PN-ACK-809
108073

Eléments de la technologie de la contraception

Manuel à l'intention du personnel clinique

Les agents et les programmes de santé de pays en développement peuvent obtenir gratuitement des exemplaires supplémentaires de cet ouvrage. L'éditeur donnera suite aux commandes de plusieurs exemplaires. Aux Etats-Unis et dans les autres pays développés, le manuel se vend à 5 dollars pièce. Prière de faire parvenir la commande, accompagnée du paiement en dollars américains, à l'adresse ci-dessous :

Programme d'information sur la population
Centre pour les programmes de communication
Ecole de Santé publique, Université Johns Hopkins
111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA
Fax : (410) 659-2645

Citation proposée : Hatcher, R.A., Rinehart, W., Blackburn, R., Geller, J.S. et Shelton, J.D. *Eléments de la technologie de la contraception.* Baltimore, Programme d'information sur la population, Ecole de Santé publique, Université Johns Hopkins, 2000.

ISBN : I-885960-01-8

Eléments de la technologie de la contraception est publié grâce au soutien apporté par G/PHN/POP/CMT, Global, Agence des Etats-Unis pour le développement international, dans le cadre du Don HRN-A-00-97-00009-00.

Centre pour les programmes de communication Ecole de Santé publique Université Johns Hopkins

Organisation mondiale de la Santé Service du planning familial et de la population

Agence des Etats-Unis pour le développement international Bureau de la population

2

Eléments de la technologie de la contraception

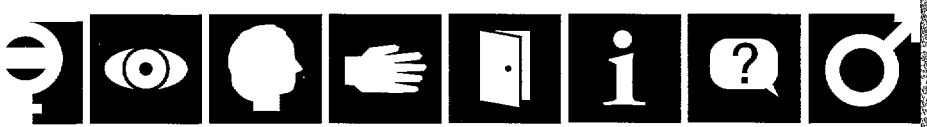
Dr. Robert A. Hatcher, M.D., M.P.H.

Ward Rinehart

Richard Blackburn

Judith S. Geller

Dr. James D. Shelton, M.D., M.P.H.



Programme d'information sur la population

Centre pour les programmes de communication
Ecole de Santé publique
Université Johns Hopkins

Octobre 2000

Le présent ouvrage a été organisé, rédigé et publié par :

Dr. Robert A. Hatcher, M.D., M.P.H., Professeur de gynécologie et d'obstétrique, Faculté de médecine de l'Université Emory

Ward Rinehart, Directeur de projet, Programme d'information sur la population, Centre pour les programmes de communication, Ecole de Santé publique de l'Université Johns Hopkins

Richard Blackburn, Principal analyste de recherches, Programme d'information sur la population, Centre pour les programmes de communication, Ecole de Santé publique de l'Université Johns Hopkins

Judith S. Geller, Analyste de recherches, Programme d'information sur la population, Centre pour les programmes de communication, Ecole de Santé publique de l'Université Johns Hopkins

Dr. James D. Shelton, M.D., M.P.H., principal spécialiste médical, Bureau de la population, Agence des Etats-Unis pour le développement international

© 2000 Robert A. Hatcher et le Centre pour les programmes de communication de l'Université Johns Hopkins

L'auteur et l'éditeur vous invitent à reproduire et à utiliser de toute autre façon le texte du présent ouvrage pour informer les dispensateurs de soins de santé, leurs clients et le public et améliorer la qualité des soins de santé reproductive. Ce service est gratuit et point n'est besoin d'obtenir une permission. Prière de citer les auteurs et l'éditeur ; on trouvera un projet de citation au verso de la couverture. Par ailleurs, nous serions reconnaissant de recevoir un exemplaire de toute publication fondée sur des éléments du présent Manuel. Cependant, pour employer des éléments (illustrations comprises) attribués à d'autres sources, il faut alors obtenir la permission de leurs auteurs. Nous vous encourageons à permettre à d'autres organisations d'utiliser vos propres textes, pour que les informations concernant de bons soins de santé reproductive puissent parvenir à un public aussi nombreux que possible.

4

Table des matières

Avant-propos de l'OMS et du FNUAP iv
Préface de l'USAID vi
Introduction et dédicace viii
Remerciements xi
Chapitre 1. Comment utiliser le présent ouvrage 1–1
Chapitre 2. Le planning familial aide tout le monde 2–1
Chapitre 3. Consultations 3–1
Chapitre 4. Informations importantes pour les prestations de planning familial 4–1
- Qui fournit le planning familial et où ? 4–3
- Comment dire si une femme n'est pas enceinte ? 4–6
- Le planning familial et la femme allaitante 4–8
- Prévention de l'infection dans le dispensaire 4–10
- Situations médicales et choix de méthode 4–13
- Efficacité des méthodes de planning familial 4–18
- Quelle est l'importance des diverses interventions ? 4–20

Chapitre 5. Contraceptifs oraux combinés à faible dose 5–1
Chapitre 6. Contraceptifs oraux progestatifs : Dans quelle mesure sont-ils différents ? 6–1
Chapitre 7. Contraceptif injectable DMPA 7–1
Chapitre 8. Implants *Norplant* 8–1
Chapitre 9. Stérilisation féminine 9–1
Chapitre 10. Vasectomie 10–1
Chapitre 11. Préservatifs 11–1
Chapitre 12. Dispositifs intra-utérins (DIU) 12–1
Chapitre 13. Méthodes vaginales 13–1
Chapitre 14. Méthodes basées sur la connaissance de la fécondité, y compris la continence périodique 14–1
Chapitre 15. Méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée (MAMA) 15–1
Chapitre 16. Maladies sexuellement transmissibles, y compris VIH/SIDA 16–1
Tableau : Critères d'éligibilité médicale de l'OMS ..... Appendice A–1
Lectures proposées ..... Appendice A–9
Glossaire ..... Appendice A–13
Indice ..... Indice : I–1

5

Avant-propos de l'OMS

Le présent manuel, *Eléments de la technologie de la contraception*, se donne pour mission de fournir aux agents de santé du monde entier des informations de dernière heure concernant les méthodes de planning familial ; il apporte une contribution importante à la santé reproductive. Utilisant une formule simple, centrée sur le client, pour fournir des soins de planning familial, il porte sur toute une série de sujets qui aideront les femmes et les hommes à employer efficacement et avec satisfaction les méthodes de leur choix tout en offrant des sauvegardes contre des effets négatifs qui peuvent être évités. Il aide les dispensateurs de soins de santé à donner à leurs clients des informations et des conseils simples mais pertinents au sujet de l'emploi de la méthode et d'autres questions qui relèvent de la santé reproductive. En outre, il offre des directives concernant les modalités à suivre pour fournir des méthodes de planning familial et aider les utilisateurs à continuer à s'en servir.

Le manuel donne aussi d'utiles conseils à ceux qui veulent améliorer les normes et les pratiques du planning familial. Il se fonde sur un consensus international qui s'affermit de plus en plus à propos de résultats critiques de recherches médicales, épidémiologiques et cliniques et de leur incidence sur les dispensateurs et les clients de santé reproductive. Les dernières recommandations de l'Organisation mondiale de la santé portant sur la révision des critères médicaux d'éligibilité à des fins de contraception apportent une contribution majeure à ce consensus ; elles sont la pierre angulaire du présent manuel. Elles peuvent conduire à de profondes améliorations de la façon dont les services sont fournis.

Par l'intermédiaire du Service de planning familial et de population de sa Division de la santé reproductive, l'Organisation mondiale de la Santé se félicite d'avoir collaboré avec les auteurs et avec le Programme d'information sur la population du Centre pour les programmes de communication de l'Université Johns Hopkins pour élaborer le présent manuel, qui bénéficie du soutien de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international. Cet ouvrage concrétise les buts communs de ces trois institutions et, en fait, des dispensateurs de planning familial du monde entier, qui veulent aider tous les hommes et toutes les femmes à réaliser l'un des éléments les plus fondamentaux de leurs libertés et de leurs droits — la possibilité de planifier leurs familles en choisissant librement le nombre et l'espacement de leurs enfants.

Dr. Tomris Türmen
Directeur exécutif
Famille et santé reproductive
Organisation mondiale de la Santé
Genève

Avant-propos du FNUAP

C'est durant la Conférence internationale sur la population et le développement, qui s'est tenue au Caire, en Egypte, en 1994, que la notion de santé et de droits reproductifs a été définie clairement pour la première fois. En effet, ce fut la première fois que les éléments d'équité entre les sexes, d'égalité et d'habilitation des femmes ont trouvé leur place parmi les composantes essentielles des droits reproductifs. Pour la première fois, on a articulé les liens qui existent entre population, croissance économique continue et développement durable.

La santé reproductive signifie que les gens sont en mesure d'avoir une vie sexuelle satisfaisante et dépourvue de danger et qu'ils ont à la fois les moyens de procréer et la liberté de décider si, quand et avec quelle fréquence ils le font. Cette dernière condition sous-entend le droit des hommes et des femmes d'être informés et d'avoir accès à des méthodes de planning familial de leur choix qui sont sans danger, efficaces, abordables et acceptables. De même, les droits reproductifs reposent sur la reconnaissance du fait que tous les couples ont pour droit fondamental de décider en toute liberté et de façon responsable du nombre, de l'espacement et du calendrier de naissance de leurs enfants, et d'avoir les informations et les moyens de le faire, ainsi que le droit de parvenir au niveau le plus élevé de santé sexuelle et reproductive.

Les informations et les services de planning familial sont donc un moyen critique de l'articulation et de la réalisation des droits de procréation et de santé reproductive, et représentent aussi un élément central des programmes de santé reproductive.

Le présent manuel sera une ressource précieuse pour les agents de planning familial qui travaillent dans des dispensaires ; il leur permettra d'offrir des services de planning familial dans une optique de santé reproductive, en gardant à l'esprit les divers besoins de contraception du cycle de vie. Le manuel est donc un outil important qui doit permettre de diffuser auprès des jeunes et des adultes des informations correctes et opportunes, en donnant aux individus et aux couples la latitude d'articuler leurs propres droits reproductifs et de jouir d'une santé reproductive optimale.

Sathuramiah L. N. Rao
Directrice
Division technique et d'évaluation
Fonds des Nations Unies pour la population
New York

Préface de l'USAID

Durant les années 1990, une collaboration de plus en plus étroite unit les nombreuses personnes qui, de par le monde, se consacrent à l'amélioration de l'accès et de la qualité du planning familial et des services connexes de santé reproductive. Partout, les chercheurs, les directeurs de programme, les décideurs, les éducateurs et les spécialistes de la communication coopèrent les unes avec les autres pour aider les dispensateurs à mieux réussir dans leur tâche. L'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) se félicite de participer à cette collaboration internationale grandissante. Dans le cadre de cet effort, le manuel intitulé *Eléments de la technologie de la contraception* est conçu pour fournir des informations exactes et de dernière heure qui doivent aider, dans les établissements de santé, les dispensateurs à offrir des soins de bonne qualité et facilement accessibles. Ce manuel est essentiellement consacré aux principales méthodes de contraception et montre comment elles sont offertes dans les dispensaires et dans des cadres analogues. Il examine aussi la prévention et le traitement des maladies sexuellement transmissibles.

La facilité d'accès à des soins de bonne qualité est la clé de la réussite du planning familial et des services connexes de santé reproductive. Si *l'accès est facile*, la population peut obtenir sans problème des services efficaces et sans danger qui répondent à ses besoins et sont exempts d'obstacles déraisonnables. *Les soins de bonne qualité* comportent des rapports humains courtois et sympathiques qui aident les clients à exprimer leurs besoins et à faire des choix informés, *et* des connaissances et aptitudes techniques qui permettent d'offrir efficacement et en toute sécurité des méthodes de planning familial et d'autres soins de santé reproductive. Les dispensateurs qui offrent un accès facile à des soins de bonne qualité peuvent voir leur réussite se concrétiser sous forme de clients satisfaits et en bonne santé qui utilisent le planning familial plus longtemps et plus efficacement.

Depuis plus de 30 ans qu'elle aide les dispensateurs, l'USAID apporte son soutien à toute une série d'interventions visant à améliorer l'accès et la qualité du planning familial et des services connexes de santé reproductive. Elle a pu ainsi trouver de nouvelles modalités qui permettent de fournir des produits et des services en toute sécurité et de

façon pratique, offrir un choix plus grand de méthodes de contraception, donner aux dispensateurs une formation qui leur impartisse des aptitudes techniques et des talents de communication, multiplier les catégories de dispensateurs qui offrent le planning familial et d'autres soins de santé reproductive, améliorer les communications avec les clients et le public, fournir des informations exactes et d'emploi facile aux dispensateurs et aux décideurs, et améliorer la gestion des programmes, les recherches et l'évaluation.

Les *Eléments de la technologie de la contraception* sont le produit d'une collaboration entre le Dr. Robert A. Hatcher, de la Faculté de médecine de l'Université Emory, et des membres de l'équipe des *Population Reports*, que publie le Programme d'information sur la population du Centre pour les programmes de communication, qui fait partie de l'Ecole de Santé publique de l'Université Johns Hopkins. Le manuel s'inspire des travaux de plusieurs groupes qui s'occupent de mettre à jour les recommandations de directives et de pratiques de planning familial — notamment le groupe de travail sur les critères d'éligibilité médicale, qui relève de l'Organisation mondiale de la Santé, et le Groupe de travail sur les directives/compétences techniques, mis sur pied à l'origine par l'USAID et ses organismes coopérants, puis élargi pour faire place à beaucoup d'autres experts. Les auteurs ont également reçu l'aide de nombreux experts qui, à titre de critiques et de conseillers, ont apporté leurs connaissances, les fruits de leurs travaux et la sagesse de leur expérience dans de nombreux domaines.

L'USAID est heureuse de pouvoir soutenir l'élaboration et la diffusion du présent manuel. Nous espérons qu'il sera utile pour les dispensateurs qui, dans les établissements de santé, doivent aider leurs clients à faire des choix informés, et qu'il servira aussi de document de référence pour tous ceux qui veulent aider, dans le monde entier, les femmes et les hommes à atteindre leurs buts de procréation.

Elizabeth S. Maguire
Directrice

Dr. James D. Shelton
Principal adjoint scientifique

Bureau de la population, Centre pour la population, la santé et la nutrition, Agence des Etats-Unis pour le développement international, Washington, D.C.

Introduction et dédicace

Le planning familial fait de grands progrès. Depuis quelques dizaines d'années, nous avançons sur de nombreux fronts :

- Le planning familial est considéré désormais comme un droit de la personne — un élément essentiel de la dignité humaine. C'est ainsi que l'entendent, dans le monde entier, les populations et les gouvernements.
- Presque tout le monde a entendu parler du planning familial. La plupart des gens connaissent aussi quelques méthodes de planning familial.
- Le planning familial jouit du soutien de la communauté. Les gens s'attendent à ce que la plupart de leurs compatriotes pratiquent le planning familial, et l'approuvent.
- La plupart des gens utilisent le planning familial. A n'importe quel moment, plus de la moitié des couples mariés du monde le pratiquent.

Le présent manuel traite des méthodes et des services de planning familial. Ce sont des domaines qui sont, eux aussi, marqués par des progrès considérables. En qualité de dispensateurs de planning familial, nous pouvons offrir un plus grand nombre de choix à davantage de gens, qui peuvent pratiquer le planning familial plus efficacement et avec moins de danger.

- Les couples peuvent maintenant choisir entre plus de méthodes. Celles-ci englobent les injectables, les implants, la stérilisation féminine et masculine, les nouveaux DIU, les contraceptifs oraux, les préservatifs, divers spermicides, les diaphragmes et les capes cervicales. Nous comprenons mieux les méthodes fondées sur la perception de la fécondité (versions modernes de la méthode du rythme) et sur l'allaitement. On peut maintenant s'en servir pour empêcher plus efficacement la grossesse.

10

- Nous avons appris que presque tout le monde peut employer sans danger les méthodes modernes de planning familial. En même temps, nous sommes mieux en mesure de dépister ceux qui ne doivent pas utiliser telle ou telle méthode. Nous savons aussi que, pour la plupart des méthodes, la majorité des clients n'ont pas besoin de subir des examens physiques ni des tests de laboratoire.
- Nous avons découvert que certaines méthodes de planning familial apportaient beaucoup d'avantages importants, en sus de la prévention des grossesses non souhaitées. Par exemple, les contraceptifs oraux associés aident à arrêter l'anémie, à réduire la salpingite, à atténuer les crampes et les douleurs menstruelles, voire à empêcher certains types de cancer.
- Les préservatifs aident à empêcher les maladies sexuellement transmissibles (MST) et d'autres infections, notamment quand on s'en sert constamment. Les spermicides, les diaphragmes et les capes cervicales peuvent aussi apporter une certaine aide aux femmes. Beaucoup de clients du planning familial ont besoin d'être protégés contre les MST, y compris le VIH/SIDA. Les dispensateurs de planning familial y veillent, et aident un plus grand nombre de clients à faire obstacle à la diffusion des MST.
- Un grand nombre de gens différents offrent maintenant des produits, des services et des informations de planning familial. Par exemple, toutes sortes de professionnels de la santé, et non pas simplement les médecins, fournissent la plupart des méthodes dans les dispensaires et dans les communautés. Les commerçants vendent des produits de planning familial. Des membres des communautés distribuent les produits et aident leurs voisins.
- Nous faisons un meilleur travail quand il s'agit de parler du planning familial et d'aider à prendre des décisions de santé reproductive. Nous aidons à faire des choix informés. Nous le faisons lors de contacts et de consultations personnels, par la radio, la télévision et les journaux, et à l'occasion de manifestations communautaires.
- Nous facilitons l'obtention du planning familial et d'autres soins de santé reproductive. Nous éliminons les obstacles inutiles de tous genres. Ces obstacles étaient le manque d'information, la rareté des points de service, des horaires trop courts, le manque de diversité des méthodes, l'insuffisance de produits, les restrictions limitant les clients éventuels, des critères d'éligibilité dépassés (contre-indications) et l'exigence de tests et examens physiques qui ne sont d'aucune aide lorsqu'il s'agit de prendre une décision concernant la méthode ou de la rendre moins dangereuse, ou lorsque les clients n'en veulent pas.

Pour faciliter le planning familial, nous offrons aux gens plus de choix — choix de méthodes de planning familial, choix des principaux services de santé reproductive, choix des sources d'information, et choix du personnel qui fournit les soins. Plus on a de choix, mieux on peut trouver ce dont on a besoin pour protéger sa santé reproductive.

- Nous apprenons que la qualité fait une différence. La qualité des services de planning familial intervient quand il s'agit de savoir si les clients peuvent efficacement employer telle ou telle méthode. La qualité intervient même quand il s'agit de savoir si on peut envisager de pratiquer le planning familial. Le présent manuel se donne pour mission d'aider les dispensateurs à offrir des services de planning familial de bonne qualité.

Cependant, tout n'est pas résolu. On fera de nouvelles découvertes scientifiques. Parfois, ces découvertes pourront prêter à controverses. On devra les étudier, les interpréter et en discuter. Il faudra prendre des décisions pour modifier les services et les informations de planning familial. C'est ce qui nous aidera à continuer à améliorer les méthodes et les services de planning familial.

Les informations que contient le présent manuel correspondent aux données scientifiques les plus récentes et les plus complètes. Cet ouvrage exprime les idées de responsables et d'experts mondiaux en planning familial. Beaucoup d'entre eux ont aidé à le préparer. Leurs noms figurent à la page suivante.

Ce manuel se prête à de nombreuses utilisations. Les formateurs peuvent s'en servir pour organiser et exécuter la formation. Les directeurs de programme peuvent l'utiliser pour mettre à jour des modalités et des normes. Par dessus tout, cependant, cet ouvrage est dédié aux dispensateurs du monde entier qui, chaque jour, aident le public à choisir et à pratiquer le planning familial.

Les auteurs

Remerciements

La réalisation du présent document est le fruit de la sagesse, du dévouement et des efforts de nombreuses personnes qui ont formulé de précieuses observations et ont apporté des contributions : Frank Alvarez, Elliott Austin, Sriani Basnayake, Paul Blumenthal, Patricia Bright, David W. Buchholz, Pierre Buekens, Meena Cabral, Charles S. Carignan, Willard Cates, Jr., Shirley Coly, Anne W. Compton, Joseph deGraft-Johnson, Gina Dallabetta, Grace Ebun Delano, Juan Díaz, Soledad Díaz, Laneta Dorflinger, Gaston Farr, Berry L. Farrell, Paul Feldblum, Monica Gaines, Sally Girvin, Stephen M. Goldstein, Ronald H. Gray, David A. Grimes, Joanne Grossi, Gary S. Grubb, Felicia Guest, Pamela Beyer Harper, Philip D. Harvey, Q.M. Islam, Sarah Keller, Theodore King, Nilgun Kircalioğlu, Deborah Kowal, Miriam Labbok, O.A. Ladipo, Virginia Lamprecht, Robert Lande, Ronnie Lovich, Enriquito Lu, Tapani Luukkainen, Jill Mathis, Margaret McCann, Noel McIntosh, Grace Mtawali, Elaine Murphy, Emma Ottolenghi, Juan Palmore, Susan Palmore, Bonnie Pedersen, Bert Peterson, Manuel Pina, Phyllis Tilson Piotrow, Linda Potter, Malcolm Potts, Lisa Rarick, Elizabeth Robinson, Ron Roddy, Sharon Rudy, Synthia Salter, Harshad Sanghvi, Lois Schaefer, Pamela Schwingl, Pramilla Senanayake, Willibrord Shasha, Jennifer Smith, Jeff Spieler, Cynthia Steele, Linda Tietjen, James Trussell, Ibrahim Türkmenoğlu, Marcel Vekemans, Cynthia Visness, Nancy Williamson, Anne Wilson, Judith Winkler et Johanna Zacharias.

Le présent manuel prend pour base le consensus technique concernant les critères d'éligibilité médicale auquel est parvenu le groupe de travail scientifique de l'Organisation mondiale de la Santé chargé d'améliorer l'accès aux soins de qualité en matière de planning familial et le consensus portant sur la mise à jour des pratiques de prestation du planning familial, obtenu par le groupe de travail sur les directives/compétences techniques organisé par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international et ses organismes coopérants. Il utilise aussi les travaux de nombreuses autres organisations et organismes qui se sont occupés des besoins des techniciens du planning familial en matière de directives techniques pratiques. D'utiles publications de certains de ces groupements figurent sur la liste des lectures proposées à la fin du présent ouvrage. En particulier, *Contraceptive Technology*, 16e édition, de

13

Robert A. Hatcher, James Trussell, Felicia Stewart, Gary K. Stewart, Deborah Kowal, Felicia Guest, Willard Cates, Jr., et Michael S. Policar, a servi de point de départ au présent ouvrage.

Durant toute l'élaboration du manuel, Marcia Angle, Douglas Huber, Roy Jacobstein et Roberto Rivera ont offert d'utiles aides et conseils.

Dans la cadre de son Initiative de développement maximal de l'accès et de la qualité (MAQ), l'Agence des Etats-Unis pour le développement international joue un rôle déterminant pour améliorer le planning familial et les autres services de soins de santé reproductive. L'initiative MAQ a attiré l'attention sur des services qui répondent aux besoins des clients tout en respectant des critères scientifiques de qualité technique. Le présent manuel est à la fois le résultat de cette initiative et une contribution à celle-ci.

L'élaboration du présent manuel a été rendue possible par le soutien apporté par G/PHN/POP/CMT, Global, Agence des Etats-Unis pour le développement international, dans le cadre du Don No HRN-A-00-97-00009-00. Les avis exprimés dans cet ouvrage sont ceux des auteurs et n'expriment pas nécessairement ceux de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international.

Chapitre 1

Comment utiliser le présent ouvrage

Le présent manuel s'adresse aux personnes qui, dans des dispensaires et d'autres établissements de soins de santé, offrent le planning familial et des soins de santé reproductive. Il renferme des informations pratiques portant sur les méthodes de planning familial, leurs modalités de prescription et la façon dont on peut aider les clients à s'en servir.

Vous pouvez vous servir de ce livre :

- pour rechercher des informations afin d'aider vos clients,
- pour trouver des renseignements généraux, que vous étudiez à votre guise,
- pour des stages de formation,
- quand vous vous adressez à des groupements communautaires,
- quand vous préparez des documents d'information à l'intention du public ou de clients,
- pour aider à élaborer des politiques, des directives, des méthodes de travail et des documents de formation.

Emportez-le avec vous, et consultez-le souvent !

Cet ouvrage peut être utile à un grand nombre de lecteurs différents. Montrez-le aux clients, aux décideurs, aux journalistes et aux bénévoles, tout comme à d'autres agents de santé.

Plus cet ouvrage aura de lecteurs, plus il sera utile. Si vous disposez d'exemplaires supplémentaires, communiquez-les à vos coéquipiers. Vous pouvez aussi en commander d'autres. Le manuel est fourni gratuitement aux agents et aux programmes de santé des pays en développement. Vous pouvez aussi photocopier certaines pages pour les donner à d'autres personnes.

Vous pouvez adapter ce manuel et y ajouter des pages. Il a été conçu à l'intention des dispensateurs de planning familial du monde entier. Il se peut que la situation qui existe dans votre région ou dans celle de votre programme demande des informations et des conseils spéciaux.

Dites-nous comment vous utilisez ce manuel. Dites-nous ce qui est utile et ce qui pose problème. Dites-nous ce qui devrait être plus clair, modifié et augmenté. Avec votre aide, nous serons en mesure d'améliorer ce manuel, à l'avenir.

Comment trouver des informations dans ce manuel

Comment trouver le bon chapitre. Il y a dans cet ouvrage 16 chapitres, dont une série consacrée aux principales méthodes de planning familial. La liste de ces méthodes se trouve en couverture. On peut faire concorder le nom de la méthode qui figure en couverture avec les indications portées au bord des pages. De cette façon, on peut trouver rapidement le chapitre consacré à la méthode recherchée.

Comment trouver des informations dans un chapitre. La plupart des chapitres qui traitent de méthodes de planning familial comportent les mêmes sections. On trouve dans chaque chapitre les principales sections et un certain nombre de sous-sections. Ces sections et sous-sections suivent toujours le même ordre.

Nous indiquons ci-après, en décrivant leur teneur, les principales sections et sous-sections :

Eléments principaux — Page 1 de chaque chapitre, courte liste des informations les plus importantes concernant la méthode.

Table des matières — Page 2 de chaque chapitre. (Noter que les numéros des pages se composent du numéro du chapitre, suivi d'un numéro de page. Par exemple, nous sommes à la page 1–2, en d'autres termes chapitre 1, page 2.)

16

Introduction — Courte description de la méthode, avec indication de ses appellations les plus fréquentes.

Comment décider de prendre la méthode — Information aidant à décider si la méthode convient à tel ou tel client.

- **Comment fonctionne-t-elle ?** — Comment la méthode empêche la grossesse.
- **Avantages et inconvénients** — Le client peut vouloir en tenir compte. Les listes d'inconvénients commencent par les effets secondaires, s'il y en a ; ils sont imprimés en couleur brune.
- **Liste de pointage d'éligibilité médicale** — Après que le client a librement choisi une méthode, cette liste aide à s'assurer qu'aucune pathologie n'empêche ou ne limite son emploi.

Début de l'administration de la méthode — Informations portant sur l'instauration de la méthode et explication de la manière de s'en servir.

- **Quand commencer ?** — Quand un client peut commencer à employer la méthode. Cela peut dépendre de sa situation.
- **Fourniture de la méthode** — Modalités de fourniture de la nouvelle méthode.
- **Explication de l'emploi de la méthode** — Instructions à l'intention du nouvel utilisateur. Ces instructions portent souvent sur la gestion des effets secondaires et les raisons de voir un médecin ou une infirmière. Ces pages ont des bordures de couleur brune.

Suivi — Informations indiquant ce qu'il faut demander et faire durant les visites ultérieures.

- **Comment aider un client durant une visite routinière de suivi** — Modalités à suivre quand un client revient sans présenter de problème.
- **Gestion des problèmes éventuels** — Suggestions d'aide quand un client signale, durant une visite de suivi, qu'il a des problèmes avec la méthode.

Importantes informations dont l'utilisateur doit se rappeler — Brèves informations pour aider le client. Ces informations peuvent être copiées ou adaptées, puis remises aux clients.

Questions et réponses — Réponses aux questions fréquemment posées par les dispensateurs et les clients.

Dans chaque chapitre, les principales sections sont marquées par les mêmes petits symboles reproduits ci-dessus et à la page 1–3. Le nom de la section et de la méthode, ainsi que le symbole de cette section, se trouvent au bas de chaque page de droite.

On trouve dans tous les chapitres des **tableaux de décision** L'exemple ci-dessous montre comment s'en servir :

Regarder d'abord cette colonne	**Puis regarder cette colonne**
Trouver ici la situation, la pathologie ou le problème du client.	Trouver ici les informations appropriées ou les mesures recommandées qui correspondent à la situation, à la pathologie ou au problème du client.

Le manuel contient plusieurs chapitres en sus de ceux consacrés aux méthodes de planning familial (chapitres 5 à 15). Le chapitre 2 résume les avantages du planning familial. Le chapitre 3 décrit brièvement les consultations de planning familial. Le chapitre 4 renferme diverses informations qui s'appliquent à un grand nombre de clients différents et à diverses méthodes de planning familial. D'autres chapitres contiennent souvent une référence aux informations du chapitre 4. Le chapitre 16 traite des maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA.

Le Johns Hopkins University Population Information Program (JHU/PIP) a publié un **panneau mural** consacré aux méthodes de planning familial. (Si vous souhaitez en recevoir des exemplaires, écrire au JHU/PIP, dont l'adresse se trouve au verso de la couverture du présent ouvrage. Prière d'indiquer votre adresse et le nombre d'exemplaires que vous souhaitez recevoir). Le panneau peut être accroché dans une salle d'attente, où les clients peuvent l'examiner et voir eux-mêmes quelles méthodes pourraient le mieux leur convenir. Ils seront alors mieux en mesure de s'entretenir avec un dispensateur. Vous pouvez traduire ce panneau, ainsi que tout autre texte, dans les langues de votre région. Vous pouvez aussi augmenter ou modifier le texte pour le faire correspondre aux besoins et aux situations de vos clients.

A la fin du manuel se trouve un tableau de critères médicaux d'éligibilité, une liste de propositions de lectures, et un index.

Notes spéciales concernant certains éléments qu'on trouve dans tous les chapitres

COMMENT DECIDER DE PRENDRE LA METHODE : Quelle est son efficacité ?

Le présent manuel décrit l'efficacité de la plupart des méthodes de planning familial en indiquant *la probabilité de grossesse durant la première année d'utilisation de la méthode.* La probabilité de grossesse est souvent indiquée de deux façons :

Efficacité d'utilisation en pratique courante. C'est la probabilité caractéristique, ou moyenne, de grossesse pour l'ensemble des utilisatrices, qu'elles emploient ou non la méthode de façon correcte et constante.

Efficacité d'utilisation correcte et constante. C'est la plus faible probabilité de grossesse qui ressort d'études fiables. Ce chiffre représente à peu près les meilleurs résultats que puisse espérer la cliente.

Si le comportement de l'utilisatrice n'a que peu ou pas d'effet sur la probabilité de grossesse — c'est le cas des implants *Norplant* ou de la stérilisation féminine, par exemple — on n'indique qu'un seul taux de grossesse.

La plupart des estimations de probabilité de grossesse que contient le présent ouvrage ont été établies par James Trussell, aux fins de publication dans Hatcher et coll., 1998. Elles se fondent sur des rapports scientifiques. La plupart de ces rapports proviennent de pays développés. Les estimations concernant les contraceptifs oraux combinés (chapitre 5), divers DIU autres que le TCu-380A (chapitre 12) et les méthodes de connaissance de la fécondité (chapitre 14) *telles qu'elles sont communément utilisées* proviennent de Moreno et Goldman 1991. Elles se fondent sur les résultats d'enquêtes démographiques et de santé effectuées dans des pays en développement. Les estimations concernant la stérilisation féminine proviennent d'une grande étude effectuée aux Etats-Unis par Peterson et coll., et publiée en 1996. Exception faite des méthodes fondées sur une connaissance de la fécondité, ces estimations sont les mêmes, ou pratiquement les mêmes, que celles de Trussell. Les estimations concernant les contraceptifs oraux progestatifs (chapitre 6) proviennent de McCann et Potter, 1994. Les estimations de la MAMA (chapitre 15) sont celles de Labbok et coll., 1994.[1]

COMMENT DECIDER DE PRENDRE LA METHODE : Avantages et inconvénients

Chaque méthode de planning familial est assortie d'une liste d'avantages et d'inconvénients. Cette liste indique les caractéristiques et les effets les plus importants de la méthode. Les effets secondaires ordinaires sont indiqués à l'encre brune sous la rubrique « inconvénients ». Avec l'aide du dispensateur, le *client* examine comment ces avantages et ces inconvénients s'appliquent à sa propre situation. Le *client* peut alors faire un choix informé et décider si la méthode répond ou non à ses besoins.

Les avantages et inconvénients ne s'appliquent pas tous à tous les clients. En outre, ce qui est un inconvénient pour une personne peut être un avantage pour une autre. Néanmoins, avec ces listes, un dispensateur peut aider un client à décider d'employer ou de ne pas employer une méthode.

Dans les listes d'avantages et d'inconvénients, le verbe « peut » signifie qu'on s'est basé sur des théories ou des ressemblances avec une autre méthode de planning familial. Cependant, les études de personnes qui emploient cette méthode ne conduisent pas à des résultats concluants. Par exemple, « les injectables progestatifs *pourraient* aider à empêcher le cancer de l'ovaire ». (Ils sont analogues aux contraceptifs oraux combinés). Quand on n'emploie pas le verbe « pouvoir », cela veut dire qu'il *existe* des preuves directes fournies par des études d'utilisateurs. Par exemple, « les injectables progestatifs aident à empêcher le cancer de l'endomètre ».

COMMENT DECIDER DE PRENDRE LA METHODE : Liste de pointage d'éligibilité médicale

La plupart des chapitres renferment des Listes de pointage d'éligibilité médicale, qui contiennent les questions les plus importants grâce auxquelles on peut effectuer un dépistage parmi les clients. Ces questions prennent pour base les récentes recommandations d'un Groupe de travail scientifique de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)[2]. Ce groupe de travail scientifique de l'OMS a examiné les informations scientifiques les plus récentes, pour formuler ensuite ses recommandations. La liste demande aux clients quelles sont leurs caractéristiques — par exemple, est-ce qu'une femme donne le sein — et leurs pathologies médicales **connues** — par exemple, tension artérielle élevée. A la lumière des réponses du client, le dispensateur décide si une de ces pathologies empêche ou limite l'emploi de la méthode par le client. Le groupe de travail a donné à ces caractéristiques et à ces pathologies le nom de « critères d'éligibilité médicale ». Les critères d'éligibilité médicale ont souvent reçu le nom de « contre-indications » quand ils limitent l'emploi d'une méthode.

Les questions figurant dans chaque liste d'éligibilité médicale sont données à titre d'exemples. Chaque programme peut décider quelles questions sont les plus importantes dans sa région. Par ailleurs, le groupe de travail de l'OMS prévoit que chaque programme doit choisir les *moyens* les mieux appropriés permettant de dépister ces pathologies. Souvent, selon le groupe de travail, ce sont les informations fournies par le client (antécédents du client) qui donnent le meilleurs renseignements. En règle générale, on n'a pas besoin de procéder de façon routinière à des tests cliniques ou de laboratoire pour pouvoir employer la méthode sans danger. Parfois, les antécédents médicaux d'un client peuvent cependant conduire à faire effectuer certains tests.

L'Appendice du chapitre 16 contient un tableau détaillé indiquant les critères d'éligibilité médicale de l'OMS pour chaque méthode de planning familial.

Les informations contenues dans certaines sections des chapitres 3 à 15, notamment celles des sections intitulées « Comment décider de prendre la méthode : quand commencer » et « Suivi : gestion des problèmes éventuels », se fondent sur les travaux du groupe de travail technique des directives/compétences. Ce groupe, qui a bénéficié d'une aide de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International, a abouti à un consensus d'experts pour mettre à jour certaines pratiques d'emploi de la contraception.[3] Une version condensée des rapports du groupe de travail est reproduite dans **Population Reports :** *Méthodes de planning familial : Nouvelles orientations*, qu'on peut se procurer auprès du Johns Hopkins University Population Information Program, dont l'adresse figure au verso de la couverture.

1. Trussell, J. Contraceptive Efficiency (Efficacité contraceptive) ; dans Hatcher et coll. Contraceptive Technology (17e édition révisée). New York, Irvington, 1998.

   Labbok, M., Cooney, K., et Coly, S. Lignes directrices : allaitement maternel, planification familiale et méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée. Washington, D.C. Georgetown University, Institute of Reproductive Health, 1994. 18 p. (La contraception orale aux progestatifs. Un rapport complet.)

   McCann, M.F. et Potter, L.S. Progestin-only oral contraception. A comprehensive review. (Contraception uniquement aux progestatifs oraux – Evaluation exhaustive) Contraception 50(6)(Supplément I) : S1-S195. 1994.

   Moreno L, et Goldman N. Contraceptive failure rate in developing countries: Evidence from the Demographic and Health Surveys. (Le taux d'échec des contraceptifs dans les pays en développement. Evidence des enquêtes démographiques et de santé). International Family Planning Perspectives 17(2): 44-49, 1991.

   Peterson, H.B., Xia Z., Hughes, J.M., Wilcox, L.S.,Tylor, L.R. et Trussell, J. The risk of pregnancy after tubal sterilization: Findings from the U.S. Collaborative Review of Sterilization. Le risque de grossesse après une stérilisation tubaire : Résultats provenant de la Revue collaborative américaine de la stérilisation. American Journal of Obstetrics and Gynecology 174: 1161–1170, 1996.

2. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale : critères d'éligibilité médicale de l'OMS pour l'adoption de méthodes de contraception. (Improving access to quality care in family planning: Medical eligibility criteria for contraceptive use.) Genève, OMS, Famille et santé reproductive. 1996.

3. Groupe de travail sur les orientations/compétences techniques. Recommandations pour la mise à jour de certaines pratiques d'utilisation des contraceptifs ; vols 1 et 2. Chapel Hill, Caroline du Nord. Program for International Training in Health, Université de Caroline du Nord, 1993 et 1997.

Chapitre 2

Le planning familial aide tout le monde

Les dispensateurs de planning familial peuvent être fiers de leur travail, parce que le planning familial aide tout le monde. En particulier :

Les femmes. Le planning familial aide les femmes à se protéger contre des grossesses non souhaitées. Depuis les années 1960, les programmes de planning familial ont aidé des femmes du monde entier à éviter 400 millions de grossesses non souhaitées. On a donc épargné à de nombreuses femmes les dangers de grossesses à hauts risques ou d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions. Si toutes les femmes pouvaient éviter les grossesses à hauts risques, le nombre de morts maternelles pourrait diminuer d'un quart. En outre, beaucoup de méthodes de planning familial offrent d'autres avantages pour la santé. Par exemple, certaines méthodes hormonales aident à empêcher certains cancers, et les préservatifs aident à empêcher les maladies sexuellement transmissibles, dont le VIH/SIDA.

Les enfants. Le planning familial sauve les vies d'enfants en aidant les femmes à espacer les naissances. Entre 13 et 15 millions d'enfants âgés de moins de 5 ans meurent chaque année. Si tous les enfants naissaient à intervalle d'au moins 2 ans, 3 à 4 millions de ces morts seraient évitées.

Les hommes. Le planning familial aide les hommes — et les femmes — à prendre soin de leur famille. Dans le monde entier, les hommes disent que la planification de leur famille les aide à leur assurer une meilleure existence.

Les familles. Le planning familial améliore le bien-être familial. Les couples qui ont moins d'enfants sont mieux en mesure de leur donner suffisamment de nourriture et de vêtements, de leur assurer un logement et de les scolariser.

Les nations. Le planning familial aide les nations à se développer. Dans les pays où les femmes ont beaucoup moins d'enfants que leur

propre mère, la population voit s'améliorer sa situation économique plus rapidement qu'ailleurs.

La planète. Si les couples ont moins d'enfants à l'avenir, on évitera de voir doubler en moins de 50 ans la population mondiale, qui se chiffre actuellement à 6.000 millions d'habitants. Les ressources naturelles, telles que l'eau et les sols fertiles, seront moins sollicitées. Tout le monde aura plus de possibilités d'avoir une bonne existence.

Pour obtenir gratuitement cette affiche en couleurs, qui montre comment « La planification familiale aide tout le monde », prière d'écrire au Population Information Program, dont l'adresse est au verso de la couverture.

Chapitre 3

Consultations

La consultation est essentielle. Grâce aux consultations, les dispensateurs aident leurs clients à faire et à exécuter leurs propres choix de santé reproductive et de planning familial. De bonnes consultations rendent les clients mieux satisfaits. De bonnes consultations aident aussi les clients à pratiquer le planning familial plus longtemps et avec succès.

De quoi a-t-on besoin pour de bonnes consultations ? En particulier, dans le cas des nouveaux clients qui choisissent une nouvelle méthode de planning familial, la consultation doit porter sur *6 sujets** et comporter *6 étapes**. Bien qu'on les décrive ici séparément, ces sujets et ces étapes forment un tout.

Une bonne consultation ne doit pas nécessairement prendre beaucoup de temps, notamment si les informations sont conçues en fonction des besoins du client. Une bonne consultation demande une formation préalable et exige une attitude de sympathie et de respect vis-à-vis du client.

6 Principes

1. **Bien traiter le client.** Le dispensateur est poli, témoigne du respect au client, et crée une atmosphère de confiance. Il montre au client qu'il peut parler franchement, même à propos de questions délicates. Lui aussi s'exprime avec franchise et répond aux questions avec patience et en détail. Il assure également le client que rien de ce qu'il dit ne sera répété à d'autres personnes, dans le dispensaire ou en dehors de celui-ci.

2. **Rapports humains.** Le dispensateur **écoute**, apprend et répond au client. Chaque client est différent. C'est en comprenant les besoins, les soucis et la situation d'une personne que le dispensateur est le mieux à même de l'aider. C'est pourquoi le dispensateur encourage le client à parler et à poser des questions.

3. **Adapter les informations au client.** C'est en écoutant le client que le dispensateur peut savoir de quelles informations le client a besoin.

* Les 6 principes et les 6 sujets sont adaptés de Murphy E.M. et Steele, C. Interactions entre clients et dispensateurs dans les services de planning familial. Dans : Groupe de travail sur les orientations/compétences techniques : Recommandations pour la mise à jour de certaines pratiques d'utilisation des contraceptifs. Vol 2. Chapel Hill, NC, INTRAH, 1997, pp. 187-194.

Par ailleurs, l'âge d'une personne laisse supposer quelles informations pourraient être les plus importantes. Par exemple, une jeune femme récemment mariée peut vouloir qu'on lui parle de méthodes temporaires de préférence à l'espacement des naissances. Une femme plus âgée peut vouloir être mieux informée de la stérilisation féminine et de la vasectomie. Un jeune célibataire, homme ou femme, peut avoir besoin de mieux savoir comment éviter les maladies sexuellement transmissibles (MST). Le dispensateur fournit des informations exactes en s'exprimant dans une langue que le client comprend.

Par ailleurs, le dispensateur aide le client à comprendre comment les informations s'appliquent *à sa propre* situation et à son existence quotidienne. Cette *personnalisation* de l'information comble le fossé entre les connaissances du dispensateur et la compréhension du client.

4. **Eviter une pléthore d'informations.** Les clients ont besoin d'informations pour faire des choix informés (voir page 3–3). Mais aucun client ne peut utiliser toutes les informations concernant toutes les méthodes de planning familial. Trop d'informations rendent difficile de se rappeler les éléments vraiment importants. C'est ce qu'on a appelé la « surcharge d'informations ». En outre, quand le dispensateur passe tout son temps à donner des informations, il ne lui en reste guère pour discuter ou pour répondre aux questions, aux soucis et aux avis du client.

5. **Fournir la méthode que désire le client.** Le dispensateur aide les clients à faire leurs propres choix informés (voir page 3–3), et il respecte ces choix — même si un client décide de ne pas pratiquer le planning familial ou retarde sa décision. La plupart des nouveaux clients songent déjà à une méthode de planning familial. De bons conseils portant sur le choix d'une méthode commencent par cette méthode. Puis, durant la consultation, le dispensateur vérifie si le client présente des pathologies susceptibles de rendre la méthode contre-indiquée, s'il comprend bien la méthode et sait comment on l'utilise. La consultation évoque aussi les avantages et les inconvénients, les bénéfices pour la santé, les risques et les effets secondaires. Le dispensateur peut aussi aider le client à réfléchir à d'autres méthodes analogues et à les comparer. De cette façon, le dispensateur s'assure que le client fait un choix *informé. Si aucune raison médicale ne s'y oppose, les clients doivent recevoir les méthodes qu'ils souhaitent.* Quand il en est ainsi, les clients s'en servent pendant plus longtemps et d'une façon plus efficace.

(Suite à la page 3–4)

Que signifie « choix informé » ?

Quand une personne prend librement une décision réfléchie qui se fonde sur des informations utiles et exactes, elle fait un choix informé. Les consultations de planning familial ont comme but important d'aider le client à faire des choix informés de santé reproductive et de planning familial.

« **Informé** » veut dire que :

- **Les clients ont les informations claires, précises et exactes dont ils ont besoin** pour faire eux-mêmes leurs propres choix de procréation, y compris un choix parmi les méthodes de planning familial. De bons programmes de planning familial peuvent expliquer sur demande chaque méthode — sans pour autant créer une surcharge d'informations — et peuvent aider les clients à les utiliser sans danger et efficacement.
- **Les clients comprennent leurs propres besoins**, parce qu'ils ont réfléchi à leur propre situation. Grâce à des échanges de vues et à des conseils personnels, et par l'intermédiaire des messages diffusés par les médias, les programmes de planning familial de bonne qualité aident les clients à faire concorder les méthodes de planning familial avec leurs besoins.

Un « **choix** » veut dire que :

- **Les clients peuvent choisir entre toute une série de méthodes de planning familial.** De bons services de planning familial offrent diverses méthodes — et non pas simplement une ou deux — en fonction des besoins divers de la population. Si les programmes ne peuvent pas fournir une méthode ou un service, ils envoient leurs clients ailleurs pour les obtenir.
- **Les clients prennent leurs propres décisions.** Les dispensateurs de planning familial aident les clients à bien fonder leurs décisions, mais n'exercent pas sur eux des pressions pour faire tel ou tel choix ou employer telle ou telle méthode.

6. **Aider le client à comprendre et à se rappeler.** Le dispensateur montre des échantillons de méthodes de planning familial, encourage le client à les toucher et lui montre comment on s'en sert. Il présente aussi et explique des panneaux mobiles, des affiches ou de simples brochures ou feuillets agrémentés de dessins. De temps à autre, le dispensateur vérifie que le client comprend bien. Si on peut donner au client une documentation à emporter, cela l'aide à se rappeler ce qu'il doit faire. Ces documents peuvent être communiqués à d'autres personnes.

6 Sujets

La consultation doit être adaptée en fonction de chaque client. En même temps, la plupart des consultations à propos du choix de la méthode porte sur 6 sujets. On peut trouver des informations concernant ces 6 sujets dans les chapitres 5 à 15 du présent manuel.

Les informations portant sur ces sujets doivent aussi parvenir aux clients de beaucoup d'autres façons — par exemple, par la radio et la télévision, par des affiches et des brochures, et durant des réunions communautaires. Quand les clients disposent d'informations exactes, *avant* même de voir un dispensateur, celui-ci a une tâche plus facile, et le client peut prendre de meilleures décisions. Bien entendu, il est important que les informations provenant de sources différentes soient aussi concordantes que possible.

1. **Efficacité.** L'efficacité avec laquelle une méthode de planning familial empêche la grossesse dépend plus de l'utilisateur dans le cas de certains méthodes que dans d'autres (voir page 4–18). Les taux de grossesse obtenus avec des méthodes *telles qu'elles sont communément employées* donnent aux clientes une idée approximative de ce à quoi elles peuvent s'attendre. Cependant, leur propre expérience peut être meilleure, ou pire — parfois bien meilleure ou bien pire. Les taux de grossesse de méthodes *employées constamment et correctement* donnent une idée des meilleurs résultats réalisables. Les dispensateurs peuvent aider leurs clientes à déterminer si elles peuvent employer une méthode particulière constamment et correctement, et comment y parvenir.

Pour certains clients, l'efficacité est la raison la plus importante de choisir une méthode. D'autres clients ont d'autres raisons qui motivent leurs choix.

2. **Avantages et inconvénients.** Les clients doivent comprendre *aussi bien* les avantages que les inconvénients d'une méthode *pour eux* (informations sur mesure). Il est important de se rappeler qu'un inconvénient pour une personne est un avantage pour une autre. Par exemple, certaines femmes préfèrent les injections. D'autres veulent les éviter.

3. **Effets secondaires et complications.** Si les méthodes ont des effets secondaires, les clients doivent en avoir connaissance avant de choisir et de commencer une méthode. Les clients informés à l'avance des effets secondaires sont en général plus satisfaits de leurs méthodes, et s'en servent plus longtemps.

Les clients doivent savoir quels effets secondaires peuvent être gênants mais ne sont ni des signes de danger ni des symptômes d'une situation grave. Avec certaines méthodes, ces effets secondaires peuvent être assez fréquents. Par ailleurs, les clients doivent aussi savoir quels symptômes, le cas échéant, sont des raisons de voir un médecin ou une infirmière, ou de revenir au dispensaire. Ces symptômes peuvent indiquer un effet secondaire rare, mais grave. Les clients doivent comprendre la différence. Si une méthode n'a pratiquement pas d'effets secondaires ou de complications, le client doit aussi le savoir. (Les effets secondaires et les complications sont traités au chapitre des « inconvénients », dans les sections des chapitres 5 à 15 intitulées « Comment décider... »).

4. **Comment s'en servir.** Des instructions claires et pratiques sont importantes. Les instructions doivent indiquer ce que les clientes peuvent faire si elles commettent une erreur (par exemple oublient de prendre une pilule) et aussi ce que les clientes et les dispensateurs peuvent faire s'il se pose des problèmes (par exemple des effets secondaires ennuyeux). Par ailleurs, les clientes peuvent avoir besoin d'une aide spéciale à propos de questions telles que se rappeler de prendre une pilule par jour ou parler de préservatifs avec un partenaire sexuel.

5. **Prévention des MST.** Certaines MST, dont le VIH/SIDA, sont en progression dans de nombreux pays. Les dispensateurs de planning familial peuvent, tout en faisant preuve de délicatesse, aider leurs clients à comprendre et à mesurer leur risque d'attraper des MST. Les clientes du planning familial doivent savoir comment employer des préservatifs si elles courent un risque de MST — même si elles emploient une autre méthode de planning familial. Les dispensateurs peuvent expliquer les principes d'un comportement sans danger : abstention, bien fidèle, emploi du condom/préservatif (voir chapitre 16).

6. **Quand revenir.** Un grand nombre d'excellentes raisons conduisent à revenir au dispensaire. Certaines méthodes exigent qu'on revienne se réapprovisionner. Il faut donner aux clients plusieurs adresses, si possible, où se procurer des produits. Par contre, certaines méthodes — par exemple le DIU, la stérilisation féminine et la vasectomie — exigent tout au plus une visite de rappel. Il ne faut pas demander aux clients de revenir pour des visites inutiles. Néanmoins, le dispensateur doit toujours indiquer clairement que le client est *toujours le bienvenu à n'importe quel moment et pour n'importe quelle raison* — par exemple, s'il

veut des informations, des conseils ou une autre méthode, ou si une cliente veut cesser d'employer un DIU ou des implants *Norplant.* Les dispensateurs doivent préciser qu'il est normal de changer de méthode et qu'ils l'acceptent volontiers.

6 Modalités des consultations avec de nouveaux clients

La décision d'adopter et d'employer une méthode de planning familial se fait en plusieurs étapes : il s'agit d'apprendre, de peser les choix, de prendre des décisions et de les exécuter. C'est pourquoi une consultation avec de nouveaux clients au sujet du planning familial comporte elle aussi plusieurs étapes, qui sont au nombre de 6. On peut s'en rappeler grâce à l'acronyme **BERCER**.

Cependant, une bonne consultation n'est pas immuable. On la modifie pour répondre aux besoins spéciaux du client et de la situation. Les nouveaux clients n'ont pas tous besoin de suivre toutes les 6 étapes. Certains ont besoin qu'on s'attarde plus sur une étape que sur les autres. Certaines étapes peuvent se réaliser au moyen de présentations ou de discussions de groupe. D'autres se font normalement en tête-à-tête.

Les étapes BERCER

B — **Bienvenue** — Accueillir les clients avec amabilité et respect. Leur prêter toute votre attention. Si possible, leur parler en privé. Assurer le client du caractère confidentiel de l'entretien. Lui demander comment vous pouvez l'aider et lui expliquer ce que le dispensaire peut lui offrir.

E — **Entretien** — **Poser aux clients des questions les concernant.** Aider les clients à parler de leurs expériences de planning familial et de santé reproductive, de leurs intentions, de leurs soucis, de leurs souhaits, de leur situation de santé et de leur vie familiale. Demander si le client songe à une méthode particulière de planning familial. Suivre de près ce que les clients expriment avec leurs propres mots, gestes et expressions. Essayer de vous mettre à la place du client. Manifester votre compréhension. Déceler les connaissances, les besoins et les soucis des clients, de manière à pouvoir leur répondre utilement.

R — **Renseignements** — **Parler des choix aux clients.** Selon les besoins du client, lui dire quels choix il peut faire en matière de santé reproductive, y compris le choix de méthodes de planning familial ou la décision de n'employer aucune méthode. S'attacher aux méthodes qui intéressent le plus le client, mais dire aussi

quelques mots d'autres méthodes disponibles. Expliquer également tous autres services disponibles que le client pourrait vouloir utiliser.

C — Choix — Aider les clients à faire un choix informé. Aider le client à réfléchir à ce qui correspond le mieux à sa situation et à ses projets. Encourager le client à exprimer ses idées et à poser des questions. Lui apporter des réponses franches et complètes. Examiner les critères d'éligibilité médicale de la ou des méthodes de planning familial qui intéressent le client. Demander aussi si le partenaire sexuel du client appuiera sa décision. Si possible, parler des choix avec les deux partenaires. En dernière analyse, s'assurer que le client a pris une décision sans ambiguïté. Le dispensateur peut lui demander : « Qu'avez-vous décidé de faire ? » ou encore « Quelle méthode avez-vous décidé d'employer ? ».

E — Explication — Expliquer dans le détail comment employer la méthode choisie. Après que le client ait choisi une méthode de planning familial, lui remettre les produits, le cas échéant. Lui expliquer comment on s'en sert ou comment se déroulera l'intervention. Ici encore, encourager les questions, et répondre franchement et en détail. Remettre des préservatifs à quiconque court un risque de maladies sexuellement transmissibles (MST) et l'encourager à s'en servir, en parallèle à toute autre méthode de planning familial. Vérifier que les clients comprennent comment employer leur méthode.

R — Retour — Les visites de contrôle doivent être encouragées. Parler au client et fixer la date d'une nouvelle visite de contrôle ou de réapprovisionnement en produits, le cas échéant. Inviter aussi le client à revenir à n'importe quel moment pour n'importe quelle raison.

Consultation avec des clients qui continuent leur traitement

Les clients qui continuent sont tout aussi importants que les nouveaux clients. Ils méritent tout autant d'attention qu'eux. Les consultations avec des clients qui continuent consistent d'ordinaire à leur parler de leur expérience et de leurs besoins. En règle générale, point n'est besoin de tests ou d'examens, à moins qu'une situation spéciale ne les exige.

Tout comme les consultations avec de nouveaux clients, les consultations avec des clients qui continuent peuvent être adaptées. Elles doivent être aménagées pour répondre aux besoins du client. Par exemple, les clients qui reviennent au dispensaire peuvent venir s'y réapprovisionner, chercher des réponses à des questions, une aide à l'occasion de problèmes, vouloir une nouvelle méthode, se faire retirer des implants *Norplant* ou un DIU, ou recevoir une aide à propos d'un problème de santé reproductive tel que des MST ou un saignement vaginal inexpliqué.

D'ordinaire, la consultation avec un client de retour consiste à trouver ce que veut le client, puis à y répondre :

- *Si le client a des problèmes, les résoudre.* Il peut s'agir d'offrir une nouvelle méthode ou, s'il le faut, d'aiguiller le client vers un autre établissement.
- *Si le client a des questions, y répondre.*
- *Si le client a besoin de nouveaux produits, les lui remettre — généreusement.*
- S'assurer que le client utilise sa méthode correctement, et offrir de l'aider dans le cas contraire.

Voir aussi les sections intitulées « Suivi » dans les chapitres 5 à 15.

Pour plus de détails à propos d'un guide du dispensateur en matière de consultation en planning familial, voir **Population Reports**, *Nouveau guide de counseling*, qu'on peut se procurer en s'adressant au Johns Hopkins Population Information Program, à l'adresse indiquée au verso de la couverture.

Chapitre 4

Informations importantes pour les prestations de planning familial

Eléments principaux

Avec une formation spéciale, beaucoup de personnes différentes, en sus des médecins, peuvent fournir, et fournissent effectivement, des informations, des conseils et des méthodes de planning familial.

En posant des questions, les dispensateurs de planning familial peuvent en général dire si une femme n'est pas enceinte. En règle générale, point n'est besoin de tests de grossesse.

Souvent, la santé d'un bébé est tributaire du lait de sa mère. **Il est important d'éviter une nouvelle grossese qui arrête l'allaitement.** Ce dernier aide en effet à empêcher la grossesse. Certaines méthodes de planning familial sont meilleures que d'autres durant l'allaitement au sein.

De bonnes méthodes de prévention de l'infection sont importantes.

Un grand nombre de personnes peuvent employer la plupart des méthodes de planning familial.

Cependant, quelques pathologies ordinaires interdisent l'emploi de certaines méthodes.

Pour être efficaces, certaines méthodes de planning familial dépendent plus que d'autres de l'utilisateur.

La plupart des méthodes de planning familial n'exigent pas des examens physiques, des tests ou des interventions difficiles ou coûteux. Certains tests pourraient néanmoins fournir d'autres informations utiles pour la santé.

Chapitre 4

Informations importantes pour les prestations de planning familial

Note : Le présent chapitre renferme diverses informations qui sont importantes pour les dispensateurs de planning familial. Les sections du chapitre s'appliquent à diverses méthodes de planning familial. Il en est souvent question dans les chapitres 5 à 15, qui traitent de méthodes particulières.

Table des matières

Qui fournit le planning familial et où ? 4–3

Comment dire si une femme n'est pas enceinte ? 4–6

Le planning familial pour la femme allaitante 4–8

Prévention de l'infection dans le dispensaire 4–10

Etat médical et choix de méthode 4–13

Efficacité des méthodes de planning familial 4–18

Quelle est l'importance des diverses interventions ? 4–20

Qui fournit le planning familial et où ?

Un grand nombre de personnes différentes peuvent apprendre à donner des informations et des conseils au sujet du planning familial. Un grand nombre de personnes différentes peuvent fournir des méthodes de planning familial. Les pays et les programmes ont diverses règles précisant qui peut offrir quelle méthode et où. Néanmoins, dans le monde entier, ce sont les catégories de personnes suivantes qui fournissent ordinairement le planning familial :

- infirmières, infirmières sages-femmes, infirmières soignantes,
- infirmières sages-femmes auxiliaires,
- sages-femmes,
- médecins, y compris gynécologues, obstétriciens,
- aides-médecins, médecins associés,
- pharmaciens, aides-pharmaciens, apothicaires,
- agents des soins de santé primaires et communautaires,
- accoucheuses traditionnelles ayant reçu une formation spéciale,
- commerçants et vendeurs,
- membres de la communauté jouant le rôle de distributeurs à base communautaire,
- bénévoles, utilisateurs expérimentés du planning familial, homologues éducateurs et animateurs communautaires.

Une formation spéciale aide toutes ces personnes à faire un meilleur travail quand il s'agit de fournir le planning familial. La formation doit porter sur les aptitudes à informer et conseiller les clients au sujet du choix et de l'emploi de telle ou telle méthode, à effectuer des dépistages en fonction des critères d'éligibilité médicale ; elle doit aussi porter sur des aptitudes techniques précises, par exemple comment faire des injections ou poser un DIU.

Méthode	Qui peut la fournir ?	Où ?
Contraceptifs oraux combinés	Tous ceux qui sont indiqués ci-dessus.	Partout.
Contraceptifs oraux progestatifs	Tous ceux qui sont indiqués ci-dessus.	Partout.
Injectables	Toute personne ayant appris à faire des injections et à manipuler convenablement des aiguilles et des seringues.	Partout où il est possible de manipuler en toute sécurité des aiguilles et des seringues stériles.

Méthode	Qui peut la fournir ?	Où ?
Implants *Norplant*	Toute personne ayant reçu une formation en interventions médicales et une formation spéciale portant sur la pose des implants *Norplant*, dont médecins, infirmières, infirmières sages-femmes, infirmières soignantes, sages-femmes, aides-médecins et médecins associés.	Partout où l'on peut employer de bonnes méthodes de prévention de l'infection.
Stérilisation féminine	Après formation spéciale, médecins généralistes, médecins spécialistes tels qu'obstétriciens, gynécologues et chirurgiens, et aides-médecins ou étudiants en médecine, sous contrôle. Il est préférable que la *laparoscopie* soit faite par des chirurgiens expérimentés ayant reçu une formation spéciale.	Dans les installations où l'on peut pratiquer la chirurgie. La laparoscopie et certaines pathologies ont des exigences supplémentaires. Voir page 9–6.
Vasectomie	Après formation spéciale, médecins, agents médicaux, infirmières sages-femmes, sages-femmes, aides-médecins et médecins associés.	Presque n'importe quel établissement de santé, dont cabinets de médecins, dispensaires, hôpitaux, cliniques temporaires et mobiles. Voir page 10–7.
Préservatifs	Tous ceux qui sont énumérés en tête du chapitre.	Partout, y compris magasins et distributeurs automatiques.

Méthode	Qui peut la fournir ?	Où ?
DIU	Toute personne ayant reçu une formation en interventions médicales et une formation spéciale en dépistage, pose et retrait du DIU, dont médecins, infirmières, infirmières sages-femmes, sages femmes, infirmières soignantes, aides-médecins, médecins associés. Dans certains pays, les pharmaciens vendent les DIU ; la femme apporte le DIU au dispensateur de soins de santé, qui le pose.	Partout où il est possible d'utiliser des méthodes de prévention de l'infection, y compris dispensaires, hôpitaux, et cabinets de médecins.
Spermicides	Tous ceux indiqués.	Partout.
Diaphragmes et capes cervicales	N'importe quel dispensateur ayant reçu une formation précise pour effectuer des examens pelviens et choisir pour chaque femme le diaphragme ou la cape cervicale de dimension voulue.	Partout où on peut effectuer un examen pelvien et où la cliente peut s'exercer discrètement à poser le diaphragme ou la cape.
Méthodes fondées sur la connaissance de la fécondité	N'importe qui ayant reçu une formation spéciale pour enseigner la connaissance de la fécondité. Les couples ayant l'expérience de ces techniques sont souvent les meilleurs moniteurs.	Partout.
Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)	La femme allaitante fournit elle-même la méthode. Des agents de soins de santé compétents et compréhensifs l'aident à l'utiliser de la manière la plus efficace.	Partout.

Comment dire si une femme n'est pas enceinte ?

Une femme ne doit pas commencer certaines méthodes de planning familial alors qu'elle est enceinte. Ces méthodes sont les contraceptifs oraux combinés et progestatifs, les injectables, les implants *Norplant,* les DIU et la stérilisation féminine. Par contre, les préservatifs et les méthodes vaginales peuvent et doivent être employés quand on a besoin, durant la grossesse, d'une protection contre les maladies sexuellement transmissibles.

Bien que les femmes enceintes ne doivent pas employer certains contraceptifs, des méthodes autres que le DIU ne font sans doute aucun mal à la mère ou au foetus. (Voir page 12–22.) Les meilleures preuves disponibles montrent que les méthodes hormonales, comme les contraceptifs oraux et les injectables, ne font aucun mal.

Un agent de soins de santé peut généralement dire si une femme n'est pas enceinte en lui posant des questions. Point n'est besoin de tests de grossesse ou d'examens physiques : ils gaspillent des ressources et découragent les clientes.

▶ On est raisonnablement certain qu'une femme n'est pas enceinte si :

- **Ses règles ont commencé durant les 7 derniers jours**, OU
- Elle **a accouché durant les 4 dernières semaines**, OU
- Elle **a eu un avortement ou une fausse couche durant les 7 derniers jours,** OU
- Elle **a eu un enfant durant les 6 derniers mois, lui donne souvent le sein *et* n'a pas encore eu ses règles.**

▶ Si une femme n'entre dans aucune de ces catégories, il reste raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte si :

- Elle n'a **pas eu de rapports sexuels vaginaux depuis ses dernières règles**, OU
- Si elle a eu des rapports sexuels depuis ses dernières règles, ***et* s'est servie correctement du planning familial***, ***et* ses dernières règles remontent *à moins de* 5 semaines.**

* **Note :** les méthodes appropriées sont les injectables, les implants *Norplant*, les DIU et, *s'ils sont correctement utilisés*, les contraceptifs oraux combinés ou progestatifs, les préservatifs, la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA), les spermicides, le diaphragme, la cape cervicale, et les méthodes fondées sur la connaissance de la fécondité, à l'exception de la méthode du calendrier.

Si elle *a eu* des rapports sexuels et si ses dernières règles *remontent à* 5 semaines ou plus, **on ne peut pas éliminer l'hypothèse de la grossesse,** même si elle a employé une contraception efficace. A-t-elle observé des signes précoces de grossesse ? Si plus de 12 semaines se sont écoulées depuis ses dernières règles, a-t-elle observé depuis des signes de grossesse ?

Signes de grossesse

Premiers signes de grossesse

- Règles tardives
- Seins endoloris
- Nausées
- Vomissements
- Changement de poids
- Fatigue constante
- Sautes d'humeur
- Changement d'habitudes alimentaires
- Mictions plus fréquentes

Signes ultérieurs de grossesse

- Seins augmentés de volume
- Mamelons plus sombres
- Ecoulements vaginaux plus abondants
- Abdomen augmenté de volume
- Mouvements du bébé

Si elle présente plusieurs de ces signes, **elle est peut-être enceinte.** Essayer de le confirmer par examen physique.

▶ Si ses réponses ne permettent pas d'éliminer une grossesse, elle doit subir, si possible, un test de laboratoire pour vérifier la présence éventuelle d'une grossesse ou attendre ses prochaines règles avant de commencer une méthode qui ne devrait pas être employée durant la grossesse. Un dispensateur peut lui donner des préservatifs ou un spermicide à employer jusqu'alors, avec des instructions et des conseils sur la manière de s'en servir.

Le planning familial et la femme allaitante

L'allaitement a **d'importants avantages pour la santé :**

- Il fournit à l'enfant la meilleure nutrition possible.
- Il protège le bébé contre une diarrhée qui peut être mortelle et que peuvent provoquer d'autres aliments ou de l'eau contaminée.
- Il transmet à l'enfant les immunités de la mère, ce qui aide à le protéger contre des maladies contagieuses, comme la rougeole, susceptibles de causer la mort.
- Il aide à établir d'étroits rapports entre la mère et l'enfant.
- Il peut aider à protéger plus tard la mère contre le cancer du sein.

