatcher RA, et al: *Contraceptive Technology 1994-1996*. New York, Irvington Publishers, Inc., 1994, p 311; 2) McEwan J: Contraception for Women with Liver Disease. *The British Journal of Family Planning* 1983;9:53-57; 3) Royal College of General Practitioners Oral Contraceptives Study: Oral Contraceptives and Gall Bladder Disease. *The Lancet* 1982;(October 30):957-959; 4) WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives. *International Journal of Cancer* 1989;43:254-259; 5) *NORPLANT® Levonorgestrel Implants: A Summary of Scientific Data*. Monograph. New York, The Population Council, 1990; 6) Goldzieher JW: *Hormonal Contraception: Pills, Injections & Implants*. Dallas, Essential Medical Information Systems, Inc., 1989, pp 194-196; 7) Davis M, Williams R: Hepatic Disorders, in Davies DM (ed): *Textbook of Adverse Drug Reactions*, 4th ed. Oxford, Oxford Medical Publications, 1991, p 269; et 8) World Health Organization Division of Family and Reproductive Health: *Improving Access to Quality Care in Family Planning. Eligibility Criteria for Initiating Use of Selected Methods of Contraception*. WHO/FRH/FPP/96.9.

(suite à la page suivante)

**Catégorie 3 OMS:
Risques dépassent généralement
les avantages**

Raisons fondamentales

3.5 **Allaite avant 6 semaines post-partum.**

3.5. Il existe une préoccupation théorique que l'exposition du nouveau-né aux progestatifs synthétiques pourrait avoir des conséquences négatives sur son développement mental ou physique. Une information limitée provenant d'études faites sur les animaux et le fait que les nouveau-nés humains connaissent généralement une élévation prévisible suivie d'une chute prévisible importante dans leur niveau d'hormones sexuelles pendant les 6 premières semaines de la vie indiquent qu'il pourrait être prudent d'attendre avant de commencer à prendre les contraceptifs progestatifs jusqu'à ce qu'une femme qui allaite soit au moins au-delà des 6 semaines du post-partum.

Adapté de: 1) Harlap S: Exposure to Contraceptive Hormones through Breastmilk - Are There Long-term Health Consequences? *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 1987;25(Suppl):47-55; 2) Ward RM: Pharmacologic Principles and Practicalities, in Taeusch HW, Ballard RA, Avery ME (eds): *Diseases of the Newborn*. Philadelphia, WB Saunders Company, 1991; 3) World Health Organization Division of Family and Reproductive Health: *Improving Access to Quality Care in Family Planning. Eligibility Criteria for Initiating Use of Selected Methods of Contraception*. WHO/FRH/FPP/96.9; et 4) Technical Guidance Working Group: *Recommendations for Updating Selected Practices in Contraceptive Use: Results of a Technical Meeting, Volume I: Combined Oral Contraceptives, Progestin-Only Injectables, NORPLANT® Implants, and Copper-Bearing Intrauterine Devices*. Chapel Hill NC, INTRAH Program, University of North Carolina at Chapel Hill School of Medicine, 1994, p 31.

**Catégorie 2 OMS:
Avantages dépassent
généralement les risques**

Raisons fondamentales

Les injectables progestatifs *peuvent généralement être utilisés même* par une femme qui:

2.1 A des **grosseurs au sein** non diagnostiqués.

NOTE: En ce qui concerne un cancer du sein connu actuel, voir Catégorie 4 OMS où les risques liés à l'utilisation des injectables progestatifs sont jugés inacceptables.

2.1. Les injectables progestatifs **ne causent pas** de cancer du sein. De plus, l'utilisation des progestatifs injectables ne sont pas sujets à préoccupation pour les femmes avec une maladie bénigne au sein. Des grosseurs au sein pouvant faire penser à un cancer devraient être référées aux fins de dépistage. Un traitement hormonal peut en théorie être cause de grosseurs (quelle que soit la cause) mais une grossesse fait grimper bien davantage les niveaux hormonaux; aussi, une grossesse au sein non diagnostiquée n'est pas une raison de limiter l'utilisation des méthodes progestatives.

Adapté de: World Health Organization Division of Family and Reproductive Health: *Improving Access to Quality Care in Family Planning. Eligibility Criteria for Initiating Use of Selected Methods of Contraception*. WHO/FRH/FPP/96.9.

(suite à la page suivante)

**Catégorie 2 OMS:
Avantages dépassent
généralement les risques**

Raisons fondamentales

<p>2.2. A du diabète - non insulino-dépendant ou insulino-dépendant.</p>	<p>2.2. Bien que les injectables progestatifs diminuent légèrement la tolérance aux hydrates de carbone (glucides), cela n'aggrave pas cliniquement le diabète.</p>
<p>2.3. A une hypertension modérée (en-dessous de 180/110), sans maladie vasculaire.</p>	<p>2.3 Certains faits semblent suggérer que l'utilisation des injectables progestatifs pourrait entraîner une légère diminution dans les niveaux de lipoprotéine de haute densité (HDL), ce qui pourrait être sujet à une certaine préoccupation pour les femmes avec une hypertension modérée (avec ou sans maladie vasculaire). Mais les injectables progestatifs sont une méthode appropriée et sans danger pour les femmes souffrant d'hypertension légère ou modérée.</p>
<p>NOTE: Pour une grave hypertension ($\geq 180/110$) ou une maladie vasculaire hypertensive, voir Catégorie 3 OMS.</p>	<p>Raisons fondamentales pour 2.2 et 2.3 adapté de: World Health Organization Division of Family and Reproductive Health: <i>Improving Access to Quality Care in Family Planning. Eligibility Criteria for Initiating Use of Selected Methods of Contraception.</i> WHO/FRH/FPP/96.9.</p>
<p>2.4. A 15 ans ou moins.</p>	<p>2.4. L'utilisation des injectables progestatifs entraîne généralement une aménorrhée (avec le DMPA, environ la moitié des femmes sont aménorrhéiques à la fin de la première année et environ deux tiers des femmes à la fin de la seconde année). Certains faits montrent qu'un état hypœstrogène (tel qu'en témoigne l'aménorrhée) lors des deux premières années après le début des règles pourrait augmenter le risque d'ostéoporose plus tard dans la vie, surtout pour les femmes ayant d'autres facteurs-risques d'ostéoporose (par exemple, les femmes avec de petits os, sous-alimentées, blanches ou orientales, qui fument ou qui sont malnourries). Toutefois, pour les adolescentes âgées de 15 ans ou moins pour lesquelles les injectables progestatifs sont la méthode la plus appropriée, les avantages de la méthode dépassent généralement les risques.</p>
	<p>Adapté de: 1) Technical Guidance Working Group: <i>Recommendations for Updating Selected Practices in Contraceptive Use: Results of a Technical Meeting, Volume I: Combined Oral Contraceptives, Progestin-Only Injectables, NORPLANT® Implants, and Copper-Bearing Intrauterine Devices.</i> Chapel Hill NC, INTRAH Program, University of North Carolina at Chapel Hill School of Medicine, 1994, p 34; 2) Bonjour JP et al: Critical Years and Stages of Puberty for Spinal and Femoral Bone Mass Accumulation During Adolescence. <i>Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism</i> 1991;73:555-563; 3) Theintz G et al: Longitudinal Monitoring of Bone Mass Accumulation in Healthy Adolescents: Evidence for a Marked Reduction after 16 Years of Age at the Levels of Lumbar Spine and Femoral Neck in Female Subjects. <i>Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism</i> 1992;75:1060-1065; 4) Dhuper S et al: Effects of Hormonal Status on Bone Density in Adolescent Girls. <i>Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism</i> 1990;71:1083-1088; 5) World Health Organization Division of Family and Reproductive Health: <i>Improving Access to Quality Care in Family Planning. Eligibility Criteria for Initiating Use of Selected Methods of Contraception.</i> WHO/FRH/FPP/96.9; et 6) Technical Guidance Working Group: <i>Recommendations for Updating Selected Practices in Contraceptive Use: Results of a Technical Meeting, Volume I: Combined Oral Contraceptives, Progestin-Only Injectables, NORPLANT® Implants, and Copper-Bearing Intrauterine Devices.</i> Chapel Hill NC, INTRAH Program, University of North Carolina at Chapel Hill School of Medicine, 1994, p 35.</p>

(suite à la page suivante)

**Catégorie 2 OMS:
Avantages dépassent
généralement les risques**

Raisons fondamentales

2.5. A de graves **maux de tête récurrents (y compris les migraines)** avec ou sans symptômes neurologiques focaux.

NOTE: Si une cliente a de graves maux de tête **avec** des symptômes neurologiques focaux **en utilisant** les injectables progestatifs, c'est une Catégorie 3 OMS.

2.6. A un **mode de saignement menstruel irrégulier avec ou sans saignements abondants.**

NOTES:

- Si la cliente a une anémie cliniquement apparente et des antécédents de saignements abondants, c'est une Catégorie 3 OMS pour l'utilisation des injectables progestatifs.
- En ce qui concerne les saignements utérins anormaux et non expliqués pouvant faire soupçonner une infection, une tumeur maligne ou une grossesse, voir Catégorie 4 OMS où l'utilisation des injectables progestatifs est toujours un risque de santé inacceptable.

2.5 Chez certaines clientes, les maux de tête (y compris les migraines) peuvent s'intensifier avec l'utilisation des injectables. Vu que les injectables ne peuvent pas être arrêtés rapidement une fois administrés, une cliente qui a des antécédents de migraines graves devrait peut-être essayer d'abord la pilule progestative (ou des méthodes non hormonales).

Adapté de: World Health Organization Division of Family and Reproductive Health: *Improving Access to Quality Care in Family Planning. Eligibility Criteria for Initiating Use of Selected Methods of Contraception.* WHO/FRH/FPP/96.9.

2.6 **Commencer l'utilisation des injectables progestatifs:**

- a) Si, avant de commencer l'utilisation des injectables progestatifs, on soupçonne des conditions anormales (telles que des infections, une tumeur maligne ou une grossesse – ectopique ou intra-utérine) pouvant causer un saignement prolongé ou abondant, ces conditions devraient être diagnostiquées et traitées, tel qu'approprié.
- b) Un certain nombre de femmes (surtout les adolescentes) ont un mode atypique de cycle menstruel irrégulier (anovulatoire) dû à diverses causes bénignes. Les injectables progestatifs peuvent être utilisés sans danger par ces femmes. Mais chez toutes les femmes qui utilisent pour la première fois des injectables progestatifs, des épisodes de saignement irrégulier et prolongé sont des conditions courantes auxquelles elles peuvent s'attendre pendant les trois à six premiers mois d'utilisation. Un **saignement abondant** (plus que la menstruation normale) n'est pas courant. A la fin de la première année d'utilisation des injectables progestatifs, 50% des femmes sont aménorrhéiques. A la fin de la seconde année, 66% des utilisatrices des injectables progestatifs sont aménorrhéiques.

Continuation des injectables progestatifs: Certaines femmes devront peut-être quand même arrêter d'utiliser les injectables progestatifs suite à des raisons médicales de saignement excessif ou à la préférence de la cliente.

(suite à la page suivante)

**Catégorie 2 OMS:
Avantages dépassent
généralement les risques**

Raisons fondamentales

- | | |
|---|--|
| <p>2.7. A des antécédents d'hypertension mais la TA ne peut pas être mesurée aujourd'hui.</p> <p>2.8. A une néoplasie intra-épithéliale cervicale ou un cancer cervical, de l'endomètre, ou des ovaires, ou une autre tumeur maligne pelvienne diagnostiquée.</p> | <p>2.6 Adapté de: 1) Technical Guidance Working Group: <i>Recommendations for Updating Selected Practices in Contraceptive Use: Results of a Technical Meeting, Volume I: Combined Oral Contraceptives, Progestin-Only Injectables, NORPLANT® Implants, and Copper-Bearing Intrauterine Devices</i>. Chapel Hill NC, INTRAH Program, University of North Carolina at Chapel Hill School of Medicine, 1994, pp 40-41; 2) World Health Organization Division of Family and Reproductive Health: <i>Improving Access to Quality Care in Family Planning. Eligibility Criteria for Initiating Use of Selected Methods of Contraception</i>. WHO/FRH/FPP/96.9; 3) Belsey EM and Task Force on Long-Acting Systemic Agents for Fertility and Regulation: <i>Menstrual Bleeding Patterns in Untreated Women and With Long-Acting Methods of Contraception. Advances in Contraception 1991:257-270</i>; 4) <i>Injectable Contraceptives: Their Role in Family Planning Care</i>. Geneva, World Health Organization, 1990; 5) Diaz S et al: <i>Clinical Assessment of Treatments for Prolonged Bleeding in Users of NORPLANT® Implants. Contraception 1990; 42(1):97-109</i>; et 6) Task Force on Long-Acting Agents for the Regulation of Fertility. <i>Multinational Comparative Clinical Trials of Long-acting Injectable Contraceptives: Norethisterone Enanthate Given in Two Dosage Regimens and Depot-medroxyprogesterone Acetate. Final Report. Contraception 1983; 28(1):1-20</i>.</p> <p>2.7 Aucun changement significatif dans la TA n'a été constaté avec l'utilisation des contraceptifs progestatifs, aussi ils peuvent être administrés sans danger à une femme qui a des antécédents d'hypertension. Mais ces antécédents demandent un suivi et la femme devrait toujours être référée aux fins d'évaluer sa TA.</p> <p>Adapté de: World Health Organization Division of Family and Reproductive Health: <i>Improving Access to Quality Care in Family Planning. Eligibility Criteria for Initiating Use of Selected Methods of Contraception</i>. WHO/FRH/FPP/96.9.</p> <p>2.8. Il existe une préoccupation théorique que l'utilisation des progestatifs pourrait affecter la progression de la néoplasie intra-épithéliale cervicale ou du cancer cervical mais rien ne le prouve. (Le principal problème concerne le fait que le symptôme de saignement irrégulier imputable au cancer du col est masqué car les femmes prenant des injectables progestatifs pourraient attribuer le saignement irrégulier à la prise de leur méthode.) Aucun fait ne montre que les injectables progestatifs aggravent le cancer de l'endomètre ou des ovaires.</p> <p>Adapté de: 1) WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives: <i>DMPA and Risk of Invasive Squamous Cell Cervical Cancer. Contraception 1992;45(4):229-312</i>; 2) OBerle MW et al: <i>Cervical Cancer Risk and Use of Depot-Medroxyprogesterone Acetate in Costa Rica. International Journal of Epidemiology 1988;17(4):718-723</i>; 3) Liang AP et al: <i>Risk of Breast, Uterine Corpus, and Ovarian Cancer in Women Receiving Medroxyprogesterone Injections. Journal of the American Medical Association 1983;249(21):2909-2912</i>; 4) Mishell DR. <i>Long-Acting Contraceptive Steroids: Postcoital Contraceptives and Antiprogestins</i>, in Mishell DR, Davajan V, Lobo RA (eds): <i>Infertility, Contraception, and Reproductive Endocrinology</i>, 3rd ed. Boston, Blackwell Scientific Publications, 1991, p 878; et 5) World Health Organization Division of Family and Reproductive Health: <i>Improving Access to Quality Care in Family Planning. Eligibility Criteria for Initiating Use of Selected Methods of Contraception</i>. WHO/FRH/FPP/96.9.</p> |
|---|--|

(suite à la page suivante)

**Catégorie 2 OMS:
Avantages dépassent
généralement les risques**

Raisons fondamentales

2.9. Prend de la rifampicine ou de la griséofulvine ou des anticoagulants ou des **médicaments** antiépileptiques (anticonvulsants).

- 2.9.a) L'utilisation des méthodes contraceptives non hormonales (y compris les méthodes d'appoint) devrait être encouragée pour les femmes qui utilisent à long terme ces médicaments. Toutefois, les contraceptifs injectables sont plus appropriés que les contraceptifs oraux combinés (les COCs), les pilules progestatifs (la PP) ou les implants NORPLANT®. La rifampicine, la griséofulvine et les anticonvulsants (sauf l'acide valproïque) interfèrent avec les contraceptifs hormonaux à faible dose (c'est-à-dire les COCs, la PP ou les implants NORPLANT®), il existe moins de faits montrant que ces médicaments interfèrent de manière mesurable avec les injectables.
- b) Les méthodes progestatives peuvent être associées à des saignements prolongés pendant les trois premiers mois d'utilisation. L'on ne sait pas si les anticoagulants aggravent les saignements.

Adapté de: 1) Mattson RH et al: Treatment of Seizures with Medroxyprogesterone Acetate: Preliminary Report. *Neurology* 1984;34(9):1255-1258; 2) Mattson RH, Rebar RN: Contraceptive Methods for Women with Neurologic Disorders. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1993;168:2027-2032; et 3) World Health Organization Division of Family and Reproductive Health: *Improving Access to Quality Care in Family Planning. Eligibility Criteria for Initiating Use of Selected Methods of Contraception*. WHO/FRH/FPP/96.9.