Le lait du sein est le meilleur aliment pour presque tous les enfants. Dans certains cas, la vie de l'enfant dépend de la persistance de l'allaitement au sein. C'est pourquoi il est très **important de retarder une nouvelle grossesse.** Le retard de la grossesse évite un sevrage précoce et les nombreux problèmes de santé qui souvent en découlent.

L'allaitement lui-même aide à empêcher la grossesse. A lui seul, sans autre méthode de planning familial, l'allaitement peut fournir une protection efficace contre la grossesse pendant les 6 premiers mois qui suivent l'accouchement. Il le fait si :

- La femme n'a pas eu ses règles depuis l'accouchement (un saignement pendant les 56 premiers jours — 8 semaines — qui suivent l'accouchement n'est pas considéré comme étant des règles), et
- La femme nourrit exclusivement, ou presque exclusivement, son enfant au sein — le lait du sein représentant au moins 85 % de l'alimentation de l'enfant.

C'est ce qu'on appelle la **méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée** (MAMA) (voir chapitre 15).

Par définition, une femme n'emploie pas la méthode MAMA si son enfant reçoit un volume important de nourriture autre que le lait de la mère OU si les règles de la mère réapparaissent OU si le bébé a 6 mois. **Pour se protéger contre la grossesse, elle doit alors :**

- **Choisir une autre méthode efficace de planning familial** qui ne gêne pas l'allaitement (mais pas les contraceptifs oraux combinés avant que l'enfant n'atteigne 6 mois).
- **Continuer à donner le sein** à son enfant, si possible, même si elle commence à lui donner d'autres aliments. Le lait de la mère est la

nourriture la plus saine pour la plupart des enfants durant les 2 premières années de leur existence. Elle doit donner le sein, si possible, avant d'offrir d'autres nourritures. Si l'enfant apaise d'abord sa faim avec le lait maternel, cela aidera ensuite à assurer une bonne nutrition et encouragera la production de lait du sein.

Toutes les femmes allaitantes, qu'elles utilisent ou non la méthode MAMA, doivent recevoir des conseils pour leur indiquer :

- quand elles peuvent et doivent commencer telle ou telle méthode de planning familial.
- les avantages et les inconvénients de chaque méthode, y compris ses effets sur l'allaitement.

Si une femme allaitante a besoin d'être mieux protégée contre la grossesse, ou si elle souhaite l'être, elle doit d'abord envisager les méthodes non hormonales (DIU, préservatifs, stérilisation féminine, vasectomie, ou méthodes vaginales). Elle peut aussi envisager des méthodes fondées sur la connaissance de la fécondité, bien qu'elles puissent être difficiles à employer. Aucune de ces méthodes n'affecte l'allaitement ou ne pose le moindre danger pour l'enfant.

Les femmes qui donnent le sein peuvent commencer des méthodes progestatives — contraceptifs oraux progestatifs, injectables à effet retard, ou implants *Norplant* — dès la sixième semaine après l'accouchement.

L'hormone oestrogène que renferment les contraceptifs oraux combinés peut réduire le volume et la qualité du lait du sein. C'est pourquoi l'Organisation Mondiale de la Santé recommande que la femme allaitante attende au moins 6 mois après l'accouchement pour les utiliser. S'il le faut, elle peut employer une autre méthode en attendant.

Prévention de l'infection dans le dispensaire

Les méthodes de prévention de l'infection protègent aussi bien les clients que les dispensateurs contre les maladies contagieuses. Les méthodes de prévention de l'infection sont simples, efficaces et peu coûteuses.

Dans un dispensaire il n'est pas possible de deviner facilement quel client a une maladie contagieuse susceptible d'être transmise . Il est donc indispensable d'appliquer à tous les clients des modalités de prévention de l'infection. Si les modalités de prévention de l'infection deviennent routinières — dans le cadre de chaque intervention de planning familial — on protègera ainsi les dispensateurs de soins de santé et leurs clients.

Le principe de la prévention de l'infection

La prévention de l'infection signifie qu'on *arrête le passage d'organismes infectieux (germes) entre personnes* en faisant en sorte (1) *qu'un obstacle s'oppose au passage des liquides organiques* — par exemple, en portant des gants — **et** (2) *que les organismes infectieux soient éliminés* — par exemple en traitant les instruments et en enlevant les déchets.

Le sang, le sperme, les sécrétions vaginales et les liquides organiques contenant du sang transportent les organismes infectieux. Ces organismes sont le VIH (virus qui cause le SIDA), le virus de l'hépatite B, les staphylocoques, etc. Les infections peuvent être transmises d'une personne à une autre quand on n'observe pas les modalités de prévention et quand ces liquides passent d'une personne à une autre.

Dans le dispensaire, les organismes infectieux peuvent être transmis entre les clients et les dispensateurs par des piqûres (avec des aiguilles usagées) ou d'autres perforations analogues, ou par des déchirures cutanées (par exemple coupures ou égratignures). Les organismes infectieux peuvent passer d'un client à un autre au moyen d'instruments chirurgicaux, d'aiguilles, de seringues et d'autre matériel médical *s'ils n'ont pas été convenablement décontaminés, nettoyés, et hautement désinfectés ou stérilisés* dans l'intervalle entre les clients.

On trouvera des instructions détaillées concernant les méthodes de prévention de l'infection dans Tietjen et coll., Prévention des infections pour les services de planification familiale. Baltimore, JHPIEGO, 1992.

Règles fondamentales de prévention de l'infection

- **Se laver les mains.** *Se laver les mains est peut-être la modalité la plus importante de prévention de l'infection.* Se laver les mains avant et après un contact avec chaque client. Employer du savon et de l'eau courante propre provenant d'un robinet ou d'un seau. Se laver aussi avant de mettre les gants et chaque fois que les mains sont sales.
- **Porter des gants.** Porter des gants quand il y a le moindre risque de contact, avec du sang ou d'autres liquides organiques. Avant toute intervention, avec chaque client, mettre une nouvelle paire de gants jetables ou de gants réutilisables traités, si possible. Pour les interventions chirurgicales, les gants doivent être stériles.
- **Faire des examens vaginaux uniquement quand ils sont nécessaires ou demandés.** En règle générale, les examens du vagin ou pelvien ne sont pas nécessaires pour la plupart des méthodes de contraception — ils le sont seulement pour la stérilisation féminine et les DIU (voir page 4–20). Pour les examens vaginaux, porter soit une nouvelle paire de gants jetables, soit des gants réutilisables fortement désinfectés, soit encore des gants stériles. Les examens vaginaux ne doivent être effectués que s'il existe une raison de les faire — par exemple un frottis vaginal ou quand on soupçonne une maladie dont l'examen pourrait aider le diagnostic ou le traitement.
- **Bien nettoyer la peau de la cliente** avant une injection ou la pose d'implants *Norplant.* Employer un antiseptique disponible localement.
- **Nettoyer le col avec un antiseptique** dans le cadre de la technique de pose du DIU « sans contact ».
- Pour chaque injection, employer **une nouvelle aiguille et une nouvelle seringue jetables** ou une aiguille et une seringue réutilisables stérilisées. (S'il n'est pas possible de stériliser l'aiguille et la seringue, procéder à une désinfection poussée).
- **Après avoir été utilisés avec chaque client, les instruments, le matériel et les produits réutilisables doivent être :**

  (1) décontaminés (trempés dans une solution de chlore à 0,5 % ou dans un autre désinfectant),

  (2) nettoyés au savon et à l'eau, et

  (3) fortement désinfectés (par ébullition ou passage à la vapeur) ou stérilisés (à la vapeur ou à la chaleur sèche).

- Les spéculums vaginaux, les sondes utérines, les gants pour examens du bassin et les autres matériels et instruments qui touchent *des muqueuses* doivent être décontaminés, nettoyés, puis *hautement désinfectés ou stérilisés,* le cas échéant.
- Les aiguilles et les seringues, les scalpels, les trocarts pour implants *Norplant,* et les autres matériels et instruments qui touchent des *tissus humains sous la peau* doivent être décontaminés, nettoyés puis *stérilisés.*
- Les objects désinfectés ou stérilisés ne doivent pas être touchés avec les mains nues.
- Porter des gants quand on stérilise des instruments et du matériel.
- Laver le linge à l'eau chaude savonneuse et faire sécher sur ligne.
- Après chaque client, les tables d'examen, les dessus de banc et autres surfaces planes qui entrent en contact avec la peau intacte doivent être nettoyés avec une solution de chlore à 0,5 %.

• **Eliminer correctement le matériel jetable et les produits.**

- Les aiguilles et les seringues à jeter **ne** doivent pas être employées à nouveau (voir page 7–13).
- Les aiguilles usagées ne doivent pas être cassées, tordues, ou recouvertes. Elles doivent être placées immédiatement dans un récipient incassable. Ce récipient doit être brûlé ou enterré quand il est aux trois quarts plein.
- Les pansements et autres déchets souillés doivent être brûlés, si possible, ou placés dans une latrine à fosse. Ne pas mettre les pansements dans une toilette à chasse. Les déchets liquides doivent être mis dans une latrine à fosse.

Situations médicales et choix de méthode

Certaines situations médicales et caractéristiques personnelles ordinaires peuvent intervenir dans le choix de méthodes temporaires de contraception. Le tableau ci-dessous indique ces situations et ces caractéristiques, les méthodes qu'on peut employer et celles qui ne doivent pas l'être par des personnes qui se trouvent dans ces situations ; il indique aussi si ces situations rendent la grossesse particulièrment dangereuse. Une femme dont la situation rend une grossesse particulièrment dangereuse a, pour des raisons de santé, spécialement besoin d'un bon planning familial.

Note : *Les méthodes permanentes — stérilisation féminine et vasectomie — sont sans danger et efficaces pour tout le monde quand on les pratique dans les conditions voulues* (voir chapitres 9 et 10).

Méthodes, catégories combinées de méthodes et abréviations

Contraceptifs oraux combinés à faible dose (COC)

Méthodes progestatives, *dont :*
- contraceptifs oraux progestatifs [pilules progestatives (PP)]
- injectables DMPA et NET EN
- implants *Norplant*

DIU au cuivre

Méthodes de barrière, *dont :*
- préservatifs
- spermicides
- diaphragmes et capes cervicales

Méthodes basées sur la connaissance de la fécondité

Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)

Situation ou caractéristique	Méthodes temporaires, sans danger et efficaces*	Méthodes temporaires à ne pas employer**	Grossesse particulièrement dangereuse ?
Age : moins de 16 ans (début des règles) ou plus de 40 ans	Toutes les méthodes, *mais les méthodes basées sur la connaissance de la fécondité peuvent être difficiles à employer.*	Aucune	Dangereuse
Aucun enfant	Toutes les méthodes	Aucune	

* Sur la base des catégories 1 et 2 des critères d'éligibilité médicale de l'OMS. Voir tableau en appendice pour plus de détails.

** Sur la base des catégories 3 et 4 des critères d'éligibilité médicale de l'OMS. Voir tableau en appendice pour plus de détails.

Situation ou caractéristique	Méthodes temporaires, sans danger et efficaces	Méthodes temporaires à ne pas employer	Grossesse particulièrement dangereuse ?
Allaitement	*Les méthodes non hormonales sont les meilleures :* – MAMA – Méthodes de barrière – DIU au cuivre Méthodes progestatives *si on les commence au moins 6 semaines après l'accouchement.* Méthodes basées sur la connaissance de la fécondité, *mais peuvent être difficiles à employer.* COC *après 6 mois depuis l'accouchement.*	COC *jusqu'à 6 mois ou plus après l'accouchement.*	
Tension artérielle (TA) élevée	COC *si TA moins de 140/90.* DMPA et NET EN *si TA inférieure à 180/110.* Toutes les autres méthodes	COC *si TA systolique 140 ou plus ou diastolique 90 ou plus.* DMPA et NET EN *si TA 180/110 ou plus.*	Dangereuse, *notamment quand TA 160/100 ou plus.*
Facteurs multiples de risque de maladie cardio-vasculaire (tels que tabagisme, TA élevée, diabète)	PP Implants *Norplant* DIU au cuivre Méthodes de barrière MAMA Méthodes basées sur connaissance de la fécondité	COC DMPA et NET EN	Dangereuse

45

Situation ou caractéristique	Méthodes temporaires, sans danger et efficaces	Méthodes temporaires à ne pas employer	Grossesse particulièrement dangereuse ?
Maladies cardio-vasculaires graves sauf volvulpathie	PP Implants *Norplant* DIU au cuivre Méthodes de barrière MAMA Méthodes bassées sur la connaissance de la fécondité	COC Méthodes progestatives *dans cas de thrombose veineuse profonde concomitante.* DMPA et NET EN *dans cas de cardiopathie causée par blocage d'artères, antécédents d'attaque.*	Dangereuse *avec cardiopathie due à blocage d'artères.*
Valvulopathie	COC *dans la plupart des cas.* Toutes les autres méthodes	COC *si sans complications.*	Dangereuse
Thrombose veineuse superficielle ou varices	Toutes les méthodes	Aucune	
Mal de tête ordinaire **Migraine** (maux de tête intenses et répétés, qui affectent souvent un seul côté ou se manifestent par des pulsations, peuvent causer des nausées et sont souvent aggravés par la lumière et le bruit ou par le mouvement.	Toutes méthodes COC *si moins de 35 ans et pas de distorsion de la vision (aura) ni difficultés d'élocution ou de mouvement, avant et pendant les maux de tête.* Méthodes progestatives. MAMA Méthodes fondées sur connaissance de la fécondité.	COC *si (1) 35 ans ou plus ou (2) à tout âge si distorsion de la vision (aura) ou si la femme a des difficultés d'élocution avant et pendant ces maux de tête.*	

46

Situation ou caractéristique	Méthodes temporaires, sans danger et efficaces	Méthodes temporaires à ne pas employer	Grossesse particulièrement dangereuse ?
Diabète	COC, DMPA et NET EN *dans la plupart des cas.* Toutes les autres méthodes	COC, DMPA et NET EN *si diabète depuis 20 ans ou plus ou si maladie vasculaire.*	Dangereuse *si avec maladie vasculaire.*
Saignement vaginal suspect inexpliqué, jusqu'à évaluation ou envoyée ailleurs pour évaluation	COC POPs Méthodes de barrière Méthodes basées sur la connaissance de la fécondité *mais peuvent être difficiles à employer.*	DMPA et NET EN *Norplant* implants DIU	
Cancer du sein actuel ou passé	DIU au cuivre Méthodes de barrière Méthodes basées sur la connaissance de la fécondité	COC Méthodes progestatives MAMA *si cancer actuellement traité avec médicaments.*	Dangereuse
Maladies sexuellement transmissibles (MST) ou risque de MST	Méthodes de barrière *(recommandées pour prévention des MST).* COC Méthodes progestatives MAMA Méthodes basées sur la connaissance de la fécondité *mais peuvent être difficiles à employer si MST actuelles ou récentes.*	DIU *sauf en cas de vaginite sans cervicite purulente.*	Dangereuse *(La syphilis et le VIH peuvent être transmis à l'enfant.)*

Situation ou caractéristique	Méthodes temporaires, sans danger et efficaces	Méthodes temporaires à ne pas employer	Grossesse particulièrement dangereuse ?
Hépatite virale en cours ou porteur du virus de l'hépatite	DIU au cuivre COC et méthodes progestatives *si seulement porteur.* MAMA, *mais l'allaitement peut ne pas être recommandé.* Méthodes de barrière Méthodes basées sur la connaissance de la fécondité	COC et méthodes progestatives *si maladie actuelle.*	
Obésité	Toutes les méthodes *mais la pose du diaphragme ou de la cape peut être difficile.*	Aucune	
Tuberculose (TB)	DIU au cuivre, *sauf si TB pelvienne.* MAMA, *mais l'allaitement peut ne pas être recommandé.* Toutes les autres méthodes	DIU, *si TB pelvienne.*	
Tabagisme	COC *si moins de 35 ans.* Toutes les autres méthodes	COC *si 35 ans ou plus.*	

48

Efficacité des méthodes de planning familial

Le tableau de la page suivante indique les taux de grossesse non souhaitée parmi les utilisatrices de diverses méthodes de planning familial durant les 12 premiers mois (1 an) d'emploi de la méthode en question. Deux taux sont indiqués pour chaque méthode. L'un est le taux de grossesse de la méthode *telle qu'elle est en pratique courante.* C'est le taux ordinaire, ou moyen. Un couple peut obtenir des résultats meilleurs ou pires — parfois bien meilleurs, parfois bien pires. L'autre taux est le taux de grossesse quand la méthode est *employée correctement et sans interruption.* C'est à peu près le meilleur taux qu'une utilisatrice puisse espérer de la méthode. L'efficacité des méthodes de planning familial peut être subdivisée en 3 groupes, indiqués dans la colonne de gauche du tableau.

*La MAMA est employée pendant un maximum de 6 mois après l'accouchement. En doublant ces taux, on obtient des taux à 1 an, qu'on peut alors comparer à ceux d'autres méthodes.

**Quand on recourt à la continence pour éviter la grossesse. L'efficacité en cas d'emploi correct et constant est fonction des signes de fécondité et des règles de continence qu'on utilise.

Sources des données sur l'efficacité : Trussell J. Contraceptive Efficacy. Dans Hatcher et coll. Contraceptive Technology (17e édition révisée). A l'exception des contraceptifs oraux progestatifs durant l'allaitement, *tels qu'on les emploie ordinairement* : McCann, M.F. et Potter, L.S. Progestin-only oral contraception. A comprehensive review. Contraception 50(6)(Supplement I) : S1-S195, 1994. MAMA : Labbok, M., Cooney, K., et Coly, S. Guidelines. Breastfeeding, family planning and the lactational amenorrhea method – LAM. Washington, D.C., Georgetown University, Institute for Reproductive Health, 1994 ; Contraceptifs oraux combinés et méthodes fondées sur la connaissance de la fécondité, *telles qu'on les emploie ordinairement* : Moreno, L., et Goldman, N. Taux d'échec de la contraception dans les pays en développement : Preuves fournies par les Enquêtes démographiques et de santé, International Family Planning Perspectives 17(2), 44-49, juin1991. Les estimations de Trussell et de Moreno et Goldman sont analogues pour les contraceptifs oraux combinés tels qu'on les emploie ordinairement.

Format du tableau conçu par Jill Mathis.

Légen de couleur du tableau	Groupe d'efficacité	Méthode de planning familial	Grossesses sur 100 femmes durant les 12 premiers mois d'utilisation: Pratique courante	Emploi correct et constant	Voir chapitre
0–1 Très efficace	*Toujours très efficace.*	Implants *Norplant*	0,1	0,1	Ch. 8
		Vasectomie	0,15	0,1	Ch. 10
2–9 Efficace		Injectables DMPA et NET EN	0,3	0,3	Ch. 7
		Stérilisation féminine	0,5	0,5	Ch. 9
10–30 Modérément efficace		DIU TCu-380A	0,8	0,6	Ch. 12
		Contraceptifs oraux progestatifs durant l'allaitement	1	0,5	Ch. 6
	Efficace en pratique courante. Très efficace quand emploi correct et constant.	MAMA (pendant 6 mois seulement)*	2	0,5	Ch. 15
		Contraceptifs oraux combinés	6–8	0,1	Ch. 5
	Seulement modérément efficace en pratique courante. Efficace quand emploi correct et constant.	Préservatifs	14	3	Ch. 11
		Diaphragme avec spermicide	20	6	Ch. 13
		Méthodes fondées sur connaissance de la fécondité **	20	1–9	Ch. 14
		Préservatifs féminins	21	5	Ch. 11
		Spermicides	26	6	Ch. 13
		Aucune méthode	85	85	—

Quelle est l'importance des diverses interventions ?

Quelles sont les interventions que les dispensateurs de planning familial doivent exécuter ordinairement quand ils donnent aux clients une méthode qu'ils n'ont jamais employée ? Un groupe d'experts, appelé « Groupe de travail sur les orientations/compétences techniques » a classé l'importance de certaines interventions pour la prestation de méthodes de planning familial. Pour chaque grande méthode de planning familial, ils ont placé chaque intervention dans une catégorie (il y en a 4), comme on l'indique à la page suivante. Cette liste n'est pas une liste complète de toutes les interventions possibles. Elle est fournie uniquement à titre d'exemples.

Le tableau de la page suivante montre qu'on n'a pas besoin d'interventions coûteuses ou difficiles pour prendre une décision concernant la plupart des méthodes. Certaines interventions ou tests peuvent cependant fournir d'autres informations utiles pour la santé. Les consultations portant sur les méthodes de planning familial sont importantes avec chaque méthode.

Importance de certaines modalités pour fournir des méthodes de planning familial

Catégorie A = Essentielles et exigées ou importantes pour employer sans danger la méthode de planning familial

Catégorie B = Sont raisonnables sur le plan médical dans certains cas pour l'emploi le plus sûr de la méthode de planning familial mais peuvent ne pas convenir à tous les clients dans toutes les situations

Catégorie C = Peuvent être appropriées pour de bons soins préventifs mais pas matériellement liées à l'emploi sans danger de la méthode de planning familial

Catégorie D = Pas matériellement liées à de bons soins routiniers de médecine préventive ou à l'emploi sans danger et efficace de la méthode de planning familial

Modalité	Contraceptifs oraux combinés à faible dose	Pilules progestatives durant allaitement	Injectables DMPA et NET EN	Implants Norplant	Stérilisation féminine*	Vasectomie	Méthodes de barrière**	DIU au cuivre	Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)	Méthodes de connaissance de la fécondité
Examen pelvien (au speculum et bimanuel) pour les femmes, examen génital pour les hommes	C	C	C	C	A	A	C[1]	A	C	C
Lecture de la tension artérielle	B	C	C	C	A	C	C	C	C	C
Examen des seins	B	C	C	C	C	NA	C	C	C	C
Dépistage des MST par tests de laboratoire (pour les personnes sans symptômes)	C	C	C	C	C	C	C	B[2]	C	C
Dépistage du cancer du col	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C
Tests obligatoires routiniers de laboratoire (par exemple, cholestérol, glucose, fonction hépatique)	D	D	D	D	C[3]	D	D	D	—	—
Bonnes méthodes de prévention de l'infection	C	C	A	A	A	A	C[4]	A	C	C
Conseils précis concernant la méthode de planning familial* **	A[5]	A[5]	A	A	A[6]	A[6]	B[7]	A[8]	A[9]	A[10]
Conseils portant sur les changements de règles, y compris les saignements menstruels irréguliers ou absents	A	A	A	A	—	NA	—	A	—	—

— = Non étudié

NA = Non applicable

* La classification concerne l'anesthésie générale et locale.

** La classification concerne les préservatifs, les spermicides et le diaphragme

*** Conseils précis : efficacité, effets secondaires fréquents, emploi correct de la méthode, signes et symptômes pour lesquels on doit voir un dispensateur de soins de santé, protection contre les MST (quand/le cas échéant).

1 Catégorie A pour le diaphragme.

2 Le dépistage des MST *par antécédents* rentre toutefois dans la catégorie A.

3 Le test pour trouver le niveau d'hémoglobine et le test pour le sucre de l'urine rentrent cependant dans la catégorie B.

4 Catégorie A pour pose du diaphragme.

5 Y compris instructions pour oubli de prendre la pilule.

6 A mentionner : méthodes permanentes, instructions concernant les périodes préopératoires, opératoires, postopératoires.

7 La consultation est une bonne idée mais ne peut pas toujours avoir lieu avec les préservatifs et les spermicides en vente libre. Cependant, catégorie A pour diaphragme

8 A mentionner : comportement à hauts risques, emploi du préservatif par femmes qui, dans certaines situations, pourraient courir un risque élevé de MST.

NOTE : *Les femmes qui courent actuellement un risque élevé de MST ne doivent pas, en général, recevoir un DIU.*

9 A mentionner : critères de la MAMA, meilleur comportement d'allaitement, et quand et où recevoir la méthode de suivi.

10 A mentionner : importance de la coopération du partenaire

Chapitre 5

Contraceptifs oraux combinés à faible dose

Eléments principaux

Méthode efficace, réversible.

Pour un maximum d'efficacité, à prendre chaque jour.

Il se produit parfois des effets secondaires — tels que saignements vaginaux irréguliers, absence de règles ou maux d'estomac — notamment durant les premiers mois d'utilisation. Pas dangereux, mais mettent certaines femmes dans une situation d'inconfort.

Aucun danger pour la grande majorité des femmes. Les effets secondaires graves sont très rares.

Peuvent être employés par les femmes de tous âges, qu'elles aient eu ou non des enfants.

L'administration peut commencer à n'importe quel moment si on est raisonnablement certain qu'une femme n'est pas enceinte — et pas uniquement durant les règles.

Protègent contre certains cancers, l'anémie et d'autres pathologies.

Pas recommandés pour les femmes allaitantes. Peut réduire la quantité de lait.

Peuvent être utilisés pour la contraception d'urgence après rapports sexuels non protégés.

Chapitre 5

Contraceptifs oraux combinés à faible dose

Table des matières

Introduction aux contraceptifs oraux combinés 5–3

Comment décider de prendre des contraceptifs oraux combinés 5–3

- Comment fonctionnent-ils ? 5–3
- Quelle est leur efficacité ? 5–3
- Avantages et inconvénients 5–4
- Liste de pointage d'éligibilité médicale 5–6

Début de l'administration des contraceptifs oraux combinés à faible dose 5–9

- Quand commencer 5–9
- Fourniture de contraceptifs oraux combinés 5–10
- Explication de l'emploi 5–12

Suivi 5–16

- Comment aider les clientes durant une visite routinière de suivi 5–16
- Gestion des problèmes éventuels 5–17

Eléments importants dont l'utilisatrice doit se rappeler 5–19

Contraception orale d'urgence 5–20

Questions et réponses 5–26

Introduction aux contraceptifs oraux combinés

- Les femmes qui emploient des contraceptifs oraux avalent chaque jour une pilule pour empêcher la grossesse. Les contraceptifs oraux combinés renferment des hormones analogues aux hormones naturelles que contient le corps de la femme — un oestrogène et un progestatif. Egalement appelés pilules combinées, pilules contraceptives, pilules contraceptifs oraux (CO), contraceptifs oraux combinés (COC).
- A l'heure actuelle, les contraceptifs oraux combinés contiennent des doses d'hormones extrêmement faibles. On les appelle souvent contraceptifs oraux combinés à faible dose.
- Il existe deux sortes de plaquettes de pilules. Certaines contiennent 28 pilules, dont 21 pilules « actives » , qui renferment des hormones, et 7 pilules « de rappel », de couleur différente, qui ne contiennent pas d'hormones. D'autres plaquettes ne contiennent que les 21 pilules « actives ».

Voir au Chapitre 6 des informations sur les contraceptifs oraux progestatifs destinés aux femmes allaitantes.

Comment décider de prendre des contraceptifs oraux combinés

Comment fonctionnent-ils ?

- Arrêtent l'ovulation (libération des ovules des ovaires).
- Aussi, épaississent la glaire cervicale, rendant difficile le passage des spermatozoïdes.

N'interrompent PAS une grossesse existante.

Quelle est leur efficacité ?

Efficaces en pratique courante — 6 à 8 grossesses pour 100 femmes durant la première année d'utilisation (1 sur 17 à 1 sur 12).

Très efficaces si employés correctement et constamment — 0,1 grossesse pour 100 femmes durant la première année d'utilisation (1 sur 1.000).

IMPORTANT : Doivent être pris chaque jour pour obtenir le maximum d'efficacité. Beaucoup de femmes ne prennent pas correctement les pilules et risquent donc de devenir enceintes. Les erreurs les plus fréquentes consistent à débuter trop tard une nouvelle plaquette et à être à court de pilules.

Avantages et inconvénients

AVANTAGES

- Très efficaces quand employés correctement.
- Pas besoin de faire quoi que ce soit au moment des rapports sexuels.
- Accroissement du plaisir sexuel en absence de crainte de grossesse.
- Les règles sont régulières ; saignement mensuel moins abondant et de moindre durée ; crampes menstruelles plus légères et moins nombreuses.
- Peuvent être employés aussi longtemps qu'une femme veut éviter la grossesse. Point besoin de période de repos.
- Peuvent être employés à n'importe quel âge depuis l'adolescence jusqu'à la ménopause.
- Peuvent être employés par les femmes qui ont des enfants et par les femmes qui n'en ont pas eus.
- L'utilisatrice peut cesser de prendre la pilule à n'importe quel moment.
- La fécondité revient peu après l'arrêt du traitement.
- Peuvent servir de contraceptifs d'urgence après des rapports sexuels non protégés. (Voir page 5–20.)
- Peuvent empêcher ou atténuer l'anémie ferriprive.
- Aident à empêcher :
  - les grossesses ectopiques,
  - le cancer de l'endomètre,
  - le cancer de l'ovaire,
  - les kystes ovariens,
  - la salpingite,
  - les maladies bénignes des seins.

INCONVENIENTS

- Effets secondaires habituels (*ne sont pas* des signes de maladie) :
  - nausées (surtout durant les 3 premiers mois),
  - saignotement ou saignement dans l'intervalle entre les règles, notamment si la femme oublie de prendre ses pilules ou les prend en retard (surtout durant les 3 premiers mois),
  - légers maux de tête,
  - seins sensibles,
  - léger gain de poids (certaines femmes y voient un avantage),
  - aménorrhée (certaines femmes y voient un avantage).

56

- Pas très efficaces si on ne les prend pas chaque jour. Certaines femmes éprouvent des difficultés à se rappeler de les prendre chaque jour.
- On doit disposer d'une nouvelle plaquette de pilules tous les 28 jours.
- Pas recommandés pour les femmes allaitantes car ils diminuent la qualité et la quantité du lait.
- Chez quelques femmes, peuvent causer des changements d'humeur, y compris la dépression, la diminution de la libido.
- Très rarement peuvent provoquer une attaque, des caillots de sang dans les veines profondes des jambes, ou une crise cardiaque. Les femmes qui courent le plus de risques sont celles à forte tension artérielle et les femmes qui sont âgées de 35 ans ou plus *et* fument plus de 20 cigarettes par jour.
- Ne protègent pas contre les maladies sexuellement transmissibles (MST), y compris le SIDA.

IMPORTANT : Demander à la cliente si elle a ou peut avoir une maladie sexuellement transmissible (MST). (A-t-elle plus d'un partenaire sexuel ? Est-ce que son partenaire a plus d'une partenaire ? Est-ce qu'une telle situation pourrait se produire à l'avenir ?)

Si elle a ou risque d'avoir une MST, lui conseiller vivement d'employer régulièrement des préservatifs. Lui en donner. Elle peut alors continuer à employer des contraceptifs oraux combinés.

Emploi de la liste de pointage d'éligibilité médicale

La liste des 2 pages suivantes est destinée à vérifier si la cliente présente des pathologies médicales ***connues*** *qui empêchent l'emploi des contraceptifs oraux combinés. Elle n'a pas pour but de remplacer les consultations.*

Les questions de la liste se réfèrent à ***des pathologies connues****. En règle générale, on peut apprendre l'existence de ces pathologies en interrogeant la cliente. D'ordinaire, point n'est besoin d'effectuer des épreuves de laboratoire ou des examens physiques.*

IMPORTANT : Les contraceptifs oraux à faible dose ne renferment que de petites quantités d'hormones. Beaucoup de conditions qui limitent l'emploi des contraceptifs oraux à fortes doses d'oestrogène ne s'appliquent pas aux contraceptifs oraux combinés à faible dose.

Contraceptifs oraux combinés (COC)

Poser à la cliente les questions ci-après. Si elle répond NON à TOUTES les questions, elle PEUT employer, si elle le veut, des contraceptifs oraux combinés à faible dose. Si elle répond OUI à une question ci-après, suivre les instructions.

1. Fumez-vous des cigarettes et avez-vous 35 ans ou plus ?

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Lui conseiller vivement de cesser de fumer. Si elle a 35 ans ou plus et ne veut pas cesser de fumer, ne pas lui donner de COC. L'aider à choisir une méthode sans oestrogène.

2. Avez-vous une forte tension artérielle ?

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Si vous ne pouvez pas prendre sa tension et si elle déclare avoir une tension élevée, ne pas lui donner de COC. L'envoyer se faire prendre la tension, si possible, ou l'aider à choisir une méthode sans oestrogène. Si on ne constate pas de tension élevée, on peut alors lui donner des COC. Vérifier la tension, si possible :

Si la tension est inférieure à 140/90, on peut lui donner des COC sans procéder à de nouvelles lectures.

Si TA systolique 140 ou plus ou TA diastolique 90 ou plus, ne pas donner de COC. L'aider à choisir une autre méthode. (Une TA de l'ordre de 140-159/90-99 ne suffit pas pour diagnostiquer une TA élevée. Offrir des préservatifs ou un spermicide à utiliser jusqu'à ce qu'elle puisse revenir se faire prendre la TA, ou l'aider à choisir une autre méthode, si elle le préfère. Si, à la lecture suivante, la TA est inférieure à 140/90, elle peut alors employer des COC et de nouvelles lectures de TA ne sont pas nécessaires.) Si TA systolique 160 ou plus ou TA diastolique 100 ou plus, elle ne doit plus employer DMPA ou NET EN.

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

☐ Non ☐ **Oui** ▶ On peut donner maintenant des COC en demandant à la mère de commencer à les prendre quand elle cessera d'allaiter ou — si cela arrive en premier — 6 mois après la naissance. Si elle ne donne pas le sein exclusivement, ou presque exclusivement, lui donner aussi des préservatifs ou un spermicide pour s'en servir jusqu'à ce que l'enfant ait 6 mois. D'autres méthodes efficaces sont de meilleurs choix que les COC quand une femme allaite, quel que soit l'âge de son enfant.

4. Avez-vous de graves problèmes de coeur ou de vaisseaux sanguins ? Avez-vous eu des problèmes de ce genre ? Dans l'affirmative, lesquels ?

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Ne pas donner de COC si elle signale *une crise cardiaque ou une cardiopathie imputable à un blocage d'artères, des caillots de sang (sauf caillots superficiels), de fortes douleurs de poitrine avec essoufflement inhabituel, un diabète depuis plus de 20 ans,* ou *des altérations de la vision, des fonctions rénales ou du système nerveux provoquées par le diabète.* L'aider à choisir une autre méthode efficace.

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

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Ne pas donner de COC. L'aider à choisir une méthode sans hormones.

6. Avez-vous la jaunisse, une cirrhose du foie, une infection ou une tumeur du foie ? (Est-ce que les yeux ou la peau sont anormalement jaunes ?)

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Effectuer un examen physique ou la diriger vers un établissement de soins. Si elle présente une grave maladie du foie *(jaunisse, foie douloureux ou augmenté de volume, hépatite virale active, tumeur du foie)*, ne pas donner de COC. La diriger vers un centre de soins approprié. L'aider à choisir une méthode sans hormones.

7. Avez-vous souvent des maux de tête intenses, peut-être d'un seul côté ou avec des pulsations, qui causent des nausées et sont aggravées par la lumière ou le bruit, ou quand vous vous déplacez (migraines) ?

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Si elle a 35 ans ou plus, ne pas lui donner de COC. L'aider à choisir une autre méthode. Si elle a moins de 35 ans mais si elle a des distorsions de vision ou des difficultés d'élocution ou de mouvement avant et pendant ces maux de tête, ne pas lui donner de COC. L'aider à choisir une autre méthode. Si elle a moins de 35 ans et a des migraines sans distorsion de vision ni difficultés d'élocution ou de mouvement, elle peut employer des COC.

8. Prenez-vous des médicaments contre les convulsions ? Est-ce que vous prenez de la rifampicin ou de la griséofulvine ?

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Si elle prend *de la phénytoïne, de la carbamazépine, des barbituriques* ou *de la primidone* contre des convulsions ou *de la rifampicine* ou *de la griséofulvine*, donner des préservatifs ou un spermicide à employer avec les COC ou, si elle préfère, l'aider à choisir une autre méthode efficace si elle suit un traitement à long terme.

9. Pensez-vous être enceinte ?

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Voir si elle est enceinte (voir page 4–6.) Si elle peut être enceinte, lui donner aussi des préservatifs ou un spermicide à employer jusqu'à ce qu'elle soit raisonnablement sûre de ne pas être enceinte. Elle pourra alors commencer à employer des COC.

10. Avez-vous une maladie de la vésicule biliaire ? Avez-vous jamais eu une jaunisse alors que vous preniez des COC ? Envisagez-vous une intervention chirurgicale qui vous empêchera de marcher pendant une semaine ou plus ? Avez-vous eu un enfant durant les 21 derniers jours ?

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Si elle a maintenant *une maladie de la vésicule biliaire* ou prend des médicaments pour une maladie de la vésicule, ou si elle a eu *une jaunisse tandis qu'elle prenait des COC*, ne pas donner de COC. L'aider à choisir une méthode sans oestrogène. Si elle envisage *une intervention chirurgicale* ou *vient d'avoir un enfant*, on peut lui donner des COC en lui demandant de commencer à les prendre plus tard. (Voir page 5–9 et 5–10.)

Assurez-vous que vous expliquez bien à la cliente les bénéfices de la méthode qu'elle a choisie pour sa santé, de même que les risques d'effets secondaires éventuels. Précisez-lui également, si nécessaire, quelles sont les conditions susceptibles de rendre la méthode peu souhaitable dans son cas particulier.

La plupart des femmes peuvent employer des contraceptifs oraux combinés

En règle générale, la plupart des femmes PEUVENT employer en toute sécurité et de manière efficace des contraceptifs oraux combinés à faible dose*. Les contraceptifs oraux combinés à faible dose peuvent être employés en toutes circonstances par des femmes qui :

- n'ont pas d'enfants,
- sont grosses** ou minces,
- sont de tous âges, y compris les adolescentes et celles de 40 ans ou plus (saut les femmes qui ont 35 ans ou plus et qui fument),
- fument des cigarettes mais ont moins de 35 ans,
- viennent d'avoir un avortement ou une fausse couche.

En outre, les femmes qui se trouvent dans les situations suivantes PEUVENT employer des contraceptifs oraux combinés à faible dose en toutes circonstances :

- règles abondantes et douloureuses ou anémie ferriprive (la situation peut s'améliorer),
- règles irrégulières,
- maladies bénignes des seins,
- diabète sans complications vasculaires, rénales, oculaires, nerveuses,
- légers maux de tête,
- varices,
- paludisme,
- schistosomiase,
- maladie thyroïdienne,
- salpingite,
- endométriose,
- tumeurs ovariennes bénignes,
- fibromes utérins,
- antécédents de grossesse ectopique,
- tuberculose (à moins qu'elles ne prennent de la rifampicine, voir liste page 5–7, question 8).

IMPORTANT : Les dispensateurs non médicaux peuvent en toute sécurité offrir des contraceptifs oraux combinés à faible dose. Les dispensateurs non médicaux englobent les commerçants et les distributeurs à base communautaire. Ces dispensateurs n'ont pas besoin de consulter de médecins ni d'avoir leur approbation pour fournir des pilules à une femme à moins qu'elle n'ait une condition qui l'exige.

*Les caractéristiques et les pathologies indiquées dans cet encadré appartiennent à la catégorie 1 des critères d'éligibilité de l'OMS. Les femmes présentant les caractéristiques et les pathologies de la catégorie 2 de l'OMS peuvent aussi utiliser cette méthode. Voir Appendice A, page A-1.

**Trés grosses correspond à la catégorie 2 de l'OMS.

Début de l'administration des contraceptifs oraux combinés à faible dose

Quand commencer

IMPORTANT : Une femme peut recevoir *à n'importe quel moment* des contraceptifs oraux combinés si on lui dit quand elle doit commencer à les prendre. Le tableau ci-après indique quand commencer :

Situation de la femme	Quand commencer
A ses règles	• N'importe quand durant les 7 premiers jours après le début des règles, si son cycle est normal. Le premier jour des règles peut être plus facile à se rappeler. • A n'importe quel autre moment où il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. (Voir page 4–6.) Si plus de 7 jours se sont écoulés depuis le début des règles, elle peut commencer à employer des contraceptifs oraux combinés mais doit éviter d'avoir des rapports ou employer aussi des préservatifs ou un spermicide pendant les 7 jours suivants. Il est possible que le profil de ses règles soit temporairement modifié.
Après l'accouchement si elle allaite	• Après qu'elle cesse d'allaiter ou 6 mois après l'accouchement — *selon ce qui survient d'abord.* (Voir page 4–8.) **Remarque :** On peut lui donner ses pilules maintenant. S'assurer qu'elle sait quand commencer à les prendre.
Après l'accouchement si elle n'allaite pas	• 3 à 6 semaines après l'accouchement. Pas besoin d'attendre le retour des règles pour être certain qu'elle n'est pas enceinte. • Après 6 semaines, à n'importe quel moment, si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. **Remarque :** Si l'on n'est pas raisonnablement certain, elle doit éviter d'avoir des rapports ou employer des préservatifs ou un spermicide jusqu'au retour de ses règles, puis commencer à utiliser les contraceptifs oraux combinés.

Situation de la femme	Quand commencer
Après une fausse couche ou un avortement	• Durant les 7 premiers jours après une fausse couche ou un avortement du premier ou du second trimestre. • Plus tard, à n'importe quel moment si on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte.
Quand elle arrête une autre méthode	• Immédiatement. Pas besoin d'attendre le début des règles après avoir employé des injectables.

Fourniture de contraceptifs oraux combinés

IMPORTANT : Une femme qui choisit des contraceptifs oraux combinés à faible dose a intérêt à recevoir de bons conseils.

Un dispensateur sympatique qui sait écouter, repondre aux questions, donner des informations claires et pratiques au sujet des effets secondaires (notamment les nausées et les vomissements) et du mode d'utilisation, aidera la femme à employer les contraceptifs oraux combinés avec succès et satisfaction.

On peut suivre les étapes suivantes pour fournir des contraceptifs oraux combinés :

1. **Lui donner beaucoup de pilules — si possible, pour un an.** Le manque de pilules est une grande raison de grossesses non souhaitées.
2. **Expliquer comment employer** les contraceptifs oraux combinés. (Voir page 5–12.)
3. Si possible, lui donner des **préservatifs** ou un **spermicide** à employer :
   - Jusqu'à ce qu'elle commence à prendre ses pilules (si nécessaire) (voir page 5–9 et ci-dessus) ;
   - Si elle commence une plaquette de pilules en retard, si elle oublie de prendre plusieurs pilules de suite ou si elle cesse, pour une raison quelconque, de prendre des contraceptifs oraux ;
   - Si elle pense qu'elle ou son partenaire peut attraper le SIDA ou toute autre MST.

   Lui montrer comment employer les préservatifs ou un spermicide.

4. **Prévoir une nouvelle visite** suffisamment à temps pour lui donner de nouvelles pilules avant que son approvisionnement ne s'épuise.
5. **Inviter la cliente à revenir** à n'importe quel moment si elle a des questions, des problèmes ou veut changer de méthode.

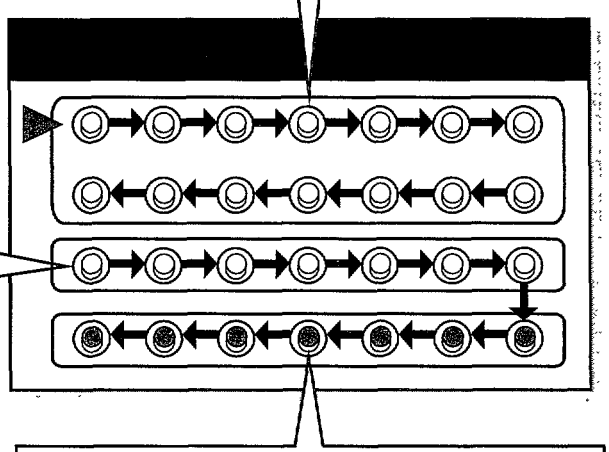
Pour les clientes qui utilisent des plaquettes de pilules comme celle ci-dessous, ce diagramme peut aider à expliquer ce qu'il faut faire quand on a oublié de prendre sa pilule. Décrire les pilules par leur couleur. *(Voir page 5–13 pour plus de détails.)*

Vous avez oublié de prendre la pilule ? Voici ce qu'il faut faire.

- ***Vous avez oublié de prendre une pilule ?*** Prenez-la maintenant. Prenez les autres comme d'habitude.
- ***Vous avez oublié de prendre 2 pilules consécutives ou plus ? Lesquelles ?*** (Voir ci-dessous.)

Vous avez oublié de prendre au moins 2 pilules de cette première série de 14 ? Prenez-en 1 maintenant. Prendre le reste comme d'habitude. *Employer aussi des préservatifs ou un spermicide pendant 7 jours.*

Vous avez oublié de prendre au moins 2 pilules de cette série de 7 ? Prenez-en 1 maintenant. Prendre les autres pilules de cette rangée, à raison d'une par jour. Ouvrez une nouvelle plaquette le lendemain. Jeter la dernière rangée de pilules de cette plaquette. *Peut aussi employer des préservatifs ou un spermicide pendant 7 jours.*



Vous avez oublié de prendre une quelconque de ces 7 pilules ? Jeter les pilules non utilisées. Prendre les autres comme d'habitude. Ne pas attendre plus de 7 jours pour prendre les pilules hormonales.

Explication de l'emploi

SUIVRE LA PROCEDURE SUIVANTE

1. Lui donner au moins une plaquette des mêmes pilules dont elle se servira, même si elle doit obtenir ailleurs ses pilules par la suite.
2. Lui montrer :
   - Quelle sorte de plaquette de pilules vous lui donnez — 21 ou 28 pilules.

     IMPORTANT : Avec les plaquettes de 28 pilules, expliquer que les 7 dernières ne renferment pas d'hormones. Ce sont des pilules « de rappel ». Faire ressortir qu'elles sont de couleur différente des 21 premières pilules. Expliquer que, si elle oublie de prendre les pilules « de rappel », elle reste protégée contre la grossesse. Si elle oublie cependant de prendre les pilules hormonales actives, elle risque la grossesse.

   - Comment faire sortir la première pilule de la plaquette.
   - Comment suivre les instructions ou les flèches de la plaquette pour prendre les autres pilules, une par jour (d'abord les pilules à hormones, puis les pilules « de rappel »).
3. Lui donner des instructions pour commencer la première plaquette, commencer la plaquette suivante et expliquer ce qu'elle doit faire après avoir oublié de prendre des pilules (voir ci-après et page suivante).
4. Lui demander de répéter les instructions les plus importantes et de montrer comment elle prendra ses pilules, en se servant de la plaquette.
5. Lui demander si elle a des questions, des craintes ou des soucis, et lui répondre de manière attentionnée et respectueuse.

DONNER DES INSTRUCTIONS PRECISES

IMPORTANT : La cliente doit toujours PRENDRE UNE PILULE PAR JOUR — jusqu'à ce que la plaquette soit vide. *Plus elle oublie de prendre ses pilules, plus elle risque de devenir enceinte.*

▶ Emploi de la première plaquette :

- Voir pages 5–9 et 5–10 pour savoir *quand* commencer.
- Si elle commence après le 7e jour après le début de ses règles, elle peut avoir des règles irrégulières pendant quelques jours.
- Si elle prend la pilule tous les jours à la même heure, cela peut l'aider à se souvenir de la prendre.

▶ **Emploi de la plaquette suivante :**

Si vous fournissez :	Donnez ces instructions :
des plaquettes de 28 pilules	Quand elle termine une plaquette, elle doit prendre la première pilule de la plaquette suivante **dès le lendemain.**
des plaquettes de 21 pilules	Après avoir pris la dernière pilule d'une plaquette, elle **doit attendre 7 jours** puis prendre la première pilule de la plaquette suivante. **Remarque :** Elle **ne doit PAS attendre PLUS de 7 jours** entre les cycles de plaquettes de 21 pilules. (Certains agents peuvent dire aux femmes de n'attendre que 4 ou 5 jours pour réduire le risque de grossesse.)

▶ **Instructions si une femme oublie de prendre une ou plusieurs pilules** (décrire les pilules par leur couleur) :

N'a oublié de prendre que 1 pilule hormonale [blanche] ?

1. Prendre immédiatement la pilule oubliée.
2. Prendre la pilule suivante à l'heure normale. Cela peut vouloir dire que la femme prend 2 pilules le même jour ou même 2 pilules en même temps.
3. Prendre le reste des pilules comme d'habitude, une par jour.

A oublié de prendre au moins 2 pilules hormonales [blanches] durant l'un quelconque des 7 jours ?

1. ***Très important :*** Pendant 7 jours, employer des préservatifs, un spermicide, ou éviter les rapports sexuels.
2. Prendre immédiatement une pilule hormonale [blanche].
3. Compter combien il reste de pilules hormonales [blanches] sur la plaquette :

*Reste-t-il **au moins** 7 **pilules** hormonales [blanches] ?*

Prendre toutes les autres comme d'habitude une par jour.

OU

***Reste-t-il moins de** 7 pilules hormonales [blanches]?*

- Prendre les autres pilules hormonales [blanches] comme d'habitude.
- Ne *pas* prendre les pilules de rappel [brunes]. Les jeter.
- Commencer une nouvelle plaquette le lendemain, après la dernière pilule hormonale [blanche]. Il est possible que vous sautiez un cycle de règles. Pas de problème.

Vous oubliez au moins une pilule de rappel [brune]?

1. Jeter les pilules oubliées.
2. Prendre les autres pilules comme d'habitude, une par jour.
3. Commencer une nouvelle plaquette comme d'habitude, le lendemain.

DONNER DES CONSEILS AU SUJET DE PROBLEMES ORDINAIRES

1. **Mentionner les effets secondaires les plus fréquents** — par exemple, nausées, légers maux de tête, seins endoloris, saignotement entre les règles, saignements irréguliers, sautes d'humeur. (Voir page 5–4.) Expliquer que ces effets secondaires :
   - Ne sont pas des signes de maladies graves.
   - Diminuent ou cessent d'ordinaire dans les 3 mois qui suivent le début de l'administration des contraceptifs oraux combinés.
   - Beaucoup de femmes n'en ont jamais.
2. **Expliquer comment surmonter certains problèmes ordinaires.** Donner les instructions suivantes :

Si la cliente a :	Elle doit alors :
Des effets secondaires ordinaires, tels que nausées, légers maux de tête, sautes d'humeur, seins endoloris, saignotement entre les règles, saignements irréguliers.	Continuer à prendre la pilule. Si elle saute des pilules, elle risque de faire empirer les effets secondaires. En outre, elle risque la grossesse si elle oublie de prendre des pilules. Pour le saignotement ou les saignements irréguliers, elle peut essayer de prendre chaque pilule à la même heure de la journée. La rassurer qu'il ne s'agit pas de signes de problèmes plus graves et qu'ils disparaissent généralement.
Vomissement (pour une raison quelconque) dans l'heure qui suit la prise de la pilule hormonale.	Prendre une autre pilule hormonale d'une autre plaquette. (Lui donner des pilules supplémentaires à prendre si elle vomit).
Forte diarrhée ou vomissements pendant plus de 24 heures. (Sans doute pas causé par les contraceptifs oraux combinés à faible dose).	Continuer à prendre les pilules (si elle le peut) malgré son inconfort ET employer des préservatifs ou un spermicide ou éviter les rapports sexuels jusqu'à ce qu'elle ait pris une pilule par jour pendant 7 jours de suite après la cessation de la diarrhée ou des vomissements.

3. **Inviter la cliente à revenir** si elle a de nouveau besoin d'aide au sujet d'un problème quelconque. (Voir pages 5–17 et 5–18.) Lui faire savoir qu'elle peut passer à une autre méthode à n'importe quel moment si elle le souhaite.

EXPLIQUER LES RAISONS PRECISES DE VOIR UNE INFIRMIERE OU UN MEDECIN

Décrire les symptômes de problèmes qui exigent des soins médicaux. L'emploi de la pilule entraîne rarement des complications graves. Néanmoins, une femme doit voir un médecin ou une infirmière, ou revenir au dispensaire, si elle a des questions ou des problèmes, ou si elle présente l'un des symptômes peut-être liés à des problèmes plus graves. Les contraceptifs oraux combinés peuvent ou non causer les problèmes suivants :

- Douleurs profondes et constantes au ventre, à la poitrine ou aux jambes.
- Maux de tête très sévères qui débutent ou empirent après le commencement de l'administration de contraceptifs oraux combinés.
- Brève perte de vision, avec lumières vives ou des lignes en zig-zag (avec ou sans maux de tête douloureux) ; brève difficulté pour parler ou remuer le bras ou la jambe.
- Jaunisse (jaunissement de la peau et des yeux).

Suivi

IMPORTANT : La cliente peut revenir à un moment qui lui convient pour se réapprovisionner en pilules, avant d'avoir épuisé son approvisionnement. Elle n'a pas besoin de prendre rendez-vous.

Comment aider les clientes durant une visite routinière de suivi

Poser des questions

Durant toute visite de suivi :

1. Demander à la cliente si elle a des questions ou s'il y a quelque chose dont elle veut parler.
2. Demander à la cliente quelle est son expérience de la méthode, si elle est satisfaite et si elle a des problèmes. Lui donner les informations et l'aide dont elle a besoin et l'inviter à revenir à n'importe quel moment si elle a des questions ou des soucis. Si elle a des problèmes qui ne peuvent pas être résolus, l'aider à choisir une autre méthode.
3. Lui demander si elle a eu des problèmes de santé depuis sa dernière visite.
   - Si elle a eu *une forte tension, une cardiopathie en raison d'un blocage d'artères, une attaque, un cancer du sein, une maladie active du foie, ou une maladie de la vésicule biliaire* ou si elle prend des *médicaments contre les convulsions, la rifampicine ou la griséofulvine,* voir instructions pages 5–6 et 5–7. Le cas échéant, l'aider à choisir une autre méthode.
   - Si elle a *des maux de tête très intenses,* voir les instructions de la page 5–18.

Organiser la prochaine visite

Si aucune nouvelle condition interdisant l'emploi des contraceptifs oraux combinés n'est survenue, lui remettre d'autres pilules si elle en a besoin. Organiser sa prochaine visite avant qu'elle n'ait besoin de se réapprovisionner en pilules.

Gestion des problèmes éventuels

Si la cliente signale la présence de l'un quelconque des effets secondaires ordinaires des contraceptifs oraux combinés à faible dose :

1. Ne pas ignorer ses inquiétudes ou ne pas les prendre à la légère.
2. Si la femme s'inquiète, la rassurer : ces effets secondaires ne sont généralement ni dangereux ni signes de danger. Si elle vient à peine de commencer la méthode, lui dire qu'en général ces effets secondaires s'atténuent et disparaissent dans les trois mois.
3. Lui demander instamment de continuer à prendre une pilule par jour *même si elle a ces effets secondaires.* Si elle cesse de prendre la pilule, elle risque de devenir enceinte.
4. Si elle n'est pas satisfaite du traitement et des consultations, l'aider à choisir une autre méthode, si elle le souhaite.

Pour ce problème :	Essayer cette suggestion :
Nausées	• Suggérer de prendre la pilule le soir ou avec de la nourriture.
Légers maux de tête	• Suggérer de prendre de l'ibuprofène, de l'aspirine, du paracétamol ou un autre médicament anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS).
Aménorrhée (pas de règles). Fréquente. D'ordinaire, pas un signe de grossesse.	• **Lui demander si elle a le moindre saignement.** (Elle peut avoir une petite tache sur la culotte et ne pas reconnaître qu'il s'agit des règles.) S'il en est ainsi, la rassurer. • **Lui demander si elle certaine d'avoir pris une pilule par jour.** Dans l'affirmative, la rassurer qu'elle n'est sans doute pas enceinte. Elle doit commencer la nouvelle plaquette de pilules au moment prévu. *Si elle n'est pas sûre :* – **Lui demander si elle a peut-être oublié le hiatus de 7 jours entre les plaquettes de 21 jours.** C'est ce qui peut avoir causé l'arrêt des règles. La rassurer : elle n'est sans doute pas enceinte.

Pour ce problème :	Essayer cette suggestion :
Aménorrhée (pas de règles) *(Suite)*	– **Lui demander si elle a peut-être oublié de prendre au moins 2 pilules hormonales actives de suite.** Dans l'affirmative, voir si elle est enceinte. (Voir page 4–6.) Si elle est peut-être enceinte, le lui dire. Lui demander de cesser de prendre des contraceptifs oraux. Lui offrir des préservatifs et/ou un spermicide. Elle peut s'en servir jusqu'à ses prochaines règles ou jusqu'à ce qu'on soit certain qu'elle est ou non enceinte. • **Lui demander si elle vient de cesser de prendre des contraceptifs oraux.** – Si elle n'est pas enceinte, il faudra peut-être quelques mois pour que reviennent ses règles. – Lui demander si elle avait des règles irrégulières avant de prendre des contraceptifs oraux combinés. Si oui, ses règles peuvent être de nouveau irrégulières après avoir cessé de prendre les pilules.
Saignotement ou saignement entre les règles pendant plusieurs mois qui gêne la cliente. Fréquent.	• Lui demander si elle a oublié de prendre des pilules. Expliquer que le fait de sauter des pilules peut provoquer un saignement entre les règles. (Peut cependant se produire même quand on prend la pilule chaque jour). • Demander si elle a eu des vomissements ou de la diarrhée. C'est ce qui peut causer le problème. (Voir page 5–14.) • Demander si elle prend de la rifampicine ou des médicaments contre les convulsions (sauf l'acide valproïque). Ces médicaments peuvent rendre moins efficaces les contraceptifs oraux. L'encourager à employer des préservatifs et/ou un spermicide.
Maux de tête très intenses (migraines) : c'est-à-dire douleurs intenses et répétées dans la tête, souvent d'un côté ou qui se manifestent par des pulsations qui qervent causer des nausées et sont souvent accentuées par la lumière et le bruit, ou quand on se déplace.	• Une femme qui souffre de migraines quand elle prend des COC doit adopter une autre méthode. Elle ne doit pas choisir une méthode progestative si elle a une vision floue, voit des éclairs ou des zig-zags, ou a des difficultés d'élocution ou de déplacement avant et pendant ces maux de tête. • L'envoyer se faire soigner, le cas échéant.

Contraceptifs oraux combinés (pilules)

Peuvent être **très efficaces si on les prend régulièrement chaque jour.** Si on oublie de prendre une pilule, la prendre dès que possible. Puis prendre la pilule suivante à l'heure habituelle, même si on doit alors prendre 2 pilules en même temps ou le même jour.

Sans danger. Les problèmes graves sont très rares.

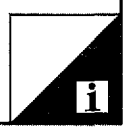
Il y a parfois des effets secondaires, tels que maux d'estomac (nausées), léger saignement entre les règles, règles très légères, parfois absence de règles, légers maux de tête, seins douloureux, et sautes d'humeur. Ces effets secondaires ne sont **pas dangereux et diminuent ou cessent, en général**, en quelques mois.

Vous pouvez **revenir à n'importe quel moment** si vous avez besoin d'aide, de conseils ou d'une autre méthode.

Revenez chercher des pilules *avant* que votre approvisionnement ne s'épuise.

Revenez ou voyez un autre agent de santé immédiatement si vous avez des douleurs constantes et fortes à la poitrine, aux jambes ou au ventre, ou de très mauvais maux de tête, si vous voyez des éclairs ou des lignes en zig-zag, ou si votre peau ou vos yeux deviennent anormalement jaunes (jaunisse).

Les pilules n'empêchent pas les maladies sexuellement transmissibles (MST), y compris le VIH/SIDA. Si vous pensez que vous pourriez attraper une MST, employer régulièrement des préservatifs, en sus des pilules.



Pour ce problème :	Essayer cette suggestion :
Légers effets secondaires qui durent plus de 3 mois	• Si la cliente préfère la pilule, envisager de lui offrir un autre contraceptif oral combiné à faible dose ou des contraceptifs oraux progestatifs. (Voir chapitre 6.)

Contraception orale d'urgence : Contraceptifs oraux pour la contraception après le coït

Introduction à la contraception orale d'urgence

Qu'entend-on par contraception orale d'urgence ?

Après des rapports non protégés, la contraception orale d'urgence peut empêcher la grossesse. Parfois appelée contraception postcoïtale ou « la pilule du lendemain ».

Décision concernant la contraception orale d'urgence

Comment fonctionne-t-elle ?

Agit surtout en arrêtant l'ovulation (libération de l'ovule par l'ovaire) et peut-être aussi d'autres façons. N'interrompt PAS une grossesse existante.

Quelle est son efficacité ?

Semble empêcher au moins les trois-quarts des grossesses qui se produiraient en l'absence de traitement. (Le risque moyen de grossesse à la suite d'un rapport sexuel non protégé durant la deuxième ou troisième semaine du cycle menstruel est de 8 % ; après l'administration d'urgence de la contraception, 1–2 %). Plus on emploie rapidement les contraceptifs oraux d'urgence, plus on a de chances d'empêcher la grossesse.

IMPORTANT : La contraception orale d'urgence n'empêche pas les maladies sexuellement transmissibles.

Critères médicaux d'éligibilité pour la contraception orale d'urgence

N'importe quelle femme peut employer la contraception orale d'urgence si elle n'est pas déjà enceinte.

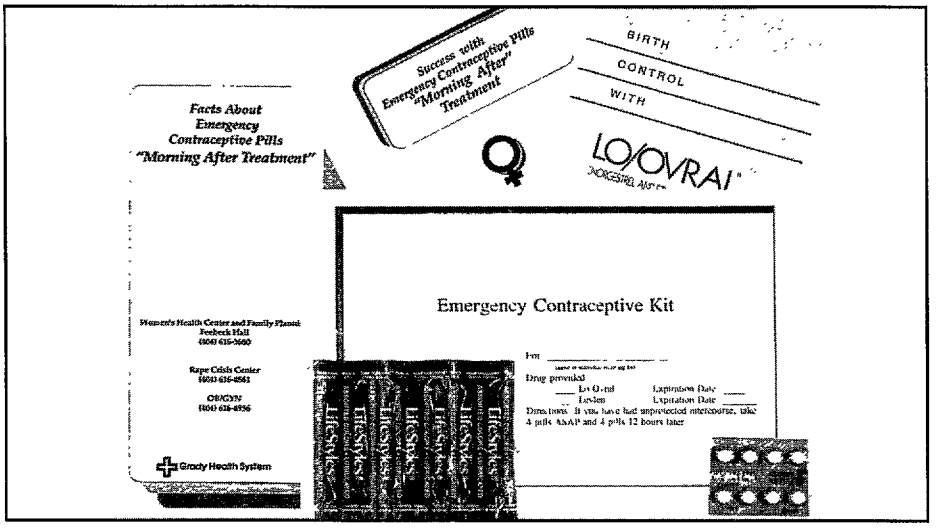
IMPORTANT : La contraception orale utilisée d'urgence ne doit pas remplacer les méthodes de planning familial. Elle ne doit être employée que d'urgence — par exemple :

- quand une femme a eu des rapports sexuels contre sa volonté ou a été contrainte d'avoir des rapports sexuels (viol).
- quand un préservatif s'est rompu.
- quand un DIU s'est délogé.
- quand une femme n'a plus de contraceptifs oraux, a oublié de prendre au moins 2 contraceptifs progestatifs, ou a plus d'une semaine de retard pour son injection de DMPA et a eu des rapports sexuels sans recours à une autre méthode de planning familial.
- quand les rapports sexuels ont eu lieu sans contraception et quand la femme veut éviter la grossesse.

Emploi de la contraception orale d'urgence

Quand commencer

Jusqu'à 72 heures après des rapports non protégés.



Au Grady Memorial Hospital, à Atlanta, aux Etats-Unis, les dispensateurs de planning familial offrent à leurs clientes des pochettes de contraception d'urgence. Chaque pochette renferme 8 cachets de contraceptifs oraux combinés à faible dose, quelques préservatifs, et des brochures qui traitent de contraception orale en urgence et de la continuité du traitement aux contraceptifs oraux.

Expliquer comment employer la contraception orale d'urgence

SUIVRE LA PROCEDURE SUIVANTE

1. Poser des questions précises pour établir la probabilité d'une grossesse. (Voir page 4–6.) Si elle est déjà enceinte, ne pas donner de contraceptifs oraux d'urgence.
2. Expliquer la contraception orale d'urgence, ses effets secondaires et son efficacité. (Voir conseils à la page 5–23.)
3. Fournir les pilules pour la contraception orale d'urgence.

DONNER DES INSTRUCTIONS PRECISES

1. Jusqu'à 72 heures après des rapports non protégés, la femme doit prendre 4 contraceptifs oraux combinés à faible dose, ou 2 « à dose ordinaire », ou encore prendre 20 à 25 contraceptifs oraux progestatifs puis prendre 12 heures plus tard, une autre dose identique. (Voir tableau de la page suivante.)

IMPORTANT : Si elle prend des pilules provenant d'une plaquette de 28 jours de contraceptifs oraux combinés, elle doit veiller à prendre les pilules contenant des hormones. Lui montrer quelles pilules contiennent des hormones.

2. Si elle est disposée à le faire, elle doit commencer immédiatement à utiliser une autre méthode, par exemple les préservatifs et/ou un spermicide, ou doit éviter les rapports sexuels jusqu'à ce qu'elle puisse commencer la méthode qu'elle préfère. (Voir page 5–24.)

Les pilules progestatives sont préférables pour la contraception d'urgence

Une grande étude de l'OMS a constaté que les pilules progestatives sont préférables aux contraceptifs oraux combinés (progestatif + oestrogène) pour la contraception d'urgence. En effet, les pilules progestatives étaient plus efficaces et provoquaient moins de nausées et de vomissements.

Posologie : 20 ou 25 comprimés contraceptifs oraux progestatifs jusqu'à 72 heures après des rapports non protégés. Puis 20 ou 25 autres pilules 12 heures plus tard. (Voir tableau page suivante.) *Remarque :* on trouve parfois des pilules spéciales renfermant 0,75 milligrammes de lévonorgestrel.

Le tableau suivant indique le nombre de pilules à prendre en fonction de leur formulation :

Formulation *(exemples de marques)*	**Nombre de pilules à prendre dans les 72 heures**	**Nombre de pilules à prendre 12 heures plus tard**
Contraceptifs oraux progestatifs renfermant 0,075 milligrammes (75 microgrammes) de norgestrel *(Ovrette, Neogest, Norgeal)*	20	20
Contraceptifs oraux progestatifs renfermant 0,03 milligrammes (30 microgrammes) de lévonorgestrel *(Follistrel, Microval, Microlut, Microluton, Mikro-30 Wyeth, Micro-30, Norgeston, Nortrel)*	25	25
COC à faible dose renfermant 0,15 à 0,25 milligrammes de lévonorgestrel ou 0,5 milligrammes de norgestrel plus 0,03 milligrammes (30 microgrammes) d'éthinyl estradiol *(Lo-Femenal, Lo-Ovral, Mala-D* (Inde), *Nordette, Microgynon-30)*	4	4
COC « à dose standard » renfermant 0,125 à 0,25 milligrammes de lévonorgestrel ou 0,5 milligrammes de norgestrel plus 0,05 milligrammes (50 microgrammes) d'éthinyl estradiol, *(Eugynon 50, Nordiol, Ovral, Microgynon-50, Nordette 50)*	2	2
Lévonorgestrel 0,75 mg *(Postinor-2)*	1	1

IMPORTANT : Il est possible qu'on puisse aussi utiliser d'autres contraceptifs oraux combinés, mais on n'a pas vérifié leur efficacité à des fins de contraception d'urgence. (Noter que des hormones différentes de poids égal n'ont *pas* la même action).

DONNER DES CONSEILS AU SUJET DE PROBLEMES ORDINAIRES

- **Nausées.** Suggérer qu'elle mange quelque chose peu après avoir pris les pilules afin de réduire les nausées. Des médicaments contre les nausées en vente libre tels que *Dramamine®* et *Marezine®* peuvent réduire le risque de nausées si on les prend une demi-heure avant de prendre les pilules contraceptives d'urgence, puis toutes les 4 à 6 heures.
- **Vomissements.** Si la femme vomit dans les 2 heures qui suivent l'administration des pilules, elle peut prendre une autre dose. Sans quoi, elle ne doit PAS prendre de pilules supplémentaires. Les pilules supplémentaires ne rendront *pas* la méthode plus efficace, et pourraient intensifier les nausées.
- Ses prochaines règles peuvent commencer quelques jours plus tôt ou plus tard que prévu. La rassurer : ce n'est pas un mauvais signe.

DONNER DES RAISONS PRECISES DE REVENIR VOIR L'AGENT DE SANTE

1. Lui conseiller de revenir ou de voir un autre agent de santé si ses prochaines règles sont très différentes de ses règles ordinaires, notamment si elles sont :
   - anormalement peu abondantes (grossesse possible).
   - ne commencent pas dans les 4 semaines (grossesse possible).
   - anormalement douloureuses. (Grossesse ectopique possible. Mais la contraception orale d'urgence ne cause pas la grossesse ectopique.)
2. Décrire les symptômes des maladies sexuellement transmissibles — par exemple, écoulement vaginal insolite, douleur ou brûlures à la miction. Lui conseiller de voir un agent de santé si elle présente l'un quelconque de ces symptômes. (Voir chapitre 16.)

PREVOIR DE CONTINUER LA CONTRACEPTION ET LA PROTECTION CONTRE LES MST

IMPORTANT : La contraception orale d'urgence n'est pas aussi efficace que la plupart des autres méthodes de contraception. On ne doit pas s'en servir régulièrement au lieu d'une autre méthode.

Si :	Alors :
La femme aura sans doute de nouveau des rapports sexuels...	Insister pour qu'elle commence à employer une contraception efficace. L'aider à le faire.
Elle ne commence pas immédiatement une autre méthode...	Lui donner des préservatifs ou un spermicide à employer jusqu'à ce qu'elle choisisse une autre méthode continue de contraception.

En même temps que la contraception orale d'urgence, une femme peut commencer l'une des diverses méthodes continues de contraception, qui peuvent être les contraceptifs oraux combinés, les préservatifs et des méthodes vaginales.

- Par exemple, si elle veut des contraceptifs oraux combinés à faible dose et si aucune condition ne s'oppose à leur emploi, lui donner un approvisionnement de plusieurs mois de pilules, avec des instructions. (Voir pages 5–12 à 5–15.) Elle doit commencer à prendre ces pilules le lendemain du jour où elle termine les contraceptifs oraux d'urgence.

Aider la femme à décider si elle a besoin d'une protection continue contre les maladies sexuellement transmissibles (MST). Par exemple, est-ce qu'elle a plus d'un partenaire sexuel ? Est-ce que son partenaire a d'autres partenaires ? Présente-t-elle des symptômes de MST ? Dans l'affirmative, parler de l'emploi de préservatifs à des fins de protection. Lui donner des préservatifs.

Questions et réponses

1. **Est-ce que les contraceptifs oraux combinés causent le cancer ?**

   On n'a pas prouvé que les contraceptifs oraux causent un cancer quelconque. Les contraceptifs oraux aident à *empêcher* deux sortes de cancers — le cancer des ovaires et le cancer de l'endomètre (revêtement interne de l'utérus). Quant au cancer du sein et au cancer du col, certaines études observent que ces cancers sont plus fréquents chez certaines femmes qui se sont servies de contraceptifs oraux. D'autres études ne font pas cette constatation. Les recherches se poursuivent.

2. **Est-ce qu'une femme devrait s'arrêter de prendre des contraceptifs oraux après un certain temps ?**

   Non. Rien ne prouve qu'il soit utile de prendre un « repos » des contraceptifs oraux. Cette pratique peut conduire à une grossesse non souhaitée.

3. **Est-ce que la pilule cause des malformations chez les bébés ? Est-ce que le foetus est endommagé si une femme prend la pilule alors qu'elle est enceinte ?**

   De bonnes preuves montrent qu'un enfant conçu après qu'une femme cesse de prendre des contraceptifs oraux ne sera pas malformé à cause de la pilule. En outre, même si une femme prend par hasard quelques pilules tandis qu'elle est enceinte, ces pilules ne vont causer ni malformations de l'enfant ni avortement.

4. **Est-ce que la pilule peut rendre une femme stérile ?**

   Non. Les femmes qui pourraient tomber enceintes avant de prendre la pilule pourront enfanter quand elles cessent de la prendre. Certaines utilisatrices de la pilule doivent attendre quelques mois avant que leurs règles redeviennent normales.

5. **Est-ce qu'une femme peut prendre la pilule pendant toutes ses années fécondes ?**

   Oui. Il n'y a pas d'âge minimum ou maximum. Les contraceptifs oraux peuvent être une méthode appropriée pour la plupart des femmes des premières règles susqu'à la ménopause. Les femmes de 35 ans ou plus qui fument ne doivent pas se servir cependant de contraceptifs oraux combinés, à moins qu'elles ne s'arrêtent de fumer.

6. **Est-ce qu'une femme peut prendre la pilule si elle n'a pas eu d'enfants ?**

   Oui. Les femmes avec enfants et les femmes sans enfants peuvent prendre la pilule en toute sécurité.

7. **Est-ce qu'une femme doit subir un examen pelvien avant de commencer à prendre la pilule ou d'en poursuivre la prise ?**

   Non. Mais le fait de poser des questions judicieuses peut aider à savoir si une grossesse est probable. (Voir page 4–6.)

   Une femme ne doit pas se voir refuser des contraceptifs oraux parce qu'on ne peut pas faire un examen pelvien ou parce qu'elle ne veut pas qu'on le fasse. Si une femme présente cependant des symptômes d'un problème gynécologique, un examen pelvien pourrait aider à en trouver la raison.

8. **Est-ce que la pilule affaiblit une femme ?**

   Non. La pilule ne cause pas de faiblesse. En fait, elle aide certaines femmes à se sentir plus robustes en empêchant l'anémie (manque de fer dans le sang). Les femmes qui emploient la pilule perdent beaucoup moins de sang menstruel que les autres femmes. C'est ainsi que la pilule empêche l'anémie.

   Une femme peut se sentir différente à cause de la pilule et décrire son état comme étant de la faiblesse, ou elle peut avoir un autre problème qui la fait se sentir faible. Elle doit continuer à prendre ses pilules. Elle peut aller voir un médecin ou une infirmière qui recherchera la cause de sa sensation de faiblesse.

9. **Si une femme prend la pilule pendant longtemps, est-ce qu'elle sera encore protégée contre la grossesse après avoir cessé de prendre la pilule ?**

   Non. Une femme n'est protégée qu'aussi longtemps qu'elle prend régulièrement sa pilule.

10. **Est-ce qu'une femme qui fume peut prendre la pilule ?**

    On peut offrir des contraceptifs oraux combinés à faible dose aux femmes de moins de 35 ans qui fument. Les femmes plus âgées qui fument doivent choisir une autre méthode. Les femmes plus âgées qui ne peuvent pas s'arrêter de fumer peuvent prendre la pilule progestative si elles préfèrent les pilules.

    Il faut conseiller à toutes les femmes qui fument d'arrêter de fumer.

11. Pour la contraception d'urgence, est-ce qu'une femme peut employer des contraceptifs oraux provenant de programmes de planning familial, de pharmacies, de programmes de marketing social, de magasins de détail ou d'autres lieux ?

Oui, s'il le faut. Il serait préférable qu'elle voie un agent de santé qui puisse la conseiller au sujet de la contraception d'urgence et de futures méthodes de planning familial. Si elle n'est pas en mesure de contacter un agent dans les 72 heures qui suivent des rapports non protégés, elle peut se procurer elle-même des contraceptifs oraux. (Voir pages 5–20 à 5–25.)

12. Est-ce que les femmes plus âgées qui fument peuvent employer la pilule pour la contraception d'urgence ?

Oui. En raison de la courte durée du traitement, même les femmes de 35 ans ou plus qui fument beaucoup peuvent prendre des contraceptifs oraux d'urgence. Il est important d'empêcher la grossesse, parce que celle-ci peut être particulièrement dangereuse pour de telles femmes.

Chapitre 6

Contraceptifs oraux progestatifs : Dans quelle mesure sont-ils différents ?

Eléments principaux

Un bon choix pour les femmes allaitantes qui veulent un contraceptif oral.

Très efficaces durant l'allaitement.

Très faible dose.

Ne réduisent pas la quantité de lait de la mère.

Aucun effet secondaire dû à un oestrogène.

Si on s'en sert quand on n'allaite pas, **des changements de saignement vaginal sont probables** — notamment des règles irrégulières et des saignements dans l'intervalle entre les règles.
Aucun danger et aucun signe de danger.

Peuvent être utilisés pour la contraception d'urgence après des rapports sexuels non protégés.

Chapitre 6

Contraceptifs oraux progestatifs : Dans quelle mesure sont-ils différents ?

Les contraceptifs oraux progestatifs diffèrent sur plusieurs points importants des contraceptifs oraux combinés. Le présent chapitre décrit ces différences. Pour le reste, voir chapitre 5.

Table des matières

Introduction aux contraceptifs oraux progestatifs 6–3

Comment décider de prendre des contraceptifs oraux progestatifs 6–4

- Comment fonctionnent-ils ? 6–4
- Quelle est leur efficacité ? 6–4
- Avantages et inconvénients 6–5
- Liste de pointage d'éligibilité médicale 6–7

Début de l'administration des contraceptifs oraux progestatifs 6–9

- Quand commencer 6–9
- Fourniture de contraceptifs oraux progestatifs 6–10
- Explication de l'emploi 6–11

Suivi 6–13

- Comment aider les clientes durant une visite routinière de suivi 6–13
- Gestion des problèmes éventuels 6–13

Eléments importants dont l'utilisatrice doit se rappeler 6–16

Questions et réponses 6–17

Introduction aux contraceptifs oraux progestatifs

- Les femmes qui emploient des contraceptifs oraux progestatifs avalent une pilule par jour pour éviter la grossesse. Les contraceptifs oraux progestatifs renferment de très petites quantités d'une seule hormone, un progestatif. Les contraceptifs oraux progestatifs contiennent entre la moitié et le dixième du volume de progestatif qu'on trouve dans les contraceptifs oraux combinés. Ils ne renferment pas d'oestrogène. On les appelle aussi COP et minipilules.
- Les contraceptifs oraux progestatifs sont les meilleurs contraceptifs oraux pour les femmes allaitantes. Ils ne semblent pas réduire la production de lait. Le présent chapitre traite surtout des contraceptifs oraux progestatifs utilisés par les femmes allaitantes. Les femmes qui ne donnent pas le sein peuvent aussi employer des contraceptifs oraux progestatifs.

Comment décider de prendre des contraceptifs oraux progestatifs

Comment fonctionnent-ils ?

- Ils épaississent la glaire cervicale, ce qui rend difficile le passage des spermatozoïdes.
- Ils arrêtent l'ovulation (libération des ovules des ovaires) dans la moitié environ des cycles menstruels.

(L'allaitement empêche la grossesse de la même façon.)

Les contraceptifs oraux progestatifs n'interrompent PAS une grossesse existante.

Quelle est leur efficacité ?

Pour les femmes enceintes : Très efficaces en pratique courante — Environ 1 grossesse pour 100 femmes durant la première année d'utilisation. (Plus efficaces que les contraceptifs oraux combinés en pratique courante, car l'allaitement, en soi, fournit une protection considérable contre la grossesse).

(On ne connaît pas les taux de grossesse avec les contraceptifs oraux progestatifs employés couramment par des femmes qui n'allaitent pas. Des erreurs d'administration de la pilule conduisent plus souvent à une grossesse que dans le cas des contraceptifs oraux combinés. Mais l'administration de la pilule peut être plus facile parce qu'une femme prend la même pilule chaque jour sans interruption.)

Pour toutes les femmes : Très efficaces si employés correctement et constamment — 0,5 grossesse pour 100 femmes durant la première année d'utilisation (1 sur 200) (pas aussi efficaces que les contraceptifs oraux combinés employés correctement et constamment).

IMPORTANT : Sont le plus efficace quand on les prend à la même heure chaque jour.

Avantages et inconvénients

AVANTAGES

- Peuvent être employés par des mères allaitantes à partir de 6 semaines après l'accouchement. Le quantité et la qualité du lait ne semblent pas être compromis. (Par contre, les contraceptifs oraux combinés peuvent faire légèrement diminuer la production de lait.)
- Aucun effet secondaire dû à un oestrogène. Ne font pas augmenter le risque de complications liées à un oestrogène, telles que crise cardiaque ou attaque.
- Les femmes prennent une pilule chaque jour sans interruption. Plus facile à comprendre que les contraceptifs combinés, qu'il faut prendre pendant 21 jours.
- Peuvent être très efficaces pendant l'allaitement.
- Encore moins de risques d'effets secondaires liés aux progestatifs, tels que l'acné et le gain de poids, qu'avec les contraceptifs oraux combinés.
- Peuvent aider à éviter :
  - les maladies bénignes des seins,
  - le cancer de l'endomètre et des ovaires,
  - la salpingite.

INCONVENIENTS

- Pour les femmes qui *n'allaitent pas* — effets secondaires fréquents (*ne sont pas* des signes de maladie) : les changements de saignement menstruel sont normaux, y compris des règles irrégulières, un saignotement ou un saignement dans l'intervalle entre les règles (fréquents) et l'aménorrhée (absence de règles), éventuellement pendant plusieurs mois (moins fréquente). (Quelques femmes considèrent l'aménorrhée comme un avantage.) Quelques femmes peuvent avoir des saignements menstruels prolongés ou abondants.

  (Normalement, les femmes allaitantes n'ont pas de règles régulières pendant plusieurs mois, qu'elles emploient ou non des contraceptifs oraux progestatifs. C'est pourquoi elles ne remarquent pas les changements menstruels imputables aux contraceptifs oraux progestatifs, ou ne sont pas gênées par eux. Les contraceptifs oraux progestatifs peuvent prolonger l'aménorrhée durant l'allaitement).

- Des effets secondaires moins fréquents sont les maux de tête et les seins sensibles.

- Pour obtenir les meilleurs résultats, doivent être pris à peu près à la même heure chaque jour. Pour les femmes qui ne donnent pas le sein, le fait de prendre une pilule avec plus de quelques heures de retard fait augmenter le risque de grossesse, et l'oubli de prendre 2 pilules ou plus accroît considérablement le risque.

- N'empêchent pas la grossesse ectopique.

Emploi de la liste de pointage d'éligibilité médicale

La liste de la page suivante et destinée à vérifier si la cliente présente des pathologies médicales ***connues*** *qui empêchent l'emploi des contraceptifs oraux progestatifs. Elle n'a pas pour but de remplacer les consultations.*

Les questions de la liste se réfèrent à ***des pathologies connues****. En règle générale, on peut apprendre l'existence de ces pathologies en interrogeant la cliente. D'ordinaire, point n'est besoin d'effectuer des tests de laboratoire ou des examens physiques.*

IMPORTANT : Les contraceptifs oraux progestatifs ne contiennent pas d'oestrogène. Un grand nombre de critères qui limitent l'emploi des contraceptifs oraux combinés, qui renferment un oestrogène, ne s'appliquent pas aux contraceptifs oraux progestatifs.

Contraceptifs oraux progestatifs (COP)

Poser à la cliente les questions ci-après. Si elle répond NON à TOUTES les questions, elle PEUT employer, si elle veut, les contraceptifs oraux progestatifs (COP). Si elle répond OUI à une question ci-après, suivre les instructions. Dans certains cas, elle peut néanmoins employer les contraceptifs oraux progestatifs.

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

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Ne pas donner de COP. L'aider à choisir une méthode sans hormones.

2. Avez-vous la jaunisse, une cirrhose grave du foie, une infection ou une tumeur du foie ? (Est-ce que les yeux ou la peau sont anormalement jaunes ?)

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Effectuer un examen physique ou diriger vers un autre établissement. Si elle présente une grave maladie active du foie (*jaunisse, foie douloureux ou augmenté de volume, hépatite virale, tumeur au foie*), ne pas donner de COP. L'envoyer voir un spécialiste. L'aider à choisir une méthode sans hormones.

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

☐ Non ☐ **Oui** ▶ On peut lui donner maintenant des COP avec instructions concernant la date de démarrage — quand le bébé a 6 semaines. (Voir page 6–9.)

4. Avez-vous de graves problèmes de vaisseaux sanguins ? Si oui, quels problémes ?

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Ne pas donner de PP si elle signale des caillots de sang (sauf des caillots superficiels). L'aider à choisir une autre méthode efficace.

5. Prenez-vous des médicaments contre les convulsions ? Est-ce que vous prenez de la rifampicine ou de la griséofulvine ?

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Si elle prend *de la phénytoine, de la carbamézapine, des barbituriques* ou *de la primidone,* contre les convulsions, ou encore *de la rifampicine* ou *de la griséofulvine,* donner des préservatifs ou un spermicide à employer avec les COP. Si elle le préfère ou si elle suit un traitement à long terme, l'aider à choisir une autre méthode efficace.

6. Pensez-vous être enceinte ?

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Evaluer si elle est effectivement enceinte. (Voir page 4–6.) Si elle risque de l'être, lui donner aussi des préservatifs ou un spermicide à employer jusqu'à ce qu'elle soit raisonnablement certaine de ne pas être enceinte. Elle peut alors commencer les COP.

Assurez-vous que vous expliquez bien à la cliente les bénéfices de la méthode qu'elle a choisie pour sa santé, de même que les risques d'effets secondaires éventuels. Précisez-lui également, si nécessaire, quelles sont les conditions susceptibles de rendre la méthode peu souhaitable dans son cas particulier.

La plupart des femmes peuvent employer des contraceptifs oraux progestatifs

En règle générale, la plupart des femmes PEUVENT employer en toute sécurité et de manière efficace des contraceptifs oraux progestatifs*. Les contraceptifs oraux progestatifs peuvent être employés en toutes circonstances par des femmes qui :

- allaitent (dès 6 semaines après l'accouchement),
- fument la cigarette,
- n'ont pas d'enfants,
- sont de tous âges, y compris les adolescentes et celles de 40 ans ou plus
- sont grosses ou minces,
- viennent d'avoir un avortement ou une fausse couche.

En outre, les femmes qui se trouvent dans les situations suivantes PEUVENT employer des contraceptifs oraux progestatifs en toutes circonstances :

- maladies bénignes des seins,
- maux de tête,
- anémie ferriprive,
- varices,
- valvulopathie,
- paludisme,
- drépanocytose,
- schistosomiase,
- salpingite,
- maladies sexuellement transmissibles,
- règles abondantes et douloureuses,
- règles irrégulières,
- endométriose,
- maladie thyroïdienne,
- tumeurs ovariennes bénignes,
- fibromes utérins,
- épilepsie,
- tuberculose (à moins qu'elle ne prenne de la rifampicine ; voir liste, question 5, page 6–7).

* Les caractéristiques et les pathologies indiquées dans cet encadré appartiennent à la catégorie 1 des critères d'éligibilité de l'OMS. Les femmes présentant les caractéristiques et les pathologies de la catégorie 2 de l'OMS peuvent aussi utiliser cette méthode. Voir Appendice A, page A-1.

Début de l'administration des contraceptifs oraux progestatifs

Quand commencer

IMPORTANT : Une femme peut *recevoir à n'importe quel moment* des contraceptifs oraux progestatifs, si on lui dit quand elle doit commencer à les prendre.

Situation de la femme	Quand commencer
Allaitement	• Dès 6 semaines après l'accouchement. • *Un allaitement exclusif ou presque exclusif* empêche efficacement la grossesse pendant au moins 6 mois ou jusqu'à ce que la femme ait ses règles, si cela arrive en premier. (Voir chapitre 15.) Les contraceptifs oraux progestatifs peuvent lui donner une protection supplémentaire si elle le souhaite. • Si elle *ne nourrit l'enfant que partiellement au sein* et si l'enfant reçoit beaucoup d'autres aliments ou boissons, 6 semaines après l'accouchement est le meilleur moment pour commencer les pilules progestifs. Si elle attend davantage, la fécondité peut revenir. • Si *les règles ont recommencé,* elle peut commencer à prendre des contraceptifs oraux progestatifs à n'importe quel moment si elle est raisonnablement certaine de ne pas être enceinte. (Voir page 4–6 et « A ses règles », page 6–10.)
Après l'accouchement si elle ne n'allaite pas	• Immédiatement ou à n'importe quel moment durant les 4 premières semaines après l'accouchement. Pas besoin d'attendre le retour des règles. • Après 4 semaines, à n'importe quel moment où elle est raisonnablement certaine de ne pas être enceinte. (Voir page 4–6.) Si elle n'est pas raisonnablement certaine, elle doit éviter les rapports sexuels ou se servir de préservatifs ou d'un spermicide jusqu'à ses premières règles, puis commencer à prendre les contraceptifs oraux progestatifs.

Situation de la femme	Quand commencer
Après une fausse couche ou un avortement	• Immédiatement ou durant les 7 premiers jours après une fausse couche ou un avortement du premier ou du second trimestre. • Plus tard, à n'importe quel moment si elle est raisonnablement certaine de ne pas être enceinte. (Voir page 4–6.)
A ses règles	• A n'importe quel moment si elle est raisonnablement certaine de ne pas être enceinte. (Voir page 4–6.) • Durant les 5 premiers jours des règles. Le premier jour des règles peut être plus facile à se rappeler. Pas besoin de méthode d'appoint en tant que protection supplémentaire. • Si elle ne commence pas durant les 5 premiers jours des règles, elle doit aussi se servir de préservatifs ou d'un spermicide pendant les 2 jours suivants. Si possible, lui donner des préservatifs ou un spermicide.
Quand elle arrête une autre méthode	• Immédiatement. Pas besoin d'attendre le début des règles après avoir employé des injectables.

Fourniture de contraceptifs oraux progestatifs

Mêmes instructions que pour les contraceptifs oraux combinés. (Voir page 5–10.)

Peuvent aussi servir pour la contraception d'urgence. (Voir pages 5–22 et 5–23.)

Explication de l'emploi

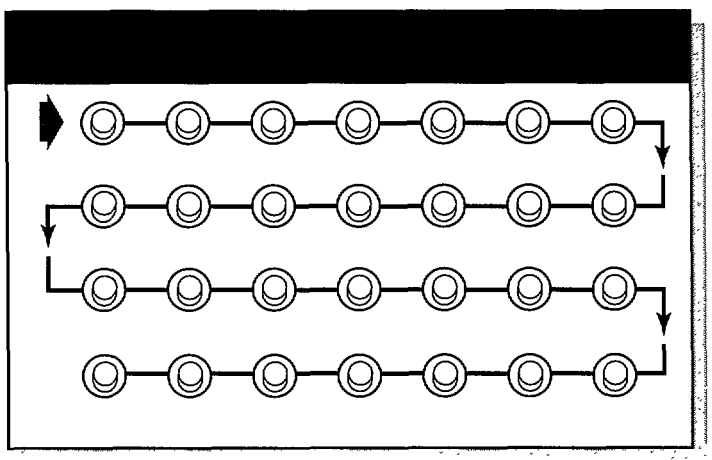
Comme pour les contraceptifs oraux combinés (voir pages 5–12 à 5–14) SAUF :

DONNER DES INSTRUCTIONS PRECISES

IMPORTANT : La cliente doit toujours PRENDRE UNE PILULE PAR JOUR. Si elle ne donne pas le sein, il est préférable qu'elle prenne si possible la pilule au même moment de la journée ; si elle prend une pilule avec plus de quelques heures de retard, elle augmente déjà le risque de grossesse ; elle augmente considérablement le risque si elle oublie de prendre 2 pilules ou plus.

▶ **Emploi de la première plaquette :**

Quand elle termine une plaquette, elle doit prendre la première pilule de la plaquette suivante **le lendemain.** Toutes les pilules sont des pilules hormonales actives. Il n'y a pas de temps d'attente entre les plaquettes.



28 à 35 pilules de la même couleur : *Ce sont des contraceptifs oraux progestatifs.*

▶ **Si une femme oublie de prendre une ou plusieurs pilules :**

Elle doit en prendre une dès qu'elle s'en souvient, puis continuer à prendre une pilule par jour, comme à l'accoutumé.

– Une femme allaitante qui se sert de pilules progestatives pour une protection supplémentaire reste protégée si elle oublie de prendre des pilules.

– Si elle a plus de 3 heures de retard pour prendre une pilule, une femme qui **n'allaite pas** ou qui **allaite mais a ses règles** doit aussi *employer des préservatifs ou un spermicide, ou éviter des rapports sexuels pendant 2 jours.* Elle doit prendre dès que possible la dernière pilule qu'elle a oubliée. Elle doit ensuite continuer à prendre une pilule par jour comme à l'accoutumée.

DONNER DES CONSEILS AU SUJET DE PROBLEMES ORDINAIRES

Comme pour les contraceptifs oraux combinés (voir page 5–14) SAUF, *pour les femmes qui ne donnent pas le sein,* mentionner spécialement le saignotement ou le saignement dans l'intervalle entre les règles et mentionner l'aménorrhée. Ces changements sont fréquents, normaux et sans danger.

EXPLIQUER LES RAISONS PRECISES DE VOIR UNE INFIRMIERE OU UN MEDECIN

Décrire les symptômes de problèmes qui exigent des soins médicaux. L'emploi de la pilule progestative entraîne rarement des complications graves. Néanmoins, une femme doit voir un médecin ou une infirmière, ou revenir au dispensaire, si elle a des questions ou des problèmes, ou si elle présente l'un des symptômes peut-être liés à des problèmes plus graves. Les contraceptifs oraux progestatifs peuvent ou non causer les problèmes suivants :

- Saignement extrêmement abondant (durant deux fois plus longtemps, ou deux fois plus abondant, que d'habitude).
- Maux de tête très sévères qui débutent ou empirent après le commencement de l'administration de contraceptifs oraux progestatifs.
- Peau ou yeux anormalement jaunes.
- Pourrait être enceinte (par exemple, absence de règles après plusieurs cycles normaux), notamment si elle présente aussi des signes de grossesse ectopique — douleur ou sensibilité abdominale ou étourdissements. Une femme qui présente ces signes doit se faire soigner immédiatement.

Remarque sur la grossesse ectopique : les femmes qui emploient constamment des contraceptifs oraux progestatifs ont rarement des grossesses, notamment durant l'allaitement. Cependant, quand se produit une grossesse, jusqu'à 1 sur 10 peut se situer en dehors de l'utérus (grossesse ectopique). La grossesse ectopique risque d'être mortelle et exige un traitement immédiat.

Suivi

Comment aider les clientes durant une visite routinière de suivi

Comme pour les contraceptifs oraux combinés (voir page 5–16) SAUF :

Si la cliente a un cancer du sein ou une maladie du foie active, ou prend des *médicaments contre les convulsions, de la rifampicine ou de la griséofulvine*, voir instructions page 6–7. Le cas échéant, l'aider à choisir une autre méthode.

Si la cliente a l'une des pathologies suivantes, voir « gestion des problèmes éventuels », de la présente page à la page 6–15.

- *Saignement vaginal anormal inexpliqué* qui peut indiquer une grossesse ou une pathologie sous-jacente.
- *Une cardiopathie imputable à un blocage d'artères, ou une attaque.*
- *De très sévères maux de tête.*

Gestion des problèmes éventuels

Comme pour les contraceptifs oraux combinés (voir page 5–17 et 5–18) SAUF ce qui suit :

Pour ce problème :	Essayer cette suggestion :
Aménorrhée (pas de règles) **ou saignement irrégulier et saignotement chez une femme allaitante**	• **Rassurer la femme que c'est normal pendant l'allaitement**, que la femme emploie ou non des contraceptifs oraux progestatifs.

Pour ce problème :	Essayer cette suggestion :
Aménorrhée ou saignement irrégulier et saignotement qui gêne la cliente qui n'allaite *pas*	• **Lui demander si elle a eu des règles régulières tandis qu'elle prenait les pilules progestifs, puis a brusquement cessé d'avoir ses règles.** Il est possible qu'elle ait ovulé (production d'ovocytes). Eliminer la possibilité de grossesse. (Voir page 4–6.) • S'il est probable qu'elle n'est pas enceinte, dire à la cliente que **ces saignements sont normaux** avec les contraceptifs oraux progestatifs. Ils ne font aucun mal. Elle perd moins de sang qu'elle ne le ferait si elle ne pratiquait pas le planning familial. Lui expliquer que cet état de choses peut améliorer sa santé. Il aide à empêcher l'anémie.
Saignement vaginal anormal inexpliqué qui suggère une pathologie sous-jacente	• **Elle peut continuer d'employer des contraceptifs oraux progestatifs** pendant qu'on évalue sa situation. • Expliquer que les contraceptifs oraux progestatifs modifient parfois le rythme des saignements vaginaux. Il n'y a aucun danger. • Evaluer et traiter toute pathologie sous-jacente, y compris une grossesse ectopique, ou diriger vers un autre établissement.
Cardiopathie imputable à un blocage d'artères (cardiopatie ischémique ou attaque)	• Une femme dans cette situation peut sans danger commencer à employer des contraceptifs oraux progestatifs. Cependant, si la pathologie apparaît après qu'elle ait commencé à s'en servir, elle doit alors passer à une autre méthode sans hormones. • Diriger le cas échéant vers un autre établissement.

Pour ce problème :	Essayer cette suggestion :
Très sévères maux de tête (migraines) avec vision floue	• Une femme qui souffre de migraines peut sans danger commencer à employer des contraceptifs oraux progestatifs. Elle doit cependant passer à une autre méthode sans hormones si ces maux de tête débutent ou empirent après qu'elle ait commencé à employer des contraceptifs oraux progestatifs *et* si ces maux de tête comportent une vision floue, des pertes temporaires de vision, des lumières vives, des lignes en zig-zag ou des difficultés d'élocution ou de mouvement. • Diriger le cas échéant vers un autre établissement.

IMPORTANT : Si une femme n'est pas satisfaite après le traitement et les consultations, l'aider à choisir une autre méthode, si elle le souhaite.

Contraceptifs oraux progestatifs (pilules) pour femmes allaitantes

Bonne méthode de planning familial pour les femmes allaitantes qui veulent employer des contraceptifs oraux.

Très efficaces durant l'allaitement.

Prendre une pilule chaque jour.

- Quand une plaquette de pilules est vide, prendre le lendemain la première pilule d'une autre plaquette.

Les changements de saignement vaginal sont normaux durant l'allaitement. Il n'y a aucun signe de danger.

Revenir **chercher d'autres pilules** *avant* d'épuiser leur stock.

Vous pouvez **revenir à n'importe quel moment** si vous voulez une aide, des conseils ou une autre méthode. Continuer de prendre vos pilules jusqu'à votre retour.

Revenez immédiatement si vous pensez être enceinte, notamment si vous avez aussi des douleurs vives au bas-ventre, ou si celui-ci est endolori, ou encore si vous avez des étourdissements. Revenez aussi si vous avez des saignements vaginaux anormalement abondants ou de très sévères maux de tête qui commencent ou empirent après que vous avez commencé à prendre des pilules progestifs, ou si votre peau ou vos yeux prennent une couleur jaune insolite.

Les pilules progestifs n'empêchent pas les maladies sexuellement transmissibles (MST), y compris le VIH/SIDA. Si vous pensez que vous pourriez attraper une MST, employez régulièrement des préservatifs, en sus des pilules.

1. **Est-ce qu'une femme allaitante peut prendre des pilules progestifs ?**

   Oui. C'est un bon choix pour une mère qui donne le sein et veut une méthode hormonale. Les pilules progestifs ne présentent aucun danger pour la mère et l'enfant, à partir de 6 semaines après l'accouchement.

2. **Si une femme n'a pas ses règles tandis qu'elle prend des contraceptifs oraux progestatifs, est-ce que cela veut dire qu'elle est enceinte ?**

   Probablement pas, notamment si elle donne le sein. Si elle a pris sa pilule chaque jour et ne présente aucun autre signe de grossesse (grossesse ectopique comprise), elle n'est probablement pas enceinte et peut continuer à prendre ses pilules. Si elle continue à craindre d'être enceinte après qu'on l'ait rassurée, on peut lui offrir un test de grossesse, s'il est possible de l'effectuer sur place, ou l'envoyer dans un autre établissement pour en obtenir un. Si elle ne donne pas le sein et si l'absence de règles l'inquiète, elle peut vouloir choisir une autre méthode de planning familial.

3. **Est-ce que l'heure de la journée à laquelle une femme prend sa pilule est importante ?**

   Si elle donne le sein, non. Si elle ne donne pas le sein, oui. Comme la pilule progestative ne contient que très peu d'hormone, une femme qui ne donne pas le sein doit essayer de prendre sa pilule chaque jour à la même heure. Si elle prend sa pilule avec plus de 3 heures de retard, elle doit prendre la pilule oubliée dès que possible puis prendre la pilule suivante au moment habituel. Puis, pour renforcer sa protection, elle doit ou bien utiliser des préservatifs ou un spermicide, ou bien éviter des rapports sexuels pendant les 2 jours suivants. Si une femme oublie souvent de prendre ses pilules, elle peut envisager une autre méthode de planning familial. Lors de la visite de suivi, le dispensateur doit demander à la cliente si elle a oublié de prendre des pilules. Si elle l'a oublié plusieurs jours de suite, le dispensateur peut vouloir évaluer si la femme est enceinte (voir page 4–6), notamment si elle ne donne pas le sein.

4. **Faut-il prendre la pilule progestatif chaque jour ?**

Oui. Toutes les pilules renferment l'hormone qui empêche la grossesse. Si une femme ne prend pas une pilule par jour, elle peut devenir enceinte. (Par contre, les 7 dernières pilules d'une plaquette de 28 pilules de contraceptifs oraux combinés ne sont pas actives. Elles ne renferment pas d'hormones.)

5. **Est-ce que les kystes ovariens sont plus fréquents avec les pilules progestifs ?**

Oui. Les soi-disant kystes ovariens sont plus fréquents chez les femmes qui prennent des pilules progestifs que chez celles qui utilisent des pilules combinées ou ne pratiquent aucune contraception. Ce qu'on appelle souvent des kystes ovariens sont en réalité des follicules (petites structures de l'ovaire remplies de liquide) qui continuent de pousser au-delà de leurs dimensions ordinaires durant le cycle menstruel. Ils sont très fréquents et disparaissent d'ordinaire naturellement. Ils peuvent causer certaines douleurs au ventre mais n'exigent que rarement un traitement.

6. **Est-il difficile de devenir enceinte après avoir employé des pilules progestifs ?**

Non. Les femmes qui ont employé des pilules progestifs peuvent devenir tout aussi rapidement enceintes que les femmes qui cessent d'utiliser des méthodes de barrière et plus rapidement que celles qui cessent de prendre des pilules combinées.

7. **Peut-on employer les pilules progestifs pour une contraception d'urgence après des rapports non protégés ?**

Oui. (Voir pages 5–20 à 5–25.) Pour cela, jusqu'à 72 heures après des rapports non protégés, la femme doit prendre 20 à 25 comprimés de contraceptifs oraux progestatifs renfermant du levonorgestrel ou du norgestrel. Puis, 12 heures plus tard, elle doit prendre une autre série de 20 à 25 comprimés progestatifs. La formulation ou la marque conditionnent le choix de 20 + 20 ou de 25 + 25. Ces deux doses contiennent au total la même quantité de 4 + 4 contraceptifs oraux combinés renfermant du levonorgestrel ou du norgestrel.

Dans certains endroits, il se peut qu'on dispose d'une formulation progestif conçue spécialement à des fins d'urgence. Cette formulation peut porter le nom de *Postinor-2*. Chaque comprimé renferme 0,75 milligrammes de levonorgestrel. Une femme prend un comprimé dans les 72 heures qui suivent des rapports non protégés, puis un second comprimé 12 heures après le premier.

Chapitre 7

Contraceptif injectable DMPA

Eléments principaux

Très efficace et sans danger.

Des changements de saignement vaginal sont probables — saignotement, léger saignement dans l'intervalle entre les règles, ou aménorrhée. Un gain de poids est fréquent. Pas dangereux et n'est pas un signe de danger. Il est important de donner des conseils à l'avance.

Confidentiel. On ne peut pas déceler si une femme s'en sert.

Peut être employé par des femmes de tous âges, qu'elles aient des enfants ou pas.

Retour à la fécondité retardé d'environ 4 mois, plus longtemps en moyenne que si une femme s'était servie de contraceptifs oraux combinés, d'un DIU, de préservatifs ou d'une méthode vaginale.

Sans danger durant l'allaitement. Les mères allaitantes peuvent commencer à prendre le DMPA 6 semaines après l'accouchement.

Chapitre 7

Contraceptif injectable DMPA

Table des matières

Introduction aux contraceptifs injectables 7–3

Comment décider de prendre le DMPA 7–3

- Comment fonctionne-t-il ?.....7–3
- Quelle est son efficacité ? 7–4
- Avantages et inconvénients.....7–4
- Liste de pointage d'éligibilité médicale 7–6

Début de l'administration du DMPA 7–8

- Quand commencer 7–8
- Fourniture du DMPA 7–9
- Explication de l'emploi.....7–10
- Comment faire l'injection 7–12
- Bonne manutention des aiguilles et des seringues.....7–13

Suivi.....7–14

- Comment aider les clientes durant une visite routinière de suivi 7–14
- Gestion des problèmes éventuels 7–15

Comparaison entre le DMPA et le NET EN 7–18

Eléments importants dont l'utilisatrice doit se rappeler 7–19

Questions et réponses 7–20

Introduction aux contraceptifs injectables

- Les femmes qui utilisent cette méthode reçoivent des injections pour empêcher la grossesse.
- Le présent chapitre décrit le contraceptif injectable le plus commun, le DMPA. Le DMPA est administré tous les 3 mois. Il renferme un progestatif, analogue à l'hormone naturelle que produit le corps féminin. L'hormone est libérée lentement dans le sang. Egalement appelé acétate de médroxyprogestérone retard, *Depo-Provera®*, Depo et *Megestron®*.
- Il existe d'autres contraceptifs injectables. Le NET EN — également appelé *Noristerat®*, énanthate de noréthindrone et énanthate de noréthistérone — est administré tous les 2 mois. Une grande partie des informations qui s'appliquent au DMPA s'appliquent aussi au NET EN. (Pour les différences entre le DMPA et le NET EN, voir page 7–18). Il existe aussi dans certains pays des contraceptifs injectables mensuels. Ce sont le *Cyclofem®*, le *Cycloprovera®* et le *Mesigyna®*. Les injectables mensuels renferment un oestrogène et un progestatif. Ils sont donc différents du DMPA et du NET EN. Le présent chapitre ne traite pas des injectables mensuels.

Comment décider de prendre le DMPA

Comment fonctionne-t-il ?

- Principalement en arrêtant l'ovulation (libération des ovocytes des ovaires).
- Epaissit aussi la glaire cervicale, ce qui rend difficile le passage des spermatozoïdes.

Le DMPA n'interrompt PAS une grossesse existante.

Quelle est son efficacité ?

Très efficace — 0,3 grossesse pour 100 femmes durant la première année d'utilisation (1 sur 333) quand les injections sont régulièrement espacées de 3 mois. Les taux de grossesse peuvent être plus élevés pour les femmes qui reçoivent une injection en retard, qui sautent une injection ou si leur dispensateur manque du produit.

Avantages et inconvénients

AVANTAGES

- Très efficace.
- Confidentiel. Personne ne peut dire qu'une femme s'en sert.
- Prévention à long terme de la grossesse, mais réversible. Une injection empêche la grossesse pendant au moins 3 mois.
- Ne gêne pas les rapports sexuels.
- Plaisir sexuel intensifié parce qu'on n'a pas besoin de s'inquiéter d'une grossesse.
- Pas de pilule à prendre chaque jour.
- Permet une certaine souplesse des visites de suivi. La cliente peut revenir jusqu'à 2 à 4 semaines plus tôt (bien que ce ne soit pas l'idéal) et de 2 à éventuellement 4 semaines en retard pour recevoir l'injection suivante.
- Peut être employé à n'importe quel âge.
- La quantité et la qualité du lait du sein ne semblent pas compromis. Peut être employé par les mères allaitantes dès 6 semaines après l'accouchement,
- Aucun effet secondaire dû à un oestrogène. Ne fait pas augmenter le risque de complications liées à l'oestrogène, telle la crise cardiaque.
- Aide à empêcher les grossesses ectopiques.
- Aide à empêcher le cancer de l'endomètre.
- Aide à empêcher les fibromes utérins.
- Peut aider à empêcher le cancer des ovaires.
- Avantages spéciaux pour certaines femmes :
  - peut aider à empêcher l'anémie ferriprive.
  - peut rendre les convulsions moins fréquentes chez les femmes épileptiques.
  - rend moins fréquentes et moins douloureuses les crises de drépanocytose.

INCONVENIENTS

- **Effets secondaires fréquents** (ne sont *pas* des signes de maladie) :
  - Des changements de saignement menstruel sont probables, y compris :

- Léger saignotement ou saignement. Plus fréquent au début.
- Saignement abondant. Peut se produire au début. Rare.
- Aménorrhée. Normale, notamment la première année d'utilisation. (Certaines femmes y voient un avantage.)

– Peut provoquer un gain de poids (en moyenne 1–2 kilos, ou 2–4 livres par an). (Des changements de régime alimentaire peuvent aider à maîtriser ou à empêcher le gain de poids. Certaines femmes trouvent que le gain de poids est un avantage).

- Retard du retour à la fécondité (jusqu'à ce que baissent les niveaux de DMPA dans le corps). Environ 4 mois de plus d'attente avant une grossesse, par rapport aux femmes qui ont employé des contraceptifs oraux combinés, des DIU, des préservatifs ou une méthode vaginale.
- Exige une nouvelle injection tous les 3 mois.
- Peut causer des maux de tête, des seins sensibles, des sautes d'humeur, des nausées, une chute de cheveux, une diminution de libido et/ou de l'acné chez certaines femmes.
- Ne protège pas contre les maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA.

IMPORTANT : Demander à la cliente si elle a ou pourrait avoir attrapé une maladie sexuellement transmissible (MST). (Si elle a plus d'un partenaire sexuel ? Si son partenaire a plus d'un partenaire ? Si cela pourrait arriver à l'avenir ?)

Si elle a ou pourrait avoir une MST, insister pour qu'elle utilise régulièrement le préservatif. Lui en donner. Elle peut continuer à employer le DMPA.

Emploi de la liste de pointage d'éligibilité médicale

La liste de la page suivante est destinée à vérifier si la cliente présente des pathologies médicales ***connues*** *qui empêchent l'emploi du DMPA. Elle n'a pas pour but de remplacer les consultations.*

Les questions de la liste se réfèrent à ***des pathologies connues****. En règle générale, on peut apprendre l'existence de ces pathologies en interrogeant la cliente. D'ordinaire, point n'est besoin d'effectuer des tests de laboratoire ou des examens physiques.*

IMPORTANT : Le DMPA ne renferme pas d'oestrogène. Un grand nombre de critères qui limitent l'emploi des contraceptifs oraux combinés, qui renferment un oestrogène, ne s'appliquent pas au DMPA.

Injectable DMPA

Poser à la cliente les questions ci-après. Si elle répond NON à TOUTES les questions, elle PEUT alors employer le DMPA si elle le veut. Si elle répond OUI à une question ci-après, suivre les instructions.

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

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Elle peut commencer à employer le DMPA à partir de 6 semaines après l'accouchement. Si elle nourrit cependant son enfant exclusivement ou presque exclusivement au sein, elle est protégée contre la grossesse pendant 6 mois après l'accouchement ou jusqu'à ce que ses règles reviennent — *si cela se produit en premier.* Elle doit alors commencer immédiatement la contraception pour éviter la grossesse. L'encourager à continuer à donner le sein.

2. Avez-vous des problèmes de coeur ou de vaisseaux sanguins ? Avez-vous eu des problèmes de ce genre ? Dans l'affirmative, lesquels ?

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Ne pas donner de DMPA si elle signale une *crise cardiaque ou une cardiopathie imputable à un blocage d'artères, une attaque, une attaque des caillots sanguins (sauf caillots superficiels), des douleurs thoraciques profondes avec essoufflement inhabituel, une tension artérielle très élevée, un diabète depuis plus de 20 ans ou des altérations de la vision, des fonctions rénales ou du système nerveux provoquées par le diabète.* L'aider à choisir une autre méthode efficace.

3. Avez-vous une forte tension artérielle ?

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Si on ne peut pas prendre la tension artérielle (TA) et si on signale une forte TA, on peut donner le DMPA. Si possible, l'envoyer ailleurs se faire prendre la TA. Prendre la TA, si possible.
Si la TA systolique inférieure à 160 et la TA diastolique inférieure à 100, on peut donner le DMPA.
Si la TA systolique dépasse 160 et la TA diastolique dépasse 100, ne pas donner de DMPA. L'aider à choisir une autre méthode, sauf des COC.

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

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Ne pas donner le DMPA. L'aider à choisir une autre méthode sans hormones.

5. Avez-vous une cirrhose grave du foie, une infection ou une tumeur du foie ? (Est-ce que les yeux ou la peau sont anormalement jaunes ?)

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Effectuer un examen physique ou l'envoyer dans un autre établissement. Si elle a une grave maladie active du foie *(jaunisse, foie douloureux ou augmenté de volume, hépatite virale, tumeur au foie),* ne pas donner de DMPA. La diriger vers un autre établissement pour se faire soigner. L'aider à choisir une autre méthode sans hormones.

6. Pensez-vous être enceinte ?

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Evaluer si elle est enceinte (voir page 4–6). Si elle risque d'être enceinte, lui donner des préservatifs ou un spermicide à employer jusqu'à ce qu'elle soit raisonnablement sûre de ne pas être enceinte. Elle pourra alors commencer le DMPA.

7. Avez-vous des saignements vaginaux qui sont anormaux pour vous ?

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Si elle n'est probablement pas enceinte mais présente des saignements vaginaux inexpliqués qui suggèrent une pathologie sous-jacente, on peut lui donner le DMPA puisqu'il n'affectera ni la pathologie sous-jacente ni son évaluation. Evaluer et soigner le cas échéant toute pathologie sous-jacente. Evaluer de nouveau l'emploi du DMPA sur la base de ces observations.

Assurez-vous que vous expliquez bien à la cliente les bénéfices de la méthode qu'elle a choisie pour sa santé, de même que les risques d'effets secondaires éventuels. Précisez-lui également, si nécessaire, quelles sont les conditions susceptibles de rendre la méthode peu souhaitable dans son cas particulier.

La plupart des femmes peuvent employer le DMPA

En règle générale, la plupart des femmes PEUVENT employer le DMPA en toute sécurité et de manière efficace*. L'injectable DMPA peut être employé en toutes circonstances par des femmes qui :

- allaitent (dès 6 semaines après l'accouchement),
- fument la cigarette,
- n'ont pas d'enfants,
- sont de tous âges, y compris les adolescentes et celles de 40 ans, ou plus
- sont grosses** ou minces,
- viennent d'avoir un avortement ou une fausse couche.

En outre, les femmes qui se trouvent dans les situations suivantes PEUVENT employer le DMPA en toutes circonstances :

- maladies bénignes des seins,
- légers maux de tête,
- tension artérielle légèrement ou modérément élevée,
- anémie ferriprive,
- varices,
- valvulopathie,
- règles irrégulières,
- paludisme,
- schistosomiase,
- drépanocytose,
- maladie thyroïdienne,
- fibromes utérins,
- épilepsie,
- tuberculose.

* Les caractéristiques et les pathologies indiquées dans cet encadré appartiennent à la catégorie 1 des critères d'éligibilité médicale de l'OMS. Les femmes présentant les caractéristiques et les pathologies de la catégorie 2 de l'OMS peuvent aussi utiliser cette méthode. Voir Appendice, page A–1.

**Très grosses est la catégorie 2 de l'OMS.

105

Début de l'administration du DMPA

Quand commencer

Situation de la femme	Quand commencer
A ses règles	• A n'importe quel moment où on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. (Voir page 4–6.) **IMPORTANT :** Si elle ne court pas de risque de grossesse (par exemple, si elle n'a pas eu de rapports sexuels depuis ses dernières règles), elle peut commencer le DMPA à n'importe quel moment de son choix. • Si elle commence durant les 7 premiers jours après le début de ses règles, on n'a pas besoin de méthode d'appoint pour donner une protection supplémentaire. • Si elle commence le 8e jour de ses règles, ou plus tard, elle doit employer des préservatifs ou un spermicide, ou éviter des rapports sexuels pendant les 48 heures suivantes. Si possible, lui donner des préservatifs ou un spermicide.
Allaitement	• Dès 6 semaines après l'accouchement. • *Un allaitement exclusif ou presque exclusif* empêche efficacement la grossesse pendant au moins 6 mois ou jusqu'à ce qu'elle ait ses règles, si cela se produit en premier (voir chapitre 15). Le DMPA peut fournir une protection supplémentaire si elle le désire. • Si elle ne *nourrit l'enfant que partiellement au sein* et si l'enfant reçoit beaucoup d'autres aliments et boissons, 6 semaines après l'accouchement est le meilleur moment pour commencer le DMPA. Si elle attend plus longtemps, la fécondité peut revenir. • Si *les règles ont recommencé*, elle peut commencer le DMPA à n'importe quel moment où elle est raisonnablement certaine de ne pas être enceinte. (Voir page 4–6.) Voir « A ses règles » ci-dessus.

Situation de la femme	Quand commencer
Après l'accouchement, si elle n'allaite pas	• Immédiatement ou à n'importe quel moment durant les 6 premières semaines après l'accouchement. Pas besoin d'attendre que ses règles reprennent. • Après 6 semaines, à n'importe quel moment où elle est raisonnablement certaine de ne pas être enceinte. (Voir page 4–6). Si elle n'est pas raisonnablement certaine, elle doit éviter les rapports sexuels ou employer des préservatifs ou un spermicide jusqu'à ce que reprennent ses règles, puis commencer le DMPA.
Après une fausse couche ou un avortement	• Immédiatement ou durant les 7 premiers jours après une fausse couche ou un avortement du premier ou du second trimestre. • Plus tard, à n'importe quel moment où elle est raisonnablement certaine de ne pas être enceinte.
Quand elle arrête une autre méthode	• Immédiatement.

Fourniture du DMPA

IMPORTANT : Une femme qui choisit le DMPA bénéficie de bons conseils.

Un dispensateur sympathique qui sait écouter, répondre aux questions, donner des informations claires et pratiques au sujet des effets secondaires, notamment la probabilité d'un changement de saignement, y compris l'aménorrhée (absence totale de saignement) aidera la femme à employer le DMPA avec succès et satisfaction.

On peut suivre les étapes suivantes pour fournir le DMPA :

1. **Expliquer comment employer le DMPA.** (Voir page 7–10.)
2. **Faire l'injection.** (Voir pages 7–12 et 7–13.)
3. Organiser avec la femme **sa visite de suivi dans 3 mois** pour recevoir sa prochaine injection. Voir avec elle comment se souvenir de la date, peut-être en la reliant à une fête ou à un changement de saison.
4. Inviter la cliente **à revenir à n'importe quel moment** si elle a des questions ou des problèmes ou veut changer de méthode.

Explication de l'emploi

DONNER DES INSTRUCTIONS PRECISES

1. La cliente doit **revenir comme prévu** pour l'injection suivante. Elle peut revenir avec une avance de 2 à 4 semaines (ce qui n'est pas idéal) ou un retard de 2 semaines et peut-être même 4 semaines.
2. Si elle a plus de 2 semaines de retard pour l'injection suivante, elle doit employer des préservatifs ou un spermicide, ou éviter tout rapport sexuel jusqu'à la prochaine injection.
3. Elle doit revenir, quel que soit son retard. Le dispensateur peut poser des questions pour voir si elle risque d'être enceinte. (Voir page 4–6.) Elle peut encore être en mesure de recevoir son injection. (Voir « gestion de problèmes éventuels », page 7–15.)

DONNER DES CONSEILS AU SUJET DE PROBLEMES ORDINAIRES

1. **Mentionner les effets secondaires fréquents** — en particulier, elle peut s'attendre à des changements des saignements menstruels et, peut-être, à un gain de poids.
2. **Lui expliquer les effets secondaires suivants :**
   - Au début, elle aura sans doute des saignements à des moments inattendus. Le volume du saignement diminue d'ordinaire avec le temps. Après 6 à 12 mois d'utilisation, elle aura probablement peu ou pas de saignement vaginal.
   - Ces changements sont fréquents, normaux et pas dangereux. Ils ne veulent pas dire qu'elle est enceinte ou malade ou qu'elle accumule du sang dégradé dans son corps. L'absence ou la rareté du saignement peut améliorer la santé de certaines femmes. Elle aide à empêcher l'anémie.
   - Elle peut prendre du poids. Cela aussi est fréquent, normal et pas dangereux.
3. Inviter la cliente à **revenir à n'importe quel moment** si elle a besoin d'aide pour un problème quelconque ou veut changer de méthode. (Voir pages 7–15 et 7–17.)

EXPLIQUER LES RAISONS PRECISES DE VOIR UNE INFIRMIERE OU UN MEDECIN

Décrire les symptômes des problèmes qui exigent des soins médicaux. Le DMPA cause rarement des complications graves. Néanmoins, une femme doit voir un médecin ou une infirmière, ou revenir au dispensaire, si elle a des questions ou des problèmes, ou si elle présente l'un des symptômes peut-être liés à des problèmes plus graves. Le DMPA peut ou non causer les problèmes suivants.

- Saignement extrêmement abondant posant un problème dans son cas (durant deux fois plus longtemps ou deux fois plus abondant que d'habitude).
- Maux de tête très sévères qui débutent ou empirent après le commencement de l'administration du DMPA.
- Peau ou yeux anormalement jaunes.

Comment faire l'injection

Matériel et produits nécessaires :

- Une dose de DMPA (150 mg),
- Un antiseptique et du coton hydrophile,
- Une seringue de 2 ou 5 ml et une aiguille intramusculaire numéro 21 à 23. **La seringue et l'aiguille doivent être stériles ou fortement désinfectées si la stérilisation n'est pas possible.**

Etapes de la procédure :

1. Se laver les mains, ou se laver les mains et mettre des gants stériles propres.
2. Laver s'il le faut le site de l'injection à l'eau et au savon et essuyer avec un antiseptique, s'il y en a un. Faire un mouvement circulaire du site de l'injection vers l'extérieur.
3. Secouer **doucement** la fiole, en essuyer le col et le bouchon avec un antiseptique, et remplir la seringue avec la dose voulue.
4. Enfoncer l'aiguille stérile dans le bras (muscle deltoïde) ou dans la fesse (muscle fessier, portion supérieure externe). Pour le DMPA, le bras est plus pratique. Injecter le contenu de la seringue.
5. **Ne PAS masser le site de l'injection.** Dire à la cliente de ne pas masser ou frotter le site. Expliquez-lui que cela pourrait faire absorber le DMPA trop vite.

Bonne manutention des aiguilles et des seringues

IMPORTANT : Employer des aiguilles et seringues JETABLES, si on en a. Elles ne transmettent pas les infections si on s'en débarrasse convenablement.

Aiguilles et seringues jetables

- Mettre les seringues et aiguilles jetables usagées dans un récipient imperforable.
- Brûler ou enterrer le récipient quand il est aux trois quarts plein.
- Ne pas jeter les aiguilles avec les déchets (même si elles sont décontaminées). Ne pas les recouvrir avant de les jeter. Ne pas plier ou rompre les aiguilles avant de les jeter.
- **Ne pas réutiliser les seringues et aiguilles jetables**. Elles doivent être détruites après usage. A cause de leur forme, elles sont très difficiles à désinfecter. Elles pourraient donc transmettre des maladies telles que le VIH/SIDA.

Aiguilles et seringues réutilisables

- Si on ne dispose pas de seringues jetables, employer des aiguilles et seringues réutilisables qui ont été **convenablement stérilisées ou,** s'il n'est pas possible de les stériliser, **hautement désinfectées.**
- Ces aiguilles et ces seringues doivent être de nouveau stérilisées ou hautement désinfectées après chaque usage. (Voir page 4–10.)

Suivi

Comment aider les clientes durant une visite routinière de suivi

POSER DES QUESTIONS

Durant une visite de suivi :

1. Demander à la cliente si elle a des questions ou s'il y a quelque chose dont elle veut parler.
2. Demander à la cliente quelle est son expérience de la méthode, si elle est satisfaite et si elle a des problèmes. Lui donner les informations et l'aide dont elle a besoin et l'inviter à revenir à n'importe quel moment si elle a des questions ou des soucis. Si elle a des problèmes qui ne peuvent pas être résolus, l'aider à choisir une autre méthode.
3. Lui demander comment sont ses saignements.
4. Lui demander si elle a eu des problèmes de santé depuis sa dernière visite.
   - Si la cliente a eu *une cardiopathie en raison d'un blocage d'artères, une attaque, des caillots sanguins (sauf caillots superficiels), un cancer du sein, une forte tension artérielle, ou une maladie active du foie*, l'aider à choisir une méthode sans hormones. (Voir page 7–6.)
   - Si la cliente a eu *de très sévères maux de tête*, voir « gestion des problèmes éventuels ». (Voir page 7–17.)

ORGANISER LA PROCHAINE VISITE

Si aucune nouvelle condition interdisant l'emploi du DMPA n'est survenue et si la cliente veut continuer cette méthode, lui faire une injection et organiser sa prochaine visite 3 mois plus tard.

Gestion des problèmes éventuels

Si la cliente signale l'un quelconque des effets secondaires ordinaires du DMPA :

1. Ne pas ignorer ses inquiétudes ou ne pas les prendre à la légère.
2. Si la femme s'inquiète, la rassurer : ces effets secondaires ne sont généralement pas dangereux ni signes de danger.
3. Si la femme n'est pas satisfaite du traitement et des consultations, l'aider à choisir une autre méthode, si elle le souhaite.

Pour ce problème :	Essayer cette suggestion :
Plus de 2 semaines de retard pour son injection et a été sexuellement active	• Si elle risque d'être enceinte, faire une évaluation de grossesse. (Voir page 4–6.) Se rappeler que les femmes employant le DMPA n'ont souvent pas de règles (aménorrhée). • Si elle n'est sans doute pas enceinte, elle peut continuer à employer le DMPA, si elle préfère.
Aménorrhée (pas de règles)	• La rassurer que l'aménorrhée est normale pour les utilisatrices de DMPA et n'est pas dangereuse. La femme n'est ni stérile ni enceinte. Le sang menstruel ne s'accumule pas dans son corps. Au contraire, son corps n'évacue pas de sang. Lui expliquer que cela peut aider à empêcher l'anémie. • La rassurer : l'aménorrhée ne veut pas dire qu'elle ne peut pas devenir enceinte après avoir cessé de prendre le DMPA, ni qu'elle a atteint précocement la ménopause. (Si la femme atteint 50 ans — âge normal de la ménopause — arrêter le DMPA pendant 9 mois pour voir si ses règles reviennent. Elle doit employer pendant ce temps une méthode non hormonale).

Pour ce problème :	Essayer cette suggestion :
Saignotement ou saignement entre les règles qui gêne la cliente	• La rassurer que le saignotement ou le saignement entre les règles est normal et très commun pendant les premiers mois d'emploi du DMPA. Ne fait aucun mal. Elle perd moins de sang que si elle n'employait pas le DMPA. • Si on constate des problèmes gynécologiques, les soigner ou l'envoyer à un autre établissement. Si le saignement irrégulier est causé par une maladie sexuellement transmissible ou par une salpingite, elle peut continuer ses injections. La soigner ou l'envoyer à un autre établissement.
Saignement très abondant ou très prolongé (dure plus de deux fois plus longtemps que ses règles ordinaires)	• Rare, mais exige des soins. *Saignement abondant peu après l'injection, mais s'est-il arrêté ?* • Si la femme veut continuer les injections, la rassurer et lui donner l'injection suivante. *Est-ce que le saignement abondant continue ?* • Si une situation anormale cause un saignement abondant ou prolongé, soigner la pathologie ou l'envoyer à un autre établissement. • Si le saignement n'a sans doute pas d'autre cause et si rien n'élimine l'hypothèse d'un oestrogène, offrir : – Un contraceptif oral associé à faible dose, à raison d'un par jour pendant 7 à 21 jours. Peut prendre 2 à 3 cycles. OU – 30 à 50 microgrammes d'ethinylestradiol chaque jour pendant 7 à 21 jours. OU – Ibuprofen ou d'autres médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens, mais PAS l'aspirine.

Pour ce problème :	Essayer cette suggestion :
Saignement très abondant ou très prolongé *(suite)*	• Recommender des aliments contenant du fer, ou conseiller à la femme d'en prendre davantage, si possible. **Remarque :** Un curetage utérin n'est pas nécessaire à moins qu'on ne soupçonne une pathologie qui l'exige.
Saignement vaginal anormal inexpliqué qui suggère une grossesse ou une situation médicale sous-jacente	• Si le saignement a débuté après qu'elle ait commencé à employer le DMPA, elle peut continuer à s'en servir pendant qu'on évalue sa condition. • Expliquer que, normalement, le DMPA modifie les profils de saignement vaginal et que, d'ordinaire, ces changements ne portent aucun tort. • Evaluer et soigner toute pathologie sous-jacente, ou l'envoyer se faire soigner dans un autre établissement.
Très sévères maux de tête (migraines) avec vision floue	• Une femme qui a des migraines peut en toute sécurité commencer à employer le DMPA. Elle doit passer cependant à une autre méthode sans hormones si ces maux de tête débutent ou empirent après qu'elle commence à se servir du DMPA *et* si ces maux de têtes entraînent une vision floue, une perte temporaire de vision, des lumières vives, des lignes en zig-zag ou des troubles d'élocution ou de mouvement. • L'envoyer le cas échéant se faire soigner dans un autre établissement.

Comparaison entre le DMPA et le NET EN

Caractéristique	DMPA	NET EN
Intervalle entre injections	3 mois	2 mois
Date limite du retour de la cliente pour prochaine injection sans avoir besoin de vérifier la grossesse	2 et, peut-être, jusqu'à 4 semaines	1 à 2 semaines
Technique d'injection	Injection intramusculaire profonde dans le deltoïde (muscle du bras). On peut aussi la faire dans le muscle fessier.	Injection intramusculaire profonde dans le deltoïde (muscle du bras) ou dans le muscle fessier. Peut être plus douloureuse.
Aménorrhée (absence de règles)	55 % des femmes à la fin de la première année d'emploi.	30 % des femmes à la fin de la première année d'emploi.
Taux typique de grossesse si les injections suivent le calendrier prévu	Environ 0,3 femme sur 100, la première année (1 sur 333).	Environ 0,4 femme sur 100 la première année (1 sur 250).
Retour de la fécondité (possibilité de redevenir enceinte)	Intervalle moyen : 4 mois de plus que les femmes qui ont employé des contraceptifs oraux combinés, des DIU, des préservatifs ou une méthode vaginale.	Sans doute moins de retard.
Effet sur le diabète	Cause un peu d'intolérance au glucose (sucre) mais souvent employé avec de bons résultats par des femmes diabétiques qui n'ont pas de maladie vasculaire.	Aucun effet sur la tolérance au glucose.

Injectable DMPA

Très efficace et sans danger.

Les changements de saignement vaginal sont normaux. Ne sont pas un signe de danger. Par ailleurs, il est aussi possible que vous gagniez du poids ; ce n'est pas dommageable et n'est pas un signe de danger.

Vous avez besoin d'une **injection tous les 3 mois.** Essayez de revenir au moment voulu. Mais revenez, même si vous avez du retard.

Vous pouvez revenir **à n'importe quel moment** si vous voulez de l'aide, des conseils ou une autre méthode.

Prière de **revenir immédiatement** si vous avez un saignement très abondant (deux fois plus abondant ou deux fois plus longtemps que vos règles ordinaires), si vous avez de très sévères maux de tête, si vos yeux ou votre peau deviennent jaunes, ou si vous pensez que vous êtes peut-être enceinte.

Les injections de DMPA n'empêchent pas les maladies sexuellement transmissibles (MST), dont le VIH/SIDA. Si vous pensez que vous pourriez contracter une MST, employer régulièrement des préservatifs en même temps que le DMPA.

117

Questions et réponses

1. **Est-ce qu'une femme allaitante peut employer le DMPA ?**

   Oui. Les méthodes non hormonales sont meilleures, mais le DMPA est un choix raisonnable pour une mère allaitante qui veut une méthode hormonale. On peut commencer à l'employer dès 6 semaines après l'accouchement. Néanmoins, elle est protégée contre la grossesse sans DMPA pendant les 6 premiers *mois* après l'accouchement si elle nourrit exclusivement ou presque exclusivement son enfant au sein (le lait maternel représente au moins 85 % des aliments de l'enfant) et si ses règles n'ont pas repris.

2. **Est-ce qu'une femme doit cesser de prendre le DMPA parce qu'elle n'a plus ses règles depuis longtemps (aménorrhée) ?**

   Non. C'est normal. Aucune raison médicale ne justifie un arrêt à cause de l'aménorrhée. La rassurer que c'est chose commune, qui ne fait aucun mal. L'absence de saignement peut améliorer la santé de certaines femmes parce qu'elle aide à empêcher l'anémie. Cependant, si l'aménorrhée la gêne, elle peut choisir une autre méthode.

3. **Est-ce que les jeunes femmes, les femmes âgées et les femmes sans enfant peuvent employer le DMPA ?**

   Oui. Le DMPA est complètement réversible. Le DMPA est sans danger pour les femmes qui n'ont pas eu d'enfant tout comme pour celles qui en ont eu. Cependant, les jeunes femmes et les femmes sans enfant, en particulier, doivent comprendre qu'il peut falloir du temps pour que la fécondité revienne — il faut en moyenne 4 mois de plus que si la femme avait employé des contraceptifs oraux combinés, un DIU, des préservatifs, ou une méthode vaginale. Le DMPA semble sans danger pour les femmes de tous âges. En théorie, il se pourrait que le DMPA affecte le développement osseux des femmes de moins de 18 ans. Cependant, l'Organisation mondiale de la Santé conclut que, en règle générale, les avantages de la méthode l'emportent sur cet inconvénient théorique ; de façon générale, les jeunes femmes peuvent employer le DMPA.

4. **Est-il dangereux qu'une femme enceinte emploie le DMPA ?**

En général, non. Il est préférable d'éviter qu'elle le fasse, mais l'élévation du niveau de progestatif dans le corps que provoque le DMPA ne fait aucun mal à la mère ou au foetus. Une étude semble indiquer que l'enfant peut avoir, à la naissance, un poids inférieur à la normale, mais cela n'est pas prouvé.