LISTE DE CONTROLE de l'anamnèse et de l'examen physique

Un examen physique n'est **PAS** obligatoire pour une utilisation sans danger des méthodes hormonales. Il se peut que certains programmes proposent d'en faire un et que certaines femmes préfèrent un examen physique en tant que service de santé préventif. Qu'un examen physique soit pratiqué ou non, il est toujours important de réaliser **l'anamnèse à la fois** à cause des états qui peuvent affecter l'utilisation des méthodes hormonales et pour la santé de la femme en matière de reproduction.

Liste de contrôle de l'anamnèse pour les utilisatrices des contraceptifs injectables progestatifs

Questions du prestataire de services	NON	OUI	Instructions pour le prestataire de services
<p>Poser à la cliente les questions suivantes:</p> <p>1. Pensez-vous être enceinte? (rapports sexuels non protégés? dernières règles datant de plus de 4 semaines?...)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Si la réponse est "OUI," suivre les instructions ci-dessous:</p> <p>1. NE PAS administrer des injectables progestatifs avant d'être raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte. Proposer des condoms (et/ou des spermicides) à utiliser jusqu'à ce que vous soyez raisonnablement sûr qu'elle n'est pas enceinte (voir Annexe A: "Comment être raisonnablement sûr que la femme n'est pas enceinte").</p>
<p>2. a) Allaitiez-vous un enfant actuellement âgé de moins de 6 mois?</p> <p>b) Etes-vous toujours en aménorrhée (absence de règles) depuis votre accouchement? (Un saignement survenant pendant les 8 premières semaines qui suivent l'accouchement n'est pas considéré comme des règles chez une femme qui allaite).</p> <p>c) Nourrissez-vous votre enfant exclusivement ou presque exclusivement au sein (sans remplacer régulièrement des tétées par des aliments solides ou liquides)?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>2. Si la réponse à chacune des trois questions est "oui", la Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) fournit à elle seule une contraception suffisante pour 6 MOIS. Si une contraception supplémentaire est nécessaire ou sera nécessaire d'ici peu, proposer les injectables progestatifs. Même pour une femme qui nourrit son enfant seulement en partie au sein, il n'est pas nécessaire de commencer les injectables progestatifs avant la consultation de post-partum de 6 SEMAINES, car le risque de grossesse est extrêmement faible.</p>
<p>3. Pensez-vous avoir un cancer du sein, ou vous a-t-on déjà dit que vous aviez eu un cancer du sein?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>3. Si un cancer est fortement suspecté, NE PAS administrer des injectables progestatifs. Orienter selon la nécessité. Aider la cliente à faire le choix d'une méthode non-hormonale. Expliquer que les injectables progestatifs NE causent PAS de cancer du sein mais que les femmes qui ont déjà eu un cancer ne devraient pas prendre d'hormones.</p>

(suite à la page suivante)

Liste de contrôle de l'anamnèse pour les utilisatrices des contraceptifs injectables progestatifs (suite)

Questions du prestataire de services	NON	OUI	Instructions pour le prestataire de services
Poser à la cliente les questions suivantes:			Si la réponse est "OUI," suivre les instructions ci-dessous:
4. Avez-vous remarqué des saignements entre vos règles ou après les rapports sexuels, ou des saignements anormalement importants pendant les 3 derniers mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Ces symptômes devraient être évalués avant le début de la prise de contraceptifs hormonaux. L'aider à faire un choix informé pour une méthode non hormonale.
5. A votre connaissance, avez-vous actuellement une maladie du foie? ou: <ul style="list-style-type: none"> • Vous a-t-on déjà dit que vous aviez une tumeur du foie? • Vous a-t-on dit que vous aviez actuellement une hépatite active ou une maladie de la vésicule biliaire? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Si la réponse à l'une quelconque de ces questions est "oui", essayer de confirmer ces antécédents par un examen physique (jaunisse?, foie douloureux ou élargi?). Si l'on est en présence d'une maladie active du foie ou d'une tumeur au foie, orienter de manière appropriée. Dans tous les cas, aider la cliente à faire un choix informé d'une méthode non œstrogène sûre jusqu'à ce que le problème hépatique soit résolu.
6. Avez-vous eu du diabète pendant 20 ans ou plus ou avez-vous un diabète grave avec des troubles de la vision ou des problèmes aux reins?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Si la cliente a du diabète avec une néphropathie/rétinopathie ou autre maladie vasculaire ou du diabète depuis 20 ans ou plus, elle est à risque élevé de complications pendant la grossesse et devrait sérieusement envisager une contraception chirurgicale volontaire (CCV) ou un méthode progestative sûre telle que les implants NORPLANT® ou un DIU. Si cela n'est pas acceptable, les risques liés aux injectables progestatifs sont presque certainement plus faibles que les risques liés à la grossesse.

Bien que la question 7 NE soit PAS liée à la non-admissibilité par les critères de l'OMS, c'est une question importante pour la santé reproductive de la femme.

7. a) Avez-vous déjà eu une infection pelvienne grave avec fièvre, frissons, douleurs dans la région de l'utérus et des pertes? En souffrez-vous maintenant? b) Assurer la cliente du caractère confidentiel de votre entretien avant de poser la question suivante: Vous-même ou votre partenaire, avez-vous d'autres partenaires sexuels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Si la réponse est "oui" à l'une ou l'autre des questions, cette cliente court un risque de contracter des MST, y compris le SIDA. Administrer les injectables progestatifs en raison de leur efficacité mais recommander aussi à la cliente d'utiliser des condoms (ou des spermicides si les condoms sont inacceptables) pour se protéger contre les MST, y compris le SIDA. Rechercher les signes de MST à l'examen.
--	--------------------------	--------------------------	---

Liste de contrôle à utiliser lorsque des examens physiques sont recommandés

Les examens physiques (généraux, au spéculum, bimanuels) peuvent être utiles pour évaluer les questions soulevées par les antécédents de la cliente (tels que les antécédents d'hypertension, de masse au sein ou de maladie du foie). Pour les clientes ayant des antécédents "négatifs" aux conditions dans les Catégories 3 et 4 OMS, des examens physiques peuvent être appropriés pour de bons soins de santé préventive mais ne sont pas nécessaires pour une utilisation sans danger d'une méthode contraceptive.

Lorsqu'un examen physique général est recommandé: liste de contrôle pour les utilisatrices de contraceptifs injectables progestatifs

Observations du prestataire de services Rechercher les anomalies suivantes:	NON	OUI	Instructions pour le prestataire de services Si la réponse est "OUI," suivre les instructions ci-dessous:
1. Peser la cliente. Son poids est-il anormalement bas ou anormalement élevé d'après les directives cliniques locales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Les injectables progestatifs sont parfois associés à une prise de poids. Etablir un poids de base pour la cliente. Si son poids est trop faible ou trop élevé, la conseiller en fonction.
2. Sa tension artérielle (TA) est-elle élevée? (systolique plutôt que diastolique) • Hypertension légère en-dessous de ou modérée: 180/110 • Hypertension grave: 180/115 ou au-dessus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Si la TA est élevée, vérifier à nouveau et orienter la cliente pour un examen ou traiter la TA en fonction des directives cliniques locales. Encourager la cliente à choisir après information une méthode de contraception fiable. Pour une hypertension modérée, les implants NORPLANT®, les injectables progestatifs ou la PP peuvent être utilisés puisque les méthodes progestatives présentent toujours beaucoup moins de danger que la grossesse et qu'il est peu probable qu'elles aggravent l'hypertension. Pour une hypertension grave, une méthode non hormonale sûre est préférable.
3. A-t-elle des masses dans les seins? Les masses bénignes (kystes du sein, adénomes fibreux...) sont généralement lisses et d'une forme bien définie, souvent localisées à la même place dans les deux seins et peuvent être mobilisées facilement. Ces masses peuvent aussi augmenter légèrement de volume et devenir sensiblement douloureuses chaque mois juste avant les menstruations. Il ne devrait pas y avoir de ganglions lymphatiques durs ou élargis marqués sous les bras. Lorsqu'il y a un doute, la cliente devrait être orientée pour évaluation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Les masses qui font suspecter un cancer sont généralement non douloureuses, unilatérales, de forme irrégulière avec une mobilisation plus difficile (semblent "collées" à la peau ou aux muscles). Des ganglions lymphatiques augmentés de volume peuvent être présents sous l'aisselle. Orienter de manière appropriée la cliente qui présente des masses laissant suspecter un cancer. L'aider à faire le choix informé d'une méthode non-hormonale. Si aucune de ces méthodes n'est acceptable, proposer la PP (la PP est faiblement dosée et présente toujours moins de danger que la grossesse). Si les masses ne sont pas suspectes, administrer les injectables.