5. **Est-ce que le DMPA cause le cancer ?**

Non. On n'a pas montré que le DMPA cause le cancer chez les humains. Au contraire, il aide à empêcher le cancer de l'endomètre (revêtement de l'utérus) et, peut-être, le cancer des ovaires. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a déclaré le DMPA sans danger, mais il se pose encore quelques questions quant à savoir si le DMPA accélère le développement d'un cancer pré-existant du sein. De nouvelles études sont en cours.

6. **Est-ce que le DMPA a été homologué aux Etats-Unis ?**

Oui. En 1992, la Food and Drug Administration des Etats-Unis (USFDA) a homologué le DMPA à des fins de contraception. L'homologation a pris de longues années parce que des études animales avaient suscité certaines inquiétudes. De fortes doses de DMPA avaient en effet provoqué un cancer chez certains animaux de laboratoire. Les études de l'OMS portant sur des femmes qui employaient le DMPA n'ont cependant pas révélé d'augmentation générale. L'USFDA a donc homologué le DMPA. Au total, plus de 100 pays d'Europe, d'Asie, d'Afrique, du Proche-Orient et d'Amérique latine et des Caraïbes ont homologué le DMPA.

7. **Est-ce que le DMPA fait avorter ?**

Non. Une femme qui est déjà enceinte ne doit pas employer de contraceptifs sauf, si elle en a besoin, des préservatifs et/ou un spermicide pour se protéger contre les maladies sexuellement transmissibles. On ne connaît pas de cas de dommage causé à un foetus si on emploie le DMPA durant la grossesse.

Chapitre 8

Implants Norplant

Eléments principaux

Très efficaces, jusqu'à 5 ans.

Pratiques.

Peuvent être employés par des femmes de tous âges, qu' elles aient ou non des enfants.

La pose et le retrait des capsules de *Norplant* exigent de petites interventions chirurgicales qui doivent être faites par un dispensateur spécialement formé. Le retrait des capsules doit se faire sans ennui et doit pouvoir être effectué au gré de la cliente.

Aucun retard du retour de la fécondité après le retrait des capsules.

Des changements de saignement vaginal sont probables — saignotement, léger saignement dans l'intervalle entre les règles, ou aménorrhée. Pas dangereux et n'est pas signe de danger. Il est important de donner des conseils à l'avance.

Sans danger durant l'allaitement. Les mères allaitantes peuvent commencer à employer les implants 6 semaines après l'accouchement.

Chapitre 8

Implants Norplant

Table des matières

Introduction aux implants *Norplant* 8–3

Comment décider d'employer les implants *Norplant* 8–4

- Comment fonctionnent-ils ? 8–4
- Quelle est leur efficacité ? 8–4
- Avantages et inconvénients 8–4
- Liste de pointage d'éligibilité médicale 8–7

Début de l'emploi des implants *Norplant* 8–10

- Quand commencer 8–10
- Fourniture des implants *Norplant* 8–12
- Explication de l'emploi 8–14

Suivi 8–16

- Comment aider les clientes durant une visite routinière de suivi 8–16
- Gestion de problèmes éventuels 8–17

Eléments importants dont l'utilisatrice doit se rappeler 8–21

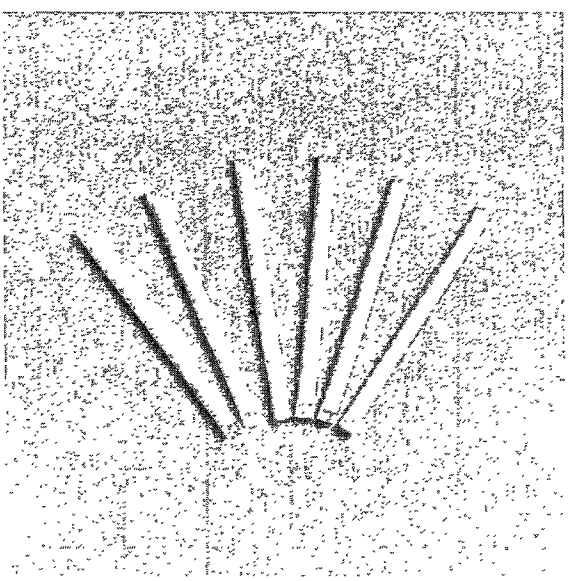
Questions et réponses 8–22

Introduction aux implants Norplant

- Le système d'implants *Norplant** est un ensemble de 6 petites capsules. Chaque capsule a à peu près la dimension d'une petite allumette. Les capsules sont placées sous la peau de la partie supérieure du bras de la femme.
- Les capsules *Norplant* renferment un progestatif, analogue à une hormone naturelle que produit le corps d'une femme. Il est libéré très lentement, 6 capsules à la fois. Dans ces conditions, les capsules fournissent, à un rythme constant, une très faible dose. Les implants *Norplant* ne renferment pas d'oestrogène.
- Un ensemble de capsules *Norplant* peut empêcher la grossesse pendant au moins 5 ans. Il est possible qu'il soit efficace plus longtemps.

Bien qu'il puisse exister d'autres implants, le présent chapitre se borne aux implants *Norplant.*

* ***Norplant*** *est la marque déposée des implants sous-dermiques au levonorgestrel du Population Council.*



122

Comment décider d'employer les implants Norplant

Comment fonctionnent-ils ?

- Ils épaississent la glaire cervicale, rendant difficile le passage des spermatozoïdes.
- Ils arrêtent l'ovulation (libération des ovocytes des ovaires) dans la moitié environ des cycles menstruels (après une année d'emploi).

Ils n'interviennent PAS en interrompant une grossesse existante.

Quelle est leur efficacité ?

Très efficaces — 0,1 grossesse pour 100 femmes durant la première année d'emploi (1 sur 1.000). En 5 ans, 1,6 grossesses pour 100 femmes (1 sur 62).

Remarque : Les taux de grossesse ont été légèrement plus élevés parmi les femmes pesant plus de 70 kilogrammes (environ 150 livres). En 5 ans, 2,4 grossesses pour 100 femmes (1 sur 42) de ce groupe d'un poids plus élevé (néanmoins, le taux de grossesse est bas).

Avantages et inconvénients

AVANTAGES

- Très efficaces, même pour les femmes obèses.
- Protection à long terme contre la grossesse, mais réversible. Une seule décision peut conduire à une contraception extrêmement efficace pour une durée pouvant aller jusqu'à 5 ans.
- Pas besoin de faire quoi que ce soit au moment des rapports sexuels.
- Intensification du plaisir sexuel, car pas besoin de s'inquiéter au sujet de la grossesse.
- Rien à se rappeler. N'exige pas de pilule quotidienne ni d'injections répétées. Pas besoin de revenir au dispensaire.
- Efficaces dans les 24 heures qui suivent la pose.
- La fécondité revient presque aussitôt après que les capsules aient été retirées.
- La quantité et la qualité du lait se semblent pas compromis. Peuvent être employés par les mères allaitantes dès 6 semaines après l'accouchement.

- Pas d'effets secondaires dus à un oestrogène.
- Aident à empêcher l'anémie ferriprive.
- Aident à prévenir la grossesse ectopique.
- Aident peut-être à empêcher le cancer de l'endomètre.
- Rendent peut-être moins fréquentes et moins douloureuses les crises de drépanocytose.
- La pose ne cause que la légère douleur de la piqûre d'anesthésie. Pas douloureuse si l'anesthésie est bien faite.

INCONVENIENTS

- **Effets secondaires habituels** (*ne sont pas* des signes de maladie) :

  Les changements de saignement menstruel sont normaux, y compris :

  – un saignotement ou un saignement léger dans l'intervalle entre les règles (fréquent),
  – un saignement prolongé (rare, et diminue souvent après quelques mois), ou
  – l'aménorrhée. (Certaines femmes y voient un avantage.)

  Certaines femmes ont :

  – des maux de tête,
  – une augmentation de volume des ovaires, ou des kystes ovariens,
  – des étourdissements,
  – des seins sensibles et/ou un écoulement,
  – de la nervosité,
  – des nausées,
  – de l'acné ou une éruption cutanée,
  – un changement d'appétit,
  – un gain de poids (quelques femmes perdent du poids),
  – une chute de cheveux ou un accroissement de pilosité sur le visage.

  La plupart des femmes n'ont pas ces effets secondaires et la plupart de ces effets disparaissent avant un an.

- La cliente ne peut pas commencer ou arrêter l'emploi d'elle même. Les capsules doivent être posées et retirées par un agent de santé qui a reçu une formation spéciale.
- De petites interventions chirurgicales sont nécessaires pour poser et retirer les capsules. Certaines femmes peuvent ne pas vouloir qu'un objet soit placé dans leur bras ou peuvent être gênées du fait que les implants peuvent être vus ou ressentis sous la peau.
- Inconfort allant de plusieurs heures à un jour après la pose chez cer-

taines femmes, peut-être pendant plusieurs jours dans quelques cas. Le retrait est parfois douloureux et souvent plus difficile que la pose.

- Dans les très rares cas où se produit une grossesse, jusqu'à 1 grossesse sur 6 est ectopique.
- Ne protègent pas contre les maladies sexuellement transmissibles y compris le VIH/SIDA.

IMPORTANT : Demander à la cliente si elle pense avoir ou risque d'avoir une maladie sexuellement transmissible (MST). (A-t-elle plus d'un partenaire sexuel ? Est-ce que son partenaire a plus d'une partenaire ? Est-ce qu'une telle situation pourrait se produire à l'avenir ?).

Si elle a ou risque d'avoir une MST, lui conseiller vivement d'employer régulièrement des préservatifs. Lui en donner. Elle peut alors continuer à employer les implants *Norplant.*

Emploi de la liste de pointage d'éligibilité médicale

La liste de la page suivante est destinée à vérifier si la cliente présente des pathologies médicales ***connues*** *qui empêchent l'emploi des implants Norplant. Elle n'a pas pour but de remplacer les consultations.*

Les questions de la liste se réfèrent à ***des pathologies connues.*** *En règle générale, on peut apprendre l'existence de ces pathologies en interrogeant la cliente. D'ordinaire, point n'est besoin d'effectuer des tests de laboratoire ou des examens physiques.*

IMPORTANT : Les implants *Norplant* ne renferment pas d'oestrogène. Beaucoup de critères qui limitent l'emploi des contraceptifs oraux combinés, qui renferment un oestrogène, ne s'appliquent pas aux implants *Norplant.*

Implants Norplant

Poser à la cliente les questions ci-après. Si elle répond NON à TOUTES les questions, elle PEUT alors employer les implants *Norplant*, si elle le veut. Si elle répond OUI à une question ci-après, suivre les instructions. Dans certains cas, elle peut continuer à employer les implants *Norplant*.

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

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Elle peut commencer à employer les implants *Norplant* à partir de 6 semaines après l'accouchement. Cependant, si elle nourrit le bébé exclusivement ou presque exclusivement au sein, elle est protégée contre la grossesse pendant 6 mois après l'accouchement ou jusqu'au retour de ses règles, *selon ce qui survient d'abord.* Elle doit alors commencer immédiatement à pratiquer la contraception pour éviter une grossesse. L'encourager à continuer à donner le sein.

2. Avez-vous de graves problémes de vaisseaux sanguins ? Si oui, quels problémes ?

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Ne pas donner d'implants *Norplant* si elle signale des caillots sanguins (sauf des caillots superficiels). L'aider à choisir une autre méthode efficace.

3. Avez-vous la jaunisse, une cirrhose grave du foie, une infection ou une tumeur du foie ? (Est-ce que les yeux ou la peau sont anormalement jaunes ?)

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Effectuer un examen physique ou envoyer ailleurs. Si elle a une grave maladie de foie active (*jaunisse, foie douloureux ou augmenté de volume, hépatite virale, tumeur du foie*), ne pas donner d'implants *Norplant.* L'aider à choisir une méthode sans hormones.

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

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Ne pas donner d'implants *Norplant.* L'aider à choisir une méthode sans hormones.

(Suite à la page suivante)

✓

5. Avez-vous des saignements vaginaux qui sont anormaux pour vous ?

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Si elle a un saignement vaginal inexpliqué qui suggère une grossesse ou une pathologie sous-jacente, ne pas donner d'implants *Norplant.* Evaluer la situation et soigner, le cas échéant, toute pathologie sous-jacente ou envoyer ailleurs. L'aider à choisir une méthode sans hormone à employer jusqu'à ce que la situation soit évaluée. Elle peut alors commencer à employer des implants *Norplant.*

6. Prenez-vous des médicaments contre les convulsions ? Prenez-vous de la rifampicine ou de la griséofulvine ?

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Si elle prend *de la phénytoïne, de la carbamazépine, des barbiturates* ou *de la primidone* pour des convulsions, ou *de la rifampicine* ou *de la griséofulvine,* lui donner des préservatifs ou un spermicide à employer avec les implants *Norplant.* Si elle préfère, ou si elle suit un traitement de longue durée, l'aider à choisir une autre méthode efficace.

7. Pensez-vous être enceinte ?

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Evaluer si elle est enceinte (voir page 4–6). Si elle risque d'être enceinte, lui donner des préservatifs ou un spermicide à employer jusqu'à ce qu'elle soit raisonnablement certaine de ne pas être enceinte. Elle peut alors commencer à employer des implants *Norplant.*

Assurez-vous que vous expliquez bien à la cliente les bénéfices de la méthode qu'elle a choisie pour sa santé, de même que les risques d'effets secondaires éventuels. Précisez-lui également, si nécessaire, quelles sont les conditions susceptibles de rendre la méthode peu souhaitable dans son cas particulier.

La plupart des femmes peuvent employer des implants Norplant

En règle générale, la plupart des femmes PEUVENT employer en toute sécurité et de manière efficace* des implants *Norplant*, qui peuvent être employés en toutes circonstances par des femmes qui :

- allaitent (dès 6 semaines après l'accouchement),
- fument la cigarette,
- n'ont pas d'enfants,
- sont des adolescentes,
- sont grosses** ou minces,
- viennent d'avoir un avortement ou une fausse couche.

En outre, les femmes qui se trouvent dans les situations suivantes PEUVENT employer des implants *Norplant* en toutes circonstances :

- maladies bénignes des seins,
- maux de tête,
- tension artérielle élevée,
- anémie ferriprive,
- varices,
- valvulopathie,
- diabète,
- paludisme,
- drépanocytose,
- schistosomiase,
- maladie thyroïdienne,
- règles irrégulières ou douloureuses,
- salpingite,
- tumeurs ovariennes bénignes ou fibromes utérins,
- endométriose,
- maladies sexuellement transmissibles,
- épilepsie,
- tuberculose (à moins qu'elles ne prennent de la rifampicine ; voir liste page 8–8, question 6).

* Les caractéristiques et les pathologies indiquées dans cet encadré appartiennent à la catégorie 1 des critères d'éligibilité de l'OMS. Les femmes présentant les caractéristiques et les pathologies de la catégorie 2 de l'OMS peuvent aussi utiliser cette méthode. Voir Appendice, page A–1.

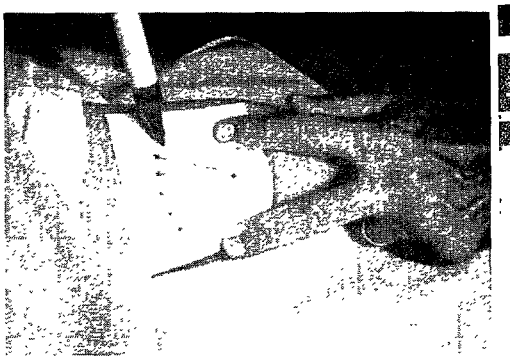
** Très grosses est la catégorie 2 de l'OMS.

Début de l'emploi des implants Norplant

Quand commencer

Situation de la femme	Quand commencer
A ses règles	• A n'importe quel moment quand elle est raisonnablement certaine de ne pas être enceinte. (Voir page 4–6.) **IMPORTANT :** Si elle ne risque pas de grossesse (par exemple, n'a pas eu de rapports sexuels depuis ses dernières règles), elle peut commencer à employer le *Norplant* à n'importe quel moment de son choix. • Si elle commence durant les 7 premiers jours après le début du saignement menstruel, pas besoin de méthode d'appoint pour donner une protection supplémentaire. • Si elle commence le 8e jour de ses règles, ou plus tard, elle doit employer des préservatifs ou un spermicide ou éviter les rapports sexuels pendant au moins 48 heures après la pose. Si possible, lui donner des préservatifs ou un spermicide.
Allaitent	• Dès 6 semaines après l'accouchement. • *Un allaitement exclusif ou presque exclusif* empêche efficacement la grossesse pendant au moins 6 mois ou jusqu'à la reprise des règles, si cela se produit en premier (voir chapitre 15). Les implants *Norplant* peuvent lui donner une protection supplémentaire si elle le souhaite. • Si elle ne *nourrit l'enfant que partiellement au sein* et si l'enfant reçoit beaucoup d'autres aliments et boissons, 6 semaines après l'accouchement est le meilleur moment pour commencer les implants *Norplant.* Si elle attend plus longtemps, la fécondité pourrait revenir. • Si *les règles ont recommencé* elle peut commencer les implants *Norplant* à n'importe quel moment si elle est raisonnablement certaine de ne pas être enceinte. (Voir page 4–6.) Voir la rubrique « a ses règles » ci-dessus.

Situation de la femme	Quand commencer
Après l'accouchement si elle n'allaite pas	• Immédiatement, ou à n'importe quel moment durant les 6 premières semaines après l'accouchement. Pas besoin d'attendre la reprise des règles. • Après 6 semaines, à n'importe quel moment si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. (Voir page 4–6.) Si on n'est pas raisonnablement certain, elle doit éviter les rapports sexuels ou employer des préservatifs ou un spermicide, jusqu'à ce que recommencent ses règles, puis commencer à employer les implants *Norplant.*
Après une fausse couche ou un avortement	• Immédiatement ou durant les 7 premiers jours après une fausse couche ou un avortement du premier ou du deuxième trimestre. • Plus tard, si on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte.
Quand elle arrête une autre méthode	• Immédiatement.



Le modèle (à gauche) peut aider les dispensateurs à bien placer les capsules de Norplant. *Le dispensateur place le modèle contre le bras de la femme et, avec un stylo à bille ou un marqueur, trace les extrémités des 6 ouvertures sur sa peau (voir photo). Quand on pose les capsules, on aligne chacune sur l'une des traces.*

Fourniture des implants Norplant

IMPORTANT : De bonnes consultations sont utiles pour la femme qui choisit les implants *Norplant.*

Un dispensateur sympathique, qui sait écouter, répondre aux questions, donner des informations claires et pratiques au sujet des effets secondaires, notamment la probabilité de changements de saignement, aidera la femme à employer les implants *Norplant* avec succès et satisfaction.

IMPORTANT : Toutes les femmes qui choisissent les implants *Norplant* doivent pouvoir facilement se les faire retirer quand elles le veulent. Tous les programmes de planning familial qui offrent les implants *Norplant* doivent avoir un personnel qualifié pour effectuer les retraits, ou doivent organiser des dispositifs d'aiguillage vers d'autres établissements pour effectuer les retraits.

Tous les membres du personnel doivent comprendre et accepter que toute femme peut se faire retirer les implants quand elle le désire. Les femmes ne doivent pas être contraintes de continuer à employer des implants *Norplant*, ni être l'objet de pressions en ce sens.

Comment poser les capsules de Norplant

L'apprentissage de la pose d'implants Norplant *exige une formation et de la pratique sous contrôle direct. La description ci-après n'est donc qu'un résumé et ne représente pas des instructions détaillées. Tous les dispensateurs de planning familial doivent pouvoir parler à leurs clientes de la pose des implants* Norplant.

1. Le dispensateur emploie une bonne méthode de prévention de l'infection.
2. La femme reçoit une injection sous-cutanée d'anesthésique local pour supprimer la douleur au bras. Elles reste complètement éveillée durant toute l'intervention.
3. L'agent de santé pratique une petite incision dans la peau sur la face intérieure du bras. Il place les capsules juste sous la peau, ce qui facilite leur retrait ultérieur.
4. Après la pose des 6 capsules, l'agent de santé ferme l'incision avec un bandage adhésif. Point n'est besoin de sutures. L'incision est recouverte d'un tissu sec et enveloppée de gaze.

L'insertion prend environ 10 minutes. Une ecchymose ou un léger saignement au site de l'incision sont normaux et fréquents ; ils persistent pendant quelques jours après la pose.

En se servant de bonnes méthodes de prévention de l'infection, le dispensateur pose chaque capsule de Norplant *juste sous la peau dans le bras d'une femme.*

RETRAIT DES CAPSULES DE NORPLANT

L'apprentissage du retrait des implants Norplant *exige une formation et de la pratique sous contrôle direct. Il existe plusieurs techniques de retrait des capsules. La description ci-après n'est donc qu'un résumé et ne représente pas des instructions détaillées. Tous les agents de planning familial doivent pouvoir parler à leurs clientes du retrait des implants* Norplant.

1. Le dispensateur emploie une bonne méthode de prévention de l'infection.
2. La femme reçoit une injection d'anesthésique local pour supprimer la douleur au bras. Elle reste entièrement éveillée durant toute l'intervention.
3. L'agent de santé pratique une petite incision proche de l'endroit où les capsules ont été posées.
4. Il existe diverses manières de retirer les capsules qui se trouvent sous la peau. Le dispensateur peut utiliser un instrument pour retirer les capsules.
5. L'incision est fermée et recouverte d'une bandage. Point n'est besoin de sutures.

D'ordinaire, le retrait prend environ 15 minutes, mais il peut durer plus longtemps. Si la femme veut continuer à employer des implants *Norplant*, on met les capsules à un autre endroit du même bras ou sur l'autre bras.

Explication de l'emploi

DONNER DES INSTRUCTIONS PRECISES

Une femme qui se fait poser des capsules *Norplant* doit :

1. Eviter d'humecter la zone d'insertion sèche pendant 4 jours. Elle peut enlever la gaze après 2 jours et le bandage adhésif après 5 jours.
2. Se rappeler qu'après la fin de l'effet de l'anésthésie, son bras peut être endolori pendant quelques jours. Elle peut avoir aussi un gonflement et une ecchymose au site de l'insertion. Il n'y a pas lieu de s'inquiéter.
3. Revenir au dispensaire ou voir une infirmière ou un médecin si les capsules ressortent ou si la douleur au bras dure plus de quelques jours.

SUIVRE LA PROCEDURE SUIVANTE

Si possible, donner à chaque femme une fiche durable. Cette fiche doit indiquer :

- Où aller si elle a des questions ou des problèmes.
- La date de la pose de l'implant *Norplant.*
- La date à laquelle se termineront 5 années d'utilisation de l'implant *Norplant.* Au bout de 5 ans, elle doit se faire retirer les capsules.

Qu'on lui donne ou non cette fiche, lui communiquer ces informations. Parler de la façon de se rappeler de la date à laquelle elle doit revenir, en essayant peut-être de la relier à l'anniversaire d'un enfant ou à ses années de scolarité.

DONNER DES CONSEILS AU SUJET DE PROBLEMES ORDINAIRES

1. **Mentionner les effets secondaires les plus fréquents**. En particulier, elle peut s'attendre à des changements de règles, y compris saignotement, saignement entre les règles, ou aménorrhée. Elle peut avoir d'autres effets secondaires. (Voir la liste, page 8–5.)
2. **Expliquer ces effets secondaires :**
   - Certains de ces changements sont fréquents. Aucun d'entre eux n'est dangereux. Les changements de saignements sont normaux. Ils ne signifient pas qu'elle est enceinte, ou malade, ou que du sang dégradé s'accumule dans son corps. Certaines femmes améliorent leur santé si elles ont peu ou pas de saignement. Cela aide à empêcher l'anémie.

IMPORTANT : Il faut donner des conseils détaillés au sujet des changements de saignement et d'autres effets secondaires *avant* de poser les implants *Norplant.* Souvent, des conseils préalables, suivis d'encouragements répétés, aident les femmes à supporter les changements de saignement. Il faut insister pour que la femme revienne si les changements de saignement la gênent. On peut atténuer les problèmes de saignement avec des médicaments, ou on peut retirer les capsules, si la femme le souhaite. (Voir page 8–17.)

EXPLIQUER LES RAISONS PRECISES DE VOIR UNE INFIRMIERE OU UN MEDECIN

Décrire les symptômes de problèmes graves qui exigent des soins médicaux. Les complications graves des implants *Norplant* sont rares. Néanmoins, une femme doit voir un médecin ou une infirmière, ou revenir au dispensaire si elle a des questions ou des problèmes, ou présente l'un des symptômes peut-être liés à des problèmes plus graves. Les implants *Norplant* peuvent éventuellement, mais pas nécessairement, causer les problèmes suivants :

- Elle pourrait être enceinte (par exemple, absence de règles après plusieurs cycles réguliers), notamment si elle présente des signes de grossesse ectopique — douleur à l'abdomen, abdomen endolori, ou étourdissement. Une femme qui présente ces signes doit immédiatement se faire soigner. (Voir ci-dessous, « Remarque sur la grossesse ectopique ».)
- Douleurs sévères au bas-ventre.
- Infection au point de pose (douleur, chaleur et rougeur), pus ou abcès.
- Saignements menstruels très abondants (le double de la normale, ou durant deux fois plus longtemps).
- Très sévères maux de tête qui débutent ou empirent après qu'elle commence à employer les implants *Norplant.*
- Peau ou yeux anormalement jaunes.

Autres raisons précises de revenir au dispensaire ou de voir un agent de santé :

- A n'importe quel moment, si elle veut faire retirer ses capsules, pour une raison quelconque.
- Au bout de 5 ans — le moment est venu de faire retirer les capsules. Elle peut, si elle le désire, obtenir une nouvelle série de capsules.

Remarque sur la grossesse ectopique : Il se produit très peu de grossesses chez les utilisatrices des implants *Norplant.* Ces derniers offrent une forte protection contre la grossesse survenant en dehors de l'utérus (grossesse ectopique), mais celle-ci arrive parfois. Quand il y a une grossesse, 1 sur 6 est ectopique. La grossesse ectopique peut être mortelle et exige un traitement immédiat. (Voir page 12–23.)

Suivi

IMPORTANT : Point n'est besoin de visite routinière de suivi jusqu'à ce que le moment soit venu de se faire retirer les implants. Cependant, il faut clairement inviter la cliente à revenir à n'importe quel moment si elle a besoin d'aide, de conseils, d'informations ou veut se faire retirer ses implants, pour une raison quelconque, qu'elle veuille ou non les remplacer par une autre méthode.

Comment aider les clientes durant une visite routinière de suivi

POSER DES QUESTIONS

Durant une visite de suivi :

1. Demander à la cliente si elle a des questions ou s'il y a quelque chose dont elle veut parler.
2. Demander à la cliente quelle est son expérience de la méthode, si est elle satisfaite et si elle a des problèmes. Si elle a des problèmes qui ne peuvent pas être résolus, retirer les capsules ou l'envoyer ailleurs pour se les faire retirer, et l'aider à choisir une autre méthode. Lui donner toutes les informations et toute l'aide dont elle a besoin et l'inviter à revenir à n'importe quel moment si elle a des questions ou des soucis. Lui rappeler combien de temps ses implants continueront à fonctionner.
3. Lui poser des questions à propos de ses saignements.
4. Lui demander si elle a eu des problèmes de santé depuis sa dernière visite.
   - Si la cliente a *une maladie active du foie, du un cancer du sein* ou si elle prend *des médicaments contre les convulsions, de la rifampicine, ou de la griséofulvine,* on trouvera des instructions aux pages 8–7 et 8–8. Le cas échéant, retirer les capsules ou l'envoyer ailleurs pour se les faire retirer, et l'aider à choisir une autre méthode.
   - Si la cliente a l'une des pathologies suivantes, voir « gestion des problèmes éventuels » (pages 8–17 et 8–20) :
     - *Saignement vaginal anormal inexpliqué* qui suggère une grossesse ou une pathologie sous-jacente.
     - *Cardiopathie imputable à un blocage d'artères, une attaque, ou des caillots sanguins (sauf des caillots superficiels).*
     - *Très sévères maux de tête.*

Gestion des problèmes éventuels

Si la cliente signale l'un quelconque des effets secondaires ordinaires des implants *Norplant* :

1. Ne pas ignorer les inquiétudes de la femme ou ne pas les prendre à la légère.
2. Si la femme est inquiète, la rassurer : tels effets secondaires ne sont généralement pas dangereux ni signes de danger.
3. Si la femme n'est pas satisfaite après un traitement et des consultations, lui demander si elle veut qu'on lui retire les capsules de *Norplant.* Dans l'affirmative, retirer les capsules, même si les problèmes que posent les implants *Norplant* ne compromettent pas sa santé. Si elle veut une nouvelle méthode, l'aider à en choisir une.

Pour ce problème :	Essayer cette suggestion :
Aménorrhée (pas de règles)	• La rassurer : l'aménorrhée est normale chez les utilisatrices d'implants *Norplant* et ne fait aucun mal. Elle n'est pas stérile. Elle n'est presque certainement pas enceinte. Le sang menstruel ne s'accumule pas dans son corps. Au contraire, son corps ne produit pas de sang menstruel, ce qui pourrait aider à empêcher l'anémie. • Si la cliente continue à juger l'aménorrhée inacceptable, retirer les implants ou l'envoyer ailleurs pour se les faire retirer. L'aider à choisir une autre méthode.
Saignotement ou saignement entre les règles pendant plusieurs mois, qui gêne la cliente	• La rassurer : le saignotement et le saignement entre les règles sont normaux et très fréquents, notamment durant les 3 à 6 premiers mois. Ils ne font aucun mal. • Si la cliente juge inacceptable le saignement et si aucune pathologie n'interdit l'oestrogène, lui offrir : – 1 cycle de contraceptifs oraux combinés à faible dose. Une pilule renfermant un oestrogène et le progestatif lévonorgestrel (le même progestatif que contiennent les implants *Norplant*) est la meilleure solution pour maîtriser le saignement. OU – de l'ibuprofène ou un autre médicament anti-inflammatoire non stéroïdien, mais PAS d'aspirine.

Pour ce problème :	Essayer cette suggestion :
Saignement ou saignotement *(suite)*	• Si l'on constate des problèmes gynécologiques, les soigner ou envoyer la cliente ailleurs. Vérifier à la présence possible d'une grossesse ectopique. – Si elle est enceinte, retirer les implants ou l'envoyer ailleurs pour les retirer. Lui dire de ne pas prendre d'aspirine. – En cas de salpingite ou de maladie sexuellement transmissible, les implants peuvent rester en place.
Saignement très abondant ou prolongé	• Rare mais doit être soigné. • Si une pathologie anormale cause un saignement prolongé ou abondant, la soigner comme il se doit ou envoyer la cliente se faire soigner ailleurs. • Sinon, traiter avec des contraceptifs oraux combinés ou des médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens — comme pour le traitement du saignotement (voir ci-dessus). On peut avoir besoin de pilules à 50 microgrammes d'oestrogène. • Vérifier la présence d'anémie. S'il y en a, la soigner ou envoyer la cliente se faire soigner ailleurs. • Indiquer les aliments qui contiennent du fer et suggérer qu'elle en consomme davantage, si possible. **Remarque :** Une évacuation utérine n'est pas nécessaire à moins qu'on ne soupçonne une pathologie qui l'exige.
Saignement vaginal anormal inexpliqué qui suggère une grossesse ou une pathologie sous-jacente	• Elle peut continuer d'employer les implants *Norplant* pendant qu'on évalue sa situation. • Lui expliquer que, d'ordinaire, les implants *Norplant* modifient les saignements vaginaux, mais ne font aucun mal. • Evaluer et traiter tout problème médical sous-jacent, ou l'envoyer se faire soigner ailleurs.
Fortes douleurs au bas-ventre	• Vérifier le présence de kystes ovariens, de follicules ovariens en torsion, de tumeur ovarienne, de salpingite, d'appendicite, de grossesse ectopique ou de rupture d'une tumeur du foie.

Pour ce problème :	Essayer cette suggestion :
Fortes douleurs au bas-ventre *(suite)*	• Si la douleur est imputable à **une grossesse ectopique**, la soigner ou envoyer la cliente se faire soigner ailleurs. Retirer les implants ou envoyer la cliente se les faire retirer ailleurs. L'aider à choisir une autre méthode. • Si la douleur est imputable à **des kystes de l'ovaire**, les implants peuvent rester en place. Rassurer la cliente : les kystes disparaissent d'eux-mêmes, d'ordinaire sans intervention chirurgicale. Pour être sûr que le problème est en voie de solution, revoir la cliente dans 3 semaines, si possible. • Si la douleur est imputable à **d'autres problèmes** : les implants peuvent rester en place. Soigner ou envoyer la cliente se faire soigner ailleurs.
Douleur après la pose des capsules	• Lui conseiller de : – S'assurer que le bandage sur le bras n'est pas trop serré. – Lui mettre un nouveau bandage sur le bras. – Eviter de faire pression sur les implants pendant quelques jours et ne jamais faire pression sur les implants s'ils sont douloureux. • Donner de l'aspirine ou un autre médicament anti-inflammatoire non stéroïdien.
Infection au site de la pose (douleur, chaleur et rougeur) ou abcès (présence de pus)	*Infection mais pas abcès ?* • Ne pas retirer les implants. • Nettoyer la zone infectée au savon et à l'eau ou à l'antiseptique. • Donner un antibiotique par voie buccale pendant 7 jours et demander à la cliente de revenir la semaine suivante. Puis, si elle ne va pas mieux, retirer les implants ou l'envoyer ailleurs.

Pour ce problème :	Essayer cette suggestion :
Infection au site de la pose (douleur, chaleur et rougeur) ou abcès (présence de pus) *(suite)*	*Abcès ?* • Préparer la zone infectée avec un antiseptique, pratiquer une incision et drainer le pus. • Retirer les implants ou envoyer à un autre établissement. • Soigner la plaie. • En cas d'importante infection cutanée, administrer une antibiotique par voie buccale pendant 7 jours.
Cardiopathie due à un blocage d'artères (cardiopathie ischémique), une attaque, ou des caillots sanguins (sauf des caillots superficiels)	• Une femme qui présente cette pathologie peut facilement commencer à employer des implants *Norplant.* Cependant, si la pathologie apparaît après qu'elle a commencé à employer les implants *Norplant,* il faut alors retirer les capsules. L'aider à choisir une autre méthode sans hormones. • Le cas échéant, l'envoyer se faire soigner dans un autre établissement.
Très sévères maux de tête (migraines), avec vision floue	• Une femme qui a des migraines peut en toute sécurité employer des implants *Norplant.* Elle doit cependant passer à une autre méthode sans hormones si ces maux de tête débutent ou empirent après qu'elle a commencé à employer des implants *Norplant* et si ces maux de tête entraînent une vision floue, un perte temporaire de vision, l'apparition de taches lumineuses ou des lignes en zig-zag, ou des troubles d'élocution ou de mouvement. • Référer, le cas échéant.

IMPORTANT : Quand une femme demande de l'aide, **s'assurer qu'on comprend bien ce qu'elle veut. Après la consultation et la discussion, lui demander directement si elle veut continuer à employer le *Norplant* ou si elle veut qu'on retire les capsules.** L'aider à prendre sa propre décision, sans exercer sur elle de pression.

Si nous ne découvrez pas quels sont ses désirs et si vous ne les respectez pas, on pourra dire que vous l'avez contrainte à continuer à employer les implants ou que vous avez refusé de retirer les capsules. Pour éviter de tels bruits, **trouvez ce que veut la cliente et faites-le.**

Implants Norplant®

Les changements de saignement vaginal sont normaux. Ils ne sont pas un signe de sanger.

Il faut faire retirer les implants 5 ans après leur pose. Ce sera en _____ (mois) 200 _____ (année).

Vous **pouvez revenir à n'importe quel moment** si vous voulez de l'aide, des conseils ou une autre méthode.

C'est **à vous qu'il appartient de décider de faire retirer les capsules** à n'importe quel moment de votre choix — pour une raison quelconque.

Revenez immédiatement si votre bras vous fait mal pendant plus de quelques jours, s'il y a une infection (douleur, chaleur et rougeur), si les capsules ressortent, si de forts maux de tête commencent ou empirent après que vous commencez à employer des implants, ou si vous pensez être enceinte, avez un saignement vaginal anormalement abondant ou de fortes douleurs au bas-ventre, ou un bas-ventre endolori, si votre peau ou vos yeux deviennent anormalement jaunes ou si vous ne vous sentez pas bien.

Les implants *Norplant* n'empêchent pas les maladies sexuellement transmissibles (MST), dont le VIH/SIDA. Si vous pensez pouvoir attraper une MST, employer régulièrement des préservatifs en même temps que les implants.

Questions et réponses

1. **Est-ce que les jeunes femmes, les femmes sans enfant et les femmes plus âgées peuvent employer les implants *Norplant* ?**

   Oui. Quel que soit leur âge, qu'elles aient ou non des enfants, toutes les femmes peuvent employer des implants *Norplant.*

2. **Est-il dangereux d'avoir des implants *Norplant* pendant plus de 5 ans ?**

   Les implants *Norplant,* en soi, ne sont pas dangereux, si on les laisse en place pendant plus de 5 ans. Il n'est cependant pas recommandé de le faire, à moins que la femme ne veuille éviter le retrait *et* n'ait pas besoin de contraception ou choisisse la stérilisation. Les implants *Norplant* perdent leur efficacité après 5 ans, et le risque de grossesse, grossesse ectopique comprise, peut augmenter à moins que la femme n'emploie une autre méthode efficace.

3. **Si une femme devient enceinte alors qu'elle porte des implants *Norplant,* doit-elle les faire retirer ?**

   C'est recommandé si elle continue sa grossesse, bien qu'on ne connaisse aucun risque pour le foetus.

4. **Est-ce que le *Norplant* cause le cancer ?**

   Non. Les implants ne causent pas le cancer. Au contraire, il se peut qu'ils aident à empêcher le cancer de l'endomètre (cancer du revêtement de l'utérus).

5. **Est-ce qu'une femme qui utilise des implants *Norplant* peut développer des kystes des ovaires ?**

   Oui. La grande majorité de ces kystes disparaissent d'eux-mêmes sans intervention chirurgicale. Si un agent de santé découvre un kyste ovarien, il doit examiner de nouveau la femme environ 3 semaines plus tard, pour s'assurer que le kyste est en voie de disparition.

6. **Est-ce qu'une femme doit subir un examen pelvien avant de pouvoir employer des implants *Norplant* ?**

   Non. Si une femme présente de ces symptômes de pathologies de l'appareil reproducteur, un examen pelvien peut aider à en faire le diagnostic. L'examen n'aide cependant pas à prendre une décision au sujet de l'emploi du *Norplant.*

7. **Est-ce que les femmes qui emploient des implants *Norplant* doivent revenir souvent se faire examiner ?**

   Non. Des visites périodiques ne sont pas nécessaires. Des visites annuelles peuvent être utiles pour d'autres soins préventifs, mais elles ne sont pas indispensables pour une femme qui porte des implants *Norplant.* Bien entendu, une femme est toujours la bienvenue si elle veut poser des questions ou si elle a des problèmes.

8. **Qu'arrive-t-il si une femme décide qu'elle veut se faire retirer les capsules avant 5 ans ?**

   Si une femme demande qu'on lui retire ses capsules avant 5 ans, elle peut s'attendre à ce qui suit :

   - On lui demandera gentiment pourquoi elle veut faire retirer les capsules.
   - On répondra clairement et précisément à ses questions et à ses soucis.
   - On la rassurera si ses problèmes ne sont pas graves.
   - Elle ne se sentira jamais l'objet de pression, de menaces ou de honte pour vouloir arrêter d'employer les implants *Norplant.*
   - Une fois la consultation terminée, on lui demandera clairement : « Voulez-vous conserver les capsules ou les faire retirer ? »
   - Si elle veut les faire retirer — quelle que soit la raison — l'agent de santé retire les capsules immédiatement ou prend des dispositions pour les faire retirer rapidement.

9. **Est-ce que les femmes grosses doivent éviter les implants *Norplant* ?**

   Non. Des études ont constaté que les femmes pesant plus de 70 kilogrammes risquent un peu plus de devenir enceintes que les femmes de moindre poids, mais les implants *Norplant* restent très efficaces pour ces femmes.

10. **Est-ce que les implants se rompent ou se déplacent dans le corps d'une femme ?**

    Non. Les capsules sont souples et ne peuvent pas se rompre sous la peau de la femme. Elles restent là où on les a posées jusqu'à ce qu'on les enlève.

11. Est-ce qu'une femme peut travailler aussitôt après la pose des capsules ?

Oui. Elle peut faire son travail habituel dès qu'elle sort du dispensaire, aussi longtemps qu'elle ne heurte pas le site de la pose ou ne l'humecte pas. Elle doit maintenir le site de la pose sec et propre pendant au moins 48 heures. Après la cicatrisation (d'ordinaire 3 ou 4 jours), on peut toucher la zone et la laver sous pression normale.

12. Existe-t-il une version des implants *Norplant* comportant juste 2 tiges au lieu de 6 capsules ?

Cette version, qu'on appelle parfois *Norplant II*, est à l'étude dans le cadre d'essais cliniques. Elle n'est pas encore disponible pour usage général. On étudie aussi un système d'implant à capsule unique, qui emploie le progestatif désogestrel. Des implants à 1 ou 2 capsules simplifieraient considérablement la pose et le retrait.

Chapitre 9

Stérilisation féminine

Eléments principaux

Méthode chirurgicale de planning familial pour les femmes qui sont sûres de ne plus vouloir d'enfants.

Très efficace.

Pratique.

Permanente.

Intervention simple et sans danger. Réalisée de préférence simplement sous anesthésie locale et sédation légère.

Pas d'effets secondaires à long terme connus. La chirurgie peut provoquer quelques complications à court terme.

La consultation et le consentement éclairé sont requis.

Chapitre 9

Stérilisation féminine

Table des matières

Introduction à la stérilisation féminine 9–3

Comment se décider au sujet de la stérilisation féminine 9–4

- Comment fonctionne-t-elle ? 9–4
- Quelle est son efficacité ? 9–4
- Avantages et inconvénients 9–4
- Liste de pointage d'éligibilité médicale 9–7

Réalisation de la stérilisation féminine 9–12

- Quand une femme peut-elle se faire stériliser ? 9–12
- Pratique de la stérilisation féminine 9–13
- Explication des soins personnels en cas de minilaparotomie ou de laparoscopie 9–16

Suivi 9–18

- Comment aider les clientes durant une visite routinière de suivi 9–18
- Gestion des problèmes éventuels 9–18

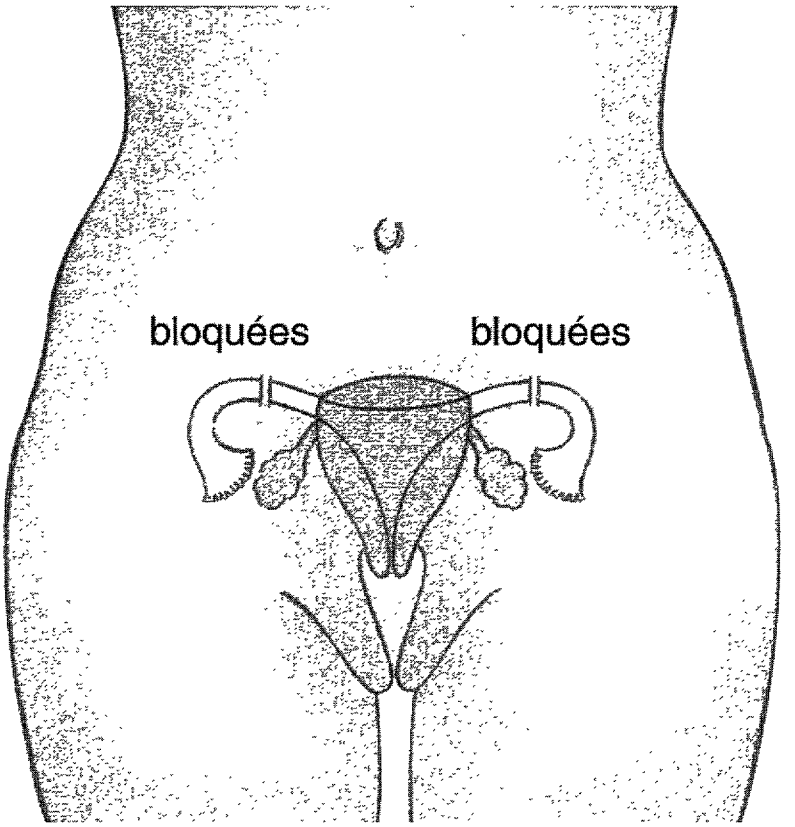
Eléments importants dont l'utilisatrice doit se rappeler 9–19

Questions et réponses 9–20

Introduction à la stérilisation féminine

- La stérilisation féminine est une méthode de contraception permanente pour les femmes qui ne veulent plus avoir d'enfants.
- C'est une intervention simple et sans danger. On peut en général la faire sous simple anesthésie locale et légère sédation. Il faut suivre les modalités prescrites de prévention de l'infection (voir page 4–10).
- Les 2 méthodes les plus employées sont la minilaparotomie et la laparoscopie. Elles sont toutes deux décrites dans le présent chapitre.
- La stérilisation féminine est également connue sous les appellations de contraception chirurgicale volontaire (CCV), de ligature des trompes (LT), de minilap et « l'opération ».

On trouvera au chapitre 10 des informations au sujet de la vasectomie, qui est la méthode permanente de planning familial pour les hommes.



146

Comment se décider au sujet de la stérilisation féminine

Comment fonctionne-t-elle ?

L'agent de santé pratique une petite incision dans l'abdomen de la femme et bloque ou coupe les 2 trompes de Fallope. Ces trompes servent au passage des ovocytes entre les ovaires et l'utérus. Quand les trompes sont bloquées, l'ovocyte de la femme ne peut pas rencontrer le spermatozoïde de l'homme. (Voir croquis, page 9–3.)

La femme continue d'avoir ses règles.

Quelle est son efficacité ?

Très efficace et permanente —

Durant la première année qui suit l'intervention : 0,5 grossesse pour 100 femmes (1 sur 200 femmes).

Dans les 10 ans qui suivent l'intervention : 1,8 grossesse pour 100 femmes (1 sur 55 femmes).

L'efficacité dépend en partie de la façon dont les trompes sont bloquées, mais les taux de grossesse sont toujours bas.

La ligature des trompes après l'accouchement est l'une des techniques les plus efficaces de la stérilisation féminine. Durant la première année qui suit l'intervention — 0,05 grossesse pour 100 femmes (1 sur 2.000 femmes). Dans les 10 ans qui suivent l'intervention — 0,75 grossesse pour 100 femmes (1 sur 133).

Avantages et inconvénients

AVANTAGES

- Très efficace.
- Permanente. Une seule intervention permet, durant toute la vie, de pratiquer sans danger un planning familial très efficace.
- Rien à se rappeler, pas besoin de produit, et pas nécessaire de revenir au dispensaire.
- Ne gêne en rien les rapports sexuels. N'affecte en rien la possiblité qu'a une femme d'avoir des rapports sexuels.
- Accroissement du plaisir sexuel car pas besoin de s'inquiéter d'une grossesse.
- Aucun effet sur l'allaitement.
- On ne connaît aucun effet secondaire à long terme ou risque pour la santé.

- La minilaparotomie peut être exécutée aussitôt après l'accouchement. (Il est préférable que la femme ait pris une décision avant le commencement du travail).
- Aide à protéger contre le cancer de l'ovaire.

INCONVENIENTS

- D'ordinaire, douloureuse au début, mais la douleur commence à s'atténuer après un jour ou deux.
- Complications peu fréquentes de l'opération :
  - infection ou saignement au site de l'incision,
  - infection ou saignement interne,
  - lésions d'organes internes.
  - risque de l'anesthésie :
    - avec l'anesthésie locale, seule ou avec sédation, risques rares de réaction allergique ou de dose trop forte.
    - avec l'anesthésie générale, parfois retard de réanimation et effets secondaires. Les complications sont plus graves qu'avec l'anesthésie locale. Risque de dose trop forte.
- Très rarement, mort imputable à une dose trop forte d'anesthésique ou à d'autres complications.
- Dans les rares cas où se produit une grossesse, elle risque plus d'être ectopique que chez une femme qui n'a pas pratiqué de contraception.
- Exige un examen physique et une petite chirurgie exécutée par un agent spécialement formé.
- Par rapport à la vasectomie, la stérilisation féminine est :
  - légèrement plus dangereuse.
  - souvent plus coûteuse, si elle n'est pas gratuite.
- L'intervention de rétablissement de la fécondité est difficile, coûteuse et non réalisable dans la plupart des endroits. On ne peut pas garantir le rétablissement de la fécondité. **Les femmes qui pourraient vouloir avoir un enfant plus tard doivent choisir une autre méthode.**
- Aucune protection contre les maladies sexuellement transmissibles (MST), y compris le VIH/SIDA.

IMPORTANT : Demander à la cliente si elle a ou peut avoir une maladie sexuellement transmissible (MST). (A-t-elle plus d'un partenaire sexuel ? Est-ce que son partenaire a plus d'une partenaire ? Est-ce qu'une telle situation pourrait se produire à l'avenir ?)

Si elle a ou risque d'avoir une MST, lui conseiller vivement d'employer régulièrement des préservatifs. Lui en donner. Elle peut quand même recourir à la stérilisation.

Emploi de la liste de pointage d'éligibilité médicale

La liste des pages 9–7 à 9–10 est destinée à vérifier si la cliente présente des pathologies médicales ***connues*** *qui limitent quand, où, ou comment réaliser la stérilisation.*

On doit se servir de la liste de pointage après que la cliente a décidé qu'elle ne voudra plus avoir d'enfants et a choisi la stérilisation. Elle ne doit pas servir à remplacer les consultations.

Les questions de la liste se réfèrent à ***des pathologies connues****. En règle générale, on peut apprendre l'existence de ces pathologies en interrogeant la cliente. D'ordinaire, point n'est besoin d'effectuer des tests de laboratoire spéciaux pour éliminer la possibilité de leur existence.*

► **Aucune pathologie médicale n'empêche une femme de se faire stériliser.** Certaines pathologies ou circonstances justifient cependant **un retard, un recours ou de la prudence**. Elles sont indiquées dans la liste.

RETARD signifie qu'on attend pour effectuer la stérilisation. Ces pathologies doivent être soignées et guéries avant qu'on puisse procéder à la stérilisation. Il faut alors fournir des méthodes temporaires.

RECOURS signifie qu'on envoie la cliente à un centre où un chirurgien et un personnel compétents peuvent effectuer l'opération dans un cadre doté d'un matériel d'anesthésie générale et d'autres installations d'appoint. Il faut fournir des méthodes temporaires. (C'est ce que l'OMS appelle les « conditions spéciales »).

PRUDENCE signifie que l'intervention peut se faire dans un cadre ordinaire mais avec des préparatifs et des précautions supplémentaires, en fonction de la situation.

► **Si aucune pathologie n'exige un retard ou un renvoi, on peut effectuer la stérilisation féminine dans les situations ordinaires suivantes :**

Minilaparotomie : Dans des maternités et des centres de soins de santé de base, où on peut effectuer une opération. Il s'agit d'installations permanentes ou temporaires qui peuvent, le cas échéant, envoyer la cliente se faire soigner ailleurs.

Laparoscopie : elle exige un centre mieux équipé, où la laparoscopie est effectuée régulièrement et où on peut disposer des services d'un anesthésiste.

LISTE DE POINTAGE D'ELIGIBILITE MEDICALE

Stérilisation féminine

Poser à la cliente les questions ci-après. Si elle répond NON à TOUTES les questions, on peut alors procéder sans plus attendre à la stérilisation dans un cadre ordinaire. Si elle répond OUI à une question ci-dessous, suivre les instructions.

1. Avez-vous des pathologies ou problèmes de gynécologie/obstétrique (problèmes féminins), tels que grossesse, infection, cancer ? Quels problèmes ?

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Si elle a l'un des problèmes suivants, **RETARDER** la stérilisation et traiter s'il le faut, ou envoyer à un autre établissement :

- grossesse,
- accouchement récent ou avortement après second trimestre (7–42 jours),
- graves complications après accouchement ou avortement (par exemple, infection ou hémorragie) sauf rupture ou perforation de l'utérus (voir ci-dessous),
- pré-éclampsie/éclampsie grave,
- saignement vaginal inexpliqué qui laisse supposer un état grave,
- salpingite durant les 3 derniers mois,
- maladie sexuellement transmissible (MST) active,
- cancers pelviens (le traitement peut la rendre stérile),
- maladie trophoblastique maligne.

▶Si elle a l'une quelconque des pathologies suivantes, l'**ENVOYER** à un centre doté d'un personnel compétent et d'un matériel spécialisé où on peut soigner les problèmes éventuels :

- utérus fixé imputable à une intervention chirurgicale ou à une infection antérieures,
- endométriose,
- hernie (ombilicale ou de la paroi abdominale),
- rupture ou perforation de l'utérus ou perforation de l'utérus après avortement.

(Suite à la page suivante)

► Si elle a l'une quelconque des pathologies suivantes, user de **PRUDENCE** :

- salpingite depuis la dernière grossesse,
- cancer actuel du sein,
- fibromes de l'utérins.

2. Avez-vous des problèmes cadiovasculaires, tels que problèmes cardiaques, attaque, tension artérielle élevée ou complications cardiovasculaires du diabète ? Lesquels ?

☐ Non ☐ **Oui** ► Si elle a ce qui suit, **RETARDER** la stérilisation :

- cardiopathie grave imputable à un blocage d'artères,
- thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire.

► Si elle a l'une quelconque des pathologies suivantes, l'**ENVOYER** à un centre doté d'un personnel compétent et d'un matériel spécialisé où on peut soigner les problèmes éventuels :

- tension artérielle modérément à fortement élevée (160/100 mm ou plus),
- maladie vasculaire, y compris liée au diabète,
- valvulopathie compliquée.

► Si elle présente l'une des pathologies suivantes, user de **PRUDENCE** :

- tension artérielle modérément élevée (140/90 mm – 159/99 mm),
- antécédents de forte tension artérielle quand on peut l'évaluer, ou tension artérielle suffisamment maîtrisée quand on ne peut pas l'évaluer,
- antécédent d'attaque ou de cardiopathie imputable à un blocage d'artères,
- valvulopathie sans complications.

3. Etes-vous atteinte de maladies chroniques ou d'une autre pathologie ? Lesquelles ?

☐ Non ☐ **Oui** ►Si elle présente l'une des pathologies suivantes, **RETARDER** la stérilisation :

- maladie de la vésicule, symptomatique,
- hépatite virale active,
- anémie ferriprive profonde (moins de 7 g d'hémoglobine/dl),
- maladie pulmonaire grave (bronchite ou pneumonie),
- infection systémique ou gastroentérite importante,
- infection cutanée sur l'abdomen,
- chirurgie abdominale realisée en urgence ou infection au moment choisi pour la stérilisation, ou importante intervention chirurgicale avec immobilisation prolongée,
- maladie en cours liée au SIDA.

►Si elle présente l'une quelconque des pathologies suivantes, la **DIRIGER** vers un centre doté d'un personnel expérimenté et muni du matériel permettant de faire face aux problèmes éventuels suivants :

- cirrhose grave du foie,
- diabète depuis plus de 20 ans,
- hyperthyroïdie,
- coagulation anormale (le sang ne coagule pas),
- maladie pulmonaire chronique,
- tuberculose pelvienne,
- schistosomiase avec fibrose grave du foie.

(Suite à la page suivante)

► Si elle présente l'une des pathologies suivantes, user de **PRUDENCE** :

- épilepsie ou administration de médicaments pour les convulsions (phénytoine, carbamazépine, barbituriques, primidone),
- administration d'antibiotiques (rifampicine ou griséofulvine),
- diabète sans maladie vasculaire,
- hypothyroïdie,
- cirrhose légère du foie, tumeurs du foie, ou schistosomiase avec fibrose hépatique (est-ce qu'elle a les yeux ou la peau anormalement jaunes ?),
- anémie ferriprive modérée (7-10 g d'hémoglobine/dl),
- drépanocytose,
- anémie congénitale,
- maladie des reins,
- hernie du diaphragme,
- carence nutritionnelle grave (est-elle extrêmement mince ?),
- obésité (a-t-elle un poids fort exagéré ?),
- chirurgie abdominale élective au moment où elle souhaite se faire stériliser,
- jeune âge.

Assurez-vous que vous expliquez bien à la cliente les bénéfices de la méthode qu'elle a choisie pour sa santé, de même que les risques d'effets secondaires éventuels. Précisez-lui également, si nécessaire, quelles sont les conditions susceptibles de rendre la méthode peu souhaitable dans son cas particulier.

La plupart des femmes peuvent se faire stériliser

En règle générale, la plupart des femmes qui veulent se faire stériliser PEUVENT subir sans danger des interventions efficaces dans des cadres habituels.* Avec de bons conseils et un consentement informé, la stérilisation peut être utilisée en toutes circonstances par des femmes qui :

- n'ont pas d'enfants (avec de bons conseils et un consentement informé),
- viennent d'accoucher (durant les 7 derniers jours),
- allaitent.

En outre, les femmes qui se trouvent dans les situations suivantes PEUVENT se faire stériliser en toutes circonstances dans un cadre habituel :

- éclampsie légère,
- antécédents de grossesse ectopique,
- tumeurs ovariennes bénignes,
- saignements vaginaux irréguliers ou abondants, règles douloureuses,
- vaginite sans cervicite purulente,
- varices,
- séropositivité ou risque élevé de VIH ou d'autre infection par MST,
- schistosomiase sans complications,
- paludisme,
- tuberculose (non pelvienne),
- césarienne (accouchement chirurgical en même temps).

* Les caractéristiques et les pathologies citées dans l'encadré rentrent dans la catégorie « accepté » de l'OMS. Voir Appendice A, page A–1.

Réalisation de la stérilisation féminine

IMPORTANT : Une femme qui envisage de se faire stériliser doit recevoir de bons conseils.

Un dispensateur sympathique, qui sait écouter, répondre aux questions, donner des informations claires et pratiques au sujet de l'intervention, notamment de son caractère permanent, aidera la femme à faire un choix informé et à devenir une utilisatrice satisfaite de la méthode. De bons conseils peuvent aider à s'assurer qu'elle n'aura pas de regrets plus tard.
(Voir page 9/10–2.)

Durant la consultation, le dispensateur doit mentionner les 6 éléments du consentement informé (voir page 9/10–1). Certains programmes exigent que la cliente et le dispensateur signent un formulaire de consentement informé.

C'est à la femme elle-même qu'il appartient de prendre une décision au sujet de la stérilisation. En règle générale, si une femme est mariée, il est préférable qu'elle et son mari se mettent d'accord au sujet de la stérilisation.

Cependant, la décision ne peut pas être prise en son nom par son mari, par un dispensateur de soins de santé, par un membre de sa famille ou par quiconque d'autre. Les agents de planning familial ont le devoir de s'assurer que la décision prise par une femme au sujet de la stérilisation n'est pas le résultat de pressions ou n'est pas imposée par qui que ce soit. Les dispensateurs peuvent et doivent aider une femme à réfléchir. Si elle décide de ne pas pratiquer la stérilisation, les dispensateurs doivent respecter sa décision. En même temps, ils ne doivent pas imposer des règles rigides qui refusent la stérilisation à certaines femmes qui la demandent — il s'agit, par exemple, de règles selon lesquelles les femmes doivent être mariées ou avoir un certain nombre d'enfants, ou encore être d'un certain âge.

Quand une femme peut-elle se faire stériliser ?

Une femme peut se faire stériliser à pratiquement n'importe quel moment si :

- elle décide de ne plus vouloir d'enfants ou, si elle n'en a pas, de n'en vouloir jamais, et
- elle est raisonnablement certaine de ne pas être enceinte. (Voir page 4–6.)

Ces moments peuvent être :

- immédiatement après l'accouchement ou dans les 7 jours suivants (stérilisation uniquement par minilaparotomie), si elle a fait volontairement, à l'avance, un choix informé ;
- 6 semaines ou plus après l'accouchement ; ou
- aussitôt après un avortement (dans les 48 heures), si elle a pris volontairement à l'avance une décision en ce sens ; et
- à n'importe quel autre moment, mais PAS entre 7 jours et 6 semaines après l'accouchement.

Pratique de la stérilisation féminine

La pratique d'une stérilisation féminine exige une formation préalable, suivie de séances sous encadrement direct. La description ci-après n'est donc qu'un résumé, et ne donne pas d'instructions détaillées. Tous les dispensateurs de planning familial doivent comprendre les modalités de l'intervention et pouvoir en parler avec leurs clients, femmes et hommes.

La minilaparotomie

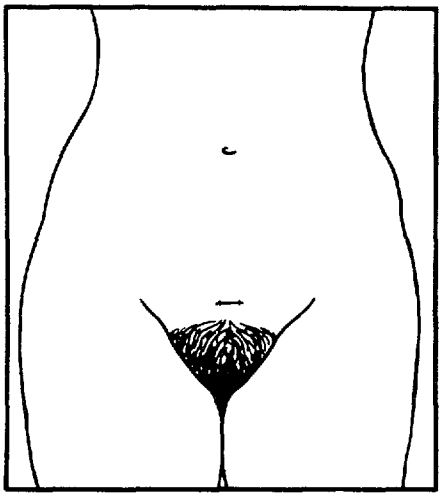
La description ci-après est celle d'une intervention *à distance*, effectuée plus de 6 semaines après l'accouchement. L'intervention postpartum, effectuée moins de 7 jours après l'accouchement, est légèrement différente.

1. L'exécutant utilise des modalités appropriées de prévention de l'infection.
2. L'exécutant pose des questions portant sur les antécédents et la situation actuelle de santé de la femme, procède à un examen physique et examine le pelvis. Il s'agit de s'assurer que l'intervention n'entraîne aucun danger.
3. D'ordinaire, la femme est mise sous sédation légère (oralement ou par voie intraveineuse) pour la détendre. On injecte un anesthésique local dans la paroi abdominale, juste au-dessus de la ligne des poils pubiens. Elle reste éveillée. On pratique dans la zone anesthésiée une petite incision (2 à 5 cm), qui d'habitude est indolore.
4. On élève l'utérus, et on le tourne au moyen d'un instrument (élévateur utérin) pour amener les 2 trompes de Fallope au niveau de l'incision. Il peut en résulter un certain inconfort.
5. On noue et sectionne alors chaque trompe, ou on les obture au moyen d'une pince ou d'un anneau.

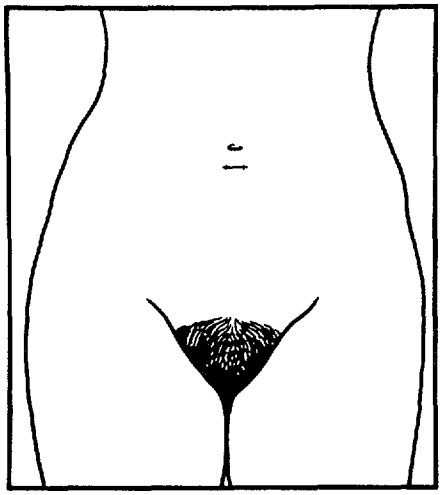
6. On referme l'incision avec des points de suture et on la recouvre de bandes adhésives.
7. On dit à la femme ce qu'elle doit faire à sa sortie du dispensaire ou de l'hôpital (voir page 9–16). D'ordinaire, elle peut partir de l'hôpital au bout de quelques heures.

LA LAPAROSCOPIE

1. L'exécutant utilise des modalités appropriées de prévention de l'infection.
2. L'exécutant pose des questions portant sur les antécédents et la situation actuelle de santé de la femme, procède à un examen physique et examine le pelvis. Il s'agit de s'assurer que l'intervention n'entraîne aucun danger.
3. D'ordinaire, la femme est mise sous sédation légère (oralement ou par voie intraveineuse) pour la détendre. On injecte un anesthésique local juste au-dessous du nombril. La femme reste éveillée. Le médecin enfonce dans l'abdomen de la femme une aiguille spéciale qui lui permet d'insuffler du gaz ou de l'air. Cette opération élève la paroi de l'abdomen, qui ne touche plus désormais les organes internes.
4. Le médecin pratique une petite incision (d'environ 2 cm) juste au-dessous du nombril de la femme et insère un laparoscope. Un laparoscope est un tube spécial, long et mince, qui renferme des lentilles. Grâce à ces lentilles, le médecin peut voir l'intérieur du corps et trouver les 2 trompes de Fallope.
5. Le médecin fait passer un instrument dans le laparoscope (ou, moins fréquemment, par une deuxième incision) pour bloquer les trompes. Chaque trompe est obturée avec une pince, un anneau, ou par électro-coagulation (un courant électrique brûle et bloque la trompe).
6. Une fois les trompes obturées, on retire l'instrument et le laparoscope. On fait sortir le gaz ou l'air de l'abdomen de la femme. On referme l'incision avec des points de suture et on la recouvre de bandes adhésives.
7. On dit à la femme ce qu'elle doit faire à sa sortie du dispensaire ou de l'hôpital (voir page 9–16). En règle générale, elle peut partir au bout de quelques heures.



La stérilisation féminine par mini-laparotomie comporte une petite incision juste au-dessus des poils pubiens.



La stérilisation féminine par laparoscopie comporte d'ordinaire une petite incision juste au-dessous du nombril.

L'ANESTHESIE LOCALE EST PREFERABLE POUR LA STERILISATION FEMININE

Avec ou sans sédation légère, l'anesthésie locale est la meilleure formule.

- Elle est moins dangereuse que l'anesthésie générale, rachidienne ou péridurale.
- Elle permet à la femme de partir plus tôt du dispensaire ou de l'hôpital.

Les agents de santé peuvent expliquer à l'avance à une femme qu'elle court moins de danger si elle reste éveillée durant l'intervention. Durant celle-ci, les intervenants lui parlent et, en cas de besoin, la rassurent.

On utilise un grand nombre d'anesthésiques et de sédatifs. Le dosage de l'anesthésique doit être modulé en fonction du poids du corps.

Il se peut qu'il faille recourir, dans certains cas, à une anesthésie générale. On trouvera dans la « liste de pointage d'éligibilité médicale », pages 9–7 à 9–10, une indication des situations médicales qui exigent le recours à un centre capable de réaliser une anesthésie générale.

Explication des soins personnels en cas de minilaparotomie ou de laparoscopie

AVANT L'INTERVENTION, LA FEMME DOIT :

- S'abstenir de manger ou de boire 8 heures avant l'intervention ;
- Ne prendre aucun médicament 24 heures avant l'intervention (à moins que le médecin traitant ne lui dise de le faire) ;
- Se laver soigneusement dans la soirée la veille de l'intervention, en veillant notamment à la propreté du ventre, de la zone génitale et de la partie supérieure des jambes ;
- Porter si possible des vêtements propres et lâches pour se rendre à l'établissement de santé ;
- Ne pas mettre de vernis à ongle et ne pas porter de bijoux pour se rendre à l'établissement de santé ; et
- Si possible, se faire accompagner par une amie ou une parente pour l'aider à rentrer chez elle.