(suite à la page suivante)

Lorsqu'un examen physique général est recommandé: liste de contrôle pour les utilisatrices de contraceptifs injectables progestatifs (suite)

Observations du prestataire de services			Instructions pour le prestataire de services
Rechercher les anomalies suivantes:	NON	OUI	Si la réponse est "OUI," suivre les instructions ci-dessous:
4. a) A-t-elle la jaunisse? b) A-t-elle un foie augmenté de volume ou sensible?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Si vous répondez "oui" à l'une de ces questions, il est probable que la cliente a une maladie active du foie ou une tumeur au foie. Orienter de manière appropriée. L'aider à faire un choix informé pour une méthode non hormonale sûre. Si aucune n'est acceptable, proposer la PP jusqu'à ce que le problème au foie soit résolu.

Lorsque l'examen au spéculum est indiqué: liste de contrôle pour les utilisatrices des contraceptifs injectables progestatifs

Observations du prestataire de services			Instructions pour le prestataire de services
Rechercher les anomalies suivantes:	NON	OUI	Si la réponse est "OUI," suivre les instructions ci-dessous:
1. La cliente a-t-elle: a) des pertes vaginales ou cervicales anormales? ou b) des ulcérations génitales? ou c) d'autres problèmes (condylomes) laissant suspecter une MST?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Examiner et traiter en fonction des directives cliniques locales, en traitant également le(s) partenaire(s). Administrer le contraceptif injectable progestatif. Si une MST est suspectée, conseiller à la cliente de ne pas avoir de rapports sexuels jusqu'à la guérison et d'utiliser ensuite des condoms pour se protéger contre les MST, y compris le SIDA (ou d'utiliser des spermicides si les condoms sont inacceptables).
2. A-t-elle des tumeurs, des ulcérations ou d'autres lésions du col de l'utérus qui font suspecter un cancer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Examiner et orienter vers un examen spécialisé approprié; si possible pratiquer également un frottis cervical. Recommander une méthode de contraception fiable. L'utilisation des méthodes hormonales est sans danger en attendant l'examen et le traitement.

Lorsque l'examen bimanuel est indiqué: liste de contrôle pour les utilisatrices des contraceptifs injectables progestatifs

Observations du prestataire de services Rechercher les anomalies suivantes:	NON	OUI	Instructions pour le prestataire de services Si la réponse est "OUI," suivre les instructions ci-dessous:
1. A-t-elle un utérus volumineux, mou et lisse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. NE PAS donner des injectables progestatifs à moins d'être raisonnablement sûr que la femme n'est pas enceinte, surtout si elle a d'autres symptômes ou signes. Offrir des condoms (et/ou des spermicides) jusqu'à ce que vous soyez raisonnablement sûr qu'elle n'est pas enceinte (voir Annexe A: "Comment être raisonnablement sûr qu'une femme n'est pas enceinte"). Lui conseiller d'utiliser des condoms pour se protéger contre les MST, y compris le SIDA.
2. A-t-elle un utérus volumineux mais ferme et irrégulier?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Elle a probablement un fibrome bénin de l'utérus. Cependant, s'il y a aussi des saignements irréguliers ou si la taille de l'utérus a rapidement augmenté (en moins de 6 mois), l'orienter de manière appropriée pour vérifier le diagnostic avant d'administrer les contraceptifs injectables progestatifs.
3. Y a-t-il une masse dans la région annexe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Elle peut avoir un kyste ovarien (y compris corps jaune gravidique), un abcès, une grossesse ectopique ou, rarement, une tumeur des ovaires ou des trompes. L'orienter de manière appropriée. Conseiller à la cliente d'utiliser des condoms pour la contraception et la protection contre les MST, y compris le SIDA (ou d'utiliser des spermicides si les condoms sont inacceptables). Si une grossesse intra-utérine et un cancer sont peu probables, on peut commencer les injectables progestatifs et traiter ou orienter pour évaluation de la masse annexielle.
4. A-t-elle une sensibilité douloureuse importante du col, des ovaires, des trompes ou de l'utérus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Elle a peut-être une maladie inflammatoire pelvienne (MIP); traiter en fonction des directives cliniques locales en traitant également le(s) partenaire(s). Administrer le contraceptif injectable progestatif. Conseiller aussi à la cliente d'utiliser des condoms pour se protéger contre les MST, y compris le SIDA (ou d'utiliser des spermicides si les condoms sont inacceptables).

ETAPE 5

Injecter le contraceptif

MOMENT D'INJECTION

- Les contraceptifs injectables progestatifs peuvent être administrés à n'importe quel moment du cycle menstruel lorsque vous pouvez être raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte. Si l'injection est donnée après le septième jour d'un cycle menstruel normal, demandez à la cliente d'utiliser une méthode d'appoint, telle que les condoms, pendant 7 jours ou de NE PAS avoir de rapports sexuels pendant 7 jours.
- Si la cliente n'est pas à risque de grossesse (abstinence, utilisation d'une autre méthode efficace, dans la semaine qui suit un avortement ou protégée par MAMA), elle peut commencer les injectables progestatifs n'importe quel jour du mois.
- Si vous renvoyez une mère qui allaite de votre maternité, conseillez-la d'avoir une consultation de suivi à 6 semaines après avoir accouché. Expliquez lui qu'elle n'a pas besoin de commencer à prendre les injectables progestatifs avant **6 semaines** post-partum vu que le risque de grossesse dans les premières 6 semaines post-partum chez une femme qui allaite, même partiellement, est extrêmement rare. Expliquez lui qu'elle aura besoin des injectables progestatifs **avant** le retour de ses règles et **avant** qu'elle ne commence à donner au bébé d'autres aliments ou liquides à la place du lait maternel, et **avant** que son bébé n'ait 6 mois.

PREPARATION DU MATERIEL

- Revoyez de manière attentive les directives locales sur la désinfection et la stérilisation. L'on préfère les aiguilles et les seringues jetables (jetées avec les mesures de précaution qui s'imposent). L'évacuation correcte des aiguilles et seringues contaminées dans des récipients qui ne peuvent pas être troués est capitale pour protéger les prestataires, les clients et les personnes qui manipulent les déchets. Si les aiguilles et seringues doivent être utilisées plus d'une fois, elles **doivent être décontaminées, nettoyées et ensuite stérilisées entre chaque injection**.
- Rassemblez le matériel nécessaire pour l'injection. (Rassemblez le matériel nécessaire à la procédure **avant** tout examen physique nécessaire, afin que la femme n'attende pas trop longtemps sur la table d'examen pendant que vous vous préparez.)
 - DMPA ou NET-EN,
 - seringue **stérile** (volume 1cc ou plus grande, à usage unique de préférence),
 - aiguille **stérile** pour injection IM,
 - tampon de coton,
 - antiseptique localement disponible en tant que **désinfectant cutané**. Parmi les antiseptiques, on trouve: Betadine®, Hibitane®, pHisoHex®, Savlon®, etc...

EXPLICATION A LA CLIENTE

- Encouragez la cliente à poser des questions pendant que vous expliquez la procédure que vous allez suivre.
- Montrez-lui le matériel qui sera utilisé et dites-lui ce que vous allez faire.
- Expliquez à la cliente que les seringues et les aiguilles ont été soigneusement stérilisées (ou en cas d'utilisation de seringues et aiguilles à usage unique, qu'elles arrivent pré-stérilisées dans l'emballage). Assurez-lui qu'il **n'y a aucun risque** de maladie dû à l'injection dans votre centre parce que vous êtes très strict en ce qui concerne l'utilisation d'instruments uniquement stérilisés de manière appropriée.
- Rassurez la cliente après l'injection.

INJECTION DU CONTRACEPTIF

Le dosage habituel est:

- 150mg de Dépo-provéra® (DMPA) en IM profonde tous les 3 mois (12 semaines).

Note: A la convenance de la cliente, la prochaine injection de DMPA peut sans danger être administrée au plus tôt 4 semaines à l'avance ou encore 2 (à 4) semaines en retard (selon le protocole local).

OU

- 200mg de Noristerat® (NET-EN) en IM profonde tous les 2 mois (8 semaines).

Note: A la convenance de la cliente, la prochaine injection de NET-EN peut sans danger être administrée au plus tôt 1 (à 2) semaines à l'avance ou encore 2 semaines en retard (selon les protocoles locaux).

Etape 1: Lavez-vous les mains.

Etape 2: Désinfectez le site d'injection, en utilisant un antiseptique local. Pour le DMPA ainsi que pour le NET-EN, le site d'injection peut être soit la partie supérieure du bras (deltoïde), soit le fessier (quadrant supérieur externe).