APRES L'INTERVENTION, LA FEMME DOIT :

- Se reposer pendant 2 ou 3 jours et éviter de soulever des objets lourds pendant une semaine ;
- Maintenir la propreté de l'incision, qui doit rester sèche pendant 2 ou 3 jours ;
- Veiller à ne pas frotter ou irriter l'incision pendant 1 semaine ;
- Prendre au gré des besoins, du paracétamol (*Tylenol*, acétominophène, *Panadol*) ou un autre analgésique inoffensif disponible localement. Il est rare qu'il faille recourir à un analgésique plus puissant. La femme ne doit **pas** prendre de l'aspirine ou de l'ibuprofène, qui ralentissent la coagulation du sang.
- Ne pas avoir de rapports sexuels pendant au moins 1 semaine. Si la douleur dure plus d'une semaine, elle doit s'abstenir de rapports sexuels jusqu'à ce que la douleur disparaisse.

EXPLIQUER LES RAISONS PRECISES DE VOIR UNE INFIRMIERE OU UN MEDECIN

Une femme doit revenir au dispensaire **pour l'une quelconque des raisons suivantes :**

- Pour une visite de suivi, si possible, dans les 7 jours suivants ou au moins dans les 2 semaines suivantes pour se faire enlever les points de suture, le cas échéant. Le suivi peut aussi se faire à domicile ou dans un autre dispensaire.

- Elle a des questions ou problèmes.
- Elle doit revenir immédiatement si elle a :
  - une forte fièvre (plus de 38°C) durant les 4 premières semaines et notamment pendant la première semaine, ou
  - du pus ou un saignement de la cicatrice, ou
  - des douleurs abdominales, un échauffement, un gonflement, une rougeur de la cicatrice, qui empirent ou ne s'arrêtent pas (signes d'infection), ou
  - des douleurs abdominales, des crampes ou une sensibilité à la pression qui empirent ou ne s'arrêtent pas, ou
  - la diarrhée, ou
  - une syncope ou des étourdissements prononcés.

  Si elle ne peut pas se rendre rapidement au dispensaire, elle doit voir immédiatement un autre médecin ou une autre infirmière.
- Elle pense qu'elle pourrait être enceinte. Les premièrs symptômes de grossesse sont :
  - l'absence de règles,
  - des nausées, et
  - des seins sensibles à la pression.

  Elle doit venir **immédiatement** au dispensaire si elle présente *aussi* des signes de grossesse **ectopique** éventuelle :
  - douleur au bas-ventre ou sensibilité d'un côté du ventre,
  - saignement vaginal anormal ou insolite, ou
  - syncope (indiquant un état de choc).

Remarque sur la grossesse ectopique : Les femmes qui se font stériliser tombent rarement enceintes. Mais, en cas de grossesse, celle-ci risque plus d'être ectopique que la grossesse ordinaire. La grossesse ectopique peut entraîner la mort. Elle exige un traitement immédiat. (Voir page 12–23.)

Suivi

Comment aider les clientes durant une visite routinière de suivi

IMPORTANT : Une visite de suivi dans les 7 jours suivants ou, à tout le moins, dans les 2 semaines suivantes est vivement recommandée. Un agent de santé examine le site de l'incision, recherche des signes de complications, et enlève les points de suture. Ce travail peut être fait au dispensaire, au domicile de la cliente (par un agent paramédical spécialement formé, par exemple) ou dans un autre centre de santé. Cependant, aucune femme ne doit se voir refuser la stérilisation parce qu'il n'est pas possible d'organiser une visite de suivi.

Poser des questions

Demander à la cliente si elle a des questions, si elle veut parler de quoi que ce soit, et si elle est satisfaite. Lui donner les informations et l'aide dont elle a besoin et l'inviter à revenir à n'importe quel moment si elle a des questions ou des problèmes.

Gestion des problèmes éventuels

Si, durant le rétablissement et la guérison, une femme a de vives douleurs, un échauffement, une gonflement ou une rougeur au site de l'incision ou près de celui-ci, elle doit revenir au dispensaire. En ce cas, un agent de santé doit l'examiner pour voir si elle présente **une infection** ou **un abcès.**

Pour ce problème :	Donner le traitement suivant :
Infection (pus, échauffement, douleur ou rougeur causés par des bactéries ou d'autres germes)	1. Nettoyer le site au savon et à l'eau ou à l'antiseptique. 2. Administrer des antibiotiques par voie buccale pendant 7 à 10 jours.
Abcès (poche de pus sous la peau causé par une infection)	1. Nettoyer le site à l'antiseptique. 2. Inciser et vider l'abcès. 3. Soigner la blessure. 4. En cas d'infection cutanée importante, administrer des antibiotiques par voie buccale pendant 7 à 10 jours.

Stérilisation féminine

Méthode permanente de planning familial. Une femme doit bien réfléchir et décider qu'elle ne voudra jamais avoir d'autres enfants. Elle peut alors choisir la stérilisation.

Très efficace.

Intervention chirurgicale simple et sans danger.

Après l'intervention :

- Se reposer pendant quelques jours.
- Eviter pendant une semaine d'effectuer des travaux pénibles ou de soulever des objets lourds.
- Vous pouvez ressentir des douleurs pendant quelques jours. Vous pouvez prendre l'analgésique paracétamol (*Panadol, Tylenol*) mais pas d'aspirine ou d'ibuprofène.

Vous pouvez **revenir à n'importe quel moment** si vous avez besoin d'aide ou de conseils, ou si vous avez des questions ou des problèmes.

Revenez immédiatement si vous avez de la fièvre ; un saignement ou du pus autour de la cicatrice ; des douleurs, un échauffement, un gonflement ou une rougeur de la cicatrice qui empirent ou ne s'arrêtent pas.

Revenez si vous pensez être enceinte. Revenez **immédiatement** si votre bas-ventre est douloureux ou sensible, ou en cas d'hémorragie insolite et/ou de syncope.

La stérilisation n'empêche *pas* les maladies sexuellement transmissibles (MST), y compris le VIH/SIDA. Si vous pensez que vous pourriez avoir ou attraper une MST servez-vous régulièrement de préservatifs en parallèle avec la stérilisation.

Questions et réponses

1. **Est-ce que la stérilisation modifie les règles ou fait arrêter les saignements menstruels ?**

   Non. La plupart des études ne constatent aucun changement de règles après la stérilisation. Cependant, le saignement peut changer si la femme employait une méthode hormonale ou un DIU avant la stérilisation. Par ailleurs, les règles perdent d'ordinaire leur régularité au fur et à mesure que la femme vieillit.

2. **Est-ce que la stérilisation fait perdre à la femme ses moyens sexuels ? Va-t-elle s'affaiblir et grossir ?**

   Non. Après la stérilisation, une femme garde le même aspect physique et a les mêmes réactions psychologiques qu'auparavant. Elle peut avoir des rapports sexuels comme avant. Elle peut observer une amélioration de sa sexualité puisqu'elle n'a pas à s'inquiéter de devenir enceinte. Elle sera aussi vigoureuse qu'auparavant.

3. **Est-ce que l'opération de stérilisation est douloureuse ?**

   On administre à la femme un anesthésique local pour arrêter la douleur, et la plupart des femmes restent éveillées. Souvent, elle éprouve quelques légères douleurs. Un femme peut avoir conscience des mouvements de l'exécutant qui déplace son utérus et ses trompes, ce qui peut l'incommoder. Il est possible que la laparoscopie cause moins de douleurs que la minilaparotomie. Si on dispose d'un anesthésiste ou d'un anesthésiologiste qualifié, et du matériel approprié, on peut envisager une anesthésie générale dans le cas des femmes qui ont très peur de la douleur.

   La minilaparotomie postpartum (aussitôt après l'accouchement) exige moins de déplacement de l'utérus. Elle est donc moins douloureuse et plus rapide que les interventions qui sont faites à d'autres moments.

   Une femme peut se sentir endolorie et affaiblie pendant plusieurs jours, voire quelques semaines, après l'intervention, mais elle retrouve rapidement sa vigueur.

4. **N'est-il pas plus facile pour la femme et pour l'exécutant d'utiliser l'anesthésie générale ? Pourquoi employer l'anesthésie locale ?**

L'anesthésie locale est moins dangereuse. L'anesthésie générale présente plus de dangers que l'opération de stérilisation proprement dite. Après une anesthésie générale, les femmes sont souvent prises de nausées, ce qui n'arrive pas après une anesthésie locale.

La bonne utilisation de l'anesthésie locale élimine la plus grande source de risques de la stérilisation féminine. Cependant, quand ils ont recours à l'anesthésie locale, les exécutants doivent veiller à ne pas exagérer la dose de sédatifs. Ils doivent aussi traiter la femme avec douceur et lui parler pendant toute l'intervention, ce qui l'aide à rester calme. On peut éviter l'emploi de sédatifs avec de nombreuses clientes, notamment dans le cadre de bonnes consultations confiées à un agent qualifié.

5. **Est-ce que la stérilisation cesse de fonctionner après un certain temps ? Est-ce qu'une femme qui s'est fait stériliser doit s'inquiéter à propos de nouvelles grossesses ?**

En règle générale, non. La stérilisation féminine doit être considérée comme permanente. Cependant, les taux d'échec sont sans doute plus élevés qu'on ne le pensait. Une importante étude qui vient d'être faite aux Etats-Unis a constaté que, dans les 10 années qui suivent la stérilisation, le risque de grossesse est d'environ 1,8 pour 100 femmes — soit 1 pour 55 femmes. Le risque d'échec de la stérilisation est plus grand chez les jeunes femmes car elle sont plus fécondes que leurs aînées. Par ailleurs, certaines méthodes de blocage des trompes donnent de meilleurs résultats que d'autres. Les méthodes qui enlèvent une partie des trompes donnent de meilleurs résultats que l'emploi de pinces à ressort ou que l'électrocoagulation bipolaire (à l'électricité). L'efficacité est également fonction de l'habileté de l'opérateur.

La même étude a constaté qu'après la stérilisation une grossesse sur 3 est ectopique. Si une femme qui a subi une stérilisation pense être enceinte ou a une grossesse ectopique, elle doit immédiatement se faire soigner.

6. **La grossesse est rare après la stérilisation féminine, mais pourquoi se produit-elle ?**

La raison la plus fréquente est que la femme était *déja enceinte au moment de la stérilisation.* Il peut aussi se produire une grossesse si l'exécutant a pris une autre structure du corps pour les trompes de Fallope et a effectué un blocage ou une coupure au mauvais endroit. Dans d'autres cas, la grossesse se produit parce que les pinces placées sur les trompes s'ouvrent, parce que les extrémités des trompes repoussent et se ressoudent, ou parce qu'apparaissent sur les trompes des ouvertures anormales, qui permettent aux spermatozoïdes de rencontrer l'ovocyte.

7. **Est-ce qu'une femme peut rétablir sa fécondité après une stérilisation ?**

Une intervention chirurgicale qui rétablit la fécondité après la stérilisation n'est possible que pour certaines femmes — celles qui ont encore une longueur suffisante de trompes. Même parmi ces femmes, une intervention de rétablissement ne conduit pas toujours à une grossesse. L'intervention est difficile, coûteuse et difficile à obtenir. S'il y a grossesse, le risque de grossesse ectopique s'en trouve accru. La stérilisation doit donc être considérée comme étant **permanente**. Les personnes qui peuvent vouloir d'autres enfants doivent choisir une autre méthode de planning familial.

8. **Est-il préférable que l'homme ait une vasectomie ou que la femme se fasse stériliser ?**

Chaque couple doit décider lui-même quelle méthode lui convient le mieux. Ce sont deux méthodes très efficaces, permanentes et sans danger pour les couples qui ne veulent plus avoir d'enfants. La vasectomie est plus simple et offre moins de danger. Elle est moins coûteuse et un peu plus efficace (après les 20 premières éjaculations ou les 3 premiers mois). En théorie, un couple doit envisager les deux méthodes. Si elles sont toutes deux acceptables pour le couple, il doit préférer la vasectomie, pour des raisons médicales.

9. **Faut-il offrir la stérilisation uniquement aux femmes qui ont un certain nombre d'enfants ou qui ont atteint un certain âge ?**

Non. Les agents de santé ne doivent pas limiter l'accès à la stérilisation féminine à cause de règles rigides concernant l'âge de la femme, son nombre d'enfants, ou l'âge de son dernier-né. Chaque femme doit pouvoir décider elle-même si elle ne veut plus d'enfants, et si elle doit ou non se faire stériliser.

La consultation a pour importante raison d'être d'aider une femme à bien réfléchir avant de prendre sa décision. Par exemple, les dispensateurs de planning familial peuvent l'aider à songer à des changements éventuels de son existence (par exemple, un changement de partenaire ou la perte d'enfants) et à voir comment ces changements se répercutent sur sa décision. (Voir page 9/10–2.)

10. Comment l'agent de santé peut-il aider une femme à prendre une décision concernant sa stérilisation ?

- En fournissant des informations claires et équilibrées au sujet de la stérilisation féminine et d'autres méthodes de planning familial.
- En parlant dans le détail de son attitude à l'égard des enfants et de son désir de mettre un terme à sa fécondité.
- Si possible, en prenant des dispositions pour qu'elle s'entretienne avec des femmes qui se sont déjà fait stériliser.
- En rappelant les 6 éléments du consentement informé, pour s'assurer que la femme comprend bien l'intervention de stérilisation. (Voir page 9/10–1.)

11. Comment les agents de santé qui n'effectuent pas l'opération de stérilisation peuvent-ils aider les femmes à la subir ?

- En se renseignant pour savoir où les stérilisations féminines ont lieu dans la région et en mettant sur pied un système de renvois.
- En trouvant la possibilité de recevoir une formation leur permettant d'effectuer la stérilisation féminine.
  Pour de plus amples informations au sujet de la formation, contacter :
  - les établissements de formation du pays.
  - **AVSC International**, 440 Ninth Avenue, New York, New York 10001, USA.
  - **The Johns Hopkins Program for International Education in Reproductive Health (JHPIEGO)**, Brown's Wharf, 1615 Thames Street, Suite 200, Baltimore, Maryland 21231, USA.
  - **Pathfinder International**, 9 Galen Street, Suite 217, Watertown, Massachusetts 02172, USA.

Les 6 éléments du consentement informé

Pour faire un choix informé au sujet de la stérilisation, la cliente doit comprendre ce qui suit :

1. **Des contraceptifs temporaires sont également à la disposition** de la cliente et de son partenaire.
2. La stérilisation volontaire est une **intervention chirurgicale**.
3. L'intervention entraîne certains **risques** et aussi des **avantages**. (Ces risques et avantages doivent être expliqués d'une façon que puisse comprendre la cliente.)
4. Si elle réussit, l'opération **empêchera la cliente d'avoir d'autres enfants**.
5. L'opération est considérée comme ayant un caractère **permanent et ne peut sans doute pas être inversée.**
6. **La cliente peut décider de ne pas subir l'opération à n'importe quel moment** avant celle-ci (sans pour autant perdre ses droits à d'autres services ou prestations d'ordre médical, sanitaire ou autre).

Parce que la stérilisation est permanente

Une femme ou un homme qui envisagent la stérilisation doivent bien réfléchir : « Se pourrait-il que je veuille avoir d'autres enfants à l'avenir ? » Les agents de santé peuvent aider le client ou la cliente à réfléchir à cette question et à faire un choix informé. Si la réponse est « Oui, je pourrais vouloir d'autres enfants », une autre méthode de planning familial serait préférable.

▶ **Questions susceptibles d'aider. Le dispensateur peut demander** :

- « Voulez-vous avoir plus tard d'autres enfants ? »
- « Dans la négative, pensez-vous que vous pourriez éventuellement changer d'idée ? Qu'est-ce qui pourrait vous faire changer d'idée ? Supposez qu'un de vos enfants meure ? Supposez que vous perdiez votre conjoint et que vous vous remariez ? »
- « Avez-vous parlé de la stérilisation avec votre conjoint ? »
- « Est-ce que votre conjoint peut vouloir d'autres enfants plus tard ? »
- « Pensez-vous que votre conjoint puisse changer d'avis plus tard ? »

Il faut peut-être encourager les clientes qui ne peuvent pas répondre à ces questions à réfléchir de nouveau à leurs décisions concernant la stérilisation.

▶ **Veiller particulièrement aux éléments suivants :**

De façon générale, ceux qui risquent le plus de regretter la stérilisation présentent les caractéristiques suivantes :

- jeunes,
- peu ou pas d'enfants,
- n'ont pas parlé de stérilisation au conjoint,
- le conjoint s'oppose à la stérilisation,
- célibataires,
- ont des problèmes conjugaux.

En outre, dans le cas d'une femme, juste après l'accouchement ou un avortement sont une excellente occasion de se faire stériliser sans danger : or, les femmes stérilisées à ce moment-là sont celles qui risquent le plus de le regretter ultérieurement. Des consultations détaillées durant la grossesse et une décision prise par la femme *avant* le travail et l'accouchement aident à éviter des regrets.

▶ **Le choix incombe à la cliente.**

Aucune de ces caractéristiques n'élimine la stérilisation. Il ne **faut pas refuser la stérilisation** aux personnes qui présentent ces caractéristiques. Mais les agents de santé doivent veiller tout particulièrement à ce que les personnes présentant ces caractéristiques fassent des choix informés et mûrement réfléchis.

Chapitre 10

Vasectomie

Eléments principaux

Méthode chirurgicale de planning familial pour les hommes qui sont sûrs de ne plus vouloir d'enfants.

Très efficace.

Pratique.

Permanente.

Aucun effet sur la sexualité ou les sensations sexuelles.

Aucun effet à long terme connu.

Intervention sans danger et simple. Peut être exécutée en quelques minutes dans un dispensaire ou un cabinet.

Pleinement efficace après au moins 20 éjaculations ou 3 mois. En attendant, l'homme doit employer des préservatifs ou sa partenaire doit utiliser une autre méthode.

La consultation et le consentement éclairé sont requis.

Chapitre 10

Vasectomie

Table des matières

Introduction à la vasectomie 10–3

Comment décider d'avoir une vasectomie 10–4

- Comment fonctionne-t-elle ? 10–4
- Quelle est son efficacité ? 10–4
- Avantages et inconvénients 10–4
- Liste de pointage d'éligibilité médicale 10–8

Réalisation d'une vasectomie 10–10

- Quand un homme peut-il avoir une vasectomie ? 10–11
- Pratique de la vasectomie 10–11
- Explication des soins personnels 10–12

Suivi 10–14

- Comment aider les clients durant une visite routinière de suivi 10–14
- Gestion des problèmes éventuels 10–14

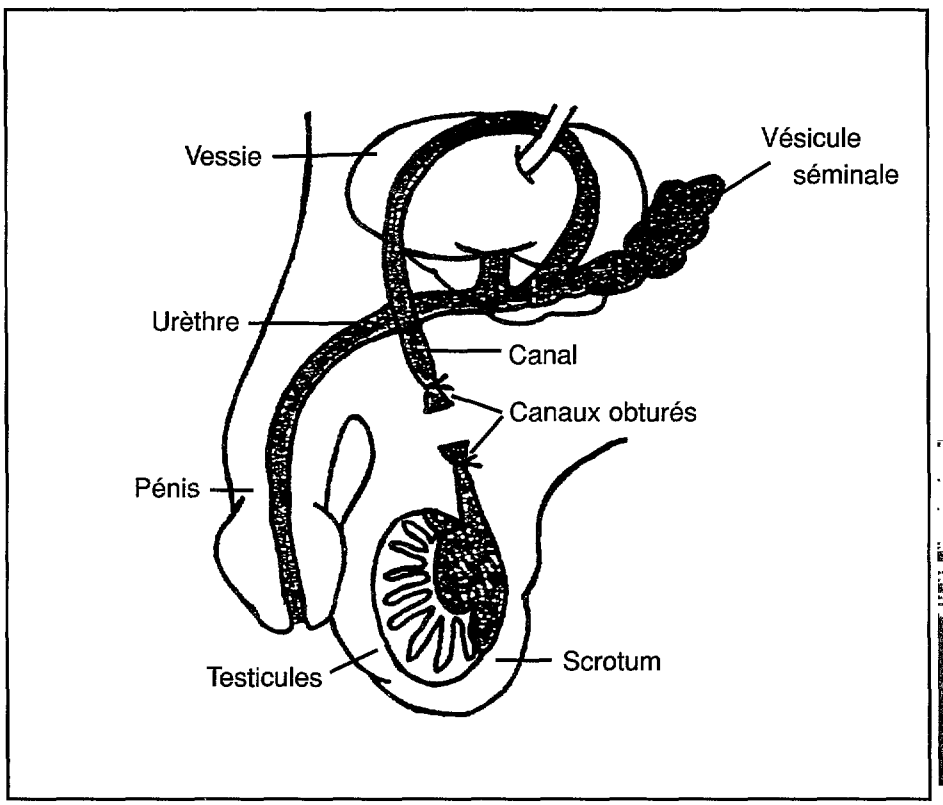
Eléments importants dont l'utilisateur doit se rappeler 10–16

Questions et réponses 10–17

Introduction à la vasectomie

- La vasectomie offre un moyen de contraception permanent aux hommes qui décident de ne plus vouloir d'enfants.
- C'est une intervention chirurgicale simple et rapide. On peut la réaliser dans un dispensaire ou un cabinet de médecin disposant de bons moyens de prévention de l'infection (voir page 4–10).
- Ce **n'est pas** la castration, elle **ne** touche **pas** les testicules et **ne** compromet **pas** les moyens sexuels.
- On l'appelle aussi stérilisation masculine et contraception chirurgicale masculine.

On trouvera au chapitre 9 des informations concernant la stérilisation fémimine, méthode permanente de planning familial pour les femmes.



171

Comment décider d'avoir une vasectomie

Comment fonctionne-t-elle ?

L'agent de santé pratique une petite ouverture dans le scrotum de l'homme (sac de peau qui renferme ses testicules) et obture les deux canaux qui transportent le sperme en provenance des testicules. (Voir dessin, page 10–3). Ce dispositif empêche les spermatozoïdes de se mêler au sperme. L'homme peut continuer à avoir des érections et à éjaculer du sperme. Cependant, ce sperme ne peut plus féconder une femme, puisqu'il ne contient pas de spermatozoïdes.

Quelle est son efficacité ?

Très efficace et permanente telle qu'on la pratique ordinairement — 0,15 grossesse pour 100 hommes durant la première année après l'intervention (environ 1 sur 700).

Encore plus efficace quand on l'emploie correctement. On entend par emploi correct l'utilisation constante de préservatifs ou d'une autre méthode efficace de planning familial à l'occasion des 20 premières éjaculations au moins ou, s'ils se terminent plus tôt, pendant les 3 premiers mois consécutifs à l'intervention.

S'il le souhaite, un homme peut faire analyser son sperme pour être sûr que la vasectomie est efficace. Il peut le faire à n'importe quel moment 3 mois après l'intervention ou après au moins 20 éjaculations. S'il n'y a aucun spermatozoïde dans son sperme, il peut être certain que sa vasectomie fonctionne. Cependant, il n'est pas nécessaire de procéder à une analyse du sperme.

Avantages et inconvénients

AVANTAGES

- Très efficace.
- Permanente. Une seule intervention rapide permet de pratiquer pendant toute la vie un planning familial très efficace et sans danger.

- Rien à se rappeler, sauf qu'il faut se servir de préservatifs ou d'une autre méthode efficace pendant au moins les 20 premières éjaculations ou, s'ils se terminent plus tôt, pendant les 3 premiers mois.
- Ne gêne en rien la vie sexuelle. N'affecte pas la possibilité de rapports sexuels.
- Jouissance sexuelle accrue parce qu'on n'a pas besoin de s'inquiéter d'une grossesse.
- Pas besoin de se procurer de produits, ni de revenir souvent au dispensaire.
- Pas de risques apparents à long terme pour la santé.
- Par rapport à la stérilisation féminine volontaire, la vasectomie est :
  - sans doute légèrement plus efficace,
  - légèrement moins dangereuse,
  - plus facile à exécuter,
  - si elle n'est pas gratuite, est moins coûteuse,
  - capable d'avoir son efficacité vérifiée à n'importe quel moment,
  - si la partenaire devient enceinte, sa grossesse risque moins d'être ectopique que celle d'une femme qui a été stérilisée.

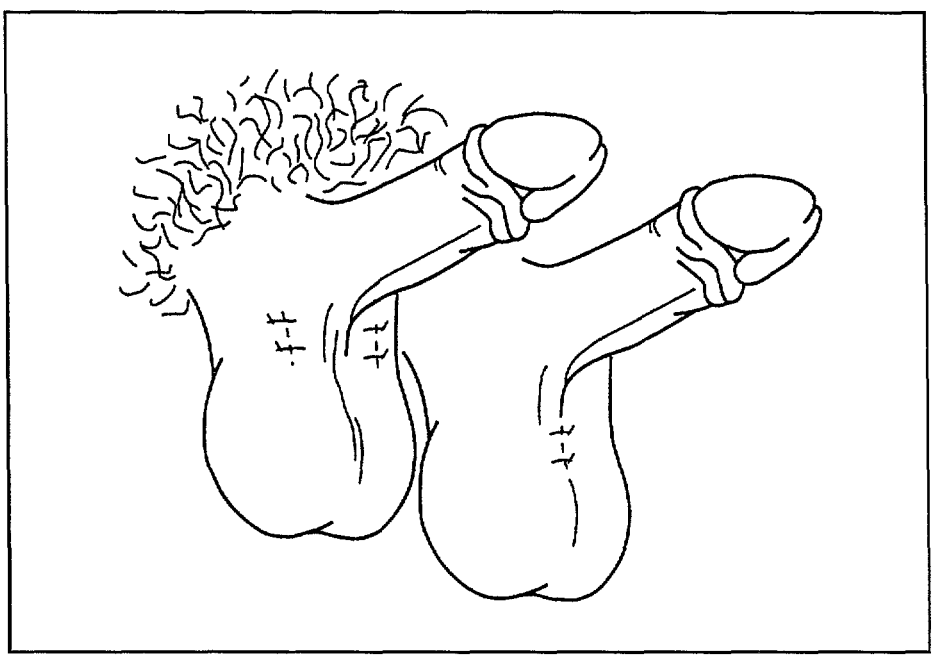
INCONVENIENTS

- Petites complications fréquentes à court terme de l'intervention :
  - d'ordinaire, inconfort pendant 2 à 3 jours,
  - douleur au scrotum, tuméfaction et meurtrissure,
  - bref sentiment d'étourdissement après l'intervention.
- Complications peu fréquentes de l'intervention :
  - saignement ou infection au site de l'incision ou dans celle-ci,
  - caillots de sang dans le scrotum.
- Exige une petite intervention effectuée par une personne qualifiée.
- Pas efficace immédiatement. Il est possible que au moins les 20 premières éjaculations après la vasectomie renferment des spermatozoïdes. Le couple doit utiliser une autre méthode de contraception à l'occasion des 20 premières éjaculations ou, s'ils se terminent plus tôt, pendant les 3 premiers mois.

- L'intervention de rétablissement de la fécondité est difficile, coûteuse et n'est pas réalisable dans la plupart des pays. On ne peut pas en garantir la réussite. **Les hommes qui pourraient vouloir avoir d'autres enfants doivent choisir une autre méthode.**
- Pas de protection contre les maladies sexuellement transmissibles (MST), y compris le VIH/SIDA.

IMPORTANT : Demander au client s'il pourrait avoir ou attraper une maladie sexuellement transmissible (MST). (A-t-il plus d'une partenaire sexuelle ? Est-ce que sa partenaire a plus d'un partenaire ? Est-ce que cette situation pourrait se produire à l'avenir ?)

S'il a ou pourrait avoir une MST, insister pour qu'il emploie régulièrement des préservatifs. Lui en donner. Il peut quand même recourir à la vasectomie.



L'opération de vasectomie comporte 1 ou 2 petites incisions du scrotum. Après avoir coupé et lié les canaux, ou vaisseaux, par lesquels passent les spermatozoïdes, on referme les incisions au moyen de quelques points de suture, comme indiqué ci-dessus, ou avec un simple bandage. La nouvelle technique, qui élimine l'emploi d'un scalpel, remplace les incisions par une minuscule ponction. (Voir pages 10–10 et 10–11.)

Emploi de la liste de pointage d'éligibilité médicale

La liste des pages 10–8 et 10–9 permet de vérifier si le client présente une pathologie médicale ***connue*** *qui limite quand, où et comment on peut réaliser la vasectomie.*

Cette liste doit être employée après que le client ait décidé qu'il ne voudra plus d'enfants, et ait choisi la vasectomie. Elle ne doit pas remplacer la consultation.

Les questions figurant sur la liste concernent ***des pathologies connues****. En règle générale, on peut avoir connaissance de ces pathologies en posant des questions au client. D'ordinaire, il n'est pas nécessaire d'effectuer des tests spéciaux de laboratoire pour éliminer la possibilité de ces pathologies.*

- **Aucune pathologie médicale n'empêche un homme de se faire vasectomiser.** Certaines pathologies et certaines circonstances peuvent **cependant entraîner des retards, conduire à des recours ou conseiller la prudence**. Elles sont indiquées dans la liste.

  Un **RETARD** signifie que la vasectomie aura lieu plus tard. Ces pathologies doivent être soignées et guéries avant qu'on puisse procéder à la vasectomie. Il faut entre-temps fournir des méthodes temporaires.

  Un **RECOURS** signifie qu'on envoie le client dans un centre médical où un chirurgien et un personnel compétents peuvent effectuer l'opération dans un cadre doté d'un matériel d'anesthésie générale et d'autre moyens auxiliaires. Il faut entre-temps fournir des méthodes temporaires, (C'est ce que l'OMS appelle des situations « spéciales »).

  Par **PRUDENCE,** on entend que l'opération peut être effectuée dans un cadre habituel mais avec des préparatifs et des précautions supplémentaires, en fonction de la situation.

- **Si aucune pathologie n'exige un retard ou un recours, on peut alors effectuer la vasectomie dans les cadres habituels suivants** : presque n'importe quel établissement de santé, y compris dispensaires, centres de planning familial et cabinets de médecins privés. Quand il n'existe pas d'autres services de vasectomie, des équipes mobiles peuvent effectuer les opérations et procéder aux examens de suivi dans n'importe quelle installation non médicale ou dans des véhicules spécialement aménagés où se trouvent des médicaments, produits, instruments et matériel de base.

Vasectomie

Poser au client les questions ci-après. S'il répond NON à TOUTES ces questions, on peut alors effectuer sans retard l'opération de vasectomie dans un cadre habituel. S'il répond OUI à une de ces questions, suivre les instructions.

1. Avez-vous des problèmes concernant vos parties génitales, tels que des infections, tuméfaction, lésions ou bosses au pénis ou au scrotum ? Quels sont ces problèmes ?

☐ Non ☐ **Oui** ▶ S'il présente l'une des pathologies suivantes, **RETARDER** la vasectomie et envoyer le client se faire soigner :

- Maladie sexuellement transmissible (MST) active,
- Inflammation de l'extrémité du pénis, des canaux de sperme ou des testicules (enflés, endoloris),
- Infection cutanée du scrotum ou masse dans le scrotum.

▶ S'il présente l'une quelconque des pathologies suivantes, l'**ENVOYER** dans un centre doté d'un personnel qualifié et d'un matériel permettant de traiter les problèmes éventuels :

- Hernie dans l'aine. (L'agent peut, s'il en a la compétence, effectuer la vasectomie tout en réparant la hernie. Si cela n'est pas possible, il faut alors réparer la hernie en premier.)
- Testicules non descendus (cryptorchidie) — des deux côtés.

▶ S'il présente l'une des pathologies suivantes, user de **PRUDENCE** :

- Chirurgie ou lésion antérieure du scrotum,
- Grosse varicocèle ou hydrocèle (veines ou membranes enflées dans le cordon spermatique ou les testicules, qui provoquent le gonflement du scrotum),
- Testicule non descendu — d'un seul côté. (On n'exécute la vasectomie que sur le côté normal. Si, au bout de 3 mois, on trouve des spermatozoïdes dans un échantillon de sperme, il faut alors opérer sur l'autre côté.)

2. Avez-vous d'autres pathologies ou infections ? Lesquelles ?

☐ Non ☐ **Oui** ▶ S'il a l'une quelconque des pathologies suivantes, **RETARDER** la vasectomie et envoyer le client se faire soigner :

- Infection systémique aigüe ou gastro-entérite prononcée,
- Filariose ou éléphantiasis.

▶ S'il a l'une quelconque des pathologies suivantes, l'**ENVOYER** à un centre doté d'un personnel compétent et possédant le matériel lui permettant de traiter les problèmes éventuels :

- Maladie actuelle liée au SIDA,
- Troubles de la coagulation (le sang ne coagule pas).

▶ S'il a la pathologie suivante, user de **PRUDENCE** :

- diabète.

Assurez-vous que vous expliquez bien au client les bénéfices de la méthode qu'il a choisie pour sa santé, de même que les risques d'effets secondaires éventuels. Précisez-lui également, si nécessaire, quelles sont les conditions susceptibles de rendre la méthode peu souhaitable dans son cas particulier.

La plupart des hommes peuvent se faire vasectomiser

La plupart des hommes qui veulent se faire vasectomiser PEUVENT subir des interventions efficaces et sans danger dans des cadres habituels. Cette catégorie englobe les hommes de tous âges ; qui n'ont pas d'enfants ; qui ont une drépanocytose ou une anémie héréditaire ; ou qui sont séropositifs ou courent un risque élevé de VIH ou d'autre infection par MST. (La vasectomie n'empêche cependant pas un homme de transmettre le VIH ou d'autres MST.)

Réalisation d'une vasectomie

IMPORTANT : Un homme qui envisage la vasectomie a besoin de bons conseils.

Un dispensateur sympathique, qui écoute l'homme lui faire part de ses soucis, répond à ses questions et lui donne des informations claires et pratiques au sujet de l'intervention, et notamment de son caractère permanent, aidera l'homme à faire un choix informé et à être un utilisateur satisfait du résultat. Des conseils soigneusement impartis peuvent aider à s'assurer qu'il n'aura pas de regrets plus tard. (Voir page 9/10–2.)

Durant la consultation, le dispensateur doit évoquer tous les 6 éléments du consentement informé (voir page 9/10–1). Certains programmes exigent que le client et le dispensateur signent un formulaire de consentement informé.

Un homme doit pouvoir être en mesure de choisir la vasectomie quel que soit son âge, qu'il ait ou non des enfants, quel que soit leur nombre, ou qu'il soit ou non marié. En règle générale, si un homme est marié, il est préférable qu'il se mette d'accord avec sa femme au sujet de la stérilisation. Cependant, il ne faut pas refuser la demande de vasectomie d'un homme pour la seule raison que sa femme s'y oppose ou parce qu'il n'a pas de partenaire.

Nouvelle technique — la vasectomie sans bistouri

La vasectomie sans bistouri est une nouvelle méthode qu'emploient désormais de nombreux programmes.

Différences avec la méthode classique :

- Utilise une petite ponction au lieu de 1 ou 2 incisions dans le scrotum.
- Une technique spéciale d'anesthésie n'a besoin que d'une ponction au lieu de 2 ou plus.

Avantages :

- Moins de douleur et de meurtrissure et rétablissement plus rapide.
- Peut raccourcir la durée de l'intervention.

Les techniques classique et sans bistouri sont toutes deux rapides, sans danger et efficaces.

Quand un homme peut-il avoir une vasectomie ?

A n'importe quel moment où il décide de ne plus avoir d'enfants.

Pratique de la vasectomie

Pour apprendre à réaliser une vasectomie, il faut recevoir une formation assortie d'exercices pratiques sous supervision. La description ci-après n'est donc qu'un résumé et ne donne pas d'instructions détaillées. Tous les dispensateurs de planning familial doivent comprendre les modalités de l'intervention et pouvoir en parler avec leurs clients, hommes et femmes.

L'OPERATION DE VASECTOMIE

1. L'exécutant utilise des méthodes appropriées de prévention de l'infection.
2. L'homme reçoit une injection d'anesthésique local dans le scrotum pour empêcher la douleur. Il reste éveillé durant toute l'intervention.
3. L'agent de santé tâte la peau du scrotum pour trouver chaque tube (canal déférent) à l'intérieur du sac. Il pratique une toute petite incision sur la peau avec un bistouri ou utilise un instrument pointu spécial pour pratiquer une ponction (technique de vasectomie sans bistouri).
4. L'agent sort chaque tube de l'incision. La plupart des agents coupent chaque tube puis utilisent un fil pour nouer une extrémité, ou les deux. Certains obturent les tubes avec des agrafes ou par un procédé thermique. L'incision peut être refermée avec des points de suture ou simplement recouverte d'un bande adhésive. L'intervention est alors terminée.
5. L'homme peut ressentir une brève faiblesse après l'intervention. Si possible, il doit se reposer pendant 15 à 30 minutes.
6. L'homme reçoit des instructions sur la façon de soigner sa blessure (voir page 10–12). Si sa femme n'emploie pas de contraceptif efficace, on lui remet au moins 20 préservatifs à utiliser jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de spermatozoïdes dans son système. Il quitte le dispensaire au bout de quelques heures, souvent en moins d'une heure.

Explication des soins personnels

AVANT L'INTERVENTION, L'HOMME DOIT :

- Se laver soigneusement, notamment les parties génitales et le haut des jambes,
- Porter des vêtements propres et lâches pour se rendre à l'établissement de santé,
- Ne prendre aucun médicament 24 heures avant l'intervention (à moins que l'agent de santé qui réalise la vasectomie lui ait dit de le faire).

APRES L'INTERVENTION, L'HOMME DOIT :

- Si possible, mettre de la glace sur son scrotum pendant 4 heures pour atténuer la tuméfaction. Il aura un certain inconfort, une tuméfaction et une meurtrissure. Ces manifestations devraient disparaitre en 2 ou 3 jours.
- Se reposer pendant 2 jours. Il doit s'abstenir pendant quelques jours de tout travail pénible ou exercice rigoureux.
- Maintenir la propreté de l'incision, qui doit rester sèche pendant 2 ou 3 jours. Il peut se servir d'une serviette pour se nettoyer le corps mais ne doit pas prendre de bain.
- Porter un sous-vêtement (caleçon ou slip) serré pendant 2 ou 3 jours, pour aider à soutenir le scrotum, ce qui atténuera la tuméfaction, le saignement et la douleur.
- Prendre au gré des besoins du paracétamol (*Tylenol*, acétominophène, *Panadol*) ou un autre analgésique inoffensif disponible localement. Il ne doit **pas** prendre de l'aspirine ou de l'ibuprofène, qui ralentissent la coagulation du sang.
- **Employer des préservatifs ou une autre méthode efficace de planning familial à l'occasion des 20 éjaculations suivantes au moins ou, s'ils se terminent plus tôt, pendant 3 mois après l'intervention.**

Il peut avoir des rapports sexuels 2 à 3 jours après l'intervention s'il ne se sent pas mal à l'aise. Il peut s'attendre à ne voir aucun changement dans sa performance sexuelle. La vasectomie ne compromet pas la vie sexuelle d'un homme. (Voir page 10–17, question 1.)

EXPLIQUER LES RAISONS PRECISES DE VOIR UNE INFIRMIERE OU UN MEDECIN

Un homme doit revenir au dispensaire **pour l'une quelconque des raisons suivantes** :

- Pour un examen de suivi, si possible, dans les 7 jours suivants ou au moins dans les 2 semaines suivantes et, s'il le faut, pour se faire enlever les points de suture. Le suivi peut avoir lieu aussi à domicile ou dans un autre centre de santé.
- Sa femme n'a pas eu ses règles ou pense être enceinte.
- A des questions ou problèmes.
- Revenir **immédiatement** s'il a :
  - une forte fièvre (plus de 38°C) durant les 4 premières semaines et, notamment, pendant la première semaine, ou
  - un saignement ou du pus émanant de la blessure, ou
  - au site de l'incision, une douleur, un échauffement, une tuméfaction ou une rougeur qui empirent ou ne s'arrêtent pas (signes d'infection).

  S'il ne lui est pas possible de venir rapidement au dispensaire, il doit aller voir immédiatement un autre médecin ou une autre infirmière.

Suivi

Comment aider les clients durant une visite routinière de suivi

IMPORTANT : Une visite de suivi dans les 7 jours suivants ou, à tout le moins, dans les 2 semaines suivantes, est vivement recommandée. Un agent de santé examine le site de l'incision, recherche des signes de complications et enlève les points de suture. Ce travail peut être fait au dispensaire, au domicile du client (par un agent paramédical spécialement formé, par exemple) ou dans un autre centre de santé. Cependant, personne ne doit se voir refuser la vasectomie parce qu'il n'est pas possible d'organiser une visite de suivi.

Un homme peut vouloir revenir faire analyser son sperme, si possible, dans les 3 mois qui suivent la vasectomie. Cet examen au microscope peut assurer que le sperme ne renferme pas de spermatozoïdes et que la vasectomie donne donc les résultats escomptés.

Poser des questions

Durant toute visite de suivi :

1. Demander au client s'il a des questions ou s'il y a un sujet dont il veut parler.
2. Demander au client quelle est son expérience de la vasectomie : est-il satisfait et a-t-il des problèmes ? Lui donner les informations et l'aide dont il a besoin, et l'inviter à revenir à n'importe quel moment s'il a des questions ou des problèmes.

Gestion des problèmes éventuels

Si, durant le rétablissement et la guérison, un homme a de vives douleurs, un échauffement, un gonflement ou une rougeur dans l'incision ou autour de celle-ci, il lui faut revenir au dispensaire. En ce cas, un agent de santé doit procéder à un examen pour voir s'il y a des caillots, du pus, **une infection** ou **un abcès**.

Pour ce problème :	Donner le traitement suivant :
Douleur	Vérifier s'il y a des caillots de sang dans le scrotum : • De petits caillots non infectés exigent du repos et un analgésique, par exemple du paracétamol. • De gros caillots peuvent devoir être retirés par chirurgie. • Les caillots infectés exigent des antibiotiques et une hospitalisation.
Infection (pus, échauffement, douleur ou rougeur causés par des bactéries ou d'autres germes)	1. Nettoyer le site au savon et à l'eau ou à l'antiseptique. 2. Administrer des antibiotiques par voie buccale pendant 7 à 10 jours.
Abcès (poche de pus sous la peau causée par une infection)	1. Nettoyer le site à l'antiseptique. 2. Inciser et vider l'abcès. 3. Soigner la blessure. 4. En cas d'infection cutanée importante, administrer des antibiotiques par voie buccale pendant 7 à 10 jours.
Crainte d'impuissance	Durant la consultation avant l'intervention, l'agent de santé doit assurer le client que la vasectomie ne modifie pas physiquement le désir, le fonctionnement ou le plaisir sexuels. Ces informations peuvent être répétées durant n'importe quelle visite de suivi.

ELEMENTS IMPORTANTS DONT L'UTILISATEUR DOIT SE RAPPELER

Vasectomie

Méthode permanente de planning familial. Un homme doit bien réfléchir et décider qu'il ne voudra jamais avoir d'autres enfants. Il peut alors choisir la vasectomie.

Très efficace après au moins 20 éjaculations ou, s'ils se terminent plus tôt, au bout de 3 mois.

Intervention chirurgicale simple et sans danger.

Après l'intervention :

- 2 jours de repos.
- Eviter pendant quelques jours les travaux pénibles ou les exercices rigoureux.
- Vous pouvez avoir quelque douleur, une tuméfaction, ou un léger saignement pendant quelques jours. Vous pouvez prendre du paracétamol *(Panadol, Tylenol)* mais pas d'aspirine ou d'ibuprofène.

Vous pouvez revenir à n'importe quel moment si vous voulez une aide ou des conseils ou si vous avez des questions ou des problèmes.

Revenez immédiatement si vous avez de la fièvre, un saignement ou du pus dans la cicatrice, ou des douleurs ou une tuméfaction qui empirent ou ne cessent pas.

Aussi, employez au début des préservatifs. Employez des préservatifs ou une autre méthode efficace de planning familial à l'occasion des 20 premières éjaculations au moins après l'intervention. La vasectomie commence à fonctionner après une vingtaine d'éjaculations ou, si cela arrive plus tôt, 3 mois après l'intervention.

La vasectomie n'empêche pas les maladies sexuellement transmissibles (MST), y compris le VIH/SIDA. Si vous pensez que vous pourriez avoir ou attraper une MST, servez-vous régulièrement de préservatifs, en parallèle avec la vasectomie.

1. **Est-ce que la vasectomie fait perdre à l'homme son pouvoir sexuel ? Est-ce qu'il s'affaiblit ou grossit ?**

   Non. Après une vasectomie, l'homme continue à avoir le même aspect et les mêmes réactions qu'auparavant. Il peut avoir des rapports sexuels comme auparavant. Il peut en fait constater une amélioration de ses rapports parce qu'il ne craint plus que sa partenaire tombe enceinte. Il peut travailler aussi bien qu'auparavant. Ses érections et ses éjaculations de sperme seront les mêmes. Sa barbe continuera de pousser. Sa voix ne changera pas. La vasectomie n'est pas la castration. La vasectomie ne compromet pas les testicules, qui sont les organes producteurs des hormones masculines.

2. **Est-ce que la vasectomie cessera de fonctionner après un certain temps ?**

   En règle générale, non. La vasectomie est permanente. Dans de rares cas, les canaux se resoudent, mais c'est très peu probable.

3. **Est-ce qu'un homme peut faire inverser sa vasectomie s'il décide d'avoir un autre enfant ?**

   Un intervention chirurgicale pour inverser la vasectomie est possible. Elle ne conduit cependant pas toujours à une grossesse. L'intervention est difficile, coûteuse et peu pratiquée. La vasectomie doit être considérée comme **permanente.** Les personnes qui pourraient vouloir d'autres enfants doivent choisir une autre méthode.

4. **Est-il préférable que l'homme ait une vasectomie ou que la femme se fasse stériliser ?**

   Chaque couple doit décider lui-même quelle méthode lui convient le mieux. Les deux méthodes sont efficaces, sans danger, et permanentes pour les couples qui savent qu'ils ne voudront pas d'autres enfants. La vasectomie est plus simple et moins dangereuse à exécuter. Elle coûte moins cher et est légèrement plus efficace (après au moins les 20 premières éjaculations ou les 3 premiers mois). En théorie, un couple doit envisager les deux méthodes. Si les deux lui sont acceptables, la vasectomie doit être préférée pour des raisons médicales.

5. **Est-ce que la vasectomie fait augmenter plus tard le risque de cancer de la prostate ou de cardiopathie ?**

   Non. Selon les meilleures preuves, la vasectomie ne fait pas augmenter les risques de cancer de la prostate ou de cardiopathie.

6. **Faut-il offrir la vasectomie uniquement aux hommes qui ont atteint un certain âge ou ont un certain nombre d'enfants ?**

   Non. Les agents de santé ne doivent pas limiter l'accès à la vasectomie en raison de règles rigides concernant l'âge d'un homme, le nombre de ses enfants ou l'âge du dernier-né. Chaque homme doit pouvoir décider lui-même s'il ne voudra plus d'enfants et s'il doit ou non se faire vasectomiser.

   Durant la consultation, il est important d'aider l'homme à réfléchir clairement et dans le détail avant de prendre une décision. Par exemple, des dispensateurs de planning familial peuvent l'aider à songer à des évolutions possibles de son existence (telles qu'un changement de partenaire ou la perte d'enfants) et à voir comment ces changements se répercuteraient sur sa décision. (Voir page 9/10–2.)

7. **Comment les dispensateurs peuvent-ils aider un homme à prendre une décision concernant la vasectomie ?**

   - Fournir des informations claires et complètes concernant la vasectomie et d'autres méthodes de planning familial.
   - S'entretenir avec lui en détail pour savoir comment il réagit à l'idée de ne plus avoir d'enfants et de ne plus pouvoir procréer.
   - Si possible, prendre des dispositions pour qu'il parle à des hommes qui se sont déjà fait vasectomiser.
   - Reprendre les 6 éléments fondamentaux du consentement informé pour s'assurer que l'homme comprend bien ce que signifie la vasectomie (Voir page 9/10–1.)

8. **Est-il possible de vérifier que la vasectomie est efficace ?**

   Oui. Un dispensateur examine au microscope un spécimen de sperme obtenu soit par masturbation soit dans un préservatif. S'il n'aperçoit aucun spermatozoïde, la vasectomie est efficace.

9. Comment les agents de santé qui exécutent des vasectomies peuvent-ils aider des hommes à se faire vasectomiser ?

Ils peuvent :

- Se renseigner pour savoir où on réalise des vasectomies dans la région et mettre sur pied un système de recours.
- Trouver un établissement qui donne une formation en vasectomie. Pour plus d'information en matière de formation, contacter :
  - les établissements de formation du pays,
  - **AVSC International**, 440 Ninth Avenue, New York, New York 10001, USA.
  - **The Johns Hopkins Program for International Education in Reproductive Health (JHPIEGO)**, Brown's Wharf, 1615 Thames Street, Suite 200, Baltimore, Maryland 21231, USA.

Chapitre 11

Préservatifs

Eléments principaux

Les préservatifs empêchent la grossesse *et* les maladies sexuellement transmissibles (MST), y compris le VIH/SIDA.

Les préservatifs fonctionnent si l'on s'en sert correctement à chaque occasion. Cependant beaucoup d'hommes ne les emploient pas constamment. C'est pourquoi les préservatifs, tels qu'ils sont utilisés, ne sont que modérément efficaces.

On peut s'en servir en parallèle avec d'autres méthodes de planning familial pour la prévention des MST/VIH et pour obtenir une protection supplémentaire contre la grossesse.

Certains hommes n'aiment pas les préservatifs parce que leur emploi interrompt les rapports sexuels, réduit les sensations ou les gêne.

Chapitre 11

Préservatifs

Table des matières

Introduction aux préservatifs 11–3

Comment décider d'employer des préservatifs 11–4

- Comment fonctionnent-ils ? 11–4
- Quelle est leur efficacité ? 11–4
- Avantages et inconvénients 11–5
- Liste de pointage d'éligibilité médicale 11–6

Préservatif féminin 11–7

Début de l'utilisation des préservatifs 11–8

- Fourniture des préservatifs 11–8
- Explication de l'emploi 11–9

Suivi 11–12

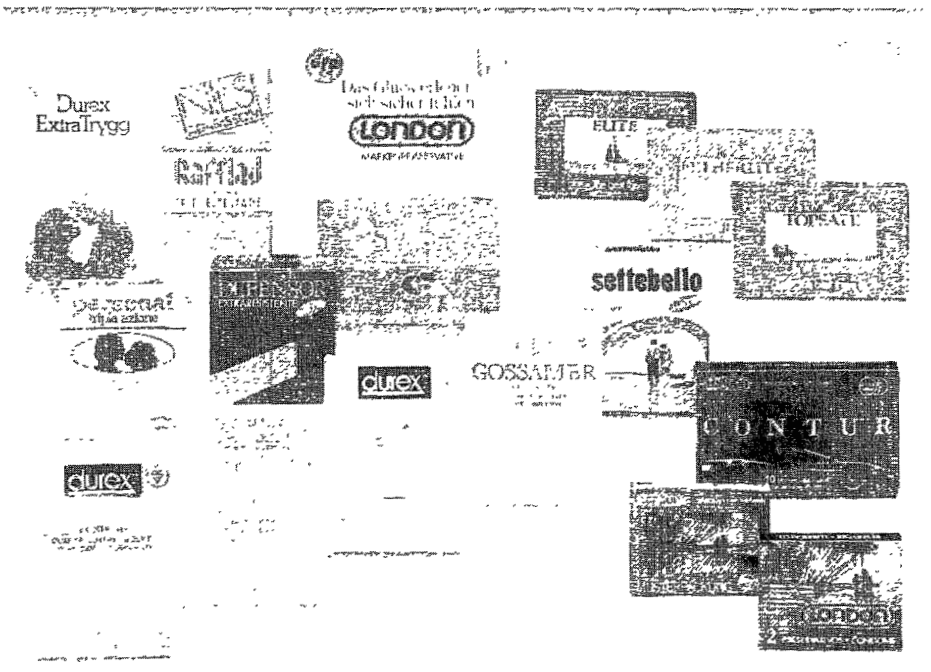
- Comment aider les clients durant une visite routinière de suivi 11–12
- Gestion des problèmes éventuels 11–13

Eléments importants dont l'utilisateur doit se rappeler 11–15

Questions et réponses 11–16

Introduction aux préservatifs

- Un préservatif est un fourreau, ou une enveloppe, conçu pour recouvrir le pénis en érection.
- On lui donne également le nom de capote, ou de condom ; il se vend sous une multitude de noms de marque. La plupart des préservatifs sont en caoutchouc mince. Certains sont revêtus d'un lubrifiant sec ou d'un spermicide : ils existent en grandeurs, formes, couleurs et textures différentes.
- On vend dans certains pays des « préservatifs féminins » qu'on insère dans le vagin de la femme. (Voir page 11–7.)



190

Comment décider d'employer des préservatifs

Comment fonctionnent-ils ?

Les préservatifs aident à empêcher la grossesse et les maladies sexuellement transmissibles (MST). Employés correctement, ils empêchent les spermatozoïdes et tout organisme pathogène du sperme de pénétrer dans le vagin. Inversement, les préservatifs empêchent aussi tout organisme pathogène du vagin de pénétrer dans le pénis.

Quelle est leur efficacité ?

IMPORTANT : Pour être très efficaces, ils doivent être employés correctement durant chaque rapport. Beaucoup d'hommes n'emploient pas correctement les préservatifs ou ne s'en servent pas chaque fois qu'ils ont des rapports sexuels. Ils peuvent donc courir le risque de causer une grossesse, d'attraper des MST ou de transmettre des MST à leurs partenaires.

Assez efficaces pour empêcher la grossesse, en pratique courante — 14 grossesses pour 100 femmes durant la première année d'utilisation (1 sur 8).

Efficaces pour empêcher la grossesse si employés correctement chaque fois — 3 grossesses pour 100 femmes durant la première année d'utilisation (1 sur 33).

Aident à empêcher les maladies sexuellement transmissibles. Durant les rapports sexuels, les préservatifs sont la meilleure protection contre la transmission, active ou passive, des MST à un(e) partenaire. Les préservatifs peuvent arrêter la transmission de nombreuses maladies, dont le VIH/SIDA, la gonorrhée, la syphilis, la chlamydiase et la trichomoniase. Les préservatifs fournissent sans doute une certaine protection, mais à un moindre degré, contre l'herpès génital, la condylomatose, et d'autres maladies qui provoquent l'apparition de lésions cutanées sur la peau non recouverte par les préservatifs.

De façon générale, les études montrent que les utilisateurs du préservatif courent environ un tiers en moins de risques d'attraper la gonorrhée, la trichomoniase ou une infection à chlamydia que ceux qui n'en emploient jamais. Ils courent moins de la moitié de risques d'infection par le VIH, qui conduit au SIDA. Ces études englobent cependant des personnes qui employaient les préservatifs de façon incorrecte ou irrégulière.

Les personnes qui se servent correctement de préservatifs à chaque occasion courent encore moins de risques de maladie. Elles peuvent réduire à un très faible niveau leur risque de MST.

Avantages et inconvénients

AVANTAGES

- Empêchent les MST, y compris le VIH/SIDA, ainsi que la grossesse, quand on s'en sert correctement à l'occasion de chaque rapport sexuel.
- Aident à protéger contre les situations provoquées par des MST — salpingite, douleur chronique et peut-être cancer du col chez les femmes, stérilité chez les hommes et les femmes.
- Peuvent servir à empêcher l'infection par MST durant la grossesse.
- Peuvent être employés peu après l'accouchement.
- Sans danger. Aucun effet secondaire hormonal.
- Aident à empêcher les grossesses ectopiques.
- Peuvent cesser d'être employés à n'importe quel moment.
- Offrent un moyen occasionnel de contraception sans obligation d'utilisation quotidienne.
- Faciles à conserver à portée de main au cas où des rapports auraient lieu de façon inattendue.
- Peuvent être employés par des hommes de tous âges.
- Peuvent être employés sans consultation préalable d'un agent de santé.
- En général, faciles à se procurer et en vente dans de nombreux endroits.
- Permettent à un homme d'assumer la responsabilité de la prévention de la grossesse et des maladies.
- Intensification du plaisir sexuel car on n'a plus besoin de s'inquiéter d'une grossesse ou de MST.
- Aident souvent à empêcher l'éjaculation prématurée (aident l'homme à retarder l'éjaculation).

INCONVENIENTS

- Les préservatifs en latex peuvent provoquer des démangeaisons chez les personnes allergiques au latex. Par ailleurs, certaines personnes peuvent avoir une allergie au lubrifiant utilisé par certaines marques de préservatifs.
- Peuvent faire diminuer les sensations, rendant ainsi les rapports moins agréables pour l'un ou l'autre partenaire.
- Les couples doivent prendre le temps de placer le préservatif sur le pénis en érection avant la pénétration.
- La femme ou l'homme doivent avoir des préservatifs en réserve, même s'ils ne prévoient pas de rapports sexuels.
- Petite possibilité que le préservatif glisse ou se rompe durant les rapports.
- Les préservatifs s'abîment si on les conserve trop longtemps, s'ils sont exposés à une trop grande chaleur, à la lumière solaire ou à l'humidité, ou si l'on s'en sert avec des lubrifiants à base d'huile — ils peuvent alors se déchirer durant les rapports.
- Une femme qui veut se protéger contre la grossesse ou la maladie a besoin de la coopération de l'homme.
- Réputation médiocre. Beaucoup de gens associent les préservatifs à une sexualité immorale, à des rapports sexuels en dehors du mariage, ou à des relations avec des prostituées.
- Certaines personnes peuvent éprouver de la gêne à acheter des préservatifs, demander au partenaire de s'en servir, de les mettre en place, les enlever ou les jeter.

LISTE DE POINTAGE D'ELIGIBILITE MEDICALE

Préservatifs

Une seule situation médicale — *forte allergie au latex* — empêche l'emploi des préservatifs (forte rougeur, démangeaisons, tuméfaction après emploi du préservatif). On peut prendre conscience de cet état de choses en posant des questions au client. Pas besoin d'effectuer des tests ou des examens.

Si le client court un risque de MST, y compris le VIH/SIDA, il peut vouloir continuer à employer des préservatifs malgré son allergie. (Voir page 11–13.)

En règle générale, n'importe qui PEUT employer des préservatifs sans danger et avec efficacité en l'absence d'une allergie au latex.

Préservatif féminin — nouvelle méthode pour les femmes

- Méthode de protection contre les MST, y compris le VIH/SIDA, *et* contre la grossesse, dont les femmes ont la maîtrise.
- Mince fourreau de plastique mou et transparent. Avant les rapports sexuels, la femme place le préservatif dans son vagin. Pendant les rapports, le pénis de l'homme pénètre dans le condom féminin.

Efficacité analogue à celle des préservatifs masculins et d'autres méthodes vaginales. Grossesses pour 100 femmes durant la première année d'utilisation : *en pratique courante — 21 ; si employés correctement et constamment — 5.*

Quelques avantages :

- Maîtrisé par la femme.
- Conçu pour empêcher les MST et la grossesse.
- Aucune pathologie médicale ne semble en limiter l'emploi.
- Pas d'effets secondaires apparents ; aucune réaction allergique.

Quelques inconvénients :

- Coûteux actuellement.
- Efficacité relative en pratique courante.
- Exige d'ordinaire l'assentiment du partenaire.
- Doit être immédiatement disponible.
- La femme doit toucher ses parties génitales.

Comment s'en servir : Un peu avant les rapports, la femme pose dans son vagin le fourreau dont l'extrémité fermée doit être profondément enfouie. Cette extrémité fermée comporte un anneau flexible amovible qui aide la pose. Un autre anneau flexible plus large, à l'extrémité ouverte du fourreau, reste à l'extérieur du vagin.

- Conçu pour n'être employé qu'une seule fois.
- Peut être employé avec d'autres méthodes de planning familial pour augmenter la protection contre les MST.

Où se le procurer : En 1997, des organismes publics et privés fournissaient des préservatifs féminins aux Etats-Unis et dans beaucoup de pays européens. Des recherches se poursuivent dans de nombreux endroits, et la méthode est en cours de lancement dans un certain nombre de pays en développement.

Début de l'utilisation des préservatifs

Fourniture des préservatifs

IMPORTANT : Une personne qui choisit les préservatifs tire profit de bons conseils. En même temps, les préservatifs doivent être largement disponibles, même lorsqu'il n'est pas possible d'organiser des consultations.

Un dispensateur qui sait écouter le client, répondre aux questions et lui donner des informations claires et pratiques, y compris comment parler de l'emploi du préservatif avec son partenaire sexuel, aidera le client à employer les préservatifs avec succès et satisfaction.

SUIVRE LA PROCEDURE SUIVANTE

1. **Remettre à chaque client un approvisionnement en préservatifs pour 3 mois, si possible — ou davantage.** La fréquence des rapports sexuels varie, mais 40 préservatifs suffiront sans doute à la plupart des clients pendant au moins 3 mois. Demander aux clients de combien de préservatifs ils auront besoin.
2. **Remettre aussi aux clients des spermicides s'ils veulent avoir une protection supplémentaire** et si on en dispose. Donner des conseils au sujet de l'emploi du spermicide. (Voir page 13-10.)

EXPLIQUER POURQUOI IL EST IMPORTANT D'EMPLOYER **CHAQUE FOIS** UN PRESERVATIF

1. Un seul rapport sexuel non protégé peut conduire à une grossesse ou à une maladie sexuellement transmissible (MST).
2. L'aspect extérieur d'une personne ne peut pas indiquer s'il a ou si elle a une MST. Une personne atteinte de MST, y compris le VIH/SIDA, peut sembler en parfaite santé.
3. Une personne ne peut pas toujours dire si elle est atteinte d'une MST, y compris l'infection par le VIH.

Explication de l'emploi

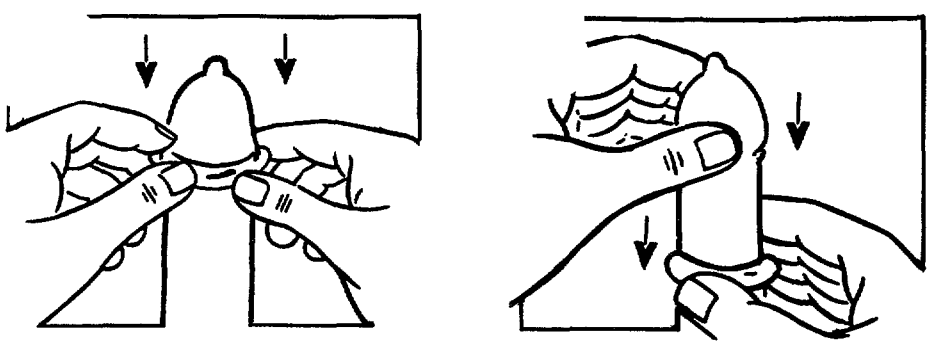
IMPORTANT : Autant que possible, montrer aux clients comment poser et enlever un préservatif. Employer un modèle, un bâton, une banane ou 2 doigts pour montrer comment on pose un préservatif. Suggérer à un nouvel utilisateur qu'il s'entraîne à poser lui-même son préservatif avant ses prochains rapports sexuels.

DONNER DES INSTRUCTIONS PRECISES

1. **Poser le préservatif sur le pénis en érection avant que celui-ci ne touche le vagin.**
   - En tenant le sachet par le bord, l'ouvrir en pratiquant une déchirure le long d'une nervure.
   - Tenir le préservatif de telle sorte que le bord enroulé soit en face du pénis.
   - Tirer le prépuce en arrière si le pénis n'est pas circoncis.
   - Placer le préservatif sur le pénis.
   - Dérouler le préservatif jusqu'à la base du pénis. Le préservatif devrait se dérouler facilement. S'il ne le fait pas, il a probablement été placé à l'envers. Si on dispose d'autres préservatifs, jeter celui-ci et employer un nouveau. Si c'est le seul préservatif disponible, le mettre à l'envers et le poser de nouveau.

Pose d'un préservatif

❶ ❷



Placer le préservatif avec son bord à l'extérieur et le dérouler jusqu'à la base du pénis.

2. **Tout lubrifiant employé doit être à base d'eau. Parmi les bons lubrifiants figurent les spermicides, la glycérine et des produits spécialisés.** On peut également employer de l'eau. Les lubrifiants aident à empêcher que les préservatifs ne se déchirent durant les rapports sexuels. Les sécrétions vaginales naturelles jouent aussi un rôle de lubrifiant.

   Ne pas employer de lubrifiant contenant de l'huile. La plupart de ces lubrifiants endommagent les préservatifs. **Ne PAS employer** d'huile de cuisson, d'huile pour bébés, d'huile de noix de coco, d'huile minérale, de graisse minérale (telle que la *Vaseline®*), de lotion pour la peau, de lotion solaire, de crème de beauté, de beurre, de beurre de cacao ou de margarine.

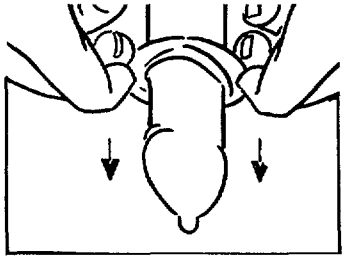
3. **Après l'éjaculation**, maintenir le bord du préservatif sur la base du pénis pour qu'il ne glisse pas. L'homme doit retirer son pénis du vagin avant d'avoir complètement perdu son érection.

4. **Enlever le préservatif** sans répandre de sperme sur l'ouverture du vagin.

5. **Jeter le préservatif** dans une latrine à fosse (toilette), le brûler ou l'enterrer. Ne pas le laisser là où des enfants pourront le trouver et s'en servir pour jouer. Ne pas employer un préservatif plus d'une fois.

Retrait d'un préservatif

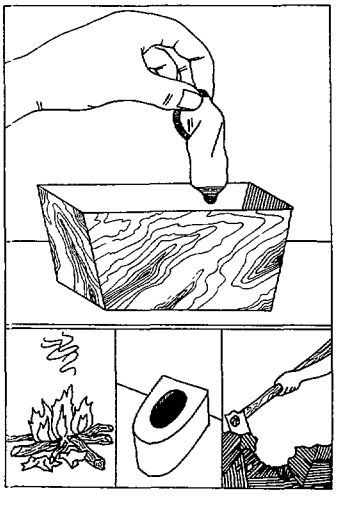
❸



Faire glisser le préservatif sans verser de sperme.

Elimination d'un préservatif usé

❹



Le brûler, le jeter dans la latrine ou l'enterrer.

Si un préservatif se déchire :

- Mettre immédiatement dans le vagin un spermicide, si on en a un. On réduit aussi le risque de MST et de grossesse en lavant le pénis et le vagin à l'eau et au savon.
- Certains clients peuvent vouloir employer la contraception orale d'urgence pour empêcher la grossesse. (Voir pages 5–20 à 5–25.)

DONNER DES INDICATIONS POUR PRENDRE SOIN DES PRESERVATIFS

1. Conserver les préservatifs dans un endroit frais et sombre, si possible. La chaleur, la lumière et l'humidité dégradent les préservatifs.
2. Si possible, employer des préservatifs lubrifiés vendus sous emballage carré et enveloppés de manière à être à l'abri de la lumière. La lubrification peut empêcher les déchirures.
3. Manipuler les préservatifs avec soin. Les ongles et les bagues peuvent les déchirer.
4. Ne pas dérouler les préservatifs avant de s'en servir, car cela peut les affaiblir. En plus, un préservatif déroulé est difficile à poser.
5. Employer toujours un autre préservatif si celui que vous avez :
   - a un emballage déchiré ou endommagé,
   - porte sur son emballage une date de fabrication vieille de plus de 5 ans,
   - est rugueux ou a changé de couleur,
   - est cassant au toucher, desséché ou très collant.