Etape 3: Pour le DMPA, secouez vigoureusement l'ampoule avant d'en aspirer le contenu avec la seringue. Pour le NET-EN, réchauffez le tube entre vos mains pour faciliter l'aspiration par la seringue de la solution huileuse épaisse.

Etape 4: Si nécessaire, essuyez le dessus du tube avec un **désinfectant** (les tubes de verre à casser n'ont pas besoin d'être désinfectés, voir les directives locales pour la désinfection appropriée).

Etape 5: Le DMPA/Dépo-provéra® ainsi que le NET-EN/Noristerat® sont injectés par voie intramusculaire profonde.

Etape 6: **Ne massez pas** le site d'injection et dites à la cliente de ne pas masser le site car un massage peut accélérer la libération de progestatif et, donc, raccourcir la durée de son efficacité.

Etape 7: Lavez-vous les mains.

Adapté de: Long-Acting Progestins - Promise and Prospects. *Population Reports* Series K 1983;2(May):K18-K55.

ETAPE 6

Expliquer le mode d'emploi des contraceptifs injectables progestatifs

INSTRUCTIONS POUR LE PRESTATAIRE DE SERVICES

- Après avoir expliqué les instructions à la cliente, lui demander de les répéter avec ses propres mots. Si la cliente a mal compris ou omis une instruction, expliquer de nouveau.
- Encourager la cliente à utiliser des condoms (ou des spermicides si les condoms sont inacceptables) en plus des contraceptifs injectables progestatifs:
 - si la cliente, ou son partenaire sexuel, risque d'être exposé aux MST, y compris le SIDA.
 - si la cliente est en retard (après 2 semaines) pour l'injection suivante.
- Fournir plusieurs condoms, selon les directives cliniques locales. Si nécessaire, montrer l'utilisation correcte des condoms et des spermicides à l'aide d'échantillons et de mannequins.

INSTRUCTIONS POUR LA CLIENTE

Quand l'efficacité des contraceptifs injectables progestatifs commence-t-elle?

- L'injection contraceptive est efficace immédiatement si elle est pratiquée entre le jour 1 et le jour 6 du cycle.
- Si la première injection est pratiquée après le septième jour de vos dernières règles, vous devriez utiliser soit des condoms, soit des spermicides comme méthode d'appoint pendant 7 jours ou vous NE devriez PAS avoir de rapports sexuels pendant 7 jours.

Que faire si vous êtes en retard pour la prochaine injection:

- Si vous êtes en retard pour votre prochaine injection, vous devez vous abstenir ou utiliser une autre méthode de contraception (telle que les condoms) jusqu'à votre prochaine injection.

Saignements irréguliers et absence de menstruations:

- La plupart des femmes qui utilisent les injectables progestatifs ont des modifications de leurs menstruations. Surtout après la première injection, vous aurez probablement des saignements fréquents. Ce N'est PAS une vraie menstruation. Vous pouvez avoir des menstruations importantes ou irrégulières, du spotting entre les règles ou une absence totale de menstruations. Ces modifications sont normales avec l'utilisation des injectables progestatifs et sont sans danger pour votre santé.
- Après 9 à 12 mois d'utilisation, vos menstruations seront probablement irrégulières ou totalement absentes. C'est sans aucun danger.
- Certaines femmes craignent que, si elles n'ont pas leurs règles, elles peuvent être enceintes mais les injectables sont très efficaces. Si vous recevez vos injections à temps, la grossesse est très peu probable (un risque de 3 sur 1000). D'autres femmes pensent que, si elles n'ont pas leur règles, des choses toxiques (du "mauvais sang") s'accumule à l'intérieur de leur corps. Avec les injectables, le saignement menstruel est absent car il n'y a **pas de sang** qui s'accumule à l'intérieur.
- Environ 7 à 10 mois après votre dernière injection (en moyenne), votre ancien mode de saignement menstruel reviendra. Si votre mode avant l'utilisation des injectables était irrégulier, il restera irrégulier après l'utilisation des injectables.

Prise de poids:

- Vous devrez surveiller votre régime alimentaire puisque votre appétit peut augmenter.

Injection contraceptive et soins médicaux:

- Chaque fois que vous vous présentez à une consultation médicale, dites au médecin ou à l'infirmière que vous utilisez des contraceptifs injectables progestatifs.

Risque d'exposition aux MST, y compris le SIDA:

- Utilisez des condoms en plus des contraceptifs injectables progestatifs si vous pensez que vous, ou votre partenaire, risquez d'être exposé aux MST, y compris le SIDA. Si les condoms sont inacceptables, utilisez des spermicides.

ETAPE 7

Programmer la consultation de suivi

INSTRUCTIONS POUR LE PRESTATAIRE DE SERVICES

- S'assurer que tous les points de la liste de contrôle du choix informé ont été abordés (voir chapitre 1).

INSTRUCTIONS POUR LA CLIENTE

- Si vous n'avez pas de problèmes, revenez au centre à temps pour la prochaine injection. Les clientes qui reçoivent le DMPA (Dépo-provéra®) doivent revenir tous les 3 mois (12 semaines) pour renouveler les injections. Les clientes qui reçoivent le NET-EN (Noristerat®) doivent revenir tous les 2 mois (8 semaines).
- Revenez au centre si vous ou votre partenaire n'êtes pas satisfait de la méthode ou si vous avez des effets secondaires que vous pensez être dus à la méthode.
- Revenez immédiatement si vous avez un des signes/symptômes suivants qui peuvent ou non être liés aux contraceptifs injectables progestatifs:
 - hémorragie vaginale très importante,
 - maux de tête graves, ou
 - douleur abdominale violente.
- Revenez au centre ou à un centre de traitement des MST si vous pensez qu'il se peut que vous ayez été exposée à une MST.

ETAPE 8

Procédure à suivre pour la consultation de suivi

- Demandez à la cliente et, si possible à son partenaire, si elle ou ils sont satisfaits de l'utilisation des contraceptifs injectables progestatifs.
- Demandez s'il y a des plaintes ou des problèmes consécutifs à l'injection. En cas d'effets secondaires, voir le tableau ci-dessous pour la conduite à tenir.
- Répétez la liste de contrôle de l'anamnèse. Si la cliente présente des symptômes de grossesse ou se plaint de douleurs pelviennes, pertes, saignements liés aux rapports sexuels ou hémorragies très importantes, répétez l'examen bimanuel et l'examen au speculum.
- Si possible, contrôlez la TA et le poids (facultatif).
- Si la cliente est **en retard de plus d'un mois** pour sa visite de suivi, déterminer d'abord si elle a été déjà protégée contre une grossesse (abstinence? méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée? utilisation constante de condoms?). Si elle est à risque de grossesse, vérifier qu'elle n'est pas enceinte par un examen du pelvis ou un test de laboratoire, si disponible et peu coûteux. Demandez à la cliente d'utiliser une méthode non-hormonale pendant un mois et de revenir pour un nouvel examen du pelvis et un test de grossesse pour écarter toute possibilité de grossesse. Si

Chapitre 6: Contraceptifs injectables progestatifs

l'examen est à nouveau négatif, la cliente peut recevoir une injection contraceptive progestatif le jour-même.

- Si la cliente a développé une ou plusieurs des conditions menant à une restriction de l'utilisation des contraceptifs injectables progestatifs ou si la cliente trouve la méthode ou ses effets secondaires inacceptables, aidez-la à faire le choix informé d'une autre méthode.
- Si la cliente est satisfaite de la méthode et qu'il n'y a aucune condition pour restreindre l'utilisation des injectables progestatifs, alors:
 - administrez la prochaine injection et
 - rappelez à la cliente les raisons pour lesquelles elle doit revenir au centre (effets secondaires, signes/symptômes mentionnés dans l'Étape 7, insatisfaction de la méthode, symptômes d'une MST)
- Programmez la consultation suivante dans 3 mois (12 semaines) pour le DMPA ou dans 2 mois (8 semaines) pour le NET-EN.

CONDUITE A TENIR DEVANT LES EFFETS SECONDAIRES DES CONTRACEPTIFS INJECTABLES PROGESTATIFS

Note: Pour tous les effets secondaires, si la cliente utilise le DMPA et qu'elle désire continuer d'utiliser les contraceptifs injectables progestatifs, un changement pour le NET-EN peut améliorer les symptômes.