EXPLIQUER LES RAISONS PRECISES DE VOIR UNE INFIRMIERE OU UN MEDECIN

Insister auprès des clients pour qu'ils reviennent ou aillent voir un médecin ou une infirmière si eux-mêmes ou leurs partenaires sexuels :

- présentent des symptômes de MST tels que lésions sur les parties génitales, douleur durant la miction ou écoulement. (Voir chapitre 16.)
- ont une réaction allergique aux préservatifs (démangeaison, rougeurs, irritation). (Voir page 11–13.)

Autres raisons précises de revenir : avoir besoin de préservatifs, ne pas être satisfait des préservatifs pour une raison quelconque, avoir des questions ou des problèmes.

Suivi

Comment aider les clients durant une visite routinière de suivi

POSER DES QUESTIONS

Durant une visite de suivi :

1. Demander au client s'il a des questions ou s'il y a quelque chose dont il veut parler.
2. Demander au client quelle est sa propre expérience des préservatifs, s'il en est satisfait et s'il a des problèmes. Est-ce que le client peut chaque fois employer correctement un préservatif ? Vous pouvez aussi vérifier si le client sait comment employer un préservatif en lui demandant d'en poser un sur un modèle ou sur un bâton. Lui donner les informations et les conseils dont il peut avoir besoin. Si le client a des problèmes qu'on ne peut pas résoudre, l'aider à choisir une autre méthode.

   IMPORTANT : Insister auprès des clients à risque de MST, y compris le VIH/SIDA, pour qu'ils continuent d'employer des préservatifs malgré les déceptions qu'ils peuvent leur avoir causées. Leur expliquer que seuls les préservatifs protègent contre les MST durant les rapports sexuels.

3. Si les clients sont satisfaits :
   - Leur remettre beaucoup de préservatifs.
   - Leur rappeler qu'ils doivent revenir si eux ou leurs partenaires sexuels présentent des symptômes de MST, tels que lésions sur les parties génitales, miction douloureuse et écoulement, ou s'ils ne sont pas satisfaits des préservatifs.
   - Donner aux clients un spermicide s'ils veulent une protection supplémentaire. Leur donner des conseils au sujet de son emploi. (Voir page 13–10.)
   - Les inviter à revenir à n'importe quel moment s'ils ont des questions ou des soucis.

Gestion des problèmes éventuels

Si le client signale des problèmes à propos des préservatifs :

1. Ne pas ignorer les soucis du client ou ne pas les prendre à la légère.
2. Si le client n'est pas satisfait après une consultation, l'aider à réfléchir à propos des risques de MST (voir page 16–5). Si le client a ou pourrait avoir une MST, l'encourager à continuer à se servir de préservatifs. Sinon, aider le client à choisir une autre méthode, s'il le souhaite.

Pour ce problème :	Essayer cette suggestion :
Le préservatif ou le lubrifiant cause des démangeaisons ou des rougeurs sur les parties génitales	1. Suggérer l'emploi d'eau comme lubrifiant (s'il souhaite un lubrifiant supplémentaire). 2. Si la démangeaison se poursuit, il faut alors examiner les clients (et éventuellement leurs partenaires) pour infection. 3. S'il n'y a pas d'infection et si une allergie au latex semble probable, aider le client à choisir une autre méthode *à moins que le client ne coure un risque de MST.* Si le client utilise des préservatifs lubrifiés ou des préservatifs avec des spermicides : 1. Recommander un préservatif sec ou un préservatif sans spermicides. (On peut utiliser de l'eau pour lubrifier.) 2. Si le problème continue, aider le client à choisir une autre méthode *à moins que le client ne coure un risque de MST.*

Pour ce problème :	Essayer cette suggestion :
Le préservatif ou le lubrifiant cause des démangeaisons ou des rougeurs sur les parties génitales *(suite)*	**IMPORTANT : Pour les clients à risque de MST, y compris le VIH/SIDA,** insister pour qu'ils continuent à employer des préservatifs malgré l'inconfort. Leur expliquer que les seules façons d'être raisonnablement certain de ne pas attraper des MST sont : • d'employer des préservatifs à l'occasion de chaque rapport sexuel, • de n'avoir des rapports sexuels qu'avec un seul partenaire qui n'a pas de MST et n'a pas d'autres partenaires, ou • de ne pas avoir de rapports sexuels (abstinence) **Remarque :** On commence à trouver dans certains endroits des préservatifs en plastique et des préservatifs en caoutchouc purifié. Ils peuvent être un bon choix pour les personnes qui sont allergiques au latex.
L'homme ne peut pas maintenir son érection lorsqu'il pose ou utilise un préservatif	• Souvent dû à la gêne. Parler de la façon dont on peut rendre l'emploi du préservatif plus agréable et moins gênant. Si la femme pose le préservatif pour l'homme, il se peut que son emploi soit plus agréable. Expliquer que, avec de l'expérience, la plupart des couples éprouvent moins de gêne. • Suggérer d'enduire le pénis d'une petite quantité d'eau ou de lubrifiant aqueux et de mettre un lubrifiant supplémentaire sur la paroi extérieure du condom. On pourrait ainsi intensifier les sensations et aider à maintenir l'érection.

Préservatifs

Les préservatifs protègent contre la grossesse *et* contre les maladies sexuellement transmissibles (MST), y compris le VIH/SIDA.

Les préservatifs fonctionnent bien quand on les emploie correctement à l'occasion de *chaque* rapport sexuel. Mais un préservatif ne peut pas bien fonctionner quand il n'est pas bien utilisé. Munissez-vous donc d'un préservatif avant que vous en ayez besoin, et n'oubliez pas de vous en servir.

Facile à employer avec un peu de pratique.

1. Poser le préservatif avant que votre pénis ne touche votre partenaire. (C'est particulièrement important pour la prévention des MST.) La pose d'un préservatif devient un élément important des préliminaires amoureux.
2. Tenir le préservatif en place en maintenant son bord à l'écart du corps. Dérouler le préservatif sur le pénis en érection. Le préservatif doit se dérouler facilement. Pas besoin de l'étirer.
3. Veiller à ne pas répandre de sperme quand vous retirez votre pénis ou quand vous enlevez le préservatif.
4. Ne pas employer un préservatif plus d'une fois. Jeter le préservatif usagé dans une latrine ou enterrez-le.

Si les préservatifs causent des démangeaisons, voir un agent de santé.

Les préservatifs se déchirent rarement lorqu'ils sont employés correctement.

Les nouveaux préservatifs se déchirent rarement quand on s'en sert conformément aux instructions. De l'eau ou un lubrifiant aqueux étalé sur la face extérieure du préservatif peuvent aider à empêcher les déchirures. Ne jamais employer de lubrifiants à base d'huile, tels que la *Vaseline*® ou le beurre. Conserver si possible les préservatifs dans un endroit frais et sec. Ne pas employer de préservatif collant, desséché ou dont l'emballage est déchiré ou ouvert.

Vous pouvez revenir **à n'importe quel moment** si vous voulez de nouveaux préservatifs, si vous avez besoin d'aide ou de conseils, ou si vous voulez une autre méthode.

Questions et réponses

1. **Est-ce que le préservatif est une méthode efficace de planning familial ?**

   Oui, mais uniquement si on s'en sert correctement à l'occasion de chaque rapport sexuel. Tels qu'on les emploie ordinairement, les préservatifs n'ont qu'une efficacité relative. En effet, beaucoup d'utilisateurs ne s'en servent pas à chaque occasion.

2. **Quelle est l'efficacité des préservatifs pour empêcher les maladies sexuellement transmissibles (MST) ?**

   Les préservatifs peuvent fournir une excellente protection contre les MST, VIH/SIDA compris, quand on s'en sert correctement à l'occasion de chaque rapport sexuel, quel qu'il soit (vaginal, anal ou oral). Malheureusement, beaucoup de gens emploient les préservatifs de façon incorrecte ou ne les utilisent pas à chaque occasion avec tous leurs partenaires. Les meilleures protections contre les MST sont soit l'abstinence soit des rapports qui se bornent à un seul partenaire fidèle et sain.

3. **Est-ce que le virus du SIDA (VIH) peut traverser un préservatif ?**

   Non. Les préservatifs peuvent empêcher le SIDA et les autres maladies sexuellement transmises. Le VIH est très petit, mais il ne peut pas traverser un condom en latex sans déchirure. Des condoms fabriqués avec des intestins d'animaux peuvent cependant ne pas être aussi résistants. Certains organismes pathogènes peuvent probablement les traverser.

4. **Est-ce que les préservatifs rendent un homme faible et impuissant (incapable d'avoir une érection) ?**

   Non, pour la plupart des hommes. Certaines causes sont physiques et certaines autres, émotives. Quelques hommes peuvent avoir des difficultés à maintenir une érection avec le port d'un préservatif. Ils peuvent se sentir gênés d'employer des préservatifs. Les préservatifs eux-mêmes ne provoquent cependant pas l'impuissance. En fait, certains hommes constatent que les préservatifs les aident à prolonger l'érection.

5. **Est-ce que les préservatifs réduisent le plaisir sexuel ?**

Certaines personnes ont moins de plaisir sexuel avec le port de préservatifs mais beaucoup ont un plaisir égal, voire intensifié, parce qu'elles n'ont pas à s'inquiéter d'une grossesse et des MST. Par ailleurs, il se peut que les rapports sexuels et le plaisir intense qui précède l'éjaculation durent plus longtemps.

6. **Comment une femme peut-elle amener son partenaire sexuel à employer des préservatifs ?**

Les hommes ont des raisons différentes de ne pas employer de préservatifs. Souvent, leurs raisons se fondent sur des rumeurs ou des malentendus.

Une femme peut parler à son partenaire sexuel. Elle peut lui dire que :

- Les préservatifs empêchent la grossesse et de graves maladies et peuvent même sauver la vie.
- Il est facile, avec un peu de pratique, d'employer correctement les préservatifs, et les rapports sexuels peuvent être tout aussi agréables.
- De nombreux couples se servent de préservatifs. Ceux-ci ne sont pas utilisés uniquement par les prostituées.
- Elle sait qu'il ne l'infectera pas intentionnellement avec une maladie, mais beaucoup de gens ont une MST, y compris le VIH/SIDA, sans en être conscients.
- Certains hommes font durer plus longtemps leurs rapports sexuels en se servant de préservatifs, ce qui rend ces rapports plus agréables aussi bien pour l'homme que pour la femme.

Il n'est pas facile d'amener certains hommes à employer des préservatifs et aucune manière ne réussit à tout coup. Néanmoins, il faut utiliser toutes les approches possibles. Les risques sont trop grands pour qu'on n'essaie pas de les réduire.

7. **N'est-il pas vrai que les préservatifs sont employés surtout par les prostituées ?**

Non. Dans le monde entier, des couples mariés se servent de préservatifs. Au Japon, les couples mariés emploient plus les préservatifs que toute autre méthode de planning familial. Cependant, en raison du risque élevé de MST, il est particulièrement important d'employer un préservatif à chaque fois si l'on a des rapports avec une prostituée.

8. **Est-ce que les préservatifs se déchirent souvent durant les rapports ?**

   Un petit pourcentage de préservatifs se déchirent. Quand on s'en sert de façon appropriée, ils se déchirent rarement. Les préservatifs risquent davantage de se déchirer si le vagin de la femme est sec. Les préliminaires sexuels humectent le vagin. Un lubrifiant aqueux appliqué sur la face externe du préservatif est également utile.

   IMPORTANT : Ne jamais employer de lubrifiants contenant de l'huile, tels que la vaseline ou une crème de beauté. Ils affaiblissent très rapidement le latex et facilitent les déchirures.

9. **Est-ce qu'on doit employer des préservatifs pour se protéger contre les MST quand on a des rapports sexuels oraux ou anaux ?**

   Oui. Les MST peuvent se transmettre d'une personne à une autre durant un acte sexuel quelconque qui comporte une pénétration (insertion du pénis dans une partie quelconque du corps d'une autre personne). Il faut insister auprès de tous les clients pour qu'ils emploient un préservatif durant les rapports oraux, génitaux ou tout particulièrement anaux avec une personne qui pourrait avoir une MST — ou si le client lui-même a une MST.

Chapitre 12

Dispositifs intra-utérins (DIU)

Eléments principaux

Méthode très efficace, réversible, à long terme.

Le TCu-380A, qui est le DIU le plus largement accessible, dure au moins 10 ans.

Les règles peuvent être plus abondantes et durer plus longtemps, notamment au début.

Posé et retiré de l'utérus par un technicien spécialement formé qui emploie des techniques de prévention de l'infection.

Peut être posé après l'accouchement par un agent qui a reçu une formation spéciale. Aucun effet sur l'allaitement.

N'est pas une bonne méthode pour une femme qui court un risque élevé d'attraper des maladies sexuellement transmissibles (MST). Peut conduire à une salpingite.

Chapitre 12

Dispositifs intra-utérins (DIU)

Table des matières

Introduction aux DIU 12–3

Comment décider d'employer le DIU 12–4

- Comment fonctionne-t-il ? 12–4
- Quelle est son efficacité ? 12–4
- Avantages et inconvénients 12–5
- Liste de pointage d'éligibilité médicale 12–7

Début de l'emploi du DIU 12–10

- Quand commencer 12–10
- Fourniture du DIU 12–11
- Explication de l'emploi 12–14

Suivi 12–17

- Comment aider les clientes durant une visite routinière de suivi 12–17
- Gestion des problèmes éventuels 12–18

Eléments importants dont l'utilisatrice doit se rappeler..... 12–25

Questions et réponses 12–26

Introduction aux DIU

- Un dispositif intra-utérin (DIU) est en général une petite armature flexible en plastique. Souvent, un fil ou des manchons de cuivre le recouvre partiellement. On le pose dans l'utérus d'une femme en passant par son vagin.
- Presque toutes les marques de DIU ont un ou deux fils qui leur sont rattachés. Ces fils, qui sortent par l'ouverture du col, se trouvent dans le vagin. L'utilisatrice peut vérifier que son DIU est resté en place en touchant ces fils. Un agent peut retirer le DIU en tirant doucement sur les fils avec un forceps.
- Les DIU sont également appelés DCIU (dispositifs contraceptifs intra-utérins). Certains DIU ont le nom de « boucle », tels *la Boucle de Lippes* (qui n'est plus en vente dans la plupart des pays). D'autres noms sont le T au cuivre, le TCu-380A, le MLCu-375 *(Multiload), le Nova T, le Progestasert* et le LNG-20.

Les modèles les plus employés actuellement sont :

- Le DIU **au cuivre** (en plastique avec des manchons en cuivre et/ou un fil de cuivre recouvrant en partie le plastique). Le TCu-380A et le MLCu-375 entrent dans cette catégorie. Le présent chapitre traite des DIU au cuivre.

Des modèles moins employés sont :

- Les DIU **libérateurs d'hormones** (en plastique, libèrent de façon constante de petites quantités de progestérone, une hormone, ou un autre progestatif, tel que le lévonorgestrel). Le LNG-20 et *le Progestasert* rentrent dans cette catégorie.
- Les DIU **inertes** ou non médicamentés (uniquement en plastique ou en acier inoxydable). La *Boucle de Lippes* appartenait à cette catégorie — elle était entièrement en plastique.

Comment décider d'employer le DIU

Comment fonctionne-t-il ?

Les DIU fonctionnent surtout en empêchant les spermatozoïdes et l'ovocyte de se rejoindre. Peut-être le DIU crée-t-il des difficultés aux spermatozoïdes qui veulent se déplacer dans l'appareil reproducteur de la femme et réduit donc leur possibilité de féconder un ovocyte. Il pourrait sans doute empêcher l'embryon de s'implanter dans la paroi de l'utérus.

Quelle est son efficacité ?

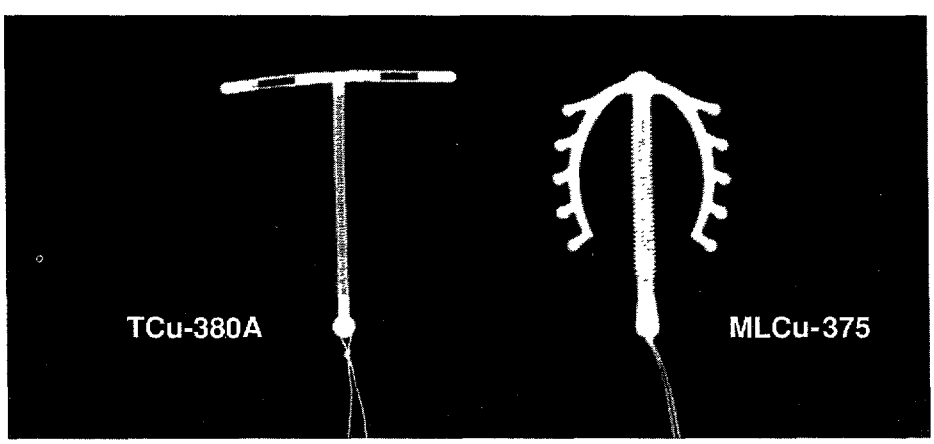
DIU TCu-380A (largement disponible et dure au moins 10 ans) :

Très efficace — 0,6 à 0,8 grossesse pour 100 femmes durant la première année d'utilisation (1 sur 125 à 170).

Pour **le MLCu-375** (qui dure 5 ans), les chiffres sont presque aussi bas.

Divers autres DIU au cuivre et inertes :

Efficace en pratique courante — 3 grossesses pour 100 femmes durant la première année d'utilisation (environ 1 sur 30).



Avantages et inconvénients

AVANTAGES

- Une seule décision conduit à une prévention efficace à long terme de la grossesse.
- Effet durable. Le DIU le plus employé (en dehors de la Chine), le TCu-380A, dure 10 ans. Les DIU inertes n'ont jamais besoin d'être remplacés.
- Très efficace. Peu de choses à se rappeler.
- Ne gêne en rien les rapports sexuels.
- Intensification du plaisir sexuel parce qu'on n'a pas besoin de s'inquiéter d'une grossesse.
- Aucun effet secondaire hormonal avec les DIU au cuivre ou inertes.
- Réversible immédiatement. Quand les femmes se font retirer leur DIU, elles peuvent devenir enceintes aussi rapidement que les femmes qui n'ont pas employé de DIU.
- Les DIU au cuivre et inertes n'exercent aucun effet sur le volume ou la qualité du lait maternel.
- Peuvent être posés aussitôt après l'accouchement (à l'exception des DIU hormonaux) ou après un avortement provoqué (s'il n'y a pas de trace d'infection).
- Peuvent être employés pendant la ménopause (une année environ après les dernières règles).
- Aucune interaction avec les médicaments.
- Aident à empêcher les grossesses ectopiques. (Moins de risque de grossesse ectopique que chez les femmes qui n'emploient pas de méthode de planning familial).

INCONVENIENTS

- **Effets secondaires habituels** (*non* un signe de maladie) :
  - Changements menstruels (habituels durant **les 3 premiers mois** mais ont tendance à diminuer après 3 mois) :
    - règles plus longues et plus abondantes,
    - saignement ou saignotement entre les règles,
    - davantage de crampes ou de douleurs durant les règles.
- Autres effets secondaires et complications peu fréquents :
  - Fortes crampes et fortes douleurs 3 à 5 jours après la pose.
  - Saignements menstruels abondants ou saignements entre les règles, ce qui peut contribuer à l'anémie. Se produisent plus souvent avec les DIU inertes qu'avec les DIU au cuivre ou libérateurs d'hormones.
  - Perforation de la paroi de l'utérus (très rare si le DIU est bien posé).
- Ne protège pas contre les maladies sexuellement transmissibles (MST), VIH/SIDA compris. N'est pas une bonne méthode pour les femmes qui ont eu récemment une MST ou qui ont de multiples partenaires sexuels (ou dont les partenaires ont eux-mêmes de multiples partenaires sexuels).
- La salpingite est plus probable après une infection par MST si une femme emploie un DIU. La salpingite peut conduire à la stérilité.
- Une intervention médicale, y compris un examen pelvien, est nécessaire pour poser le DIU. Il arrive que la femme s'évanouisse durant la pose.
- Il peut y avoir quelques douleurs ou un saignement ou saignotement aussitôt après la pose du DIU. Ils disparaissent d'ordinaire au bout d'un jour ou deux.
- La cliente ne peut pas cesser d'elle-même d'employer le DIU. Un agent qualifié doit lui retirer son DIU.
- Peut sortir de l'utérus, éventuellement sans que la femme ne s'en rende compte (arrive plus fréquemment quand le DIU est posé peu après l'accouchement).
- Ne protège pas aussi bien contre une grossesse ectopique que contre une grossesse normale.
- La femme doit vérifier de temps à autre la position des fils du DIU. Pour ce faire, elle doit mettre ses doigts dans le vagin. Certaines femmes peuvent ne pas vouloir le faire.

DIU au cuivre

Poser à la cliente les questions ci-après. Si elle répond NON à TOUTES les questions, elle PEUT employer un DIU si elle le veut. Si elle répond OUI à une question ci-après, suivre les instructions.

1. Pensez-vous être enceinte ?

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Evaluer si elle est enceinte (voir page 4–6). Ne pas poser le DIU. Lui remettre des préservatifs ou un spermicide à employer jusqu'à ce qu'elle soit raisonnablement certaine de ne pas être enceinte.

2. Durant les 3 derniers mois, avez-vous eu un saignement vaginal qui vous paraît anormal, notamment entre les règles ou après des rapports sexuels ?

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Si elle a un saignement vaginal inexpliqué qui suggère une pathologie médicale sous-jacente, ne pas poser le DIU jusqu'à ce qu'un diagnostic soit établi. Faire une évaluation en fonction des antécédents et pendant l'examen pelvien. Faire le diagnostic et traiter en conséquence, ou envoyer ailleurs.

3. Avez-vous eu un enfant il y a plus de 48 heures mais moins de 3 semaines ?

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Attendre 4 semaines ou plus après l'accouchement pour poser le DIU. S'il le faut, lui remettre des préservatifs ou un spermicide à employer jusqu'alors.

(*Suite à la page suivante*)

Emploi de la liste de pointage d'éligibilité médicale

La liste de cette page et de la page suivante est destinée à vérifier si la cliente présente des pathologies médicales ***connues*** *qui empêchent l'emploi du DIU. Elle n'a pas pour but de remplacer les consultations.*

Les questions de la liste se réfèrent à ***des pathologies connues****. En règle générale, on peut apprendre l'existence de ces pathologies en interrogeant la cliente. D'ordinaire, point n'est besoin d'effectuer des tests de laboratoire.*

4. Avez-vous une infection depuis l'accouchement ?

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Si elle a une septicémie puerpérale (infection de l'appareil génital pendant les 42 jours qui suivent l'accouchement), ne pas poser le DIU. L'envoyer se faire soigner. L'aider à choisir une autre méthode efficace.

Remarque : L'assurer que les questions suivantes resteront confidentielles.

5. Avez-vous eu une maladie sexuellement transmise (MST) ou une salpingite au cours des 3 derniers mois ? Avez-vous maintenant une MST, une salpingite ou toute autre infection des organes génitaux féminins ? (Signes et symptômes de salpingite : forte infection du bassin, avec douleurs au bas-ventre et éventuellement aussi un écoulement vaginal anormal, de la fièvre, ou une miction fréquente avec brûlure). Cependant, si elle ne ressent pas de douleur dans l'abdomen ou quand on fait bouger le col, elle n'a sans doute pas de salpingite.

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Ne pas poser le DIU maintenant. Insister pour qu'elle emploie des préservatifs pour se protéger contre les MST. Recourir à un autre service ou traiter la cliente et son (ou ses) partenaire(s). Le DIU peut être posé 3 mois après la guérison, à moins qu'une réinfection ne soit probable.

6. Etes-vous séropositive ? Avez-vous le SIDA ?

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Si elle a le SIDA, est séropositive, ou est soignée avec des médicaments qui rendent son corps moins capable de lutter contre les infections, il faut alors procéder à un jugement clinique soigneux. De façon générale, ne pas poser le DIU, sauf si on ne dispose pas d'autres méthodes qui soient acceptables. Quelle que soit la méthode choisie, insister pour qu'elle se serve de préservatifs. Lui en remettre.

7. Pensez-vous que vous pourriez attraper une MST à l'avenir ? Est-ce que vous ou votre partenaire avez plus d'un partenaire sexuel ?

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Si elle court un risque de MST, lui expliquer que les MST peuvent conduire à la stérilité. Insister pour qu'elle se serve de préservatifs pour se protéger contre les MST. Ne pas poser de DIU. L'aider à choisir une autre méthode.

8. Avez-vous un cancer des organes féminins ou une tuberculose pelvienne ?

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Présence connue de cancer du col, de l'endomètre ou des ovaires, une maladie trophoblastique bénigne ou maligne, d'une tuberculose pelvienne. Ne pas poser de DIU. Soigner ou envoyer ailleurs, selon le cas. L'aider à choisir une autre méthode efficace.

Assurez-vous que vous expliquez bien à la cliente les bénéfices de la méthode qu'elle a choisie pour sa santé, de même que les risques d'effets secondaires éventuels. Précisez-lui également, si nécessaire, quelles sont les conditions susceptibles de rendre la méthode peu souhaitable dans son cas particulier.

Beaucoup de femmes peuvent employer des DIU au cuivre

En règle générale, les femmes PEUVENT employer un DIU sans danger et efficacement*. Les DIU peuvent être employés en toutes circonstances par des femmes qui :

- fument la cigarette,
- viennent d'avoir un avortement ou une fausse couche (s'il n'y pas de preuve d'infection ou de risque d'infection),
- prennent des antibiotiques ou des anticonvulsivants,
- sont grosses ou minces,
- allaitent.

En outre, les femmes qui présentent les pathologies suivantes PEUVENT employer des DIU en toutes circonstances :

- maladies bénignes des seins,
- cancer du sein,
- maux de tête,
- hypertension,
- saignement vaginal irrégulier (après évaluation),
- problèmes de caillots sanguins,
- varices,
- cardiopathie (si elle implique les valvules elle peut exiger un traitement aux antibiotiques avant la pose du DIU),
- antécédents d'attaque cérébrale,
- diabète,
- maladie du foie ou de la vésicule,
- paludisme,
- schistosomiase (sans anémie),
- maladie thyroïdienne,
- épilepsie,
- tuberculose non pelvienne,
- antécédents de grossesse ectopique,
- antécédents de salpingite.

*Les caractéristiques et pathologies figurant dans cet encadré appartiennent à la catégorie 1 des critères d'éligibilité de l'OMS. Les femmes présentant les caractéristiques et les pathologies de la catégorie 2 de l'OMS peuvent employer cette méthode. Avec des conseils appropriés, les femmes de tous âges peuvent, quel que soit le nombre de leurs enfants, employer des DIU. (Moins de 20 ans d'âge et l'absence d'enfants sont des caractéristiques de la catégorie 2 des critères d'éligibilité de l'OMS). Voir Appendice, page A-1.

Début de l'emploi du DIU

Quand commencer

Situation de la femme	Quand commencer
A ses règles	• A n'importe quel moment du cycle menstruel (pas seulement durant la menstruation) s'il est raisonnablement certain que la femme n'est pas enceinte (voir page 4–6) et a un utérus en bonne condition. Si la femme a employé un contraceptif fiable ou n'a pas eu de rapports sexuels, le meilleur moment pour la pose du DIU est *quand elle le demande.* • Durant la menstruation. Avantages possibles : – S'il s'agit d'un véritable saignement menstruel, il n'y a pas de grossesse. – La pose peut être plus facile. – Tout petit saignement causé par la pose va sans doute moins troubler la cliente. – La pose peut causer moins de douleur. Inconvénients possibles de la pose durant la menstruation : – Une douleur provenant d'une salpingite peut être confondue avec la douleur des règles. Le DIU ne doit pas être posé si une femme a une salpingite. – Il peut aussi être plus difficile d'identifier d'autres signes d'infection.
Après l'accouchement	• Durant l'hospitalisation après l'accouchement, si elle a pris volontairement une décision à l'avance. Le meilleur moment de la pose du DIU est dans les 10 minutes qui suivent l'évacuation du placenta. Peut être posé à n'importe quel moment dans les 48 heures qui suivent l'accouchement. (Une formation spéciale est nécessaire.)

Situation de la femme	Quand commencer
Après l'accouchement *(suite)*	• Si pas immédiatement après l'accouchement, dès 4 semaines après celui-ci pour les DIU en cuivre en T, tels que le TCu-380A. Au moins 6 semaines après l'accouchement pour les autres DIU.
Après une fausse couche ou un avortement	• Aussitôt après, si pas d'infection • S'il y a infection, la soigner et aider la cliente à choisir une autre méthode efficace. Au bout de 3 mois, s'il n'y a pas d'infection, si une réinfection est improbable et si la femme n'est pas enceinte, on peut alors poser le DIU.
Quand elle arrête une autre méthode	• Immédiatement.

Fourniture du DIU

IMPORTANT : Une femme qui choisit le DIU tire profit d'une bonne consultation.

Un dispensateur sympathique qui sait écouter, répondre aux questions, donner des informations claires et pratiques au sujet des effets secondaires, notamment des changements probables de saignement et des douleurs éventuelles après la pose, aidera la femme à employer le DIU avec succès et satisfaction.

IMPORTANT : Toutes les femmes qui choisissent le DIU doivent pouvoir le faire retirer. **Tous les programmes de planning familial qui offrent les DIU doivent disposer d'un personnel compétent pour les retirer, ou doivent prendre des dispositions pratiques pour les faire retirer.**

Pose du DIU

La pose du DIU exige une formation et une pratique sous supervision directe. La description ci-après des modalités de la pose n'est donc qu'un résumé et ne donne pas des instructions détaillées. Tous les dispensateurs de planning familial doivent disposer d'informations sur la pose du DIU, de façon à pouvoir en parler à leurs clientes.

1. Le dispensateur emploie les modalités appropriées de prévention de l'infection. En règle générale, l'agent de santé pose **un nouveau DIU stérilisé placé sous emballage individuel.**
2. La technique de pose « sans toucher » est préférable. Cette technique comporte : (1) l'insertion du DIU dans le chargeur tandis que les deux éléments restent sous enveloppe stérile ; (2) le nettoyage du col avec un antiseptique avant la pose du DIU ; (3) les soins pris pour ne pas toucher la paroi vaginale ou les lames du speculum avec la sonde utérine ou le chargeur contenant le DIU ; (4) le passage de la sonde utérine et du chargeur *une seule fois* par le canal cervical.
3. On demande à la femme **de dire à l'agent si elle ressent de l'inconfort ou des douleurs** à tout moment durant l'insertion. On peut administrer de l'ibuprofène 30 minutes avant la pose afin de réduire les crampes et la douleur.
4. L'agent de santé **examine soigneusement le bassin** (au speculum et bimanuellement) et vérifie la position de l'utérus pour s'assurer que la femme peut employer un DIU sans danger et avec efficacité.
5. L'agent **nettoie** soigneusement à plusieurs reprises **le col et le vagin** avec une solution antiseptique, par exemple avec de la teinture d'iode.
6. *Avec des gestes lents et prudents,* l'agent **pose le DIU**, *conformément aux instructions du fabriquant.*
7. Après la pose, l'agent demande à la cliente comment elle se sent et, si elle a des vertiges en position assise, lui propose de se reposer pendant 5 à 10 minutes. Les crampes ne vont probablement pas durer longtemps.

IMPORTANT : Pose postpartum : Seuls les agents qui ont reçu une formation spéciale peuvent poser les DIU après l'accouchement. Une bonne technique de pose est importante pour réduire le risque d'expulsion. Un DIU peut être posé juste après l'évacuation du placenta ou jusqu'à 48 heures après l'accouchement. Un DIU peut être posé après un accouchement vaginal ou après une césarienne.

Retrait du DIU

Raisons possibles d'un retrait :

- La cliente demande le retrait.

  IMPORTANT : Les agents ne doivent pas imposer de refus ou de délai quand la cliente demande le retrait du DIU, que ce soit pour des raisons personnelles ou médicales.

- Tous effets secondaires, douleurs comprises, qui amènent la cliente à vouloir faire retirer son DIU.
- Une raison médicale du retrait :
  - grossesse,
  - salpingite aiguë (ou endométrite),
  - perforation de l'utérus,
  - le DIU s'est déplacé (expulsion partielle),
  - saignement anormal très abondant qui met en danger la santé de la femme.
- Quand le vie utile d'un DIU au cuivre ou libérateur d'hormones est dépassée.
- Quand la femme est ménopausée (au moins un an après ses dernières règles).

Comment retirer le DIU :

- D'ordinaire, le retrait du DIU est une simple opération. Il peut être effectué à n'importe quel moment du cycle menstruel. Le retrait peut être un peu plus facile durant la menstruation, quand le col est dilaté.
- Il faut suivre des modalités appropriées de prévention de l'infection.
- L'agent de santé tire lentement et doucement sur les fils du DIU avec un forceps.
- Si le retrait n'est pas facile, l'agent peut dilater le col avec une sonde utérine ou un forceps alligator, ou envoyer la cliente chez un agent qui a reçu une formation spéciale.

Explication de l'emploi

SUIVRE LA PROCEDURE SUIVANTE

1. Organiser avec la femme une visite de suivi dans 3 à 6 semaines — par exemple, après des règles — pour un examen général et un examen du bassin. Ces examens doivent assurer que le DIU est resté en place et qu'il n'y a pas d'infection. La visite peut avoir lieu à un moment qui lui convient quand elle n'a pas ses règles. Aucune autre visite n'est nécessaire après cette visite de suivi.
2. S'assurer qu'elle sait :
   - Exactement quel genre de DIU elle porte et à quoi il ressemble.
   - Quand elle doit faire retirer ou remplacer son DIU. (Pour le TCu-380A, 10 ans après la pose.) Voir avec elle comment se rappeler la date de cette visite. Si elle veut un nouveau DIU, on peut le poser dès que l'ancien DIU est retiré.
   - Quand elle vient voir des agents de santé, elle doit leur dire qu'elle porte un DIU.

IMPORTANT : Donner à la cliente une fiche indiquant le mois et l'année de la pose du DIU et le mois et l'année où il doit être retiré.

DONNER DES INSTRUCTIONS PRECISES

Une femme qui choisit le DIU doit savoir comment se déroulera la pose (voir page 12–12). Elle doit aussi comprendre ce qui suit :

1. Elle peut s'attendre :
   - A quelques crampes douloureuses un ou deux jours après la pose. Elle peut alors prendre de l'aspirine, du paracétamol ou de l'ibuprofène.
   - A un écoulement vaginal pendant quelques semaines après la pose. C'est normal.
   - **A des règles plus abondantes**. Eventuellement à **un saignement entre les règles**, notamment les premiers mois qui suivent la pose.

2. **Comment vérifier le DIU.** Parfois, il se déloge. Cela peut arriver notamment le premier mois qui suit la pose ou pendant les règles. Un DIU peut se déloger sans que la femme ne s'en rende compte.

Une femme doit vérifier que son DIU est en place :

- **Une fois par semaine** durant le premier mois après la pose.
- **Après avoir observé des symptômes de problèmes graves éventuels.** (Voir page 12–16.)
- **Après les règles** de temps à autre. Les DIU risquent plus de se déloger avec le sang menstruel.

Pour vérifier son DIU une femme doit :

1. Se laver les mains.
2. S'accroupir.
3. Enfoncer aussi profondément que possible 1 ou 2 doigts dans son vagin jusqu'à ce qu'elle touche les fils. Elle doit revenir voir l'agent de santé si elle pense que le DIU aurait pu se déloger.

   IMPORTANT : Elle ne doit pas tirer sur les fils. Elle pourrait alors déloger le DIU.

4. Se laver de nouveau les mains.

Remarque : Après une pose postpartum, les fils ne ressortent pas toujours dans le col.

EXPLIQUER LES RAISONS PRECISES DE VOIR UNE INFIRMIERE OU UN MEDECIN

Décrire les symptômes possibles de problèmes graves qui exigent des soins médicaux. Il est rare que les DIU entraînent de graves complications. Néanmoins, une femme doit voir un médecin ou une infirmière si elle présente l'un quelconque des symptômes suivants de problèmes plus graves. Le DIU peut en être la cause.

- **Absence de règles**, ou la femme pense qu'elle peut être **enceinte**, notamment si elle présente aussi des symptômes de grossesse ectopique : saignement vaginal anormal, douleurs abdominales, sensibilité de l'abdomen à la palpation, ou syncopes. Une femme qui présente ces symptômes doit se faire soigner immédiatement. (Voir « Remarque sur la grossesse ectopique », page 12–23.)
- Elle pense qu'elle peut avoir été exposée à une **maladie sexuellement transmissible, ou qu'elle a le VIH/SIDA.**
- En vérifiant les fils de son DIU, elle pense que celui-ci pourrait' être délogé. Par exemple, elle constate :
  - **Que des fils sont absents ou semblent plus courts ou plus longs.**
  - **Qu'elle a quelque chose de dur dans son vagin ou son col.** Ce peut être une partie du DIU.
- **Une douleur grandissante ou aiguë au bas-ventre,** notamment si elle a aussi de la fièvre et/ou un saignement entre les règles (signes et symptômes d'une salpingite).

AUTRES RAISONS PRECISES DE REVENIR AU DISPENSAIRE

- Son partenaire sexuel entre en contact avec les fils du DIU durant les rapports sexuels, ce qui le gêne. Au dispensaire, elle peut faire raccourcir les fils.
- Saignement abondant ou prolongé qui gêne la cliente.
- Elle ou son partenaire ne sont pas satisfaits du DIU.
- Le DIU au cuivre ou hormonal est arrivé au bout de son efficacité : elle doit le faire retirer ou remplacer.
- Elle veut faire retirer le DIU pour une raison quelconque à n'importe quel moment.
- Elle a des questions.
- Elle veut une autre méthode de planning familial.

Suivi

Comment aider les clientes durant une visite routinière de suivi (3 à 6 semaines après la pose du DIU)

SUIVRE LA PROCEDURE SUIVANTE

Effectuer un examen pelvien, le cas échéant.

Ne pas manquer d'effectuer un examen pelvien si on soupçonne :

– une maladie sexuellement transmissible ou une salpingite,

– le délogement du DIU.

POSER DES QUESTIONS

1. Demander à la cliente si elle a des questions ou s'il y a quelque chose dont elle veut parler.
2. Demander à la cliente quelle est son expérience du DIU, si elle est satisfaite et si elle a des problèmes. Lui donner les informations et l'aide dont elle a besoin et l'inviter à revenir à n'importe quel moment si elle a des questions ou des soucis. Si elle a des problèmes qui ne peuvent pas être résolus, l'aider à choisir une autre méthode.
3. Lui rappeller les raisons pour les quelles elle doit revenir. (Voir page 12–16.)
4. Lui rappeller combien de temps le DIU continuera à fonctionner et quand il doit être retiré.
5. Lui demander si elle a eu des problèmes de santé depuis sa dernière visite.
   - Si elle est atteinte de pathologies qui signifient qu'elle ne devrait pas employer de DIU (voir pages 12–7 et 12–8), retirer le DIU. L'aider à choisir une autre méthode.
   - Elle peut être cependant en mesure de continuer à utiliser le DIU, même si elle a (1) *un saignement vaginal anormal inexpliqué* qui pourrait indiquer une grossesse ou une pathologie médicale sous-jacente, ou (2) *un cancer du col, de l'endomètre ou des ovaires.* Voir « Gestion des problèmes éventuels » (pages 12–20 et 12–22).

Gestion des problèmes éventuels

Si la cliente signale la présence de l'un quelconque des effets secondaires ordinaires du DIU, tels que des changements du régime menstruel :

1. Ne pas ignorer ses inquiétudes ou ne pas les prendre à la légère.
2. Si la femme s'inquiète mais veut continuer à employer la méthode, la rassurer : ces effets secondaires ne sont généralement ni dangereux ni signes de danger.
3. Si elle n'est pas satisfaite du traitement et des consultations, lui demander si elle veut faire retirer le DIU. Dans l'affirmative, retirer le DIU ou l'envoyer ailleurs pour le faire retirer, même si les problèmes que lui cause le DIU ne sont pas préjudiciables à sa santé. Si elle veut une autre méthode, l'aider à en choisir une.

Pour ce problème :	Essayer cette suggestion :
Saignement irrégulier, prolongé ou abondant (Saignement prolongé = plus de 8 jours. Saignement abondant = durée ou volume double de l'ordinaire.)	*Preuve d'infection ou d'autre anomalie ?* • Effectuer un examen pelvien pour rechercher maladie du col, grossesse ectopique ou salpingite. Envoyer ailleurs le cas échéant. • Elle peut continuer à porter son DIU pendant que sa condition est évaluée. (Pour plus de détail au sujet de la salpingite, voir page 12–20. Pour la grossesse ectopique, voir page 12–23.) *Aucune preuve d'infection ou d'autre anomalie, MOINS DE TROIS MOIS depuis la pose du DIU, et le saignement reste dans la norme ?* • La rassurer que ces changements de saignement menstruel sont normaux et s'atténueront sans doute avec le temps. • Indiquer les aliments qui renferment du fer et suggérer qu'elle en consomme davantage, si possible. Si possible, lui donner des comprimés de fer (sulphate ferreux jusqu'à 200 mg 3 fois par jour pendant 3 mois).

Pour ce problème :	Essayer cette suggestion :
Saignement irrégulier, prolongé ou abondant *(suite)*	• Lui demander si elle veut conserver son DIU. – Dans l'affirmative, lui demander de revenir dans 3 mois environ pour un autre examen. Si le saignement la gêne, on peut lui donner de l'ibuprofène ou d'autres médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens (mais PAS de l'aspirine) pour aider à l'atténuer. – Sinon, retirer le DIU et aider à choisir une autre méthode. *Aucune preuve d'infection ou d'autre anomalie et PLUS DE 3 MOIS depuis la pose du DIU ?* • Si la **cliente le veut** ou si **le saignement ou la douleur sont forts**, retirer le DIU. Aider à choisir une autre méthode. • Si une situation anormale cause un saignement irrégulier ou abondant, la soigner ou envoyer ailleurs. • Si **le saignement est très abondant**, vérifier la présence de signes d'anémie profonde — pâleur sous les ongles et conjonctivale. S'il y a anémie : – Recommander le retrait du DIU et l'aider à choisir une autre méthode. – Lui donner suffisamment de comprimés de fer pour 3 mois. – Si elle veut continuer à employer le DIU mais a un DIU inerte, le remplacer par un nouveau DIU au cuivre. Lui demander de revenir pour une visite dans 3 à 6 semaines.

Pour ce problème :	Essayer cette suggestion :
Saignement vaginal anormal inexpliqué qui suggère une grossesse ou une pathologie sous-jacente	• Elle peut continuer à se servir de son DIU pendant qu'on évalue sa situation. • Evaluer et soigner tout problème médical sous-jacent, ou recourir à des soins extérieurs.
Douleur au bas-ventre qui suggère une salpingite	1. **Diagnostiquer.** Relever les antécédents ou effectuer examens de l'abdomen et du bassin. Si l'examen pelvien n'est pas possible, effectuer un examen génital externe. Si on trouve une ou plusieurs pathologies suivantes, **recourir immédiatement à un agent compétent :** • absence de règles, retard de règles ou grossesse, • accouchement ou avortement récent, • douleur ou sensiblité à la palpation quand on fait pression sur l'abdomen pendant l'examen, • saignement vaginal, • masse pelvienne. Si elle ne présente aucune de ces pathologies, faire un diagnostic de salpingite si elle présente une ou plusieurs des conditions suivantes (plus elle en a, plus le diagnostic est étayé) : • température orale de 38,3° C (101° F) ou plus, • écoulement anormal du col ou du vagin, • douleur quand on déplace le col pendant l'examen pelvien, • sensibilité à la palpation dans la région des trompes de Fallope ou des ovaires, • partenaire sexuel récent ayant un écoulement de l'urèthre ou soigné pour gonorrhée.

Pour ce problème :	Essayer cette suggestion :
Douleur au bas-ventre qui suggère une salpingite *(suite)*	**Remarque :** Le diagnostic peut être difficile. Les signes et symptômes de salpingite peuvent être discrets ou absents. En outre, les signes et symptômes ordinaires de salpingite sont souvent présents avec d'autres pathologies abdominales, telles que grossesse ectopique ou appendicite. 2. **Soigner ou envoyer immédiatement ailleurs pour traitement. Soigner pour gonorrhée, chlamydia *et* infections anaérobies telles que trichomonase — toutes les 3** (voir chapitre 16). 3. **En règle générale, retirer le DIU si l'examen physique ou les tests de laboratoire indiquent une salpingite.** (Quand il est possible de soigner et de suivre la salpingite, certains cliniciens expérimentés peuvent laisser le DIU en place). Si le diagnostic est incertain et si le suivi est possible, traiter aux antibiotiques sans retirer le DIU et observer de près les résultats du traitement. Si le diagnostic est incertain et si le suivi n'est *pas* possible, retirer le DIU et commencer les antibiotiques. 4. **Suivi.** Si l'état de la femme ne s'améliore pas en 2 ou 3 jours après le début du traitement, ou si elle présente un abcès des trompes, il faut alors l'envoyer à un hôpital. Sans quoi, prévoir une autre visite de suivi aussitôt après qu'elle aura fini de prendre ses médicaments. 5. **Soigner le(s) partenaire(s) sexuel(s).** Insister auprès de la cliente pour que son ou ses partenaires sexuels viennent se faire soigner pour MST.

Pour ce problème :	Essayer cette suggestion :
Maladie sexuellement transmissible (MST) active, nouvelle ou dans les 3 derniers mois, ou cervicite purulente aiguë (écoulement ressemblant à du pus sortant du col).	• Retirer le DIU. • Diagnostiquer et soigner les MST, ou envoyer ailleurs. (Voir chapitre 16.)
Grossesse	• Si les fils du DIU sont visibles et si la grossesse est à son premier trimestre (moins de 13 semaines) : – Expliquer qu'il est préférable de retirer le DIU pour éviter une infection grave. Expliquer qu'elle courra un risque légèrement accru d'avortement spontané. – Si elle consent, retirer le DIU ou le faire retirer à l'extérieur. Expliquer qu'elle doit voir une infirmière ou un médecin si elle a un saignement excessif, des crampes, des douleurs, un écoulement vaginal anormal ou de la fièvre. • Si on ne peut pas trouver les fils et/ou si la grossesse a dépassé le premier trimestre : – Expliquer qu'elle court un risque d'infection grave, qui pourrait entraîner la mort. Etant donné ce risque, si elle ne veut pas mener sa grossesse à terme et si la loi permet son interruption thérapeutique, envoyer ailleurs conformément aux directives du dispensaire.

Pour ce problème :	Essayer cette suggestion :
Grossesse *(suite)*	– Si la cliente veut ou doit continuer sa grossesse, bien lui indiquer qu'elle court un risque accru d'avortement spontané et d'infection. Sa grossesse doit être suivie de près par une infirmière ou un médecin. Elle doit voir une infirmière ou un médecin si elle a un saignement excessif, des crampes, des douleurs, un écoulement vaginal anormal ou de la fièvre.

IMPORTANT : Remarque sur la grossesse ectopique : Il y a peu de cas de grossesse parmi les femmes qui utilisent le DIU. Cependant, quand une grossesse se produit, 1 sur 30 est ectopique. Les DIU, et notamment le TCu-380A, offrent une protection importante contre la grossesse ectopique ; cependant, celle-ci se produit encore parfois. La grossesse ectopique peut entraîner la mort et exige un traitement immédiat.

Signes de grossesse ectopique : aménorrhée, nausées, seins endoloris (premiers symptômes de grossesse), saignement vaginal anormal, douleur ou sensibilité de l'abdomen à la palpation, anémie, syncope (qui suggère un choc). Les symptômes peuvent être absents ou discrets.

Soins : L'anémie et/ou une syncope indiquent une rupture éventuelle de grossesse ectopique, situation d'urgence qui exige un intervention chirurgicale immédiate. Si on soupçonne une grossesse ectopique sans rupture, n'effectuer un examen pelvien que si on dispose de moyens permettant de réaliser immédiatement une intervention chirurgicale. Si ces moyens n'existent pas, envoyer immédiatement ailleurs pour obtenir un diagnostic définitif et un traitement.

Pour ce problème :	Essayer cette suggestion :
Le partenaire se plaint des fils du DIU	• Expliquer à la femme (et au partenaire, si possible) que ce que le partenaire ressent est normal. Leur recommander d'essayer de nouveau. • Décrire d'autres options à la cliente : – Les fils peuvent être raccourcis. – Le DIU peut être retiré.

IMPORTANT : Quand une femme demande de l'aide, **il faut s'assurer qu'on comprend bien ce qu'elle veut. Après consultation et échanges de vues, il faut lui demander franchement si elle veut continuer à utiliser son DIU ou si elle veut qu'on le retire.** L'aider à prendre elle même sa décision, sans exercer de pressions.

Si vous ne parvenez pas à savoir ce qu'elle veut et si vous ne répondez pas à ses véritables désirs, on pourra vous accuser de l'avoir contrainte à continuer à employer le DIU ou d'avoir refusé de le retirer. Pour éviter de telles rumeurs, **clarifiez ce que veut votre cliente et passez à l'acte.**

DIU TCu-380A

Peu de chose à faire une fois le DIU en place.

- Vous pouvez avoir des crampes les premiers jours, un écoulement vaginal ou un saignotement pendant quelques semaines, et des règles un peu plus abondantes.
- Vérifiez la présence des fils du DIU pour s'assurer qu'il reste en place. Toujours commencer par se laver les mains. Avec les doigts, toucher les fils du DIU dans le vagin. Vérifier une fois par semaine le premier mois, puis après une menstruation de temps en temps. Si vous pensez que le DIU pourrait s'être délogé, venez au dispensaire.

Les DIU n'empêchent pas les maladies sexuellement transmissibles (MST), y compris le VIH/SIDA. Si vous pensez que vous pourriez attraper une MST, employez régulièrement le condom.

Revenez :

- 3 à 6 semaines après la pose pour une visite routinière de suivi.
- Si vous avez un saignement très abondant, ou de fortes douleurs au ventre (notamment accompagnées de fièvre), si vous pourriez attraper ou avoir une maladie sexuellement transmissible (MST), si vous pourriez être enceinte ou si le DIU pourrait s'être délogé.
- A n'importe quel moment si vous voulez de l'aide, des conseils ou une autre méthode.
- A n'importe quel moment si vous voulez faire retirer le DIU, pour une raison quelconque.

Vous pouvez garder votre DIU TCu-380A pendant 10 ans. Le TCu-380A peut perdre de son efficacité après 10 ans. Il faut le retirer en _____ (mois, année). Un agent qualifié de planning familial peut retirer votre DIU. Vous pouvez obtenir un nouveau DIU au même moment, si vous le voulez.

Questions et réponses

1. **Est-ce que le DIU peut sortir de l'utérus de la femme pour se loger dans d'autres parties du corps, par exemple le coeur ou le cerveau ?**

   Normalement, le DIU reste dans l'utérus, comme une graine dans sa cosse. Très rarement, le DIU peut traverser la paroi de l'utérus pour se loger dans l'abdomen. C'est probablement dû à une erreur de pose et non pas à un lent déplacement à travers la paroi de l'utérus. Le DIU ne se déplace jamais vers d'autres parties du corps.

2. **Est-ce que le DIU empêche une femme d'avoir des enfants après qu'on l'ait retiré ?**

   En général, non. Une femme peut devenir enceinte après le retrait de son DIU. Mais le DIU ne la protège pas contre les maladies sexuellement transmissibles (MST). Une femme doit comprendre que le DIU peut faire légèrement augmenter son risque de salpingite si elle attrape des MST. Ces infections pourraient la rendre stérile. Il est donc important qu'une femme qui emploie un DIU n'ait des rapports sexuels qu'avec un seul homme non infecté et que cet homme n'ait des rapports sexuels qu'avec elle.

3. **Est-ce qu'une femme qui n'a jamais eu d'enfant peut employer un DIU ?**

   Oui, tant qu'elle n'a pas de maladies sexuellement transmissibles et qu'elle ne risque guère d'en attraper. Le DIU n'est pas la meilleure méthode pour une femme qui n'a jamais eu d'enfant et en veut un à l'avenir. En outre, une femme qui n'a pas eu d'enfant risque davantage d'expulser le DIU parce que son utérus est petit. Cependant, avec de bons conseils, ces femmes peuvent choisir les DIU.

4. **Est-ce qu'une femme peut se faire poser un DIU juste après avoir eu un enfant ?**

   Oui, si la personne qui pose le DIU a reçu la formation voulue. On peut poser le DIU après un accouchement vaginal ou en passant par l'incision pratiquée dans l'abdomen pour une césarienne.

5. **Est-ce qu'une femme peut recevoir un DIU aussitôt après un avortement ou une fausse couche ?**

   Oui. On peut poser un DIU après un avortement ou une fausse couche à moins que la femme n'ait une salpingite. La pose après la fausse couche à 16 semaines de gestation exige une formation spéciale.

6. **Est-ce qu'il faut poser un DIU durant les règles ?**

   Non. Un DIU peut être posé à n'importe quel moment du cycle menstruel si on est raisonnablement certain que la femme n'est pas enceinte. Le moment des règles peut être approprié parce qu'elle ne risque pas d'être enceinte ; la pose peut être alors plus facile pour certaines femmes. Cependant, il n'est pas facile de voir les signes d'infection durant la menstruation. Certains agents aiment poser le DIU au milieu du cycle menstruel parce que l'orifice du col est alors un peu plus large.

7. **Faut-il administrer des antibiotiques avant la pose du DIU pour empêcher l'infection ?**

   Pas nécessairement. Quand la pose est faite correctement sur des clientes soigneusement examinées, les femmes en bonne santé ne courent guère de risque d'infection et il n'est pas nécessaire d'administrer des antibiotiques pour poser un DIU. En tout cas, la plupart des recherches récentes semblent indiquer que les antibiotiques ne réduisent pas sensiblement le risque de salpingite.

8. **Est-ce qu'une femme peut être trop jeune ou trop vieille pour porter un DIU ?**

   Non. Il n'y a pas d'âge minimum ou maximum, tant que la femme ne court pas de risque de maladie sexuellement transmissible et reçoit les conseils voulus à propos des avantages et des inconvénients du DIU. Il faut retirer le DIU de la femme après la ménopause — au moins un an après ses dernières règles.

9. **Est-ce qu'une femme peut obtenir son DIU le jour de sa consultation ?**

   Oui. Si on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte et n'a pas d'infections, aucune raison médicale n'exige une visite séparée. Il peut être peu pratique pour la femme de revenir. Aussi, elle peut devenir enceinte avant qu'elle ne revienne se faire poser un DIU.

10. Est-ce qu'une diabétique peut employer un DIU ?

Oui. Le DIU n'est pas dangereux pour les diabétiques. Cependant, les diabétiques courent plus de risques d'infection. Elles doivent voir une infirmière ou un médecin si elles observent des signes possibles de maladies sexuellement transmisibles ou d'autres infections, notamment juste après la pose du DIU.

11. Est-ce qu'une femme doit prendre un « repos » après avoir employé un DIU pendant plusieurs années ou après que le DIU a atteint la date recommandée de son retrait ?

Non. Ce n'est pas nécessaire ; et cela peut être dangereux. Il y a moins de risque de salpingite quand on replace un DIU en une seule intervention que si on le fait en deux temps. Par ailleurs, une femme peut devenir enceinte avant de recevoir son nouveau DIU.

12. Quand faut-il remplacer un DIU au cuivre ?

Les derniers modèles de DIU au cuivre restent efficaces pendant de longues années. La US Food and Drug Administration a homologué le TCu-380A pour 10 ans d'utilisation. (Il peut sans doute empêcher la grossesse pendant encore plus longtemps.)

13. Est-ce que le DIU causera de l'inconfort au partenaire d'une femme durant les rapports sexuels ?

En général, non. Parfois, un homme peut sentir les fils. Si ça le gêne, on peut résoudre le problème en raccourcissant les fils. Cependant, il faut alors dire à l'avance à la femme qu'elle ne pourra pas sentir les fils pour vérifier son DIU et que le retrait du DIU pourrait être plus difficile. Un homme peut éprouver de l'inconfort durant les rapports sexuels si le DIU a commencé à descendre dans le col. Si la femme soupçonne qu'il en est ainsi, elle doit voir immédiatement un médecin ou une infirmière.

Chapitre 13

Méthodes vaginales

Eléments principaux

Spermicides, diaphragme et cape — méthodes sous le contrôle de la femme qui s'en sert quand elle en a besoin.

Sans danger. Effets secondaires légers ou nuls pour la plupart des femmes.

Seulement modérément efficaces telles qu'elles sont communément employées, mais plus efficaces avec emploi constant et correct. Les clientes ont besoin de recevoir des instructions claires sur l'emploi correct. La pratique de la pose du diaphragme ou de la cape sera utile.

Une femme peut éprouver **des difficultés à interrompre les rapports sexuels pour poser** une méthode vaginale. Cependant, **elle peut placer à l'avance le spermicide, le diaphragme ou la cape dans son vagin.**

Peuvent quelque peu aider à éviter certaines maladies sexuellement transmissibles (MST) mais cela n'a pas été prouvé.

Chapitre 13

Méthodes vaginales

Table des matières

Introduction aux méthodes vaginales 13–3

Comment décider d'employer des méthodes vaginales 13–4

- Comment fonctionnent-elles ? 13–4
- Quelle est leur efficacité ? 13–4
- Avantages et inconvénients 13–5
- Liste de pointage d'éligibilité médicale 13–8

Début de l'emploi des méthodes vaginales 13–9

- Quand commencer 13–9
- Fourniture des méthodes vaginales 13–9
- Explication de l'emploi 13–10

Suivi 13–14

- Comment aider les clientes durant une visite routinière de suivi 13–14
- Gestion des problèmes éventuels 13–15

Eléments importants dont l'utilisatrice doit se rappeler..... 13–17

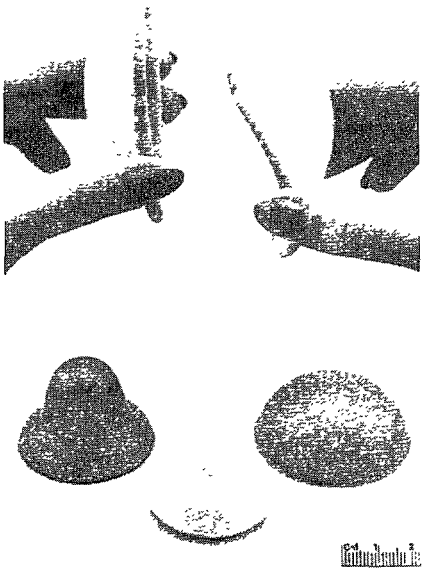
Questions et réponses 13–18

Introduction aux méthodes vaginales

Les méthodes vaginales sont des contraceptifs qu'une femme place dans son vagin peu avant les rapports sexuels. Il existe plusieurs méthodes vaginales :

- **Les spermicides**, y compris les comprimés ou suppositoires moussants, les suppositoires fondants, la mousse, le film, la gelée et la crème spermicide.
- **Le diaphragme**, dôme en caoutchouc souple qui recouvre le col. Doit être employé avec une gelée ou crème spermicide.
- **La cape cervicale** — ressemble au diaphragme, mais en plus petit. Peu disponible en dehors de l'Amérique du Nord, de l'Europe, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande.

Diaphragme



Capes cervicales

Spermicides

236

Comment décider d'employer des méthodes vaginales

Comment fonctionnent-elles ?

- **Les spermicides** tuent les spermatozoïdes ou les empêchent de se diriger vers l'ovocyte.
- **Les diaphragmes et les capes cervicales** empêchent les spermatozoïdes de pénétrer dans l'utérus et dans les trompes, où ils pourraient rencontrer un ovocyte.

Quelle est leur efficacité ?

IMPORTANT : L'efficacité est fonction de la régularité avec laquelle une femme emploie correctement une méthode vaginale à l'occasion de chaque rapport sexuel et de la méthode vaginale dont elle se sert.

	Grossesses pour 100 femmes durant la première année d'utilisation			
	Spermicides	**Diaphragme**	**Cape cervicale** pour femmes qui n'ont **pas** eu d'enfant	**Cape cervicale** pour femmes qui **ont** eu des enfants
En pratique courante	**26** *un peu efficace* (1 sur 4)	**20** *un peu efficace* (1 sur 5)	**20** *un peu efficace* (1 sur 5)	**40** *médiocrement efficace* (1 sur 2 ou 3)
Emploi constant et correct	**6** *efficace* (1 sur 17)	**6** *efficace* (1 sur 17)	**9** *efficace* (1 sur 11)	**26** *un peu efficace* (1 sur 4)

Les méthodes vaginales peuvent aider à empêcher certaines maladies sexuellement transmissibles (MST) (et peut-être le VIH/SIDA, bien que les études ne l'aient pas encore prouvé). On ne sait pas très bien si les méthodes vaginales empêchent les MST aussi bien que les préservatifs. Néanmoins, il vaut mieux employer les méthodes vaginales que n'employer ni méthode vaginale ni préservatif. Par ailleurs, un méthode sur laquelle la femme exerce un contrôle peut être employée de façon plus constante qu'un préservatif.

Avantages et inconvénients

AVANTAGES DE TOUTES LES METHODES VAGINALES

- Méthodes sans danger, placées sous le contrôle de la femme, que peuvent utiliser presque toutes les femmes.
- Aident à empêcher certaines MST et certaines situations provoquées par les MST — salpingite, stérilité, grossesse ectopique et peut-être cancer du col. Peuvent offrir une certaine protection contre le VIH/SIDA, mais cet effet n'a pas encore été prouvé.
- Offrent la contraception au moment même où on en a besoin.
- Empêchent efficacement la grossesse si l'on s'en sert correctement à l'occasion de chaque rapport sexuel (à l'exception de la cape cervicale pour les femmes qui ont eu des enfants).
- Pas d'effets secondaires imputables aux hormones.
- Aucun effet sur la composition du lait maternel.
- Peuvent être arrêtées à n'importe quel moment.
- Faciles d'emploi avec un peu de pratique.

Avantages supplémentaires des spermicides

- Peuvent être posés jusqu'à une heure avant les rapports sexuels pour éviter de les interrompre.
- Peuvent augmenter la lubrification vaginale.
- Peuvent être employés immédiatement après l'accouchement.
- Pas besoin de voir un agent de santé avant de s'en servir.

Avantages supplémentaires du diaphragme ou de la cape cervicale employés avec un spermicide

- Le diaphragme peut être posé jusqu'à 6 heures avant les rapports sexuels pour éviter de les interrompre. La cape peut être posée encore plus tôt, car elle donne une protection qui dure jusqu'à 48 heures après la pose.

INCONVENIENTS DE TOUTES LES METHODES VAGINALES

- Effets secondaires :
  - Le spermicide peut causer une irritation chez la femme ou son partenaire, notamment si l'on s'en sert plusieurs fois par jour.
  - Le spermicide peut provoquer des réactions allergiques locales (rarement) chez la femme ou son partenaire.
  - Peut rendre plus fréquentes les infections des voies urinaires. (Une femme peut les éviter en veillant à toujours uriner après les rapports sexuels.)
- Pour être efficace, il faut avoir la méthode à sa portée et prendre les dispositions voulues avant chaque acte sexuel.
- Exige que la femme ou son partenaire enfonce ses doigts ou l'appareil de pose dans son vagin. (On doit se laver les mains au préalable.)
- Interrompt les rapports sexuels si on ne l'a pas posé auparavant.
- Le spermicide peut être salissant.
- Peut être difficile à cacher au partenaire.

Inconvénients supplémentaires du spermicide

- Les spermicides qui se dissolvent doivent être placés dans le vagin au moins 10 minutes avant que l'homme n'éjacule mais pas plus d'une heure auparavant.
- Certaines marques peuvent fondre par temps chaud.
- Les comprimés moussants peuvent causer une sensation de chaleur.
- En théorie, l'irritation causée par plusieurs emplois par jour peut faire augmenter le risque de MST/VIH.

Inconvénients supplémentaires du diaphragme et de la cape cervicale employés avec un spermicide

- Exigent que la pose soit faite par un agent de planning familial, qui effectue un examen pelvien.
- Peuvent être difficiles à retirer. Le diaphragme peut se déchirer (rarement) quand la femme l'enlève.
- Une femme peut avoir besoin d'un diaphragme de dimension différente après l'accouchement.
- La cape cervicale semble être moins efficace chez les femmes qui ont eu des enfants.

- Le diaphragme et la cape doivent être lavés au savon doux et à l'eau propre après chaque usage.
- Le diaphragme doit être conservé dans de bonnes conditions pour éviter qu'il ne se troue.

Emploi de la liste de pointage d'éligibilité médicale

La liste de la page suivante est destinée à vérifie si la cliente présente des pathologies médicales ***connues*** *qui empêchent l'emploi des méthodes vaginales. Elle n'a pas pour but de remplacer les consultations.*

Les questions de la liste se réfèrent à ***des pathologies connues****. En règle générale, on peut apprendre l'existence de ces pathologies en interrogeant la cliente. D'ordinaire, point n'est besoin d'effectuer des tests de laboratoire ou des examens physiques. (Il faut procéder à un examen physique pour poser un diaphragme ou une cape).*

IMPORTANT : Un personnel non médical peut en toute sécurité offrir des spermicides à toutes les femmes, notamment les détaillants et les distributeurs à base communautaire.

Méthodes vaginales

Poser à la cliente les questions ci-après. Si elle répond NON à TOUTES les questions, elle PEUT alors employer des méthodes vaginales, si elle le veut. Si elle répond OUI à une question ci-après, suivre les instructions.

1. Avez-vous eu récemment un accouchement à terme ou un avortement spontané ou provoqué du second trimestre ? Dans l'affirmative, quand ?

☐ Non ☐ **Oui** ▶ En règle générale, il faut attendre, pour poser un diaphragme ou une cape cervicale, jusqu'à 6 à 12 semaines après l'accouchement ou après un avortement du second trimestre, en fonction du retour à la normale de l'utérus et du col. On peut utiliser isolément le spermicide.

2. Etes-vous allergique au latex ?

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Elle ne doit pas employer de diaphragme ou de cape en latex.

3. Est-ce qu'on vous a jamais dit que votre vagin, votre col ou votre utérus avait une forme ou une position inhabituelle ?

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Il peut être impossible ou inefficace qu'elle emploie un diaphragme ou une cape. Un examen pelvien peut être nécessaire pour établir s'il est possible de poser correctement un diaphragme ou une cape, qui resteront alors en place.

4. Avez-vous une pathologie médicale qui rend une grossesse dangereuse ? (Voir pages 4–13 à 4–17.)

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Elle peut vouloir une méthode plus efficace. Elle peut cependant employer des méthodes vaginales si elle fait un choix informé et reçoit des instructions appropriées sur la manière de les utiliser efficacement.

5. Avez-vous jamais souffert du syndrôme de choc toxique ?

☐ Non ☐ **Oui** ▶ En règle générale, la femme ne doit pas employer de diaphragme ou de cape cervicale. Elle peut employer des spermicides isolément ou une autre méthode.