Adapté de: 1) *Norplant® Prototype 5-Day Training Curriculum*. Washington DC, PATH, 1989; 2) *Guide to Effective Counseling About NORPLANT®*. New York, The Population Council, 1989; 3) *Child Spacing and Family Planning Clinical Procedure Manual*. Harare, Zimbabwe National Family Planning Council, 1985; 4) Odland V: Hormonal Long-Acting Methods for Contraception. *The British Journal of Family Planning* 1991;16(Suppl No. 4):8-11; 5) Brache V, et al: Ovarian Endocrine Function Through Five Years of Continuous Treatment With Norplant Subdermal Contraceptive Implants. *Contraception* 41:169; 6) *Norplant: A Summary of Scientific Data*. New York, The Population Council, 1990; 7) Hatcher RA, et al: *Contraceptive Technology, 1990-1992*. New York, Irvington Publishers Inc., 1990, pp 309-313; 8) Stewart GK: Update on the Norplant System. *Contraceptive Technology Conference 1991*. Washington DC, unpublished, March 1991, pp 34-38; 9) Diaz S, et al: Clinical Assessment of Treatments for Prolonged Bleeding in Norplant Implants Contraceptive Users. *Contraception* 1990;42(1):97-109; 10) Shoupe D, Mishell DR, Bopp BL: The Significance of Bleeding Patterns in Norplant Users. *Obstetrics and Gynecology* 1991;77:256-260; 11) Brown RC, Brown JE: *The Family Planning Clinic in Africa*. London, Macmillan Publishers, Ltd., 1987; 12) Fakeye O, Balaugh S: Effect of NORPLANT® Contraceptive Use on Hemoglobin, Packed Red Cell Volume and Menstrual Bleeding Patterns. *Contraception* 1989;39:265-274; 13) Klavon SL, Grubb G: Insertion Site Complications During the First Year of NORPLANT® Use. *Contraception* 1990;41(1):27-37; 14) Kleinman RL: *Hormonal Contraception*. London, IPPF Medical Publications, 1990; 15) Waller HT, Holmen J: Systolic and Diastolic Blood Pressure Values Indicating Equivalent Risk. *The New England Journal of Medicine* 1991;35(August 8):434; 16) World Health Organization Division of Family and Reproductive Health: *Improving Access to Quality Care in Family Planning. Eligibility Criteria for Initiating Use of Selected Methods of Contraception*. WHO/FRH/FPP/96.9; et 17) Technical Guidance Working Group: *Recommendations for Updating Selected Practices in Contraceptive Use: Results of a Technical Meeting, Volume I: Combined Oral Contraceptives, Progestin-Only Injectables, NORPLANT® Implants, and Copper-Bearing Intrauterine Devices*. Chapel Hill NC, INTRAH Program, University of North Carolina at Chapel Hill School of Medicine, 1994, pp 27-46.

Effets secondaires	Étapes d'investigation	Conduite à tenir
<p>Saignements abondants et/ou prolongés</p>	<p>A. Déterminer quelles sont les préoccupations de la femme (peur de maladie cachée? d'anémie? de gêne? de problème social entourant le saignement "menstruel"? de dépense des serviettes hygiéniques?).</p>	<p>A. Pour les saignements ou saignements modérés prolongés (équivalents à une menstruation normale mais de durée plus longue), le counseling et le réconfort représentent la première approche. Il faudrait expliquer qu'en l'absence de faits et de signes montrant l'existence d'autres maladies, un saignement irrégulier survient généralement pendant les premiers mois d'utilisation des injectables progestatifs. Expliquer que le nombre de jours de saignement diminue parallèlement aux mois d'utilisation des injectables progestatifs. Clarifier que ce n'est pas un saignement "menstruel" (cette distinction pourrait revêtir une importance sociale ou religieuse pour elle).</p>

(suite à la page suivante)

Effets secondaires	Étapes d'investigation	Conduite à tenir
<p>Saignements abondants et/ou prolongés</p> <p>(suite)</p>	<p>B. Déterminer par anamnèse si d'autres conditions sont possibles (à savoir, tumeurs, grossesse, avortement, maladie inflammatoire pelvienne (MIP), et autres problèmes gynécologiques).</p> <p>C. Détecter les signes d'anémie. Evaluer et traiter l'anémie, tel qu'indiqué.</p> <p>D. Déterminer si le counseling et le réconfort sont suffisants pour traiter les préoccupations de la cliente.</p> <p>E. Déterminer si les saignements ou saignements prolongés ont répondu au traitement, à la satisfaction de la cliente.</p>	<p>B. Si elles sont soupçonnées, les conditions anormales qui causent le saignement prolongé ou abondant devraient être évaluées et traitées, de manière appropriée.</p> <p>C. Donner des conseils nutritionnels sur la nécessité d'augmenter la prise d'aliments contenant du fer.</p> <p>D. Si le counseling et le réconfort ne sont pas suffisants pour la femme et si elle souhaite continuer la méthode, les approches de prise en charge suivantes pourraient être essayées:</p> <ul style="list-style-type: none"> • COC à court terme (7 à 21 jours) ou œstrogènes ou • ibuprofène (ou anti-inflammatoires analogues non stéroïdien autres que l'aspirine)*, ou <p>*NOTE: Il faudrait utiliser les médicaments anti-inflammatoires (par exemple, ibuprofène) à la place de l'aspirine car l'aspirine favorise le saignement.</p> <ul style="list-style-type: none"> • vu que les deux traitements susmentionnés fonctionnent différemment, les deux peuvent être essayés ensemble car: <ul style="list-style-type: none"> – les COC/œstrogènes reforment l'endomètre et pourraient donc arrêter les saignements, et – l'ibuprofène inhibe la synthèse de prostaglandine et diminue aussi les saignements utérins. <p>E. Certains saignements prolongés ou abondants risquent de ne pas être corrigés et peut-être faudra-t-il arrêter les injections.</p>

(suite à la page suivante)

Effets secondaires	Étapes d'investigation	Conduite à tenir
<p>Saignements extrêmement abondants (très rares avec les injectables)</p>	<p>A. Ecarter par anamnèse et examen physique les possibilités de grossesse (intra-utérine, ectopique), avortement récent, fibrome ou autres tumeurs (léiomyome).</p> <p>B. Dépister et traiter l'anémie.</p> <p>C. Déterminer si la cliente veut un traitement à dose élevée d'œstrogène pour arrêter les saignements.</p> <p>D. Déterminer si les saignements abondants peuvent être corrigés.</p>	<p>A. Prendre en charge toute condition sous-jacente en fonction des directives cliniques locales et référer de manière appropriée. Ne PAS faire d'évacuation utérine à moins de soupçonner une condition médicale sous-jacente (l'aspiration manuelle intra-utérine est généralement la méthode préférée d'évacuation de l'utérus).</p> <p>B. Donner des conseils nutritionnels sur la nécessité de manger davantage d'aliments riches en fer.</p> <p>C. Des saignements extrêmement abondants (plus que la menstruation normale) sont rares; on peut généralement les contrôler en administrant des doses plus élevées d'œstrogène (qui peuvent être données sous forme de COC). Suivre les protocoles cliniques. Certains cliniciens commencent par donner deux COC deux fois par jour pendant sept jours pour arrêter des saignements extrêmement abondants; on peut également utiliser des œstrogènes de dose plus élevée s'ils sont disponibles. Pour un saignement abondant imputable uniquement à l'utilisation de progestatifs injectables, ne pas faire d'évacuation utérine car le saignement est uniquement dû à l'injectable progestatif et des doses plus élevées l'arrêteront.</p> <p>D. Certaines femmes demanderont l'arrêt d'utilisation des injectables progestatifs suite à des raisons médicales de saignement excessif ou par suite des préférences de la cliente.</p>

(suite à la page suivante)

Effets secondaires	Étapes d'investigation	Conduite à tenir
<p>Aménorrhée qui inquiète la cliente</p>	<p>A. Essayer d'écarter toute possibilité de grossesse à l'aide de l'anamnèse portant sur les menstruations, des symptômes, de l'examen physique et, s'il est disponible et peu coûteux, du test de laboratoire. Voir annexe A: "Comment être raisonnablement sûr que la femme n'est pas enceinte."</p> <p>B. S'il n'y a pas de signes ou symptômes de grossesse, demander pourquoi la cliente s'inquiète de ne pas avoir ses règles.</p> <p>Beaucoup de femmes s'inquiètent d'être enceintes et peuvent même noter des symptômes de grossesse, même lorsqu'elles ne sont pas enceintes. D'autres s'inquiètent du fait que, si elles n'ont pas leurs règles, quelque chose de toxique se forme en elles et qu'elles ont besoin d'avoir leurs règles pour se nettoyer du "mauvais sang".</p> <p>C. Déterminer si la cliente considère toujours le manque de menstruation comme un fait inacceptable, malgré qu'on l'ait rassurée.</p>	<p>A. Si la cliente est enceinte sans aucun doute, l'orienter en fonction de ses préférences. Si elle a l'intention de poursuivre cette grossesse, arrêter les injections. Lorsque vous êtes raisonnablement sûr que la femme n'est pas enceinte, réconfortez la cliente et dites-lui qu'il n'y a aucun fait montrant que le DMPA peut nuire au fœtus et laissez-la continuer le DMPA si elle le choisit.</p> <p>B. Rassurer la cliente en lui disant qu'elle n'est pas enceinte. Lui expliquer que plus de 90% des femmes utilisant des injectables progestatifs n'ont pas de menstruation pendant au moins 3 mois et que la moitié des utilisatrices du DMPA n'ont plus de saignement après la quatrième injection. Expliquer que les injectables progestatifs empêchent l'épaississement de la muqueuse utérine: "Aucune matière toxique ne se forme. En fait, si peu de muqueuse se constitue aucune desquamation n'est possible pour le moment." Expliquer que c'est une situation sans danger qui ne dure que pendant qu'elle utilise les injectables progestatifs.</p> <p>C. Proposer les COC à la cliente si les "conditions" liées aux œstrogènes ne s'appliquent pas à la cliente. Si elle présente des conditions pour lesquelles les œstrogènes ne devraient pas être utilisés, l'aider à faire un choix informé pour une méthode non hormonale.</p>