Assurez-vous que vous expliquez bien à la cliente les bénéfices de la méthode qu'elle a choisie pour sa santé, de même que les risques d'effets secondaires éventuels. Précisez-lui également, si nécessaire, quelles sont les conditions susceptibles de rendre la méthode peu souhaitable dans son cas particulier.

Début de l'emploi des méthodes vaginales

Quand commencer

Une femme peut commencer à utiliser une méthode vaginale à n'importe quel moment de son cycle menstruel et peu après un accouchement, un avortement ou une fausse couche.

En règle générale, le diaphragme et la cape cervicale ne doivent pas être posés durant les 6 à 12 premières semaines qui suivent un accouchement à terme ou un avortement spontané ou provoqué du second trimestre, en fonction du retour de l'utérus et du col à leurs dimensions normales. S'il le faut, une femme peut, en attendant, employer un spermicide isolément ou avec des préservatifs.

Fourniture des méthodes vaginales

IMPORTANT : Une femme qui choisit une méthode vaginale tire profit d'une bonne consultation.

Un dispensateur sympathique, qui sait écouter, répondre aux questions, donner des informations claires et pratiques, notamment au sujet de l'importance d'un emploi continu, aidera la femme à employer les méthodes vaginales avec succès et satisfaction.

On peut suivre les étapes suivantes pour fournir des méthodes vaginales :

1. **Donner à la femme beaucoup de spermicides** — jusqu'à un an d'approvisionnement, si possible.
2. **Lui expliquer comment employer** les méthodes vaginales, y compris leur pose et, dans le cas du diaphragme et de la cape, leur retrait (voir pages 13–10 à 13–13).
3. Si elle choisit un diaphragme ou une cape, **prendre des dispositions** avec un agent spécialement formé **pour les faire proprement choisir et poser**. Recourir à un service extérieur s'il le faut.
4. **Prévoir une nouvelle visite** quand elle aura besoin de se réapprovisionner en spermicide, à moins qu'elle ne préfère s'adresser ailleurs.
5. **Inviter la cliente à revenir à n'importe quel moment** si elle a des questions, des problèmes ou veut une autre méthode.

Explication de l'emploi

IMPORTANT : Pour toutes les méthodes vaginales, la femme doit employer la méthode **chaque fois** qu'elle a des rapports sexuels.

SPERMICIDE

Pose du spermicide

1. La femme place le spermicide dans son vagin avant chaque rapport sexuel.
2. Elle ajoute du spermicide avant chaque rapport sexuel ou éjaculation de sperme dans son vagin.
3. Elle ne fait pas de douche vaginale pendant au moins 6 heures après les rapports sexuels.

Type de spermicide	Comment le placer
Mousse ou crème	A n'importe quel moment, moins de 1 heure avant les rapports sexuels, la femme met dans l'applicateur de plastique la mousse ou la crème qu'elle a fait sortir du flacon ou du tube. Elle insère l'applicateur au fond du vagin et pousse le piston. Dans le cas de la mousse, elle doit secouer vigoureusement la boîte juste avant de remplir l'applicateur.
Comprimés, suppositoires, films	Moins de 1 heure mais plus de 10 minutes avant les rapports sexuels, la femme pose un comprimé, un suppositoire ou un film spermicide au fond de son vagin au moyen d'un applicateur ou de ses doigts. Le film doit être plié en deux et posé avec les doigts près du col, sans quoi il collera aux doigts et non pas au col.

Conservation du spermicide

La plupart des spermicides — et notamment certains suppositoires — doivent être conservés dans un endroit frais et sec, sans quoi ils risquent de fondre. Si on les conserve au sec, les comprimés moussants ne risquent guère de fondre par temps chaud.

DIAPHRAGME

Pose du diaphragme

Avant les rapports sexuels, la femme met le diaphragme, recouvert de spermicide, en bonne position dans le vagin.

1. La femme tient le diaphragme, le dôme étant en position inférieure (comme une coupelle).
2. Elle presse environ un cuillerée de crème ou de gelée spermicide dans la coupe du diaphragme et sur son rebord.
3. Elle rapproche les bords opposés du diaphragme et, en plaçant le dôme en direction de la paume de la main, pousse aussi profondément que possible le diaphragme dans le vagin. (Voir dessin, page 13–12.)
4. Avec le doigt, elle touche le diaphragme pour s'assurer qu'il recouvre le col. Au toucher à travers le dôme du diaphragme, le col ressemble au bout du nez.
5. Lors de chaque rapport sexuel, elle utilise l'applicateur pour ajouter du spermicide. Elle n'enlève PAS le diaphragme.

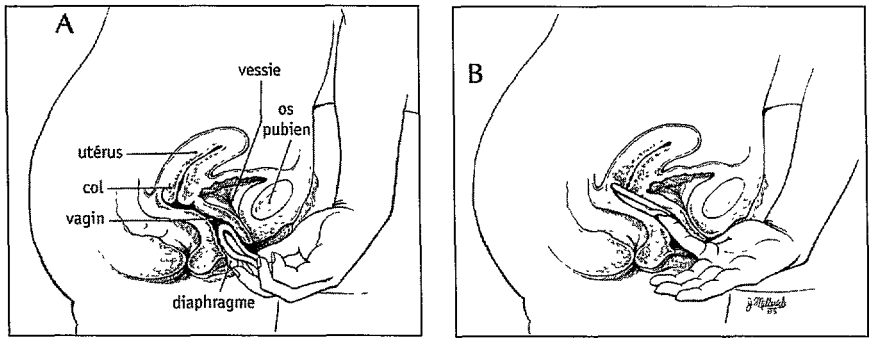
Retrait du diaphragme

1. La femme laisse le diaphragme en place pendant **au moins 6 heures** après la dernière éjaculation de l'homme. Elle ne laisse PAS le diaphragme en place pendant plus de 24 heures. Si elle le fait, elle fait augmenter le risque de syndrôme de choc toxique.*
2. Elle met le doigt dans le vagin jusqu'à ce qu'elle sente le bord du diaphragme.
3. Elle fait glisser doucement le doigt sous le rebord et tire le diaphragme pour le faire sortir. Elle veille à ne pas déchirer le diaphragme avec les ongles.
4. Après chaque usage, elle lave le diaphragme au savon doux et à l'eau. Elle vérifie la présence de trous en le remplissant d'eau ou en le regardant à contre-jour.
5. Elle sèche le diaphragme et le conserve dans un endroit propre, sombre et frais, si possible.

*Le syndrôme de choc toxique est une maladie rare mais grave causée par des bactéries. On connaît quelques cas liés à l'emploi du diaphragme. Plus longtemps on laisse en place un diaphragme ou une cape, plus les bactéries ont le temps de proliférer. Les symptômes sont une forte fièvre soudaine, un érythème ressemblant à un coup de soleil, des vomissements de la diarrhée, des vertiges, une irritation de la gorge, des douleurs musculaires. Une femme qui présente ces symptômes doit se rendre immédiatement au dispensaire le plus proche. Un traitement aux antibiotiques et aux fluides par perfusion est très efficace.

Comment vérifier la position d'un nouveau diaphragme ou d'une nouvelle cape cervicale

Une utilisatrice expérimentée du diaphragme ou de la cape ou un agent qui a reçu une formation spéciale doivent montrer à une nouvelle utilisatrice comment placer le dispositif dans son vagin. Elle doit permettre à la femme de s'entraîner isolément, puis vérifier la position du dispositif.



Pour poser un diaphragme, une femme en presse les deux côtés l'un contre l'autre et le pousse le plus profondément possible dans le vagin (A). Puis, avec le doigt, elle vérifie que le diaphragme est bien calé derrière l'os pubien et recouvre le col (B).

CAPE CERVICALE

Pose de la cape cervicale

Avant d'avoir des rapports sexuels, la femme met dans le vagin la cape cervicale recouverte de spermicide.

1. Elle remplit aux deux tiers le dôme de la cape avec de la crème ou de la gelée spermicide.
2. Elle presse le rebord de la cape entre le pouce et l'index et, en plaçant le dôme du côté de la paume de sa main, fait glisser la cape aussi profondément que possible dans le vagin.
3. Avec un doigt, elle trouve le col, qui a la forme du bout du nez. Elle presse le rebord de la cape autour du col jusqu'à ce que celui-ci soit complètement recouvert. Elle fait glisser un doigt autour du rebord de la cape pour s'assurer que le col est bien recouvert.
4. Elle n'a pas besoin de spermicide supplémentaire pour de nouveaux actes sexuels qui ont lieu dans les 48 heures qui suivent la pose, tant qu'elle conserve la cape en place.

245

Retrait de la cape

1. La femme laisse la cape en place pendant au moins 6 heures après la dernière éjaculation de l'homme. Elle ne laisse PAS la cape en place pendant plus de 48 heures. Sans quoi, elle dégagerait une mauvaise odeur et pourrait faire augmenter le risque de syndrôme de choc toxique.*
2. Elle enfonce un doigt dans le vagin jusqu'à ce qu'elle sente le rebord de la cape.
3. Elle fait pression sur le rebord de la cape jusqu'à ce qu'elle se détache du col ; elle fait alors basculer la cape pour la sortir.
4. Elle attrape le rebord avec un doigt et le tire latéralement hors du vagin.
5. Après chaque usage, elle lave la cape avec du savon doux et de l'eau propre. Elle vérifie l'absence de trous en remplissant la cape d'eau ou en la tenant devant la lumière.
6. Elle fait sécher la cape et la conserve dans un endroit propre, sombre et frais, si possible.

EXPLICATION DES RAISONS PRECISES DE REVENIR VOIR LE DISPENSATEUR

Insister auprès de la cliente pour qu'elle revienne pour l'une quelconque des raisons suivantes :

- Se réapprovisionner en spermicide.
- Quand un diaphragme ou une cape s'use, s'amincit, a des trous ou durcit. Il faut alors le/la remplacer.
- Après un accouchement ou un avortement, pour vérifier l'ajustement du diaphragme ou de la cape cervicale.
- Elle ou son partenaire ont une réaction allergique (démangeaisons, érythème, irritation). (Voir page 13–15.)
- Elle cesse d'employer la méthode.
- Elle a des questions ou des problèmes ou veut une autre méthode.

*Voir note en bas de page 13–11.

Suivi

Comment aider les clientes durant une visite routinière de suivi

IMPORTANT : Il n'est pas nécessaire de programmer une visite de suivi. A un moment qui lui convient, la cliente peut revenir se réapprovisionner en spermicide, recevoir des conseils à propos de la pose ou de l'utilisation du diaphragme ou de la cape.

Poser des questions

Durant toute visite de suivi :

1. Demander à la cliente si elle a des questions ou s'il y a quelque chose dont elle veut parler.
2. Demander à la cliente quelle est son expérience de la méthode, si elle est satisfaite et si elle a des problèmes. Lui donner les informations et l'aide dont elle a besoin et l'inviter à revenir à n'importe quel moment si elle a des questions ou des soucis. Si elle a des problèmes qui ne peuvent pas être résolus, l'aider à choisir une autre méthode.
3. Lui demander si elle a eu des problèmes de santé depuis sa dernière visite.
   - Si elle a acquis *une allergie au latex, une pathologie qui rend la grossesse dangereuse* ou si elle a souffert *d'un syndrôme de choc toxique,* ou si elle a eu récemment *un accouchement à terme ou un avortement spontané ou provoqué du second trimestre,* voir page 13–8 pour instructions. Le cas échéant, l'aider à choisir une autre méthode.
   - Si elle a acquis *une infection des voies urinaires,* voir « gestion des problèmes éventuels », page 13–15.

Gestion des problèmes éventuels

Si la cliente signale des problèmes causés par les méthodes vaginales :

1. Ne pas ignorer ses inquiétudes ou ne pas les prendre à la légère.
2. L'aider à résoudre ses problèmes. Si elle veut continuer d'employer la méthode, l'encourager à s'en servir à l'occasion de chaque rapport sexuel.
3. Si elle n'est pas satisfaite après les consultations et les conseils, l'aider à choisir une autre méthode, si elle le souhaite.

Pour ce problème :	Essayer cette suggestion :
Réaction allergique ou sensibilité au spermicide, par exemple brûlure ou démangeaisons	• Vérifier la présence d'infection (signes : écoulement vaginal anormal, rougeur et/ou tuméfaction du vagin et démangeaison de la vulve) et soigner, ou recourir à un service extérieur. • S'il n'y a pas d'infection, suggérer un autre type ou une autre marque de spermicide.
Infection des voies urinaires	• Soigner aux antibiotiques, tels que l'ampicilline, ou le triméthoprime plus sulphaméthoxazole pendant 10 à 14 jours. • Suggérer que la femme urine juste après les rapports sexuels pour aider à éviter de futures infections. Suggérer aussi qu'elle boive beaucoup de liquides, urine souvent et mange des aliments renfermant de la vitamine C, tels qu'oranges, pamplemousses et citrons, si possible. • Si l'infection est fréquente ou récurrente, vérifier que le diaphragme n'est pas trop étroit. (Vous devriez pouvoir poser un doigt ganté sur le rebord). Envisager aussi la possibilité de MST. • D'ordinaire, on ne recommande pas de persister à employer le diaphragme si la femme a une infection chronique ou recurrente des voies urinaires ne répondant pas au traitement.

Pour ce problème :	Essayer cette suggestion :
Douleur résultant de pressions sur la vessie ou le rectum avec emploi du diaphragme	• Vérifier que le diaphragme est de la taille voulue et rechercher des lacérations du vagin. Si le diaphragme est trop grand, employer un modèle plus petit.
Difficulté de pose du diaphragme ou de la cape	• Donner des conseils supplémentaires à propos de la pose. Faire effectuer la pose au dispensaire puis vérifier la position. • Parfois, le partenaire sexuel peut aider à la pose.
Forte fièvre soudaine, érythème, vomissements, diarrhée, vertiges et douleurs musculaires (très rares)	• La femme doit être amenée immédiatement au centre de santé le plus proche. Elle peut souffrir d'un syndrôme de choc toxique. • Si elle souffre d'un syndrôme de choc toxique, un traitement aux antibiotiques et aux fluides intraveineux est très efficace et doit être effectué immédiatement.
Vaginite suite à l'emploi du diaphragme	• Suggérer qu'elle nettoie soigneusement son diaphragme après chaque emploi et veille à ce qu'il soit sec avant de s'en servir de nouveau.
Ecoulement vaginal inhabituel suite à l'emploi du diaphragme	• Suggérer qu'elle retire rapidement son diaphragme *(mais pas avant 6 heures après les rapports sexuels)* et le nettoie après chaque usage.
Lésion vaginale suite à l'emploi du diaphragme	• Suggérer qu'elle emploie temporairement une autre méthode et lui remettre les produits. • Vérifier la position du diaphragme et voir comment la cliente le retire.

Méthodes vaginales — spermicide, diaphragme et cape cervicale

Ce sont **des méthodes sur lesquelles les femmes exercent un contrôle et qu'elles peuvent employer quand elles en ont besoin.**

Doivent être employées correctement à chaque occasion pour obtenir la meilleure protection. Les méthodes vaginales n'ont qu'une efficacité proportionnelle à l'emploi qu'en font la plupart des femmes. Elles sont plus efficaces quand on s'en sert correctement à chaque occasion.

Peuvent quelque peu aider à protéger contre certaines maladies sexuellement transmissibles (MST) mais cela n'a pas été prouvé. Les préservatifs donnent la meilleure protection contre la transmission de maladies durant les rapports sexuels.

On peut **placer un spermicide jusqu'à 1 heure avant les rapports sexuels. Le mettre profondément dans le vagin.** Placer les comprimés moussants, films spermicides ou suppositoires **au moins 10 minutes avant les rapports sexuels. Ne pas prendre de douche vaginale pendant au moins 6 heures après les rapports.**

On peut **poser un diaphragme ou une cape cervicale à l'avance** quand on pense avoir des rapports sexuels. Après ces derniers, **laisser le diaphragme ou la cape en place et ne pas prendre de douche vaginale pendant au moins 6 heures.**

Une fois le diaphragme ou la cape cervicale en place, **employer beaucoup de gelée ou de crème spermicide** pour obtenir la meilleure protection.

Revenir chercher des spermicides avant d'en manquer.

Vous pouvez **revenir à n'importe quel moment** pour une aide, des conseils ou une autre méthode.

Questions et réponses

1. **Est-ce que les spermicides causent des malformations congénitales ?**

   Non. L'évidence actuelle est que les spermicides ne causent pas de malformations congénitales. Les spermicides ne font aucun tort au bébé, même si une femme s'en sert pendant qu'elle est enceinte.

2. **Est-ce que les spermicides causent le cancer ?**

   Non. En fait, les spermicides, les diaphragmes et les capes cervicales peuvent aider à empêcher le cancer du col.

3. **Est-ce que le diaphragme est inconfortable pour la femme ?**

   Non, s'il a la dimension voulue et est bien posé. En général, la femme et son partenaire ne sentent pas le diaphragme durant les rapports sexuels. Le dispensateur choisit pour chaque femme le diaphragme de dimension voulue de façon à ce qu'il soit bien calé et ne fasse pas mal.

4. **Si une femme emploie un diaphragme sans spermicide, est-ce qu'il donnera des résultats ?**

   Oui mais, sans spermicide, le diaphragme sera moins efficace. Il n'est donc pas recommandé d'employer un diaphragme sans spermicide.

5. **Est-ce qu'une femme peut porter un diaphragme toute la journée ?**

   Bien que cela ne soit généralement pas recommandé, une femme qui veut employer le diaphragme mais peut ne pas toujours être en mesure de le poser avant les rapports sexuels peut le laisser toute la journée en place. Elle doit le retirer et le laver chaque jour pour éviter les infections des voies urinaires et le syndrôme du choc toxique.

6. **Est-ce qu'une femme peut employer des lubrifiants avec un diaphragme ou une cape ?**

Les lubrifiants à base d'huile peuvent endommager le latex d'un diaphragme ou d'une cape. Une femme ne doit donc pas employer de lubrifiants ou de médicaments vaginaux à base d'huile en même temps qu'un diaphragme ou une cape. Il s'agit de la vaseline *(Vaseline®)*, de l'huile minérale, des lotions pour mains, de l'huile végétale, du beurre, de la margarine et du beurre de cacao, ainsi que des crèmes vaginales ordinaires utilisées contre les champignons.

Elle peut utiliser une gelée contraceptive ou un lubrifiant aqueux spécialement conçu pour emploi avec les préservatifs en latex.

7. **Est-ce que les méthodes vaginales protègent contre les maladies sexuellement transmissibles (MST), VIH/SIDA compris ?**

Les spermicides peuvent tuer les organismes qui causent certaines MST. Le diaphragme et la cape cervicale peuvent aider à bloquer ces organismes. Ils peuvent aussi fournir une certaine protection contre le VIH, qui cause le SIDA, mais cela n'est pas prouvé. Les meilleures protections durant les rapports sexuels peuvent consister à employer à la fois un préservatif et un spermicide lors de chaque rapport. Si on n'emploie qu'une seule méthode, le préservatif est la meilleure. Cependant, une méthode vaginale sur laquelle la femme exerce un contrôle peut être employée plus régulièrement que les préservatifs quand une femme ne peut pas convaincre son partenaire d'utiliser les préservatifs.

Chapitre 14

Méthodes basées sur la connaissance de la fécondité, y compris la continence périodique

Eléments principaux

Une femme apprend à reconnaître quand commence et se termine la période de fécondité de son cycle menstruel.

Fort de cette connaissance, un couple peut éviter la grossesse. Il peut s'abstenir d'avoir des rapports sexuels, ou utiliser une méthode mécanique ou pratiquer le retrait durant la période féconde.

N'ont qu'une efficacité modérée telle qu'on les emploie ordinairement. Peuvent être efficaces si on les emploie correctement.

Exigent d'ordinaire une étroite coopération entre les partenaires sexuels et un engagement total de la part de l'homme.

Aucun effet secondaire physique. Les méthodes qui comportent une longue abstinence peuvent être difficiles pour certains couples.

Peuvent être difficiles à employer durant une fièvre ou une infection vaginale, après un accouchement, ou durant l'allaitement.

Chapitre 14

Méthodes basées sur la connaissance de la fécondité, y compris la continence périodique

Table des matières

Introduction aux méthodes basées sur la connaissance de la fécondité 14–3

Comment décider d'employer des méthodes basées sur la connaissance de la fécondité 14–4

- Comment fonctionnent-elles ? 14–4
- Quelle est leur efficacité ? 14–4
- Avantages et inconvénients 14–6
- Liste de pointage d'éligibilité médicale 14–8

Utilisation des méthodes basées sur la connaissance de la fécondité 14–10

- Quand commencer 14–10
- Enseignement des méthodes basées sur la connaissance de la fécondité 14–10
- Explication de l'emploi 14–11

Suivi 14–15

- Comment aider les clientes durant une visite routinière de suivi 14–15
- Gestion des problèmes éventuels 14–16

Eléments importants dont l'utilisatrice doit se rappeler..... 14–17

Questions et réponses 14–18

Introduction aux méthodes basées sur la connaissance de la fécondité

Par « connaissance de la fécondité », on entend qu'une femme apprend à dire quand commence ou se termine la période féconde de son cycle menstruel. (La période féconde est celle durant laquelle elle peut devenir enceinte.)

Une femme peut recourir à plusieurs méthodes pour savoir quand commence et se termine sa période féconde :

- **Méthode du calendrier** : Une femme peut compter le nombre de jours pour identifier le début et la fin de sa période féconde. Le nombre de jours dépend de la longueur des cycles menstruels précédents.
- **Sécrétions cervicales** : Quand une femme voit ou ressent des secrétions cervicales, elle peut être féconde. Ce peut être simplement une sensation d'humidité du col.
- **Température basale** : La température du corps d'une femme au repos augmente légèrement au moment de l'ovulation (libération d'un ovocyte), quand elle peut devenir enceinte.
- **Palpation du col** : Au moment où commence la période féconde, l'orifice du col est plus souple, s'entrouvre et est humide. Quand elle n'est pas féconde, l'orifice est plus ferme et fermé. (Rarement employé comme signe unique.)

Une femme peut employer une ou plusieurs de ces indications. Pour dire quand **commence** la période féconde, elle peut employer *la méthode du calendrier* et *les sécrétions cervicales.* Pour dire quand se **termine** la période féconde, elle peut employer *la température basale, les sécrétions cervicales* et *la méthode du calendrier.* (Pour plus de détails, voir pages 14–10 à 14–14.)

Comment décider d'employer des méthodes basées sur la connaissance de la fécondité

Comment fonctionnent-elles ?

La connaissance de la fécondité aide une femme à savoir quand elle peut devenir enceinte. Le couple évite la grossesse en modifiant son comportement sexuel durant les jours féconds. Il peut :

- **S'abstenir d'avoir des rapport vaginaux** — éviter complètement les rapports sexuels vaginaux durant la période féconde. C'est ce que l'on appelle également **continence périodique** et **planning familial naturel (PFN).**
- **Employer des méthodes mécaniques** — préservatifs, diaphragme et spermicide, ou uniquement spermicide.
- **Recourir au retrait** — sortir le pénis du vagin avant l'éjaculation. Appelé aussi coïtus interruptus ou coït interrompu. Ou ils peuvent avoir d'autres contacts sexuels sans rapports vaginaux.

Quelle est leur efficacité ?

Remarque : les taux de grossesse cités dans la présente section concernent uniquement la continence périodique.

IMPORTANT : L'efficacité de la continence périodique varie plus que celle de toute autre méthode de planning familial. Pour obtenir la plus forte efficacité, les couples doivent s'abstenir de deviner quelle est leur période féconde. Ils doivent s'abstenir entièrement de rapports sexuels durant les périodes fécondes.

N'ont qu'une efficacité relative en pratique courante — 20 grossesses pour 100 femmes la première année d'utilisation (1 sur 5).(Ce taux est indiqué par les résultats d'enquêtes. On en sait pas comment ces femmes ont identifié leur période de fécondité.)

Efficaces ou très efficaces si employées correctement et constamment —

Emploi constant des méthodes à indicateur unique

Sécrétions cervicales : 3 grossesses pour 100 femmes durant la première année d'utilisation (1 sur 33).

Température basale : 1 grossesse pour 100 femmes durant la première année d'utilisation (quand les rapports ont lieu uniquement après l'ovulation et avant le cycle menstruel suivant ; voir page 14–11).

Calendrier : 9 grossesses pour 100 femmes durant la première année d'utilisation (1 sur 11).

Emploi constant de la méthode à indicateurs multiples

Sympto-thermique ou multi-indices (d'ordinaire sécrétions cervicales + température basale, et peut-être aussi la méthode du calendrier et palpation du col). 2 grossesses pour 100 femmes durant la première année d'utilisation (1 sur 50).

Remarque : On n'a guère d'informations au sujet de l'efficacité de la connaissance de la fécondité employée avec des méthodes mécaniques ou le retrait. Certains couples constatent que l'emploi de méthodes mécaniques durant la période féconde est plus facile — et par conséquent peut-être plus efficace — que l'abstinence de rapports sexuels.

Les couples qui emploient régulièrement des méthodes mécaniques peuvent aussi utiliser la connaissance de la fécondité et éviter les rapports sexuels quand la femme est féconde. C'est peut-être plus efficace que l'emploi des seules méthodes mécaniques.

Avantages et inconvénients

AVANTAGES

- Une fois apprises, ces méthodes peuvent servir à éviter ou à provoquer la grossesse, selon les souhaits du couple.
- Aucun effet secondaire physique.
- Coûts très modiques ou nuls.
- Peuvent être employées par la plupart des couples, s'ils s'engagent à les respecter.
- Efficaces si employées uniformément et correctement.
- Une fois apprises, peuvent n'exiger aucune aide supplémentaire de la part des dispensateurs de soins de santé.
- Peuvent être enseignées par des volontaires compétents. Des contacts avec un personnel médical ne sont pas nécessaires.
- Réversibles immédiatement.
- La continence périodique est acceptable par certains groupes religieux qui rejettent ou découragent l'emploi d'autres méthodes.
- Aucun effet sur l'allaitement au sein ou sur la composition du lait maternel. Aucun effet secondaire imputable aux hormones.
- Font participer les hommes au planning familial.
- Eduquent les gens au sujet des cycles de fécondité des femmes.

INCONVENIENTS

- D'ordinaire, seulement modérément efficaces.
- Il faut 2 ou 3 cycles pour apprendre à identifier la période féconde de façon précise en se servant des sécrétions cervicales et de la température basale. Moins de temps pour apprendre la méthode du calendrier, bien qu'elle donne les meilleurs résultats quand une femme a un relevé des 6 à 12 derniers cycles pour identifier la période féconde.
- Si on utilise la continence périodique, il faut de longues périodes sans rapports sexuels vaginaux — 8 à 16 jours par cycle menstruel. La continence peut être difficile pour certains couples.
- Ne fonctionneront pas sans l'acceptation et l'engagement continu aussi bien de l'homme que de la femme.

- Peuvent cesser d'être fiables ou devenir difficiles à employer si la femme a de la fièvre, une infection vaginale, donne le sein, ou a une pathologie qui modifie sa température corporelle, sa glaire cervicale ou la durée de son cycle menstruel.
- Après l'accouchement, il peut être difficile d'identifier la période féconde jusqu'à ce que le cycle menstruel redevienne régulier.
- La méthode du calendrier peut ne pas être efficace pour les femmes dont les cycles menstruels sont irréguliers.
- Peuvent être difficiles à pratiquer si une femme a plus d'un partenaire sexuel.
- La plupart des méthodes exigent que les femmes ou les couples tiennent soigneusement des fiches quotidiennes et suivent de près les changements corporels.
- Ne protègent pas contre les maladies sexuellement transmissibles (MST), y compris le VIH/SIDA.

IMPORTANT : Demander à la cliente si elle a ou peut avoir une maladie sexuellement transmissible (MST). (A-t-elle plus d'un partenaire sexuel ? Est-ce que son partenaire a plus d'une partenaire ? Est-ce qu'une telle situation pourrait se produire à l'avenir ?)

Si elle a ou risque d'avoir une MST, lui conseiller vivement d'employer régulièrement des préservatifs. Lui en donner.

Emploi de la liste de pointage d'éligibilité médicale

La liste de la page suivante est destinée à vérifier si la cliente présente des pathologies médicales ***connues*** *qui pourrait empêcher l'emploi des méthodes basées sur la connaissance de la fécondité. Elle n'a pas pour but de remplacer les consultations.*

Les questions de la liste se réfèrent à ***des pathologies connues****. En règle générale, on peut apprendre l'existence de ces pathologies en interrogeant la cliente. D'ordinaire, point n'est besoin d'effectuer des tests de laboratoire ou des examens physiques.*

Méthodes basées sur la connaissance de la fécondité

Poser à la cliente les questions ci-après. Si elle répond NON à TOUTES les questions, elle PEUT employer une méthode basée sur la connaissance de la fécondité, si elle le veut. Si elle répond OUI à une question ci-après, suivre les instructions. Aucune pathologie ne limite l'emploi de ces méthodes, mais certaines situations peuvent les rendre plus difficiles à utiliser avec efficacité.

1. Avez-vous une pathologie médicale qui rendrait une grossesse particulièrement dangereuse ? (Voir page 4–13.)

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Elle peut vouloir choisir une méthode plus efficace. Sinon, souligner qu'il faut veiller à utiliser rigoureusement les méthodes basées sur la connaissance de la fécondité pour éviter une grossesse.

2. Avez-vous des cycles menstruels irréguliers ? Des saignements vaginaux entre les règles ? Des saignements mensuels abondants ou prolongés ? Pour les jeunes femmes : Est-ce que vos règles viennent à peine de commencer ? Pour les femmes plus âgées : Est-ce que vos règles deviennent irrégulières, ou se sont-elles arrêtées ?

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Il peut être difficile, voire impossible, de prédire la période féconde en se servant uniquement de la méthode du calendrier. Elle peut employer la température basale et/ou la glaire cervicale, ou elle peut préférer une autre méthode.

3. Avez-vous eu récemment un enfant ou un avortement ? Donnez-vous le sein ? Avez-vous une autre pathologie corporelle qui affecte les ovaires ou le saignement menstruel, tel qu'une attaque, une grave maladie du foie, une hyper- ou hypo thyroïdie ou un cancer du col ?

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Ces pathologies ne limitent pas l'emploi des méthodes basées sur la connaissance de la fécondité. Mais elles peuvent affecter les signes de fécondité, rendant ainsi difficile l'emploi de ces méthodes. C'est pourquoi une femme ou un couple peuvent préférer une autre méthode. Sinon, ils peuvent avoir besoin de consultations et de suivis supplémentaires afin d'employer efficacement la méthode.

4. Avez-vous eu, durant les 3 derniers mois, des infections ou maladies qui pourraient modifier la glaire cervicale, la température basale du corps ou le saignement menstruel, par exemple une maladie sexuellement transmissible (MST), ou une salpingite, ou une infection vaginale ?

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Ces pathologies peuvent se répercuter sur les signes de fécondité, rendant difficile l'emploi des méthodes basées sur la connaissance de la fécondité. Cependant, une fois l'infection traitée et une réinfection évitée, une femme peut employer plus facilement des méthodes basées sur la connaissance de la fécondité.

5. Prenez-vous des médicaments qui affectent la glaire cervicale, tels que des médicaments psychotropes, du lithium, des antidépresseurs tricycliques ou des anxiolytiques ?

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Il peut être difficile, sinon impossible, de prédire correctement la période féconde si la femme emploie uniquement la méthode de la glaire cervicale. Elle peut utiliser la température basale et/ou la méthode du calendrier, ou encore préférer une autre méthode.

Assurez-vous que vous expliquez bien à la cliente les bénéfices de la méthode qu'elle a choisie pour sa santé, de même que les risques d'effets secondaires éventuels. Précisez-lui également, si nécessaire, quelles sont les conditions susceptibles de rendre la méthode peu souhaitable dans son cas particulier.

La plupart des femmes peuvent employer les méthodes basées sur la connaissance de la fécondité

En règle générale, la plupart des femmes PEUVENT employer sans danger et efficacement les méthodes basées sur la connaissance de la fécondité. Ces méthodes peuvent être employées en toutes circonstances par des femmes qui :

- sont grosses ou minces,
- n'ont pas d'enfants,
- ont des enfants,
- fument la cigarette.

En outre, les femmes qui présentent les pathologies suivantes PEUVENT employer en toutes circonstances les méthodes basées sur la connaissance de la fécondité :

- tension artérielle légèrement élevée,
- thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire,
- varices,
- graves ou légers maux de tête,
- règles douloureuses,
- fibromes utérins,
- endométriose,
- kystes de l'ovaire,
- anémie ferriprive,
- hépatite virale,
- paludisme.

Utilisation des méthodes basées sur la connaissance de la fécondité

Quand commencer

Après avoir reçu une formation, une femme ou un couple peuvent commencer à employer à n'importe quel moment des techniques basées sur la connaissance de la fécondité. Avant de commencer à employer la méthode du calendrier, une femme doit consigner la durée de ses derniers cycles menstruels pendant au moins 6 mois.

Aussitôt après l'accouchement ou l'avortement : une fois que les saignements s'arrêtent après l'accouchement, on peut se baser sur les sécrétions cervicales, mais avec difficulté. La méthode du calendrier et la température basale ne sont pas fiables.

Certains dispensateurs encouragent les femmes à commencer à suivre leur fécondité avant le mariage ou avant de devenir sexuellement actives. De cette façon, les femmes peuvent apprendre à déceler leurs périodes fécondes avant de courir un risque de grossesse. Pour les couples qui sont déjà sexuellement actifs, un formateur peut recommander un cycle de continence, pour qu'une femme puisse apprendre à observer ses signes de fécondité.

Enseignement des méthodes basées sur la connaissance de la fécondité

IMPORTANT : Une femme ou un couple qui choisissent d'employer des méthodes basées sur la connaissance de la fécondité ont besoin d'une bonne consultation pour pouvoir utiliser ces méthodes de façon efficace et en toute confiance.

Un dispensateur sympathique, qui sait écouter une femme ou un couple, répondre aux questions, donner des informations et des conseils clairs et pratiques aidera ses clients à employer les méthodes basées sur la connaissance de la fécondité avec succès et satisfaction.

Des dispensateurs de soins de santé, des volontaires, des conseillers et des couples qui ont l'expérience des méthodes basées sur la connaissance de la fécondité peuvent en conseiller et en former d'autres.

Les formateurs doivent être en mesure de :

- Aider une femme et son partenaire à apprendre à reconnaître les signes de fécondité.
- Encourager sans cesse les couples à éviter les rapports sexuels, à pratiquer le retrait ou à employer des méthodes mécaniques durant leur période de fécondité. Ils doivent aussi pouvoir conseiller les couples au sujet des problèmes que pose la continence.
- Fournir un matériel pour noter les changements corporels, tels que thermomètres spéciaux à échelle élargie pour température basale, calendriers, papier et carnets, si possible.
- Parler aux couples d'autres méthodes ou les diriger vers une source d'information, de produits et de services d'autres méthodes, si le couple le demande.

Explication de l'emploi

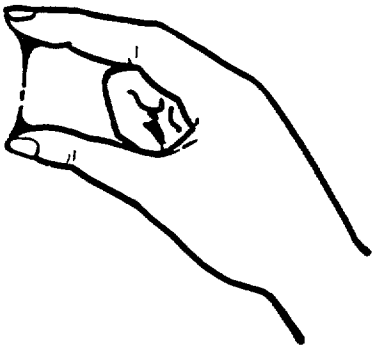
IMPORTANT : Les couples qui choisissent des méthodes basées sur la connaissance de la fécondité ont en général besoin de conseils personnels qu'un conseiller qualifié leur donne pendant plusieurs mois. Pendant cette période, le couple doit employer une autre méthode ou éviter les rapports sexuels.

Certains formateurs privilégient des méthodes particulières, portant des noms tels que glaire cervicale, méthode Billings, ou méthode de l'ovulation, méthode de la température basale et méthode sympto-thermale. Nous indiquons ici en ***caractères gras*** *les comportements particuliers à respecter.*

Pour toutes les méthodes basées sur la connaissance de la fécondité : le couple évite les rapports vaginaux non protégés pendant la période féconde.

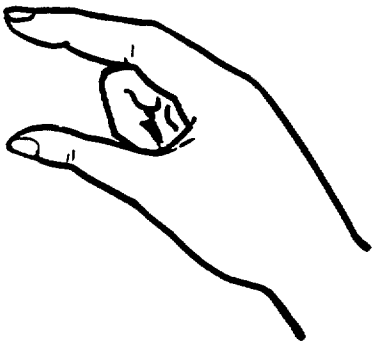
Sécrétions cervicales pour identifier le début et la fin de la période féconde :

1. Une femme vérifie chaque jour la présence de sécrétions cervicales. Elle peut sentir de l'humidité à l'orifice du vagin ou observer des sécrétions sur son doigt, sa culotte ou du papier toilette. **Dès qu'il observe des sécrétions, le couple évite les rapports sexuels, se sert d'une méthode mécanique ou recourt au retrait.**
2. Les sécrétions ont un jour de maximum, où elles sont très glissantes, étirables et humides. **Le couple continue d'éviter les rapports sexuels, a recours au retrait ou emploie une méthode mécanique jusqu'à 4 jours après le maximum de sécrétions.**



Eviter les rapports sexuels

Des sécrétions — notamment quand elles sont glissantes, humides ou étirables — signifient que le couple doit éviter les rapports sexuels, ou recourir au retrait ou utiliser une méthode mécanique jusqu'au 4e jour après le maximum.



Les rapports sexuels sont possibles

L'absence de sécrétion signifie que la femme ne peut sans doute pas devenir enceinte. Elle peut avoir des rapports vaginaux sans protection.

3. En quelques jours, les sécrétions deviennent gluantes, collantes ou grumeleuses, ou encore la femme n'a aucune sécrétion. Le couple peut avoir des rapports non protégés jusqu'à ce que reprennent les saignements menstruels.

4. Certains formateurs recommandent que les couples évitent les rapports sexuels non protégés durant les saignements menstruels parce que les sécrétions cervicales peuvent être difficiles à observer. Cependant, les risques de grossesse durant les 5 à 6 premiers jours sont minimes.

5. Après l'arrêt du saignement menstruel, la femme peut avoir plusieurs jours sans sécrétions. Durant cette période, on estime que les rapports sexuels sont en général sans danger. Ils doivent cependant être limités à un jour sur deux, parce que les liquides vaginaux et le sperme peuvent être pris pour des sécrétions. Les spermicides, les infections vaginales et certains médicaments exercent aussi une influence sur le régime normal des secrétions féminines. **Le couple n'a pas de rapports sexuels vaginaux non protégés s'il n'est pas sûr qu'il y ait ou non des sécrétions.**

Température corporelle basale pour identifier la fin de la période féconde :

1. La femme doit prendre sa température de la même façon, oralement, rectalement ou vaginalement, *chaque matin* à la même heure, avant de se lever. Elle doit savoir comment lire un thermomètre et consigner sa température sur un graphique spécial.

2. La température d'une femme augmente de 0,2° à 0,5° C au moment de l'ovulation (à peu près à la moitié du cycle menstruel pour beaucoup de femmes).

3. **Le couple évite les rapports sexuels, emploie une méthode mécanique ou a recours au retrait depuis le premier jour du saignement menstruel jusqu'à ce que la température de la femme dépasse sa température ordinaire et reste à ce niveau pendant 3 jours entiers.** Cela signifie que l'ovulation a eu lieu et est terminée.

4. Après quoi, le couple peut avoir des rapports sexuels non protégés (pendant les 10 à 12 jours suivants) jusqu'à ce que commencent les prochaines règles.

264

Sécrétions cervicales + température basale pour identifier le début et la fin de la période féconde :

Les utilisateurs identifient les jours féconds et stériles en conjuguant les observations et instructions concernant la température basale et les secrétions cervicales et, souvent, d'autres signes et symptômes d'ovulation.

1. **Le couple commence à éviter les rapports sexuels non protégés quand la femme ressent des sécrétions cervicales.** Pour plus de protection, le couple peut commencer à éviter les rapports sexuels le premier jour des saignements menstruels.
2. **Le couple continue à éviter les rapports sexuels non protégés *jusqu'au* quatrième jour après le maximum de sécrétions cervicales et *au* troisième jour complet qui suit l'élévation de la température basale.** Si l'un de ces phénomènes se produit sans l'autre, le couple attend l'autre phénomène avant d'avoir des rapports sexuels non protégés.
3. Il y a d'autres signes et symptômes de l'ovulation : douleurs à l'abdomen, changements au niveau du col, et seins endoloris. En outre, la méthode du calendrier peut aider à identifier le début de la période féconde.

Méthode du calendrier (rythme) pour identifier le début et la fin de la période féconde :

1. Avant de faire appel à la méthode, la femme consigne le nombre de jours de chaque cycle menstruel pendant au moins 6 mois. Le premier jour du cycle menstruel est toujours compté comme étant le 1er jour.
2. La femme soustrait 18 de la durée du cycle *le plus court* qu'elle ait enregistré. Elle obtient ainsi l'estimation du premier jour de sa période féconde. Elle soustrait ensuite 11 jours de la durée du cycle *le plus long* qu'elle ait enregistré. Elle obtient ainsi le dernier jour de sa période féconde. **Le couple évite les rapports sexuels, emploie une méthode mécanique ou a recours au retrait pendant la période féconde.**

   Exemple :

   - Si les cycles enregistrés varient de 26 à 32 jours :

     26 – 18 = 8. Elle commence à éviter des rapports non protégés le 8e jour.

     32 –11 = 21. Elle peut avoir de nouveau des rapports non protégés après le 21e jour.

- Elle doit éviter les rapports sexuels non protégés depuis le 8e jour jusqu'à la fin du 21e jour de son cycle (14 jours durant lesquels elle évite les rapports non protégés).

La méthode du calendrier peut exiger qu'on évite les rapports sexuels ou qu'on emploi le retrait ou une méthode mécanique pendant 16 jours de suite durant chaque cycle, notamment dans le cas des femmes qui ont des cycles menstruels irréguliers. Cette formule peut être trop restrictive pour certains couples qui voudraient pratiquer la continence périodique. C'est pourquoi on recommande souvent, en parallèle avec la méthode du calendrier, la méthode de la température basale ou des méthodes mécaniques.

Expliquer les raisons de revenir

Les formateurs doivent encourager la femme ou le couple à les revoir à plusieurs reprises durant les premiers cycles afin de parler de leur expérience de la méthode et de recevoir des encouragements ou des conseils.

En outre :

- quand ils ont des questions ou des problèmes au sujet de la méthode,
- si la situation de la femme change d'une manière qui se répercute sur ses signes de fécondité — par exemple, quand la femme vient d'avoir un enfant, donne le sein ou est proche de la ménopause,
- s'ils cessent d'employer la méthode,
- s'ils veulent une autre méthode.

Suivi

Comment aider les clients durant une visite routinière de suivi

Poser des questions

Durant une visite de suivi :

1. Demander si la cliente ou le couple ont des questions ou s'ils veulent parler de quoi que ce soit.
2. Demander à la cliente ou au couple quelle est leur expérience de la méthode, s'ils en sont satisfaits, et s'ils ont des problèmes. Examiner les observations du couple et les dossiers de fécondité qu'ils pourraient avoir tenus. Vérifier s'ils emploient la méthode correctement. Leur donner les informations ou l'aide dont ils ont besoin. S'ils ont des problèmes qui ne peuvent pas être résolus, les aider à choisir une autre méthode.
3. Demander si la femme a eu des problèmes de santé depuis sa dernière visite. Si elle a acquis des pathologies qui rendent difficile l'emploi de méthodes basées sur la connaissance de la fécondité ou qui rendent ces méthodes peu fiables (voir liste de pointage des pages 14–8 et 14–9), aider la femme ou le couple à décider s'ils devraient choisir une autre méthode. Si elle souffre de pathologies qui rendent la grossesse particulièrement dangereuse (voir page 4–13), l'aider à choisir, si elle le veut, une autre méthode plus efficace.

Organiser la prochaine visite

Si la femme ou le couple est satisfait de la méthode, les encourager à continuer à employer des méthodes basées sur la connaissance de la fécondité et à continuer à s'abstenir de rapports sexuels ou à employer des méthodes mécaniques durant la période féconde.

S'ils ont besoin d'une formation supplémentaire, leur donner immédiatement des conseils et organiser leur prochaine visite de manière à vérifier s'ils sont satisfaits de la méthode et s'en servent correctement.

Gestion des problèmes éventuels

A propos de l'incapacité de s'abstenir de rapports sexuels durant la période féconde :

La difficulté de la pratique de la continence est le problème le plus fréquent que posent les méthodes basées sur la connaissance de la fécondité. Parler ouvertement de ce problème avec le couple et le mettre à l'aise, sans sentiment de gêne.

- Parler de l'emploi éventuel de préservatifs ou de méthodes vaginales, ou encore de contacts sexuels sans rapports vaginaux que le couple peut avoir durant la période féconde.
- Si le problème ne peut pas être résolu et conduit à des disputes entre conjoints ou risque de déboucher sur une grossesse non souhaitée, suggérer que le couple emploie aussi des préservatifs ou un spermicide, ou choisisse une autre méthode.

Méthodes basées sur la connaissance de la fécondité

Seulement modérément efficaces, telles qu'on les emploie en pratique courante.

Avoir conscience des changements corporels. Se rappeler les règles :

- *Sécrétions cervicales* : Eviter les rapports non protégés depuis le premier jour de sécrétions cervicales ou d'une sensation d'humidité dans le vagin jusqu'au 4e jour après le maximum de sécrétions glissantes.
- *Température basale du corps* : Eviter les rapports sexuels non protégés depuis le premier jour du saignement menstruel jusqu'à ce que la température du corps ait augmenté et soit restée 3 jours entiers à ce nouveau niveau.
- *Calendrier, ou rythme* : Etablir la période féconde par des calculs de calendrier. Eviter les rapports sexuels non protégés entre le premier et le dernier jour de la période féconde estimée.
- *Sécrétions cervicales + température basale* : Eviter les rapports sexuels non protégés depuis le premier jour des sécrétions cervicales *jusqu'au* 4e jour après le maximum de sécrétions glissantes *et* au 3e jour complet consécutif à l'élévation de température.

S'il est difficile de ressentir les changements corporels...
Des infections du vagin et d'autres maladies peuvent modifier les changements ordinaires de glaire cervicale et de température du corps. Vous pouvez avoir besoin d'éviter les rapports sexuels ou d'employer une autre méthode jusqu'à ce que la maladie soit guérie.

S'il est difficile d'éviter les rapports sexuels...
Employer, s'ils sont acceptables, des préservatifs, un diaphragme, un spermicide ou le retrait durant la période féconde ou avoir des contacts sexuels sans mettre le pénis dans le vagin. Par ailleurs, vous serez bien accueillis si vous voulez d'autres conseils et vous pouvez aussi choisir une autre méthode.

Revenir à n'importe quel moment si vous avez besoin d'aide.
Les méthodes basées sur la connaissance de la fécondité exigent une formation, de la pratique et un engagement. Revenir voir votre dispensateur de planning familial à n'importe quel moment si vous avez des questions ou des problèmes.

Ces méthodes n'empêchent pas les maladies sexuellement transmissibles (MST), y compris le VIH/SIDA.
Si vous pensez que vous pourriez attraper une MST, employer régulièrement le préservatif.

Questions et réponses

1. **Est-ce que ce sont uniquement les couples ayant une très bonne éducation qui peuvent employer des méthodes basées sur la connaissance de la fécondité à des fins de planning familial ?**

   Non. Des couples qui n'ont que peu ou pas d'éducation structurée peuvent employer efficacement des méthodes basées sur la connaissance de la fécondité. Tous les couples doivent être fortement motivés, avoir reçu une solide formation et avoir pris l'engagement d'éviter les rapports sexuels ou d'employer le retrait ou des méthodes mécaniques durant leur période féconde.

2. **Est-ce que les méthodes basées sur la connaissance de la fécondité sont peu fiables pour la contraception ?**

   Pour beaucoup de femmes, ces méthodes fournissent des informations fiables concernant leurs jours féconds. Si le couple pratique systématiquement la continence périodique, le retrait ou une méthode mécanique pendant la période féconde de la femme, les méthodes basées sur la connaissance de la fécondité peuvent être efficaces. Cependant, de façon générale, les taux de grossesse sont plus élevés parmi les utilisatrices de ces méthodes que parmi les femmes qui emploient la plupart des autres méthodes (voir page 4–19).

Chapitre 15

Méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée (MAMA)

Eléments principaux

MAMA —méthode de contraception fondée sur l'allaitement au sein.

Une femme emploie la MAMA quand :

- son bébé ne reçoit que **peu ou pas d'aliments ou de boisson en dehors de son lait**, et quand elle **donne le sein souvent**, jour et nuit,
  ET
- ses **règles n'ont pas repris**,
  ET
- son **enfant a moins de 6 mois.**

Efficace jusqu'à 6 mois après l'accouchement.

Protège la production de lait en évitant la grossesse.

La femme doit prévoir de commencer une autre méthode de planning familial.

Chapitre 15

Méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée (MAMA)

Table des matières

Introduction à la MAMA 15–3

Comment décider d'employer la MAMA 15–4

- Comment fonctionne-t-elle ? 15–4
- Quelle est son efficacité ? 15–4
- Avantages et inconvénients 15–4
- Liste de pointage d'éligibilité médicale 15–6

Début de l'emploi de la MAMA 15–7

- Quand commencer 15–7
- Proposer la MAMA 15–8
- Explication de l'emploi 15–9

Suivi 15–11

- Comment aider les clientes durant une visite routinière de suivi 15–11
- Gestion des problèmes éventuels 15–12

Eléments importants dont l'utilisatrice doit se rappeler 15–14

Questions et réponses 15–15

Introduction à la MAMA

- La méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée (MAMA) consiste à utiliser l'allaitement au sein comme méthode temporaire de planning familial (« maternel » rappelle le rôle de la mère et « aménorrhée » indique l'absence de règles).
- La MAMA offre une protection naturelle contre la grossesse et encourage à commencer à utiliser une autre méthode au moment voulu. Une femme est naturellement protégée contre la grossesse quand :
  - son enfant tire du sein au moins 85 % de son alimentation et elle allaite son bébé souvent, jour et nuit, ET
  - ses règles n'ont pas repris, ET
  - son enfant a moins de 6 mois.
- Si elle continue à donner le sein très souvent, la protection contre la grossesse peut durer au-delà de 6 mois et aller peut-être jusqu'à 9 à 12 mois.
- La MAMA assure que l'enfant reçoit les éléments nutritifs dont il a besoin et est protégé contre la maladie grâce au lait du sein. L'allaitement est la meilleure façon de nourrir la plupart des enfants pendant les 6 premiers mois de leur existence. Aux côtés d'autres aliments, le lait du sein peut être un élément majeur du régime alimentaire de l'enfant pendant 2 ans ou plus.

Comment décider d'employer la MAMA

Comment fonctionne-t-elle ?

Arrête l'ovulation (libération des ovocytes des ovaires) parce que l'allaitement modifie la libération des hormones naturelles.

Quelle est son efficacité ?

Efficace en pratique courante — 2 grossesses pour 100 femmes durant les 6 premiers mois après l'accouchement (1 sur 50).

Très efficace si employée correctement et constamment — 0,5 grossesse pour 100 femmes durant les 6 premiers mois après l'accouchement (1 sur 200).

IMPORTANT : Correctement et constamment signifient que :

(1) le bébé obtient au moins 85 % de son alimentation sous forme du lait de sa mère, et la mère donne le sein souvent, jour et nuit, ET

(2) les règles de la mère n'ont pas repris, ET

(3) l'enfant a moins de 6 mois.

Si l'une quelconque de ces conditions n'est *pas* remplie, la femme doit :

- Employer une autre méthode pour réussir son planning familial — une méthode qui ne gêne pas l'allaitement. (Voir page 4–8.)
- Continuer à donner le sein, si possible, même en commençant à faire prendre d'autres aliments au bébé.

Avantages et inconvénients

AVANTAGES

- Empêche efficacement la grossesse pendant au moins 6 mois et peut-être plus longtemps si une femme continue à donner le sein souvent, jour et nuit.
- Encourage les meilleures modalités d'allaitement.
- Peut être employée immédiatement après l'accouchement.
- Pas besoin de faire quoi que ce soit au moment des rapports sexuels.
- Pas de coût direct de planning familial ou d'alimentation de l'enfant.
- Aucun produit ou méthode nécessaire pour empêcher la grossesse.
- Aucune effet secondaire imputable aux hormones.

- Les consultations sur la MAMA encouragent à commencer une méthode de relais au moment voulu.
- Les pratiques d'allaitement requises par la MAMA apportent d'autres avantages à l'enfant et à la mère, y compris :
  - fournissent à l'enfant l'alimentation la plus saine,
  - protègent l'enfant contre la diarrhée parfois mortelle,
  - aident à protéger l'enfant contre des maladies parfois mortelles telles que la rougeole et la pneumonie, en transmettant les immunités de la mère à l'enfant,
  - aident à établir un rapport étroit entre la mère et l'enfant.

INCONVENIENTS

- L'efficacité après 6 mois n'est pas certaine.
- Un allaitement fréquent peut être incommode ou difficile pour certaines femmes, notamment les mères qui travaillent.
- Aucune protection contre les maladies sexuellement transmissibles (MST), y compris VIH/SIDA.
- Si la mère est séropositive (a le virus qui cause le SIDA), il y a un faible risque qu'elle transmette le VIH à l'enfant par son lait.

IMPORTANT : Demander à la cliente si elle a ou peut avoir ou attraper une maladie sexuellement transmissible (MST). (A-t-elle plus d'un partenaire sexuel ? Est-ce que son partenaire a plus d'une partenaire ? Est-ce que une telle situation pourrait se produire à l'avenir ?)

Si elle a ou risque d'avoir une MST, lui conseiller vivement d'employer régulièrement des préservatifs. Lui en donner. Elle peut alors continuer à pratiquer la MAMA, sauf peut-être si elle a le VIH/SIDA (voir question 5 de la liste de pointage, page 15–6).

Emploi de la liste de pointage d'éligibilité médicale

La liste de la page suivante est destinée à vérifier si la cliente peut employer la MAMA. Elle n'a pas pour but de remplacer les consultations.

Les questions de la liste se réfèrent à ***des pathologies connues****. Aucune pathologie médicale n'élimine la MAMA, qui n'a aucun effet nuisible connu sur la santé d'une femme. Les pathologies médicales qui empêchent ou limitent l'allaitement au sein peuvent cependant limiter l'emploi de la MAMA. En règle générale, on peut apprendre l'existence de ces pathologies en interrogeant la cliente. D'ordinaire, point n'est besoin d'effectuer des tests de laboratoire ou des examens physiques.*

LISTE DE POINTAGE D'ELIGIBILITE MEDICALE

Méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée (MAMA)

Poser à la cliente les questions ci-après. Si elle répond NON à TOUTES les questions, elle PEUT alors employer la MAMA si elle le veut. Si elle répond OUI à une question ci-après, suivre les instructions.

1. Est-ce que votre enfant a 6 mois ou plus ?

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Elle ne peut pas employer la MAMA. L'aider à choisir une autre méthode. Si elle donne le sein, une méthode non hormonale est la meilleure.

2. Est-ce que vos règles ont repris ? (Un saignement durant les 8 premières semaines après l'accouchement ne compte pas.)

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Huit semaines après l'accouchement, si une femme a 2 jours consécutifs de saignement menstruel, ou si ses règles ont repris, elle ne peut pas employer la MAMA. L'aider à choisir une autre méthode. Si elle donne le sein, une méthode non hormonale est la meilleure.

3. Avez-vous commencé à donner le sein moins souvent ? Est-ce que vous donnez régulièrement à l'enfant d'autres aliments ou boissons ?

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Si l'alimentation de l'enfant vient de changer, expliquer qu'elle doit nourrir l'enfant exclusivement au sein, ou presque exclusivement, pour se protéger contre la grossesse — donner le sein souvent, jour et nuit ; presque toute l'alimentation de l'enfant (au moins 85 %) doit provenir du sein.
Si elle ne nourrit pas l'enfant exclusivement ou presqu'exclusivement au sein, elle ne peut pas employer efficacement la MAMA. L'aider à choisir alors une autre méthode non hormonale.

4. Est-ce qu'un agent de santé vous a dit de ne pas nourrir votre enfant au sein ?

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Si elle ne donne pas le sein, elle ne peut pas employer la MAMA. L'aider à choisir une autre méthode. Une femme ne doit pas donner le sein si elle prend des médicaments psychotropes, de la réserpine, de l'ergotamine, des antimétabolisants, de la cyclosporine, de la cortisone, de la bromocriptine, des médicaments radio-actifs, du lithium, ou certains anticoagulants, si son enfant a une pathologie métabolique, ou peut-être si elle a une hépatite virale active. Toutes les autres femmes peuvent et devraient donner le sein, en raison des avantages à en retirer pour la santé.

5. Avez-vous le SIDA ? Etes-vous séropositive ?

☐ Non ☐ **Oui** ▶ Dans les pays où des maladies contagieuses tuent de nombreux enfants, il faut encourager la mère à donner le sein. Cependant, le VIH peut être transmis à l'enfant par le lait de la mère. Quand les maladies contagieuses présentent un faible risque, et quand on dispose d'aliments pour bébés d'un prix modique qui ne présentent aucun danger, lui conseiller de changer l'alimentation de son enfant. L'aider à choisir une méthode de planning familial autre que la MAMA. (D'autres pathologies contagieuses, comme l'hépatite virale active, peuvent aussi être transmises durant l'allaitement).

Assurez-vous que vous expliquez bien à la cliente les bénéfices de la méthode qu'elle a choisie pour sa santé, de même que les risques d'effets secondaires éventuels. Précisez-lui également, si nécessaire, quelles sont les conditions susceptibles de rendre la méthode peu souhaitable dans son cas particulier.

La plupart des femmes peuvent employer la MAMA après l'accouchement

En règle générale, la plupart des femmes PEUVENT employer la MAMA sans danger et efficacement*. La MAMA peut être employée en toutes circonstances par des femmes qui :

- fument la cigarette,
- sont jeunes ou vieilles,
- sont grosses ou minces.

En outre, les femmes qui présentent les pathologies suivantes PEUVENT employer la MAMA en toutes circonstances :

- maladies bénignes des seins,
- cancer du sein,
- maux de tête,
- forte tension artérielle,
- varices,
- valvulopathie,
- diabète,
- anémie ferriprive,
- paludisme,
- drépanocytose,
- maladie de la vésicule biliaire,
- maladie thyroïdienne, ou
- fibromes utérins.

Les seules situations qui limitent l'emploi de la MAMA sont celles qui rendent difficile de donner le sein ou qui interdisent de le faire (voir questions 4 et 5 de la liste de pointage, page 15–6).

* Les caractéristiques et pathologies indiquées dans cet encadré appartiennent à la catégorie 1 des critères d'éligibilité de l'OMS. Les femmes présentant les caractéristiques et les pathologies de la catégorie 2 de l'OMS peuvent aussi utiliser cette méthode. Voir Appendice A, page A-1.

Début de l'emploi de la MAMA

Quand commencer

Commencer à donner le sein le plus tôt possible après la naissance de l'enfant.

- Les premiers jours après l'accouchement, le lait du sein renferme des substances qui sont très importantes pour la santé de l'enfant.
- Des tétées fréquentes, aussitôt après la naissance, aident la mère à produire suffisamment de lait pour bien nourrir son bébé et le maintenir en bonne santé. Elles donnent aussi une protection efficace contre la grossesse.

IMPORTANT : Une femme peut commencer la MAMA à n'importe quel moment si elle remplit les conditions requises pour l'emploi de la méthode. Voir le tableau ci-après.

Est-ce qu'une femme peut employer la MAMA ?

Poser à la mère les 3 questions suivantes, ou lui conseiller de se les poser elle-même :

1. Est-ce que vos règles ont repris ? — Si **OUI** →
2. Est-ce que vous donnez régulièrement à l'enfant beaucoup d'autres aliments en sus du lait du sein ou est-ce que les tétées sont très espacées, jour ou nuit ? — Si **OUI** →
3. Est-ce que votre enfant a plus de 6 mois ? — Si **OUI** →

Le risque de grossesse de la mère augmente. Pour continuer la protection, lui conseiller d'employer une méthode complémentaire de planning familial, et de continuer à donner le sein pour protéger la santé de son enfant.

Si la réponse à TOUTES ces questions est NON

Mais, quand la réponse à UNE de ces questions devient OUI

Elle peut employer la MAMA. A ce stade, elle ne court que 1 à 2 % de risque de grossesse.*

* Cependant, la mère peut décider de recourir à une méthode complémentaire de planning familial *à n'importe quel moment.*

Proposer la MAMA

IMPORTANT : Une femme qui choisit la MAMA tire profit d'une bonne consultation.

Un dispensateur sympathique qui sait écouter, répondre aux questions, donner des informations claires et pratiques au sujet de la MAMA, notamment comment allaiter de façon appropriée et quand commencer à pratiquer une méthode de contraception de relais, aidera la femme à employer la MAMA avec succès et satisfaction.

Explication de l'emploi

DONNER DES INSTRUCTIONS PRECISES

Il faut encourager une femme qui emploie la MAMA à :

1. **Donner souvent le sein.** Un calendrier idéal comporte 8 à 10 tétées par jour, dont au moins une la nuit. Durant la journée, les tétées ne doivent pas être espacées régulièrement de plus de 4 heures et, durant la nuit, de plus de 6 heures.

   IMPORTANT : Certains bébés peuvent ne pas vouloir prendre le sein 8 à 10 fois par jour et peuvent vouloir dormir toute la nuit. Il faudra peut-être les encourager à prendre le sein suffisamment souvent.

2. **Donner convenablement le sein.** La conseiller à propos de la technique d'allaitement et du régime alimentaire.

3. **Commencer à donner d'autres aliments** quand le bébé **a 6 mois.** Donner le sein avant d'offrir d'autres aliments, si possible. Si le bébé commence par satisfaire sa faim en prenant le sein, on assure de cette manière une bonne nutrition et on encourage la production de lait du sein.

   IMPORTANT : Le bébé peut moins prendre le sein après avoir commencé à consommer d'autres aliments. La MAMA peut donc ne plus être aussi efficace. Il est recommandé d'employer alors une méthode supplémentaire de planning familial.

4. **Commencer une autre méthode de planning familial quand :**
   - ses règles reprennent (un saignement qui se produit durant les 56 premiers jours, ou 8 semaines, après l'accouchement n'est pas considéré comme indiquant des règles), OU
   - elle s'arrête exclusivement ou presque exclusivement de donner le sein, OU
   - son bébé a 6 mois (à peu près au moment où le bébé commence à s'asseoir), OU
   - elle ne veut plus continuer à compter sur la MAMA pour pratiquer le planning familial.

Si possible, lui donner maintenant une autre méthode qu'elle pourra commencer à utiliser plus tard, quand elle en aura besoin. Par exemple, si elle n'a pas de pathologie qui l'empêche d'employer les contraceptifs oraux progestatifs, on peut lui donner ces pilules, avec des instructions indiquant leurs modalités d'emploi (voir pages 6–9 et 6–10).

L'encourager à revenir quand elle aura besoin de se réapprovisionner, aura besoin d'une autre méthode ou voudra en adopter une.

Pour plus de détails au sujet des autres méthodes à employer durant l'allaitement, voir pages 4–8 et 4–9.

Suivi

Comment aider les clientes durant une visite routinière de suivi

POSER DES QUESTIONS

Durant une visite de suivi :

1. Demander à la cliente si elle a des questions ou s'il y a quelque chose dont elle veut parler.

2. Demander à la cliente quelle est son expérience de l'allaitement, si elle est satisfaite et si elle a des problèmes. Lui donner les informations et l'aide dont elle a besoin et l'inviter à revenir à n'importe quel moment si elle a des questions ou des soucis. Si elle a des problèmes qui ne peuvent pas être résolus, l'aider à choisir une autre méthode de planning familial mais l'encourager à poursuivre l'allaitement aussi longtemps et autant que possible.

3. Lui demander si :

   - ses règles ont recommencé, OU
   - son enfant ne se nourrit plus exclusivement ou presque exclusivement au sein, OU
   - son enfant a 6 mois ou plus.

   Si l'UN QUELCONQUE de ces changements s'est produit, la MAMA n'est plus valable. L'aider à choisir une autre méthode. Si la nouvelle méthode ne peut pas être commencée ce jour-là, lui donner suffisamment de préservatifs ou de spermicides pour qu'elle puisse pratiquer la contraception jusqu'à ce quelle commence sa nouvelle méthode.

4. Lui demander si elle a eu des problèmes de santé depuis sa dernière visite :

   - Si elle a commencé à prendre de nouveaux *médicaments* cités à propos de la question 4 de la page 15–6, a une *hépatite virale active* ou est devenue *séropositive*, voir réponses aux questions 4 et 5 de la page 15–6.

Organiser la prochaine visite

Si elle a une pathologie qui signifie qu'elle ne doit pas employer la MAMA :

- Organiser la prochaine visite, durant laquelle elle choisira une autre méthode. Si possible, lui remettre maintenant des préservatifs et des spermicides, ou des contraceptifs oraux progestatifs au cas où elle en aurait besoin.

Gestion des problèmes éventuels

Si la cliente signale des problèmes posés par l'emploi de la MAMA :

1. Ne pas ignorer ses inquiétudes ou ne pas les prendre à la légère.
2. Lui donner aide et conseils au sujet de la technique d'allaitement au sein, le cas échéant, et l'encourager à continuer à donner le sein aussi bien pour protéger la santé de l'enfant que pour se protéger elle-même contre la grossesse.
3. Si la femme n'est pas satisfaite de la MAMA après la consultation et les échanges de vues, l'aider à choisir une autre méthode, si elle le souhaite. L'encourager à continuer à donner le sein, même si elle choisit une autre méthode de planning familial. L'encourager à choisir une méthode mécanique, un DIU, une méthode progestative, telle que les contraceptifs oraux progestatifs, les implants *Norplant* ou le contraceptif injectable DMPA. Ces méthodes ne semblent pas gêner l'allaitement au sein.

Pour ce problème :	Essayer cette suggestion :
Pas suffisamment de lait	*Est-ce qu'elle donne le sein suffisamment souvent ?* Des tétées plus fréquentes font augmenter la production de lait. Juste après l'accouchement, elle doit donner le sein à son enfant au moins une fois toutes les 3 heures. *Est-ce quelle dort et se repose suffisamment ? Est-elle soumise à de fortes tensions ?* Dans l'affirmative, la production de lait peut diminuer. Suggérer qu'elle demande à des parents ou à des amies de l'aider à faire ses travaux ménagers.