(suite à la page suivante)

Effets secondaires	Étapes d'investigation	Conduite à tenir
Douleur violente dans le pelvis	<p>A. Interroger sur les antécédents et faire un examen physique pour écarter toute possibilité de grossesse intra-utérine ou ectopique, MIP aiguë, tumeur ovarienne, appendicite, kystes ovariens, torsion de follicule ovarien ou rupture de tumeur hépatique.</p> <p>B. Interroger sur les antécédents et faire un examen physique approprié (palper l'abdomen; faire un examen rectal avec un gant) pour écarter toute possibilité de constipation.</p>	<p>A. 1) Si la cliente est dans l'un de ces cas, lui procurer une assistance médicale immédiate et l'orienter de manière appropriée.</p> <p>2) Si des kystes ovariens (rares) sont découverts, rassurer la cliente en lui disant qu'ils surviennent normalement et fréquemment. La plupart des kystes disparaissent tout seuls sans intervention chirurgicale. Pour vérifier si le kyste se résorbe, réexaminer, si possible, la cliente dans 3 semaines environ.</p> <p>B. En cas de constipation, donner des instructions sur l'alimentation (beaucoup d'eau et d'aliments fibreux) et l'exercice physique adapté. Donner du lait de magnésium ou un autre laxatif doux.</p>
Tension artérielle (TA) élevée	<p>A. Contrôler à nouveau la TA après que la cliente soit restée calmement assise pendant quelques minutes. Utiliser (si disponible) un grand brassard à tension pour les femmes avec des bras volumineux.</p>	<p>A. Si la TA est en-dessous de 180/110 mais au-dessus de 140/90, donner l'injection et répéter la prise de la TA à deux occasions en plus dans les deux semaines qui viennent. Si la TA reste supérieure à 140/90, orienter la cliente pour traitement mais la rassurer et lui dire qu'elle peut continuer les injectables progestatifs car ils ont peu d'effets (positifs ou négatifs) sur la TA. Si la TA systolique est de 180 ou plus, ou la TA diastolique est de 110 ou plus, c'est une grave hypertension. Donner la prochaine injection et orienter la cliente, de manière appropriée. À l'avenir, il vaudrait mieux que la cliente utilise une méthode non hormonale très efficace (DIU, CCV).</p>

(suite à la page suivante)

Effets secondaires	Étapes d'investigation	Conduite à tenir
Vertiges ou nausées (rares avec les injectables)	<p>A. Selon les capacités du centre, écarter toutes les autres causes possibles: anémie, hyper ou hypotension, hypoglycémie, grossesse, atteinte virale ou maladie neurologique.</p> <p>B. Si aucune cause n'est découverte et si les vertiges ou les nausées sont très légers.</p> <p>C. Si aucune cause n'est découverte et si les vertiges ou les nausées sont très importants ou si la cliente est convaincue que les vertiges/nausées sont dus aux injectables.</p>	<p>A. Orienter ou traiter en fonction des directives cliniques locales. Rassurer la cliente et lui dire qu'il n'est pas courant que les injectables progestatifs entraînent des étourdissements ou nausées. Si elle veut continuer la méthode, lui donner l'injection.</p> <p>B. Si les vertiges ou les nausées continuent, que la cliente trouve cela inacceptable et les attribue aux injectables progestatifs, l'aider à faire le choix informé d'une méthode non-hormonale.</p> <p>C. Orienter la cliente de manière appropriée. L'aider à faire le choix informé d'une méthode non-hormonale.</p>
Dépression	<p>A. Demander quelles sont les causes possibles: problèmes familiaux, financiers ou sociaux, ou pertes récentes.</p> <p>B. Si aucune autre cause n'est découverte, demander à la cliente si elle pense vraiment que la dépression est due aux injectables progestatifs. La rassurer en lui disant que les injectables ne provoquent pas de grave dépression.</p>	<p>A. Conseiller en conséquence et assurer le suivi lors de la consultation suivante.</p> <p>B. Si la cliente est convaincue que la dépression s'est aggravée pendant l'utilisation des injectables progestatifs ou qu'elle est due à la méthode, l'aider à faire le choix informé d'une méthode non-hormonale. Si les injectables progestatifs n'ont pas entraîné d'aggravation d'une dépression précoce ou que la cliente trouve d'autres causes, utilisation des injectables progestatifs peut être poursuivie, mais assurer le suivi de ce problème lors de la consultation suivante.</p>

(suite à la page suivante)

Effets secondaires	Étapes d'investigation	Conduite à tenir
Prise de poids importante et non désirée	<p>A. Interroger la cliente au sujet d'habitudes alimentaires ou du manque d'exercice physique qui induisent une prise de poids.</p> <p>B. Ecarter toute possibilité de prise de poids due à une grossesse. Voir annexe A: "Comment être raisonnablement sûr que la femme n'est pas enceinte."</p> <p>C. Si la cliente nie avoir de mauvaises habitudes alimentaires, mais se plaint d'une augmentation de l'appétit et d'une prise de poids sans cause apparente, lui demander si la prise de poids est inacceptable.</p>	<p>A. Peser la cliente et comparer son poids à celui trouvé lors de la première consultation. Si la prise de poids est inférieure à 2kg, rassurer la cliente en lui disant que cette variation est négligeable. Si la prise de poids est supérieure à 2kg, donner des instructions sur l'alimentation et l'exercice physique.</p> <p>B. Si la cliente est enceinte, l'orienter en fonction de ses préférences. Si elle a l'intention de poursuivre cette grossesse, ne pas pratiquer l'injection suivante.</p> <p>C. Si la prise de poids est inacceptable et que la cliente est convaincue que c'est dû à l'injectable, aider la cliente à faire le choix informé d'une autre méthode de contraception, parmi les contraceptifs oraux combinés faiblement dosés (COC), les pilules progestatives (PP) ou une autre méthode acceptable.</p>
Maux de tête	<p>A. Déterminer si la cliente présente un écoulement nasal purulent et une sensibilité douloureuse dans la région des sinus.</p> <p>B. Lui demander si elle a jamais souffert d'hypertension artérielle.</p> <p>C. Demander à la cliente si ses maux de tête ont empiré depuis le début des injectables.</p>	<p>A. Orienter si nécessaire pour le traitement d'une sinusite; continuer les injectables progestatifs.</p> <p>B. Sans tenir compte de l'anamnèse, mesurer la TA. Si elle est élevée, répéter la prise de la TA. Donner un injectable progestatif. Voir "Tension artérielle (TA) élevée" ci-dessus.</p> <p>C. Si les maux de tête ont réellement empiré avec les injectables progestatifs, lui recommander de changer pour une méthode non-hormonale fiable.</p>

(suite à la page suivante)

Effets secondaires	Étapes d'investigation	Conduite à tenir
Maux de tête (suite)	<p>D. Lui demander si, avec les maux de tête, elle souffre de perte de la parole, d'engourdissements, de faiblesse ou de fourmillements des membres, ou de modifications de la vision. Ces symptômes peuvent suggérer des maux de tête graves de type migraineux.</p> <p>E. S'il n'y a pas de risque d'attaque cérébrale ou d'atteinte des sinus et que les maux de tête n'ont pas empiré avec les injectables, rechercher les causes physiques, sociales ou financières possibles.</p>	<p>D. Ces symptômes peuvent suggérer un risque d'attaque cérébrale (afflux sanguin temporaire anormal au niveau cérébral). Orienter rapidement de manière appropriée. S'assurer que la cliente ne fume pas (ou l'aider à s'arrêter de fumer). Aider la cliente à faire le choix informé d'une méthode non-hormonale fiable. Si aucune méthode n'est acceptable, utiliser la PP ou les injectables progestatifs qui présentent toujours beaucoup moins de danger que la grossesse.</p> <p>E. Conseiller en conséquence; continuer les injectables progestatifs.</p>
Acné (rarement associée aux injectables)	<p>A. Demander la fréquence et le moyen utilisés pour se laver le visage; écarter une possibilité de manque d'hygiène ou d'utilisation de crèmes qui obstruent les pores.</p> <p>B. Lui demander si elle subit actuellement un stress important.</p> <p>C. Demander à la cliente si elle pense que les injectables progestatifs ont entraîné une aggravation de son acné.</p>	<p>A. Recommander un nettoyage quotidien du visage avec de l'eau. Un astringent, comme le citron, peut aussi aider. Éviter l'utilisation de crèmes épaisses ou les crèmes contenant de la lanoline ou des parfums.</p> <p>B. Conseiller de manière appropriée.</p> <p>C. Expliquer que quelques femmes ont remarqué une aggravation de leur acné due aux injectables progestatifs. Ce problème ne se produit généralement PAS avec les COC contenant des oestrogènes (même les COC à faible dose réduisent l'apparition de l'acné chez la plupart des femmes).</p>

(suite à la page suivante)

Effets secondaires	Étapes d'investigation	Conduite à tenir
Perte de la libido (désir sexuel)	<p>A. Demander si ce trouble n'a pas d'autres causes: sécheresse vaginale, rapports sexuels douloureux ou problèmes conjugaux.</p> <p>B. Si aucune autre cause n'est découverte, demander si la cliente est convaincue que c'est un problème dû aux injectables progestatifs.</p>	<p>A. Conseiller ou orienter de manière appropriée.</p> <p>B. Ne pas renouveler l'injection. Aider la cliente à faire le choix informé d'une autre méthode (y compris les COC).</p>

Liste d'ouvrages à consulter

Les contraceptifs injectables: leur rôle en planification familiale. Genève, Organisation mondiale de la santé (OMS), 1990.

Organisation mondiale de la santé (OMS) Division santé de la famille et santé reproductive: *Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale: critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives.* WHO/FRH/FPP/96.9.

Technical Guidance Working Group: *Recommandations pour la mise à jour de certaines pratiques d'utilisation des contraceptifs, Volume I: Contraceptifs oraux combinés, Contraceptifs injectables progestatifs, Implants NORPLANT®, et Dispositifs intra-utérins au cuivre.* Chapel Hill NC, INTRAH Program, University of North Carolina at Chapel Hill School of Medicine, 1994.

Winikoff B, Semeraro P, Zimmerman M: *La contraception pendant l'allaitement au sein: une brochure de référence pour le praticien.* New York, The Population Council, 1991.

Annexe A

Comment être raisonnablement sûr que la femme n'est pas enceinte

Extrait de: Technical Guidance Working Group: *Recommandations pour la mise à jour de certaines pratiques d'utilisation des contraceptifs, Volume I: Contraceptifs oraux combinés, Contraceptifs injectables progestatifs, Implants NORPLANT®, et Dispositifs intra-utérins au cuivre.* Chapel Hill NC, INTRAH Program, University of North Carolina at Chapel Hill School of Medicine, 1994.

Annexe A

Comment être raisonnablement sûr que la femme n'est pas enceinte

Vous pouvez être raisonnablement sûr que la femme n'est pas enceinte si elle n'a aucun symptôme (voir "Anamnèse" ci-dessous) ou signe (voir "Examen physique" ci-dessous) de grossesse et :

- elle n'a pas eu de rapport sexuel depuis ses dernières règles normales, ou
- elle a utilisé de manière correcte et cohérente une autre méthode fiable, ou
- elle se présente pendant les 7 premiers jours après le début de ses règles normales, ou
- elle se présente pendant les 4 premières semaines du post-partum (pour une femme qui n'allaite PAS), ou
- elle se présente pendant les 7 jours qui suivent un avortement, ou
- elle nourrit son enfant exclusivement au sein, est en aménorrhée et se présente avant le 6ème mois du post-partum (voir ci-dessous "Faire confiance à la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée").

Anamnèse des symptômes de grossesse :

- menstruations absentes (ou modifiées)
- nausées (avec ou sans vomissements)
- fatigue (persistante), vertige
- sensibilité douloureuse (avec augmentation de volume) des seins
- augmentation de la fréquence des mictions (peut être avec sensation de pesanteur pelvienne)
- perception de mouvements foetaux par la mère (symptôme tardif : après 16 à 20 semaines de gestation).

L'examen physique est rarement nécessaire, sauf pour éliminer la possibilité d'une grossesse de plus de 6 semaines, quand l'augmentation de la taille de l'utérus commence à être perceptible. Plus tard (aux environs de la 18ème semaine), les battements cardiaques du fœtus peuvent être entendus au stéthoscope obstétrical, et les mouvements du fœtus peuvent être perçus par l'examineur.

Laboratoire

Pour certains établissements, les tests de grossesse n'apportent guère d'aide ou ne sont pas pratiques puisque les tests très sensibles (positifs aux environs du 10ème jour après la conception) sont habituellement trop coûteux. Cependant, pour les cas où la possibilité d'une grossesse est difficile à éliminer, un test de grossesse très sensible peut être utile s'il est facilement disponible et pas trop onéreux et s'il fait partie d'une pratique clinique de routine.

Faire confiance à la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée

La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée représente une contraception très efficace (protection de 98% pendant les six premiers mois du post-partum chez les femmes qui nourrissent leur enfant totalement ou presque totalement* au sein et qui sont en aménorrhée)¹⁻³.

* Nourrir "totalement" au sein comprend l'allaitement exclusif ou presque exclusif (en donnant seulement

L'efficacité de l'aménorrhée due à la lactation pendant la deuxième période de six mois du post-partum est étudiée actuellement².

Un prestataire de services peut être raisonnablement sûr que la femme n'est pas enceinte si elle est toujours en aménorrhée et dans les six premiers mois du post-partum, si elle nourrit son enfant totalement ou presque totalement* au sein et qu'elle ne présente pas de symptômes cliniques de grossesse. Quand un test fiable de grossesse n'est pas facilement disponible ou est trop onéreux et qu'une femme demande un DIU**, des implants NORPLANT® ou des injectables plus de 6 mois après l'accouchement, vous pouvez être raisonnablement sûr qu'elle n'est pas enceinte si elle a maintenu l'allaitement à un rythme soutenu*** et si elle est toujours en aménorrhée.

Il est à noter que l'hémorragie des 8 premières semaines du post-partum (56 jours) n'est PAS considérée comme un saignement menstruel chez les femmes qui allaitent⁴.

- 1) Lobbok M, Cooney K, Coly S. *Guidelines: Breastfeeding, Family Planning, and the Lactational Amenorrhea Method - LAM*. Washington, DC: Institute for Reproductive Health, 1994.
- 2) Lobbok MH, Perez A, Valdes V, Sevilla F, Wade K, Laukaran VH, Cooney KA, Coly S, Sanders C, Queenan JR. The Lactational Amenorrhea Method (LAM): A postpartum introductory family planning method with policy and program implications. *Advances in Contraception* 1994;10:93-109.
- 3) Lobbok M, Krasovec K. Toward consistency in breastfeeding definitions. *Studies in Family Planning* 1990;21:226-230.
- 4) Bellagio Consensus Conference on Lactational Infertility. Bellagio consensus statement in the use of breastfeeding as a family planning method. *Contraception* 1989;39(8):477-496.

occasionnellement des petites quantités d'eau ou d'aliments) jour et nuit¹⁻³. Nourrir "presque totalement" au sein signifie que l'on donne des aliments supplémentaires mais qu'ils constituent une partie minimale de l'alimentation de l'enfant¹⁻³.

* Nourrir "totalement" au sein comprend l'allaitement exclusif ou presque exclusif (en donnant seulement occasionnellement des petites quantités d'eau ou d'aliments) jour et nuit¹⁻³. Nourrir "presque totalement" au sein signifie que l'on donne des aliments supplémentaires mais qu'ils constituent une partie minimale de l'alimentation de l'enfant¹⁻³.

** En raison de la possibilité d'avortement septique, il est plus important d'éliminer la possibilité d'une grossesse avant l'insertion d'un DIU qu'avant le début de l'utilisation d'une méthode hormonale.

*** Une femme qui allaite 10 fois par jour ou plus, ou qui nourrit son enfant au sein à plus de 80% a un risque moindre d'être féconde². L'idéal consiste à faire téter l'enfant avant chaque aliment donné en supplément.