Pour ce problème :	Essayer cette suggestion :
Pas suffisamment de lait *(suite)*	*Est-ce qu'elle a suffisamment mangé et bu ?* Elle doit boire chaque jour beaucoup de liquides et manger une nourriture abondante et saine.
Mamelons douloureux	*Est-ce que ses mamelons sont crevassés ?* Si oui, l'assurer qu'ils guériront. Elle peut continuer à donner le sein. Pour aider la guérison, elle doit : • Donner le sein plus souvent, en commençant par le téton le moins douloureux. • Laisser ses tétons sécher à l'air après avoir nourri l'enfant. Il se peut qu'elle ne tienne pas le bébé dans la bonne position. Lui donner des conseils au sujet des bonnes techniques d'allaitement. L'examiner pour signes de muguet (mycose).
Seins douloureux	*A-t-elle de la fièvre ou se sent-elle fatiguée ? Est-ce que ses seins sont rouges et douloureux ?* Ses seins peuvent être infectés. Traiter aux antibiotiques, conformément aux directives du dispensaire. Lui conseiller de : • Continuer à donner le sein souvent. • Se reposer davantage. *S'il n'y a pas de signes d'infection, est-ce que ses seins ne sont douloureux qu'en certains endroits ? Est-ce qu'ils présentent des grosseurs ? Sont-ils pleins, durs et douloureux ?* Ces signes peuvent indiquer un blocage ou un engorgement (congestion) des canaux galactophores. Lui conseiller de : • Varier sa position quand elle donne le sein. • Se reposer davantage. Elle ne tient peut-être pas le bébé dans la bonne position. Lui donner des conseils au sujet des bonnes techniques d'allaitement. Lui expliquer les signes d'infection et lui dire de revenir immédiatement si elle observe ces signes — fièvre, fatigue, seins rouges et douloureux.

Méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée (MAMA)

Pour obtenir la meilleure protection contre la grossesse :

- Donner le sein souvent, jour et nuit.
- L'enfant doit être presqu'exclusivement nourri au sein.

Protection efficace contre la grossesse.

Vous aurez besoin d'une autre méthode de planning familial quand se produit l'un quelconque des 3 faits suivants :

- Vos règles recommencent.
- Votre enfant reçoit régulièrement beaucoup de nourriture en sus de votre lait.
- Votre enfant a 6 mois (c'est à peu près le moment où l'enfant se tient pour la première fois en position assise).

Envisager une méthode de relais. Vous pouvez obtenir à l'avance les produits dont vous aurez besoin.

Vous **pouvez revenir à n'importe quel moment** si vous voulez une aide, des conseils ou une autre méthode.

La MAMA n'empêche pas les maladies sexuellement transmissibles (MST), y compris le VIH/SIDA. Si vous pensez que vous pourriez attraper une MST, employer régulièrement le préservatif en sus de la MAMA.

1. **Est-ce que la MAMA est une méthode efficace de planning familial ?**

   Oui. L'allaitement au sein est efficace si la femme n'a toujours pas ses règles, si elle nourrit son enfant exclusivement ou presqu'exclusivement au sein et si son enfant a moins de 6 mois.

2. **Quand est-ce qu'une mère doit commencer à donner à son enfant des aliments autres que le lait du sein ?**

   D'ordinaire quand l'enfant a 6 mois. Quand les femmes commencent à donner d'autres aliments, elles doivent toujours allaiter avant de les offrir. L'enfant satisfait alors sa faim en commençant par le lait du sein. En outre, des tétées fréquentes encouragent la production de lait. Aux côtés des autres aliments, le lait peut être un élément principal du régime alimentaire de l'enfant pendant 2 ans ou plus.

3. **Si la mère a le SIDA ou est séropositive, c'est-à-dire a le virus du SIDA, est-ce que le bébé peut être infecté par son lait ?**

   Oui. Il y a un faible risque qu'une mère puisse transmettre le virus à son enfant par son lait. Néanmoins, dans la plupart des pays du monde, les enfants risquent plus de mourir à cause de maladies contagieuses que par le VIH contenu dans le lait de leur mère. A moins qu'elle puisse toujours se procurer des aliments appropriés pour son enfant, une femme séropositive doit nourrir exclusivement son enfant au sein, si elle le peut. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) conseille que, là où des maladies contagieuses tuent de nombreux bébés, les séropositives donnent le sein afin de transmettre leurs facteurs immunitaires à leurs enfants. Lorsque le risque de maladie contagieuse est faible et lorsqu'on dispose d'autres aliments à des prix abordables, l'OMS conseille aux femmes infectées d'employer cette alternative sans danger.

Chapitre 16

Maladies sexuellement transmissibles y compris VIH/SIDA

Eléments principaux

Mieux vaut prévenir que guérir.

Les ABCs préviennent les MST : abstention, bien fidèle, condoms (préservatifs) utilisés constamment.

Tous les agents de santé peuvent faire quelque chose pour aider à empêcher et à soigner les MST. A TOUT LE MOINS, ils peuvent :

- **Evaluer rapidement les risques de MST des clients.**
- **Rendre les clients conscients du risque de MST et leur enseigner les règles de prévention.**
- **Encourager la population à se faire soigner si elle soupçonne des MST.** Beaucoup de MST peuvent être soignées et guéries.
- **Distribuer des préservatifs et, si possible, des spermicides.**
- **Reconnaître les symptômes des MST.**
- **Envoyer les clients ailleurs pour recevoir un diagnostic et un traitement.** Leur dire que leurs partenaires sexuels doivent aussi se faire soigner.

Certains dispensateurs peuvent aussi diagnostiquer et soigner eux-mêmes les MST.

Chapitre 16

Maladies sexuellement transmissibles y compris VIH/SIDA

Table des matières

Introduction aux maladies sexuellement transmissibles 16–3

Les dispensateurs de planning familial et les MST.....16–4

Pourquoi les dispensateurs de planning familial doivent-ils connaître les MST ? 16–4

Comment les dispensateurs de planning familial peuvent-ils aider à combattre les MST ?.....16–4

Comment faire face aux MST 16–6

Liste de pointage pour reconnaître le risque de MST.....16–6

Prévention des MST 16–8

Comment reconnaître les MST 16–8

Comment se faire soigner 16–9

Comment faire face au VIH et au SIDA 16–10

Qu'est-ce que le VIH et le SIDA ?.....16–10

Comment le VIH est-il transmis et diffusé ? 16–10

Comment peut-on empêcher le VIH/SIDA ? 16–11

Symptômes et diagnostic probable des MST ordinaires et des autres infections génitales.....16–12

Traitements des MST ordinaires et des autres infections génitales.....16–17

Eléments importants dont l'utilisateur doit se rappeler 16–22

Introduction aux maladies sexuellement transmissibles

Les maladies sexuellement transmissibles (MST) sont des maladies qui peuvent être transmises d'une personne à une autre par contact sexuel. Les MST peuvent causer des douleurs et certaines peuvent, si on ne les soigne pas, entraîner la stérilité et la mort. Quelques MST ordinaires guérissables sont la gonorrhée, la trichomonase, les infections à chlamydia et la syphilis.

Le SIDA est le syndrome d'immunodéficience humaine acquise. Le SIDA est causé par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Le VIH peut être transmis par contact sexuel, par le sang, et par une femme enceinte à son enfant durant la grossesse, l'accouchement ou, parfois, l'allaitement. En 1997, on ne connaissait encore aucun traitement capable de venir à bout du SIDA. Cependant, des traitements ont amélioré la qualité et la durée de vie des personnes atteintes du VIH/SIDA.

Chaque année, il y a plus de 333 millions de nouveaux cas de MST guérissables, 1 million de nouveaux cas d'infection par le VIH, et des millions de cas d'autres MST virales, telles que l'herpès et l'hépatite B. Les MST sont plus fréquentes que le paludisme.

Les dispensateurs de planning familial et les MST

Pourquoi les dispensateurs de planning familial doivent-ils connaître les MST ?

- Il y a beaucoup de MST. Elles causent de nombreuses souffrances et incapacités. Tous les dispensateurs de soins de santé doivent faire tout ce qui est en leur pouvoir pour lutter contre les MST.
- Les clients du planning familial peuvent poser des questions au sujet des changements ou de l'état de leurs organes sexuels. On peut y voir des signes de MST ou d'autres infections de l'appareil reproductif. Pour aider les clients, les dispensateurs doivent reconnaître les signes de MST, les soigner rapidement ou envoyer les patients se faire soigner ailleurs.
- Les dispensateurs peuvent reconnaître le risque de MST (voir pages 16–6 et 16–7) et peuvent recommander et enseigner la prévention des MST.
- Les femmes qui ont une MST ou risquent d'en avoir une ne doivent pas se servir du DIU. Avant de poser un DIU, les dispensateurs doivent diagnostiquer et soigner les MST connues. (voir chapitre 12).
- Les hommes et les femmes qui ont plusieurs partenaires sexuels courent plus de risques d'attraper des MST. Les professionelles du sexe et leurs clients risquent le plus d'attraper des MST. Les professionnelles du sexe veulent d'ordinaire éviter la grossesse et peuvent donc venir trouver les dispensateurs de planning familial. Pour limiter la diffusion de ces maladies, il est important d'entrer en contact avec les personnes qui courent le plus de risques de MST.

Comment les dispensateurs de planning familial peuvent-ils aider à combattre les MST ?

Tous les dispensateurs de soins de santé, y compris les dispensateurs de planning familial, peuvent faire quelque chose pour combattre les MST. Nous indiquons ici certaines façons de lutter contre les MST. Les programmes et les dispensateurs peuvent choisir les formules qui correspondent à leurs moyens, aux besoins de leurs clients, et aux services de recours disponibles.

- Toujours dire aux clients comment éviter les MST et comment savoir s'ils en ont une (voir pages 16–6 et 16–7). En outre, trouver ou élaborer des affiches ou des pancartes.

- Encourager les gens à se faire soigner s'ils soupçonnent une infection ou s'ils ont des symptômes, et leur dire où ils peuvent aller.
- Poser les questions standard pour savoir si les clients risquent d'attraper une MST. Voir liste de pointage, page 16–6.
- Encourager les personnes qui pourraient attraper des MST à se servir de préservatifs ou, s'il n'est pas possible de s'en procurer, de spermicide — même si elles emploient une autre méthode de planning familial.
- Rendre les préservatifs accessibles — gratuitement, s'il le faut. Dans certains pays, des programmes de marketing social peuvent être en mesure de fournir des préservatifs à mettre en vente à prix modique.
- Si vous ne pouvez pas en fournir, trouver où les préservatifs sont disponibles dans la communauté, et le dire aux clients. Si on ne dispose pas de préservatifs, essayer de convaincre des boutiquiers d'en vendre, ou trouver un autre fournisseur.
- Se renseigner où les MST sont fréquentes dans votre région, connaître leurs symptômes et les déceler sur vos clients.
- Offrir un diagnostic et un traitement, si possible. Sinon, prendre des dispositions pour envoyer ailleurs.
- Connaître et employer de bonnes techniques de prévention de l'infection dans le dispensaire parce que beaucoup de MST peuvent se transmettre par les liquides organiques, notamment le sang. (Voir page 4–10.)
- Aider à éduquer la communauté. Les médias et les programmes de contacts personnels aident les clients à reconnaître leurs risques et à modifier leur comportement sexuel. Ils peuvent aussi encourager les gens à se faire soigner.

Comment faire face aux MST

Comme les clients du planning familial sont en général des personnes sexuellement actives, ils doivent savoir ce que sont les MST. Ils doivent savoir :

- s'ils risquent d'attraper des MST,
- comment éviter les MST.

Et, s'ils risquent d'attraper des MST, il faut aussi qu'ils sachent :

- comment reconnaître les symptômes des MST, et
- comment se faire soigner pour les MST.

Liste de pointage pour reconnaître le risque de MST

Les réponses à ces questions peuvent aider une personne à reconnaître si elle risque d'attraper des MST. Les réponses peuvent aussi guider les dispensateurs de planning familial : si le client risque d'attraper des MST, il a besoin de préservatifs et, éventuellement, de spermicide, ainsi que de conseils pour éviter les MST, reconnaître leurs symptômes, et obtenir un traitement si ces symptômes se manifestent. Si le client présente des symptômes, il a aussi besoin d'un diagnostic et d'un traitement, ou d'être envoyé ailleurs.

Les professionnelles du sexe et leurs clients courent le plus de risques d'attraper des MST. Parmi les personnes qui courent moins de risques, les taux de MST sont les plus élevés, dans de nombreux pays, chez la population de moins de 20 ans.

▶ **Poser à la cliente les questions ci-après* :**

1. **Avez-vous plus d'un partenaire sexuel ? Est-ce que votre partenaire a plus d'une partenaire ?** Est-ce que vous ou votre partenaire avez eu d'autres partenaires sexuels durant les derniers mois ? Dans l'affirmative, est-ce que vous avez parfois des rapports sexuels sans préservatif ? Est-ce que cela pourrait arriver à l'avenir ?

   ☐ non ☐ oui

*REMARQUE : La question 1 n'est pas particulièrement utile pour dire si une personne exempte de symptômes a déjà une MST. Chez les femmes, beaucoup de MST ne causent pas toujours des symptômes manifestes. Par ailleurs, il existe chez les femmes des pathologies qui ne sont pas des MST mais peuvent présenter les mêmes symptômes qu'une MST. Par contre, les MST sont en général plus faciles à déceler chez les hommes. Les hommes sont plus susceptibles de présenter des symptômes et il y a moins d'autres causes possibles.

▶ **Si la réponse à la question 1 est OUI, il est possible que le client attrapera une MST.** Insister auprès du client pour qu'il emploie des préservatifs, essaie d'avoir une relation de fidélité mutuelle ou s'abstienne de tous rapports sexuels (voir « Prévention des MST », page suivante). Si la réponse à la question 1 est OUI, poser alors les questions 2 et 3.

POUR UNE FEMME

2. **Avez-vous l'une des conditions suivantes ?**
   - **Ecoulement inhabituel** du vagin ?
     ☐ Non ☐ Oui
   - **Démangeaisons ou lésions** dans le vagin ou autour du vagin ?
     ☐ Non ☐ Oui
   - **Douleur ou brûlure** durant la miction ?
     ☐ Non ☐ Oui

POUR UN HOMME

2. **Avez-vous l'une des conditions suivantes ?**
   - **Douleur ou brûlure** durant la miction ?
     ☐ Non ☐ Oui
   - **Lésions à vif** dans la région génitale ?
     ☐ Non ☐ Oui
   - **Pus** sortant du pénis ?
     ☐ Non ☐ Oui
   - **Testicules ou pénis enflés ?**
     ☐ Non ☐ Oui

3. **Pensez-vous que votre partenaire sexuel pourrait avoir une MST ?** Est-ce qu'il/elle a des plaies à vif dans la région génitale ? Est-ce que du pus sort de son pénis ? Ou est-ce qu'elle a un écoulement vaginal inhabituel ?

▶ **Si la réponse à un élément quelconque de la question 1 et aux questions 2 ou 3 est OUI, ces symptômes peuvent être causés par une MST.** Diagnostiquer et traiter, ou envoyer ailleurs. Insister pour que le client évite les rapports sexuels jusqu'à 3 jours après la fin du traitement et la disparition des symptômes. Insister auprès de ces clients pour qu'ils amènent ou envoient leurs partenaires sexuels se faire soigner.

Prévention des MST

On peut éviter les MST en modifiant son comportement sexuel. On peut suivre pour cela l'un quelconque des trois principes — abstention, bien fidèle et condoms (préservatifs) utilisés constamment.

A **Abstention.** C'est le seul moyen de protection garanti.

ou

B **Bien fidèle.** Avoir toujours des rapports sexuels avec le même partenaire. Cette personne doit aussi ne pas avoir de rapports sexuels avec un tiers et ne doit pas avoir de MST.

IMPORTANT : En général, on ne peut pas dire si une personne est atteinte de MST en se bornant à la regarder. Les personnes atteintes de MST, VIH compris, ne semblent en général pas malades.

ou

C **Condoms (préservatifs) utilisés constamment.** L'employer en tout temps et correctement.

Pour empêcher les MST, les personnes à risque doivent employer le préservatif, même quand elle se servent d'une autre méthode de planning familial. Si le partenaire d'une femme refuse d'employer le préservatif, elle doit essayer d'utiliser un spermicide. Cependant, les spermicides peuvent ne pas arrêter le VIH/SIDA. Le diaphragme et la cape cervicale peuvent aussi aider à empêcher jusqu'à un certain point la transmission de quelques MST. (Voir chapitre 11 — préservatif, et chapitre 13 — méthodes vaginales).

Comment reconnaître les MST

Les personnes qui pourraient attraper une MST doivent connaître :

- les signes et symptômes ordinaires des MST,
- les établissements où elles peuvent se faire soigner si ces symptômes apparaissent,
- les façons de protéger leurs partenaires sexuels en évitant les rapports si ces symptômes apparaissent.

Les symptômes ordinaires des MST sont indiqués dans la question 2 de la liste de pointage, page 16–7. Pour plus d'informations au sujet des symptômes, voir pages 16–12 à 16–16.

L'un quelconque de ces symptômes pourrait indiquer la présence d'une MST. Ces symptômes pourraient cependant avoir d'autres causes, notamment chez les femmes. Certaines personnes, et particulièrement les femmes, peuvent ne présenter aucun symptôme, notamment peu après une infection. Elles peuvent cependant transmettre l'infection à leurs partenaires sexuels.

Comment se faire soigner

Beaucoup de MST peuvent être traitées et guéries, notamment à leur début. Certaines, comme le VIH et l'herpès, ne peuvent pas être guéries, mais il est parfois possible d'arrêter leurs effets pendant un certain temps.

Cependant, prévenir vaut mieux que guérir. Même quand une MST peut être guérie, elle laisse parfois des marques ou entraîne la stérilité.

Une personne qui pense avoir ou risque d'attraper une MST doit :

1. Obtenir immédiatement un diagnostic et se faire soigner.
2. Prendre tous les médicaments conformément aux instructions, même si les symptômes disparaissent. Les médicaments peuvent causer quelques effets secondaires, tels que vomissements, diarrhée ou érythème. Si l'un de ces effets secondaires est grave, la personne doit revenir au dispensaire qui lui a procuré les médicaments. *Tous les médicaments doivent être pris pour obtenir des résultats durables.*
3. Eviter tous rapports sexuels jusqu'à 3 jours après la fin du traitement *et* après la disparition de tous les symptômes.
4. En parler à son partenaire sexuel de façon qu'il ou elle puisse aussi se faire soigner. Si tous les partenaires sexuels ne sont pas traités en même temps, ils risquent de s'infecter de nouveau mutuellement à maintes reprises. Il est particulièrement important qu'un homme avise une femme. En effet, beaucoup de femmes ne présentent pas de symptômes avant que la MST ait atteint un stade plus grave.
5. Si des amis présentent des symptômes, insister pour qu'ils se fassent soigner. Insister pour qu'ils n'aient pas de rapports sexuels tant qu'ils ne se sont pas soignés. Si les amis ont de multiples partenaires sexuels, insister pour qu'ils emploient des préservatifs et/ou un spermicide et se fassent examiner par un agent de santé.

Pour plus d'informations au sujet du traitement, voir pages 16–17 à 16–21.

Comment faire face au VIH et au SIDA

Qu'est-ce que le VIH et le SIDA ?

Le VIH est le virus qui cause le SIDA. Le SIDA réduit les possibilités qu'a le corps de lutter contre d'autres maladies. Les personnes atteintes du VIH/SIDA sont très facilement la proie d'autres maladies, comme la pneumonie, la tuberculose et la diarrhée. La plupart des malades du SIDA meurent de maladies que leur corps ne peut plus maîtriser.

Une personne qui n'a pas l'air malade peut néanmoins transmettre le VIH à une autre personne. Une personne peut être séropositive pendant des années avant d'avoir le moindre symptôme.

D'autres MST augmentent les risques d'attraper le VIH ou de le transmettre. Les clients séropositifs doivent se faire soigner et, si possible, faire l'objet d'un test et recevoir des conseils.

Comment le VIH est-il transmis et diffusé ?

Le VIH est transporté par les liquides organiques. Les plus importants sont :

- le sperme,
- le sang,
- le liquide vaginal.

Le VIH peut se diffuser par :

- des rapports sexuels vaginaux,
- des rapports sexuels anaux,
- le partage d'aiguilles avec une personne infectée,
- des transfusions de sang infecté,
- d'autres activités qui permettent au sperme, au sang ou au liquide vaginal de pénétrer dans la bouche, l'anus ou le vagin, ou de toucher une coupure ou une plaie ouverte.
- Une femme enceinte atteinte du VIH peut aussi transmettre le VIH à son foetus durant la grossesse et à l'accouchement. Parfois, une femme transmet le VIH à son enfant par le lait de son sein. Néanmoins, là où de nombreux enfants meurent de maladies contagieuses, les femmes séropositives doivent allaiter leurs enfants.

Le VIH n'est **pas** diffusé par les baisers, les serrements de mains ou la mise en commun des aliments, des vêtements, ou des toilettes.

Comment peut-on empêcher le VIH/SIDA ?

On peut empêcher le VIH/SIDA comme on empêche des autres MST. Appliquer les principes fondamentaux **ABCD** :

A **Abstention.**

ou

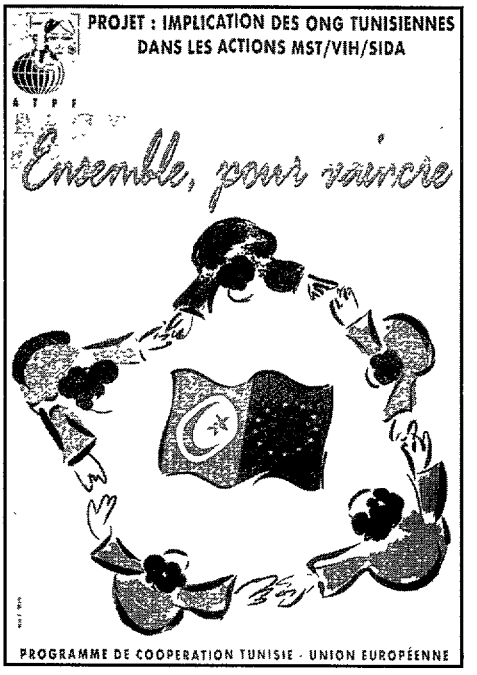
B **Bien fidèle.** N'avoir des rapports sexuels qu'avec un seul partenaire, qui lui non plus n'est pas infecté. Cette personne doit aussi ne pas avoir de rapports sexuels avec quiconque d'autre et ne doit pas partager des aiguilles hypodermiques avec d'autres personnes.

ou

C **Condoms (préservatifs) utilisés constamment.**

AUSSI

D **Ne pas utiliser une aiguille hypodermique qui n'a pas été stérilisée ou plongée dans l'eau de javel avant les utiliser.**



Symptômes et diagnostic probable des MST ordinaires et des autres infections génitales

Infections qui causent une miction pénible ou un écoulement génital inhabituel

Diagnostic probable	Symptômes ordinaires
Gonorrhée et/ou chlamydia Difficile à diagnostiquer. Pour traitements, voir pages 16–17 et 16–18.	**Pour une femme :** • écoulement vaginal inhabituel, • saignement vaginal inhabituel, • douleurs au bas-ventre. Une femme peut avoir pendant plusieurs mois une gonorrhée ou une infection à chlamydia sans symptômes.
	Pour un homme : • miction douloureuse, • gouttes de pus sortant du pénis. Chez les hommes, les symptômes apparaissent d'ordinaire peu après l'infection.
	Sans traitement, la gonorrhée et l'infection à chlamydia peuvent provoquer la stérilité. Si une femme infectée a un enfant, celui-ci peut être infecté et devenir aveugle s'il n'est pas soigné.

Diagnostic probable	Symptômes ordinaires
Trichomonase Pour traitements, voir page 16–18.	**Pour une femme :** • brûlure et démangeaison au vagin, • liquide mousseux vert-jaunâtre à odeur fétide sortant du vagin, • douleur ou brûlure durant la miction. **Pour un homme :** • liquide blanc aqueux sortant du pénis, • douleur ou brûlure durant la miction.
Vaginose bactérienne Infection fréquente, pas transmise sexuellement. Peut résulter de douche vaginale, grossesse ou antibiotiques. Traitement comme pour la trichomonase. Voir page 16–18.	**Pour une femme :** • liquide gris gluant sortant du vagin (avec odeur de poisson, surtout après les rapports).
Candidiase Rarement transmission sexuelle. Infection génitale très fréquente. Pour traitements, voir page 16–18.	**Pour une femme :** • brûlures et démangeaisons vaginales intenses, • liquide blanc grumeleux dans le vagin et autour de celui-ci. **Pour un homme :** • démangeaisons sur parties génitales, • liquide blanc sous le prépuce (si non circoncis).

MST causant des plaies sur les parties génitales

Diagnostic probable	Symptômes ordinaires
Syphilis Un test de dépistage de la syphilis est largement accessible. Pour traitements, voir page 16–19.	• Plaie non douloureuse sur le pénis, le vagin ou l'anus. Les plaies peuvent ne durer que quelques jours, disparaissent d'ordinaire sans traitement et les femmes peuvent ne pas s'en apercevoir. La maladie continue de se répandre dans tout le corps. • Des semaines ou des mois plus tard, la personne peut avoir : – des maux de gorge, – une éruption cutanée et/ou – une légère fièvre. Tous ces symptômes peuvent disparaître. Sans traitement, la syphilis cause des cardiopathies, la paralysie, des troubles mentaux, voire la mort. Une femme enceinte peut transmettre la syphilis à son enfant avant la naissance.
Chancre mou Pour traitements, voir page 16–20.	• Lésion molle, douloureuse, sur le pénis, le vagin ou l'anus. • Ganglions lymphatiques enflés, dans l'aine, contenant du pus, qui peuvent s'ouvrir, laisser sortir le pus et se cicatriser. Chez les femmes, les symptômes peuvent ne pas apparaître ou peuvent être difficiles à observer.

Diagnostic probable	Symptômes ordinaires
Lymphogranulomatose vénérienne Pour traitements, voir page 16–20.	**Précoce :** • Ganglions enflés dans l'aine qui peuvent s'ouvrir et laisser s'écouler du pus. Très fréquents chez l'homme. Moins fréquents chez la femme. • Plaies douloureuses suintantes autour de l'anus. Plus fréquentes chez la femme que chez l'homme. **Tardif :** • Parties génitales augmentées de volume, abcès autour de l'anus, rectum rétréci, fistule à l'anus.
Herpès génital Pour traitements, voir pages 16–20 et 16–21.	• Une ou plusieurs petites vésicules autour du vagin, sur le pénis ou autour de l'anus. • Les vésicules se rompent et sèchent pour devenir des croûtes. Les plaies peuvent durer 3 semaines ou plus à la première infection, puis disparaissent. • De nouvelles vésicules apparaissent d'ordinaire de temps à autre parce que le virus reste dans le corps. Les vésicules durent moins longtemps que pendant la première infection.
Granulome inguinal (donovanose) Pour traitements, voir page 16–21.	• Grosseurs sous-cutanées dans la région génitale, le plus souvent entre le scrotum et les cuisses chez l'homme, ou entre les lèvres et le vagin chez la femme. • Les grosseurs grandissent, puis se scindent en ulcères solides rouges. • Les ulcères ne sont pas douloureux mais saignent au toucher. Si on ne les traite pas, ils peuvent conduire à la destruction des organes génitaux.

MST causant des verrues

Diagnostic probable	Symptômes ordinaires
Virus du papillome génital humain. MST causée par un virus. Certains sous-types sont responsables de la plupart des cas de cancer du col.	• Verrues sur le pénis, le vagin ou l'anus, ou près de ceux-ci. Les verrues peuvent ne pas apparaître ou peuvent être difficiles à observer.

Pour traitements, voir page 16–21.

Traitements des MST ordinaires et des autres infections génitales

Ces traitements sont principalement fondés sur les recommandations de 1998 des US Centers for Disease Control and Prevention.

IMPORTANT : Divers traitements sont indiqués ci-après. Choisir UN des traitements de cette liste qui correspond au diagnostic probable. Choisir un traitement dont on sait qu'il est efficace dans votre région. Consulter les responsables si vous n'êtes par sûr. Vous pouvez cocher le traitement approprié pour votre région (mettez **X** ou ✔ dans la case ☐ correspondante).

Gonorrhée et/ou infection à chlamydia

Si possible, effectuer un test, ou recourir à un établissement où le patient pourra se faire tester et se faire soigner. (Le test de gonorrhée seul est utile parce qu'il peut éliminer cette maladie.) Si les tests ne sont pas possibles, on peut traiter en même temps la gonorrhée et l'infections à chlamydia. Sélectionner UN traitement pour CHAQUE groupe ci-après et en haut de la page suivante.

Traitements de la gonorrhée (en choisir UN)

☐ Ciprofloxacine, comprimés de 500 mg par voie buccale, en dose unique. (NE PAS administrer aux femmes enceintes ou allaitantes.)

☐ Ceftriaxone, 125 mg par injection intramusculaire, en dose unique.

☐ Cefixime, 400 mg par voie buccale, en dose unique.

☐ Oflaxicine, 400 mg par voie buccale, en dose unique ET 1 mg d'azithromycine par voie bucccale, en dose unique. (NE PAS donner d'oflaxicine aux femmes enceintes ou allaitantes.)

☐ Spectinomycine, 2g par injection intramusculaire, en dose unique.

Traitements qui peuvent être utiles dans les pays où la maladie ne résiste pas ordinairement à ces médicaments :

☐ Kanamycine, 2 g par injection intramusculaire, en dose unique.

☐ Triméthoprime, 80 mg/sulfaméthoxazole, 400 mg ; 10 comprimés par voie buccale, chaque jour pendant 3 jours. (NE PAS donner aux femmes enceintes ou allaitantes.)

Dans la plupart des régions du monde, la pénicilline et la tétracycline ne sont plus efficaces contre la gonorrhée.

▶ Dire aux patients d'éviter les relations sexuelles jusqu'à ce que le traitement soit terminé et que les symptômes aient disparus. Encourager le/les partenaire(s) sexuel(s) à se faire traiter.

Traitements de l'infection à chlamydia (en choisir UN)

☐ Azithromycine, 1 g par voie buccale, en dose unique.

☐ Doxycycline, 100 mg par voie buccale, 2 fois par jour pendant 7 jours. (NE PAS administrer aux femmes enceintes ou allaitantes.)

☐ Tétracycline, 500 mg par voie buccale 4 fois par jour pendant 7 jours. (NE PAS administrer aux femmes enceintes ou allaitantes.)

Traitement pour femmes enceintes ou allaitantes :

☐ Amoxicilline, 500 mg par voie buccale 3 fois par jour pendant 7 jours.

☐ Erythromycine, 500 mg par voie buccale 4 fois par jour pendant 7 jours.

▶ Dire à la patiente d'éviter les rapports sexuels pendant 7 jours après le début du traitement. Insister pour que le ou les partenaires sexuels se fassent soigner.

Traitements de la trichomonase/vaginose bactérienne (en choisir UN)

☐ Métronidazole, 2 g par voie buccale en dose unique.

☐ Métronidazole, 500 mg par voie buccale 2 fois par jour pendant 7 jours.

(NE PAS administrer de métronidazole aux femmes enceintes avant le quatrième mois de la grossesse).

▶ Dire aux patientes de ne pas boire d'alcool alors qu'elles prennent le métronidazole, car cela peut causer des nausées et des vomissements. Insister pour que le ou les partenaire(s) sexuel(s) se fassent soigner. Dire à la patiente d'éviter les rapports sexuels tant que le traitement n'est pas achevé et d'attendre que les deux partenaires n'aient plus de symptômes.

Traitements de la salpingite

Soigner pour la gonorrhée, l'infection à chlamydia et la trichomonase — tous les 3. (Voir pages 12–20 et 12–21.)

Traitements de la candidiase (en choisir UN)

Pour les femmes :

☐ Nystatine, comprimé de 100 000 unités placé dans le vagin une fois par jour pendant 14 jours.

☐ Miconazole, suppositoire de 200 mg placé dans le vagin une fois par jour pendant 3 jours, ou suppositoire de 100 mg placé dans le vagin une fois par jour pendant 7 jours.

☐ Clotrimazole, comprimé de 500 mg placé dans le vagin en dose unique, ou comprimé de 100 mg une fois par jour pendant 7 jours, ou deux comprimés de 100 mg une fois par jour pendant 3 jours.

Pour les hommes :

☐ Crème ou pommade de nystatine, de miconazole ou de clotrimazole appliquée sur la région infectée 2 fois par jour pendant 7 jours.

Traitements de la syphilis

Débutante — primaire, secondaire ou syphilis latente de 2 ans ou moins (en choisir UN)

Pour quiconque n'a pas d'allergie à la pénicilline :

☐ Benzathine pénicilline G, 2,4 millions d'unités en 2 injections intramusculaires durant une visite au dispensaire ; faire une injection dans chaque fesse.

☐ Pénicilline procaïnée aqueuse G, 1,2 millions d'unités par injection intramusculaire, chaque jour pendant 10 jours.

Allergie à la pénicilline (hommes et femmes non enceintes seulement) :*

☐ Doxycycline, 100 mg par voie buccale, 2 fois par jour pendant 14 jours.

☐ Tétracycline, 500 mg par voie buccale, 4 fois par jour pendant 14 jours.

Allergie à la pénicilline (femmes enceintes seulement) :

☐ Erythromycine, 500 mg par voie buccale, 4 fois par jour pendant 14 jours. Pas très efficace. Insister pour que ces femmes amènent leur enfant dans les 7 jours qui suivent la naissance pour dépistage de syphilis congénitale.

▶ Insister pour que le ou les partenaires sexuels se fassent soigner.

Syphilis latente tardive ou syphilis latente de durée inconnue

Pour quiconque n'a pas d'allergie à la pénicilline :

☐ Benzathine pénicilline G, 7,2 millions d'unités au total, administrée par voie intramusculaire en 3 doses de 2,4 millions d'unités chacune à intervalles d'une semaine.

Allergie à la pénicilline (hommes et femmes non enceintes seulement) :

☐ Comme pour maladie précoce, mais traiter pendant 4 semaines au lieu de 14 jours.

Allergie à la pénicilline (femmes enceintes seulement) :

☐ Comme pour maladie précoce, mais traiter pendant 4 semaines ou lieu de 14 jours.

Syphilis congénitale (en choisir UN)

☐ Pénicilline procaïnée G, 50.000 unités par kilo de poids corporel, en une injection intramusculaire par jour pendant 10 jours.

☐ Pénicilline crystalline aqueuse G, 100.000 à 150.000 unités par kilo de poids corporel par jour, administrée en 50.000 unités/kg par voie intraveineuse toutes les 12 heures pendant les 7 premiers jours de vie, puis toutes les 8 heures par la suite pendant les 3 jours suivantes.

Si on oublie le traitement pendant plus d'un jour, recommencer tout le traitement.

* Les symptômes caractéristiques d'une vraie allergie à la pénicilline sont les symptômes d'anaphylaxie, y compris forte enflure du visage, nombreuses démangeaisons et urticaire, difficultés de respiration et de déglutition, chute soudaine de tension artérielle, pouls faible et rapide, nausées, vomissements, crampes abdominales, diarrhée, confusion, vertiges, et perte éventuelle de conscience. Les symptômes apparaissent dans les 20 minutes qui suivent l'injection de pénicilline. En règle générale, le traitement consiste à maintenir ouvertes les voies respiratoires et à donner de l'oxygène et de l'épinéphrine.

Traitements du chancre mou (en choisir UN)

☐ Azithromycine, 1 g par voie buccale, en dose unique.

☐ Ceftriaxone, 250 mg par voie intramusculaire, en dose unique.

☐ Erythromycine, 500 mg par voie buccale, 4 fois par jour pendant 7 jours.

☐ Ciprofloxacine, 500 mg par voie buccale, 2 fois par jour pendant 3 jours. (NE PAS administrer aux femmes enceintes ou allaitantes, ou à des personnes de moins de 18 ans.)

☐ Triméthoprime, 80 mg/sulfaméthoxazole, 400 mg, 2 comprimés par voie buccale, 2 fois par jour pendant 7 jours. (Employer uniquement dans une région où elle s'est révélée efficace contre le chancre mou et où son efficacité peut être régulièrement vérifiée. NE PAS administrer aux femmes enceintes ou allaitantes.)

▶ Réexaminer 3 à 7 jours plus tard. Le ou les partenaires sexuels — même ceux qui ne présentent pas de symptômes — doivent être traités s'ils ont eu des rapports avec le patient dans les 10 jours qui précèdent l'apparition des symptômes ou depuis les symptômes sont apparus.

Traitement du lymphogranulome vénérien (en choisir UN)

☐ Doxycycline, 100 mg par voie buccale 2 fois par jour pendant 21 jours. (NE PAS administrer aux femmes enceintes ou allaitantes.)

☐ Erythromycine, 500 mg par voie buccale, 4 fois par jour pendant 21 jours.

☐ Tétracycline, 500 mg par voie buccale 4 fois par jour pendant 14 jours. (NE PAS administrer aux femmes enceintes ou allaitantes.)

▶ Insister pour que le ou les partenaires subissent un test et se fassent soigner.

Traitement de l'herpès génital

▶ Quand il y a des vésicules, les clients ne doivent pas avoir de rapports sexuels — même avec un préservatif. L'herpès peut être transmis même quand il n'y a pas de vésicules, mais un préservatif peut alors offrir une certaine protection.

Pas de guérison possible. Le client doit maintenir la zone infectée dans un état de propreté et essayer de ne pas toucher les lésions. Des pommades aux antibiotiques peuvent aider.

On peut raccourcir la durée des symptômes si le traitement commence rapidement durant une flambée. S'il ne commence pas rapidement, le traitement peut être sans effet.

Lors de la première flambée, administrer de l'acyclovir, à raison de 200 mg par voie buccale 5 fois par jour pendant 7 à 10 jours, ou 400 mg 3 fois par jour pendant 7 à 10 jours.

Lors de la réapparition de vésicules, administrer de l'acyclovir à raison de 200 mg par voie buccale 5 fois par jour pendant 5 jours. Si le client a des flambées plus de 6 fois par an, traiter de façon continue à l'acyclovir à raison de 400 mg par voie buccale 2 fois par jour pendant un an, puis réévaluer.

▶ Insister pour que les partenaires sexuels soient évalués et conseillés et, s'ils présentent des symptômes, se fassent soigner.

▶ Une femme atteinte d'herpès peut infecter son enfant durant l'accouchement. Cela est extrêmement dangereux pour l'enfant et exige des soins médicaux.

Traitement du granulome inguinal (donovanose) (en choisir UN)

☐ Triméthoprime, 80 mg/sulfaméthoxazole, 400 mg, 2 comprimés par voie buccale deux fois par jour pendant au moins 21 jours ou jusqu'à la cicatrisation des plaies. (NE PAS administrer aux femmes enceintes ou allaitantes.)

☐ Tétracycline, 500 mg par voie buccale, 4 fois par jour pendant au moins 14 jours ou jusqu'à la cicatrisation des plaies. (NE PAS administrer aux femmes enceintes ou allaitantes.)

☐ Doxycycline, 100 mg par voie buccale, 2 fois par jour pendant au moins 21 jours ou jusqu'à la cicatrisation des plaies. (NE PAS administrer aux femmes enceintes ou allaitantes.)

☐ Erythromycine, 500 mg par voie buccale 4 fois par jour pendant 21 jours, ou jusqu'à la cicatrisation des plaies.

▶ Insister pour que le ou les partenaires sexuels qui présentent des symptômes se fassent soigner.

Traitement du virus du papillome génital humain

Pas de guérison possible. Peut être traité par des moyens chimiques ou chirurgicaux à des fins cosmétiques. Si les verrues croissent rapidement, vérifier la présence d'une infection par le VIH.

ELEMENTS IMPORTANTS DONT L'UTILISATEUR DOIT SE RAPPELER

La prévention et la guérison des maladies sexuellement transmissibles (MST)

Pour commencer, prévenir les MST.

- **Certaines MST**, dont le VIH/SIDA, **ne peuvent pas être guéries.**
- **Se rappeler les trois principes de prévention des MST :**
  - Abstention de rapports sexuels.
  - Bien fidèle. N'avoir qu'un seul partenaire.
  - Condoms préservatifs utilisés constamment.
- **Se protéger contre le SIDA.** D'autres MST font augmenter le risque de contracter le VIH/SIDA.

Si vous avez une MST :

- **Faites-vous soigner rapidement** si vous pensez que vous pourriez avoir une MST, même si vous n'avez pas de symptômes.
- **Ne transmettez pas les MST :** Si vous pensez que vous pourriez avoir une MST, éviter les rapports sexuels ou, à tout le moins, employer des condoms avec chaque partenaire sexuel. Si on vous dit que vous avez une MST et si on vous remet des médicaments, éviter les rapports sexuels jusqu'à ce que 3 jours se soient écoulés après avoir pris tous ces médicaments et n'avoir plus aucun symptôme.
- **Guérissez votre infection :** Prenez tous les médicaments conformément aux instructions, même si les symptômes disparaissent et si vous vous sentez mieux.
- **Aidez vos partenaires sexuels à se faire soigner :** Leur dire d'aller se faire soigner, ou les amener avec vous.
- **Revenez pour vous assurer que vous êtes guéri :** si vous continuez à présenter des symptômes, on peut vous donner de nouveaux médicaments pour guérir votre infection.
- **Protégez votre enfant :** Allez (ou aidez votre femme à aller) à un dispensaire prénatal durant les 3 premiers mois de la grossesse pour subir un examen physique et un test de syphilis.

307

Critères d'éligibilité médicale de l'OMS pour l'adoption de méthodes de contraception

Le tableau des pages suivantes résume les critères d'éligibilité médicale de l'OMS pour commencer l'emploi de méthodes de contraception. Ces critères sont la base pour les listes de pointage d'éligibilité médicale dans les chapitre 5 à 15.

Catégories de l'OMS pour méthodes temporaires

OMS 1 **On peut employer** la méthode. **Aucune restriction d'emploi.**

OMS 2 **On peut employer** la méthode. **En général, les avantages l'emportent sur les risques théoriques ou avérés.** Si un médecin ou une infirmière est disponible pour porter un jugement clinique, on peut envisager de choisir une méthode pour les états de la catégorie 2. Si le client choisit la méthode, il se peut qu'il faille procéder à un suivi plus précis que d'ordinaire.

OMS 3 **On ne doit pas employer** la méthode à moins qu'un médecin ou une infirmière porte un jugement clinique selon lequel le client peut l'employer sans danger. **En règle générale, les risques théoriques ou avérés l'emportent sur les avantages** de la méthode. Méthode de dernier recours, pour laquelle on peut avoir besoin d'une surveillance régulière.

OMS 4 On **ne doit pas employer** la méthode. L'état pose un risque **inacceptable pour la santé** si on emploie la méthode.

Système simplifié à 2 catégories

Quand on ne dispose pas d'un médecin ou d'une infirmière pour porter un jugement clinique, on peut alors simplifier le système de classification à 4 catégories pour en faire un système à 2 catégories, selon le tableau ci-après :

Catégorie OMS	Avec jugement clinique	Sans jugement clinique
1	Employer la méthode en tous cas	Employer la méthode
2	Employer en général la méthode	
3	L'emploi de la méthode n'est généralement pas recommandé à moins que d'autres méthodes plus appropriées ne soient pas disponibles ou acceptables	Ne pas employer la méthode
4	Ne pas employer la méthode	

NOTE : dans le tableau des pages suivantes, les états des catégories 3 et 4 sont ombrés pour indiquer que la méthode ne doit pas être fournie quand le jugement clinique est limité.

Catégories de l'OMS pour la stérilisation féminine et la vasectomie

Acceptation Aucune raison médicale n'interdit l'intervention dans un cadre ordinaire.

Prudence L'intervention peut avoir lieu dans un cadre ordinaire mais **avec des préparatifs et des précautions supplémentaires**.

Retarder **Retarder l'intervention.** L'état doit être traité et guéri avant l'intervention. Fournir des méthodes temporaires.

Recours **Envoyer le client** dans un établissement où un chirurgien et un personnel compétent peuvent exécuter l'intervention. Le lieu doit être équipé pour effectuer une anesthésie générale et offrir d'autres soutiens médicaux. Fournir des méthodes temporaires. (L'OMS donne à cette catégorie le nom de « spéciale »).

NOTE : dans le tableau des pages A2–A8, « retard » et « recours » sont ombrés.

Critères d'éligibilité médicale de l'OMS pour l'adoption de méthodes de contraception

ETAT	Contraceptifs oraux combinés	Contraceptifs progestifs	DMPA/NET EN	Implants Norplant	Stérilisation féminine	Vasectomie	Condoms	DIU TCu-380A	Spermicide	Diaphragme, Cape cervicale	Méthode basée sur la connaissance de la fertilité	Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée
Grossesse	ND	ND	ND	ND	Retard	—	1	4	1	1	—	—
Age												
< 18 ans (<20 pour DIU)	1	1	2	1	Prud.[a]	—[a]	1	2	1	1	1[b,c]	1
18 à 39 ans	1	1	1	1	Accept.[a]	—[a]	1	1	1	1	1	1
40 à 45 ans	2	1	1	1	Accept.[a]	—[a]	1	1	1	1	1[b,c]	1
> 45 ans	2	1	2	1	Accept.[a]	—[a]	1	1	1	1	1[b,c]	1
Tabagisme												
Age < 35	2	1	1	1	Accept.[a]	—[a]	1	1	1	1	1	1
Age ≥ 35												
léger (< 15 cigarettes/jour)	3	1	1	1	Accept.[a]	—[a]	1	1	1	1	1	1
prononcé (≥ 15 cigarettes/jour)	4	1	1	1	Accept.[a]	—[a]	1	1	1	1	1	1
Tension artérielle élevée (hypertension)												
Systolique 140-159 ou diastolique 90-99	3	1	2	1	Prud.	—	1	1	1	1	1	1[f]
Systolique ≥160 ou diastolique ≥100	4	2	3	2	Recours	—	1[d]	1	1[d]	1[d]	1[d]	1[f]
Hypertension suffisamment maîtrisée quand on peut surveiller la tension artérielle	3	1	2	1	Prud.	—	1	1	1	1	1	1[f]
Antécédents d'hypertension (lorsque la tension artérielle ne peut pas être mesurée)	3	2	2	2	Prud.	—	1	1	1	1	1	1
Diabète												
Antécédents de diabète gestationnel	1	1	1	1	Accept	—	1	1	1	1	1	1
Sans complications vasculaires												
non insulino-dépendant	2	2	2	2	Prud.	Prud.	1	1	1	1	1	1
insulino-dépendant	2	2	2	2	Prud.	Prud.	1[d]	1	1[d]	1[d]	1[d]	1
Autres complications vasculaires ou diabète depuis > 20 ans	3/4[g]	2	3	2	Recours	Prud.	1[d]	1	1[d]	1[d]	1[d]	1[f]

ND = non disponible pour décision d'employer la méthode

[a] La stérilisation convient aux femmes et aux hommes de tous âges, mais uniquement s'ils sont sûrs de ne plus vouloir d'enfants à l'avenir.

[b] L'état peut affecter la fonction ovarienne et/ou modifier les signes et les symptômes de fécondité et/ou rendre plus difficile d'apprendre et d'employer les méthodes.

[c] Peu après l'établissement de la menstruation (âge des premières règles) et à l'approche de la ménopause, les cycles menstruels peuvent êtres irréguliers.

[d] Les taux d'échec plus élevés qui caractérisent cette méthode peuvent exposer les utilisatrices à un risque inacceptable de grossesse non souhaitée dangereuse.

[e] Avec ou sans maladie vasculaire.

[f] L'allaitement au sein peut ne pas être recommandé avec les médicaments employés pour soigner cet état.

— Etat ne figurant pas sur la liste de l'OMS pour cette méthode, ne modifie pas l'égibilité de l'emploi de la méthode.

[g] Catégorie 3 ou 4, selon la gravité de l'état.

Risques cardio-vasculaires multiples[h]	3/4	2	3	2	Recours	—	1	1	1	1	—	—
Maladie thromboembolique[i]												
Maladie thromboembolique actuelle	4	3	3	3	Retard	—	1	1	1	1	1	1[f,j]
Antécédents de maladie thromboembolique	4	3	3	3	Accept.	—	1	1	1	1	1	1
Cardiopathie ischémique[k]												
Cardiopathie ischémique actuelle	4	2	3	2	Retard	—	1[d]	1	1[d]	1[d]	1[d]	1[f,j]
Antécédents de cardiopathie ischémique	4	2	3	2	Prud.	—	1[d]	1	1[d]	1[d]	1[d]	1
Valvulopathie cardiaque												
Sans complications	2	1	1	1	Prud.	—	1	1	1	1	1	1
Avec complications[l]	4	1	1	1	Recours	—	1[d]	2	1[d]	1[d]	1[d]	1[f,j]
Varices	1	1	1	1	Accept.	—	1	1	1	1	1	1
Thrombophlébite superficielle[m]	2	1	1	1	Accept.	—	1	1	1	1	1	1
Chirurgie lourde												
Avec immobilisation prolongée ou intervention sur les jambes	4	1	1	1	Retard	—	1	1	1	1	1	1[f,j]
Sans immobilisation prolongée	2	1	1	1	Accept.	—	1	1	1	1	1	1
Attaque cérébrale (antécédents d'attaque cérébrale)	4	2	3	2	Prud.	1	1	1	1	1	1	1
Maux de tête												
Maux de tête, légers ou intenses, sans migraine	1	1	1	1	Accept.	—	1	1	1	1	1	1
migraine sans symptômes neurologiques focaux[n]	2	1	2	2	Accept.	—	1	1	1	1	1	1[f]
moins de 35 ans	2	1	2	2	Accept.	—	1	1	1	1	1	1[f]
35 ans ou plus	3	1	2	2	Accept.	—	1	1	1	1	1	1[f]
migraine avec symptômes neurologiques focaux[n,o]	4	2	2	2	Accept.	—	1	1	1	1	1	1[f]
Saignements vaginaux												
Saignements irréguliers peu abondants	1	2	2	2	Accept.	—	1	1	1	1	1[p]	—
Saignements irréguliers abondants ou prolongés	1	2	2	2	Accept.	—	1	2[q]	1	1	1[p]	—
Saignements vaginaux anormaux inexpliqués	2	3	3	4	Retard	—	1	4	1	1	1[p]	—

h Facteurs de risque pour maladie artérielle tels que âge, tabagisme, diabète, tension artérielle élevéé.

i Maladie de la circulation imputable à des caillots de sang.

j La MAMA n'a aucune répercussion sur cet état, mais cette condition peut empêcher l'allaitement.

k Cardiopathie causée par blocage d'artères.

l Hypertension pulmonaire, risque de fibrillation artérielle, antécédents d'endocardite bactérienne subaiguë, ou administration d'anticoagulants.

m Inflammation d'une veine juste sous la peau.

n Symptômes neurologiques en foyer = vision floue, perte temporaire de vision, voit des éclairs ou des zigzags, ou a de brefs de troubles d'élocution ou de mouvement.

o Quel que soit l'âge.

p Cet état peut rendre difficile ou impossible d'employer efficacement la méthode du calendrier.

q Catégorie 3 si la cliente est anémique. Aussi, un saignement anormalement abondant peut indiquer une grave pathologie sous-jacente.

— Etat ne figurant pas sur la liste de l'OMS pour cette méthode, ne modifie pas l'égibilité de l'emploi de la méthode.

Critères d'éligibilité médicale de l'OMS pour l'adoption de méthodes de contraception (suite)

ETAT	COC	CP	DMPA/NET EN	Implants Norplant	Stérilisation féminine	Vasectomie	Condoms	DIU TCu-380A	Spermicides	Diaphragme, Cape cervicale	Méthode basée sur la connaissance de la fertilité	Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée
Cancer du sein												
Actuel	4	4	4	4	Prud.	—	1[d]	1	1[d]	1[d]	1[d]	1[f,j]
Cancer passé, sans signe de pathologie depuis 5 ans	3	3	3	3	Accept.	—	1	1	1	1	1	1
Grosseur du sein non diagnostiquée	2	2	2	2	Accept.	—	1	1	1	1	1	1
Mastopathie bénigne	1	1	1	1	Accept.	—	1	1	1	1	1	1
Antécédents familiaux de cancer du sein	1	1	1	1	Accept.	—	1	1	1	1	1	1
Cancer du col de l'utérus (non traité)	2	1	2	2	Retard	—	1[d]	4	2[d]	1[d,r]	1[b,d]	1[f]
Lacérations cervicales non cancéreuses (néoplasie intraépithéliale du col de l'utérus)	2	1	2	2	Accept.	—	1	1	1	1[r]	1[b]	1
Cancer de l'endomètre	1	1	1	1	Retard	—	1[d]	4	1[d]	1[d]	1[d]	1[f]
Cancer de l'ovaire	1	1	1	1	Retard	—	1	3	1	1	1	1
Tumeur ovarienne bénigne (dont kystes)	1	1	1	1	Accept.	—	1	1	1	1	1	1
Infection génitale haute (IGH)												
IGH passée (sans facteur de risque actuel de MST)												
avec grossesse ultérieure	1	1	1	1	Accept.	—	1	1	1	1	1	1
sans grossesse ultérieure	1	1	1	1	Prud.	—	1	2	1	1	1	1
IGH actuelle ou au cours des 3 derniers mois[s]	1	1	1	1	Retard	—	1	4	1	1	1[b,t]	1
Maladies sexuellement transmissibles (MST[u])												
MST actuelle (dont cervicite purulente)[v]	1	1	1	1	Retard	Retard	1	4	1	1	1[b]	1
MST au cours des 3 derniers mois (après traitement, pas de symptomes actuels)	1	1	1	1	Accept.	—	1	4	1	1	1[b,t]	1
Vaginite sans cervicite purulente[v,w]	1	1	1	1	Accept.	—	1	2[w]	1	1	1	1
Risque accru de MST[x]	1	1	1	1	Accept.	—	1	3	1	1	1	1

b L'état peut affecter la fonction ovarienne et/ou modifier les signes et les symptômes de fécondité et/ou rendre plus difficile d'apprendre et d'employer les méthodes.

d Les taux d'échec plus élevés qui caractérisent cette méthode peuvent exposer les utilisatrices à un risque inacceptable de grossesse non souhaitée dangereuse.

f L'allaitement au sein peut ne pas être recommandé avec les médicaments employés pour soigner cet état.

j La MAMA n'a aucune répercussion sur cet état, mais celui-ci peut interdire l'allaitement au sein.

r La cape cervicale n'est pas recommandée.

s Y compris l'endométrite (inflammation du revêtement de l'utérus) après un accouchement ou un avortement.

t L'état ne change pas les saignements vaginaux ; la méthode du calendrier peut être employée.

u Les méthodes mécaniques, notamment les préservatifs, sont toujours recommandées pour la prévention des MST, y compris le VIH/SIDA.

v Cervicite purulente — écoulement ressemblant à du pus sortant de l'orifice du col.

— Etat ne figurant pas sur la liste de l'OMS pour cette méthode, ne modifie pas l'égibilité de l'emploi de la méthode.

w Dans les régions à forte incidence de MST, une vaginite peut indiquer une MST.

x Par exemple partenaires multiples, ou partenaire ayant des partenaires multiples

Infection des voies urinaires	—	—	—	—	—	—	—	—	1[y]	1[y]	1	—
VIH/SIDA[u]												
Sérologie positive pour le VIH	1	1	1	1	Accept.	Accept.	1[d]	3[z]	1[d]	1[d]	1[d]	1[aa]
Risque élevé de VIH[x]	1	1	1	1	Accept.	Accept.	1	3	2[a,b]	1	1	1[aa]
SIDA	1	1	1	1	Recours	Recours	1[d]	3[z]	1[d]	1[d]	1[d]	1[aa]
Affection de la vésicule biliaire												
Actuelle	3	2	2	2	Retard	—	1	1	1	1	1	1
Traitée médicalement	3	2	2	2	Accept.	—	1	1	1	1	1	1
Asymptomatique ou traitée par cholécystectomie	2	2	2	2	Accept.	—	1	1	1	1	1	1
Antécédents de choléstase												
En rapport avec la grossesse	2	1	1	1	Accept.	—	1	1	1	1	1	1
Liés à l'utilisation passée de COC	3	2	2	2	Accept.	—	1	1	1	1	1	1
Hépatite virale												
Active	4	3	3	3	Retard	—	1	1	1	1	1	1[f]
Chez sujet porteur	1	1	1	1	Accept.	—	1	1	1	1	1	1
Cirrhose du foie												
Légère (compensée)	3	2	2	2	Prud.	—	1	1	1	1	1	1
Grave (décompensée)	4	3	3	3	Recours	—	1[d]	1	1[d]	1[d]	1[b,d,t]	1[f,j]
Tumeur du foie												
Bénigne (adénome)	4	3	3	3	Prud.	—	1	1	1	1	1[b,t]	1
Maligne (hépatome)	4	3	3	3	Prud.	—	1[d]	1	1[d]	1[d]	1[b,d,t]	1[f,i]
Fibrome de l'utérus	1	1	1	1	Prud.	—	1	2[a,c]	1	1	1	1
Antécédents de grossesse extra-utérine	1	2	1	1	Accept.	—	1	1	1	1	1	1
Obésité (indice masse corporelle >30)	2	1	2	2	Prud.	—	1	1	1	1[ad]	1	1

[y] Il existe une possibilité de risque accru d'infection des voies urinaires avec les diaphragmes et les spermicides.

[z] Pour les DIU, séropositivité ou tout autre état médical ou médication qui rend le corps moins capable de lutter contre l'infection.

[aa] Dans les régions où une maladie infectieuse est la cause principale de mortalité infantile, il faut conseiller aux séropositives de donner le sein. Dans les autres régions, s'il existe des options d'un prix abordable susceptibles de remplacer le lait du sein, il faut conseiller aux séropositives de ne pas donner le sein.

[ab] Une forte dose de spermicide nonoxynol-9 peut causer des abrasions vaginales, qui peuvent faire augmenter le risque d'infection par le VIH.

[ac] Risque de déformation de la cavité utérine par les fibromes de l'utérus ; sinon, catégorie 1.

[ad] Une forte obésité peut rendre difficile la pose du diaphragme ou de la cape.

— Etat ne figurant pas sur la liste de l'OMS pour cette méthode, ne modifie pas l'égibilité de l'emploi de la méthode.

Critères d'éligibilité médicale de l'OMS pour l'adoption de méthodes de contraception (suite)

ETAT	COC	CP	DMPA/NET EN	Implants Norplant	Stérilisation féminine	Vasectomie	Condom	DIU TCu-380A	Spermicides	Diaphragme, Cape cervicale	Méthode basée sur la connaissance de la fertilité	Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée
Affections de la thyroide												
Goitre simple	1	1	1	1	Accept.	—	1	1	1	1	1	1
Hyperthyroïdie	1	1	1	1	Recours	—	1	1	1	1	1[b,t]	1
Hypothyroïdie	1	1	1	1	Prud.	—	1	1	1	1	1[b,t]	1[f]
Thalassémie	1	1	1	1	Prud.	—	1	2	1	1	1	1
Maladie trophoblastique												
Maladie trophoblastique gestationnelle bénigne	1	1	1	1	Accept.	—	1	3	1	1	1	1
Maladie trophoblastique gestationnelle maligne	1	1	1	1	Retard	—	1[d]	4	1[d]	1[d]	1[d]	1[f]
Drépanocytose	2	1	1	1	Prud.	Accept.	1[d]	2	1[d]	1[d]	1[d]	1
Troubles de la coagulation (caillots)	—	—	—	—	Recours	Recours	—	—	—	—	—	—
Anémie ferriprive												
Hémoglobine 7 g/dl –10 g/dl	1	1	1	1	Prud.	—	1	2	1	1	1	1
Hémoglobine < 7 g/dl	1	1	1	1	Prud.	—	1	2	1	1	1	1
Epilepsie	1	1	1	1	Prud.	—	1	1	1	1	1	1[f]
Schistosomiase												
Sans complications	1	1	1	1	Accept.	—	1	1	1	1	1	1
Fibrose du foie	1	1	1	1	Prud.	—	1[d]	1	1[d]	1[d]	1[b,d,t]	1[f]
Fibrose du foie sévère	4	3	3	3	Recours	—	1[d]	1	1[d]	1[d]	1[b,d,t]	1[f]

b L'état peut affecter la fonction ovarienne et/ou modifier les signes et les symptômes de fécondité et/ou rendre plus difficile d'apprendre et d'employer les méthodes.

d Les taux d'échec plus élevés qui caractérisent cette méthode peuvent exposer les utilisatrices à un risque inacceptable de grossesse non souhaitée dangereuse.

f L'allaitement au sein peut ne pas être recommandé avec les médicaments employés pour soigner cet état.

t L'état ne change pas les saignements vaginaux ; la méthode du calendrier peut être employée.

— Etat ne figurant pas sur la liste de l'OMS pour cette méthode, ne modifie pas l'égibilité de l'emploi de la méthode.

Paludisme	1	1	1	1	Accept.	—	1	1	1	1	1	1
Interactions médicamenteuses												
Antibiotiques (rifampicine et griséofulvine)	3	3	2	3	Prud.	—	1	1	1	1	1	—
Autres antibiotiques[ae]	1	1	1	1	Accept.	—	1	1	1	1	1	—
Autres anticonvulsivants pour traiter l'épilepsie, sauf l'acide valproïque[af]	3	3	2	3	Prud.	—	1	1	1	1	1	—
Allergie au latex	—	—	—	—	—	—	3[ag]	—	1	3	—	—
Emploi d'autres médicaments												
Médicaments psychtropes, thérapie au lithium, antidépressifs tricycliques, *ou anxyolitiques*	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1[b,t]	4[a,h]
Parité												
Nullipare (sans enfant)	1	1	—	—	Accept.[ai]	Accept.[ai]	1	2	1	1	1	—
Primipare/multipare (avec enfant[s])	1	1	1	1	Accept.	Accept.	1	1	1	2	1	1
Dysménorrhée sévère (douleur pendant les règles)	1	1	1	1	Accept.	—	1	2	1	1	1	— [aj]
Tuberculose												
Non génito-urinaire	1	1	1	1	Accept.	—	1[d]	1	1[d]	1[d]	1[d]	1[ak]
Génito-urinaire avérée	1	1	1	1	Recours	—	1[d]	4	1[d]	1[d]	1[d]	1[ak]
Endométriose	1	1	1	1	Recours	—	1	2	1	1	1	1
Anomalies anatomiques												
Avec déformation de la cavité utérine	—	—	—	—	—	—	—	4[al]	—	— [am]	—	—
Autres anomalies sans déformation de la cavité utérine et n'entravant pas l'*insertion d'un DIU*[an]	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
Antécédents de l'état de choc toxique	—	—	—	—	—	—	1	—	1	3	—	—
Allaitement au sein												
< 6 semaines après l'accouchement	4	3	3	3	Accept.	—	1	—[ao]	1	—	1[b]	1
6 semaines à 6 mois après l'accouchement (allaitement principalement au sein)	3	1	1	1	Accept.	—	1	—	1	1	1[b]	1
> 6 mois après l'accouchement	2	1	1	1	Accept.	—	1	—	1	1	1[b]	—

[ae] Antibiotiques sauf rifampicine et griséofulvin.

[af] Phénytoïne, carbamazépine, barbituriques, primidone.

[ag] L'allergie au latex n'est pas un problème si on dispose de préservatifs en plastique.

[ah] Pour protéger la santé du bébé, on ne recommande pas l'allaitement au sein.

[ai] La consultation doit veiller à ce que le choix soit informé.

[aj] La menstruation indique qu'on a besoin d'une autre méthode de contraception.

[ak] La décision d'allaiter doit tenir compte des risques et des avantages pour le bébé.

[al] Toute anomalie qui déforme la cavité utérine et rend impossible une bonne pose du DIU.

[am] Le diaphragme ne peut pas être employé dans certains cas de prolapse ; la cape n'est pas acceptable pour les clientes à anatomie cervicale fortement déformée.

[an] Y compris fibromes de l'utérus, sténose cervicale ou lacérations cervicales.

— Etat ne figurant pas sur la liste de l'OMS pour cette méthode, ne modifie pas l'égibilité de l'emploi de la méthode.

Critères d'éligibilité médicale de l'OMS pour l'adoption de méthodes de contraception (suite)

ETAT	COC	CP	DMPA/NET EN	Implants Norplant	Stérilisation féminine*	Vasectomie**	Condom	DIU TCu-380A	Spermicides	Diaphragme, Cape cervicale	Méthode basée sur la connaissance de la fertilité	Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée
Postpartum (chez les femmes non allaitantes)												
< 21 jours après l'accouchement	3	1	1	1	*	**	1	†	1	—	1[b]	—
21 jours ou plus après l'accouchement	1	1	1	1	*	**	1	†	1	—[ao]	1[b]	—
Post-avortement												
Avortement au premier trimestre	1	1	1	1	—	—	1	1	1	1	1[b]	—
Avortement au deuxième trimestre	1	1	1	1	—	—	1	2	1	1[ap]	1[b]	—
Immédiatement après un avortement avec complications infectieuses[aq]	1	1	1	1	—	—	1	4	1	1	1[b]	—

[b] L'état peut affecter la fonction ovarienne et/ou modifier les signes et les symptômes de fécondité et/ou rendre plus difficile d'apprendre et d'employer les méthodes.

[ao] Peut commencer à employer le diaphragme 6 semaines après l'accouchement.

[ap] Peut commencer à employer le diaphragme 6 semaines après un avortement du second trimestre.

[aq] Immédiatement après un avortement avec complications infectieuses.

— Etat ne figurant pas sur la liste de l'OMS pour cette méthode, ne modifie pas l'égibilité de l'emploi de la méthode.

* **Etats supplémentaires liés à la stérilisation féminine :**
Etats qui exigent un retard : infection cutanée abdominale ; bronchite ou pneumonie aiguë ; intervention chirugicale d'urgence ; chirurgie pour état infectieux ; infection systémique ou gastroentérite grave.
Etats qui exigent le recours à un centre spécial ; asthme chronique, bronchite, emphysème ou infection pulmonaire ; chirurgie ou infection fixe ; hernie de la paroi abdominale ou de l'ombilic.
Etats qui exigent la prudence : hernie du diaphragme ; maladie des reins ; chirurgie élective ; carences nutritionelles profondes.
Etats de stérilisation postpartum qui n'imposent aucune condition spéciale : césarienne.
Etats de stérilisation postpartum qui exigent un retard : 7 à 42 jours après l'accouchement ; prééclampsie grave/éclampsie ; rupture prolongée de membranes (24 heures ou plus) ; forte hémorrhagie ; fièvre pendant ou aussitôt après l'accouchement ; sepsie, traumatisme grave de l'appareil génital (rupture du col ou du vagin durant l'accouchement).
Etats de stérilisation après l'accouchement qui exigent recours à un centre spécial : rupture ou perforation de l'utérus.
Etats de stérilisation postpartum qui n'imposent aucune condition spéciale : moins de 7 jours après l'accouchement ; plus de 42 jours après l'accouchement ; prééclampsie légère.
Etats de stérilisation après avortement qui exigent un retard : forte sepsie ou fièvre ; forte hémorrhagie ; traumatisme grave de l'appareil génital ; hématométrie aigue (excès de sang dans l'utérus).
Etats de stérilisation après l'accouchement qui exigent recours à un centre spécial : perforation de l'utérus.

** **Etats supplémentaires liés à la vasectomie :**
Etats qui exigent un retard : infection de la peau du scrotum ; MST évolutive ; balanite, épididymite ou orchite ; infection systémique ou gastroentérite aiguë ; filariose ou éléphantiasis ; masse interscrotale.
Etats qui exigent le recours à un centre spécial : hernie inguinale.
Etats qui exigent la prudence : antécédents de chirurgie ou de lésion au scrotum ; grosse varicocèle ; grosse hydrocèle ; cryptorchidie. (Dans certains cas, la cryptorchidie peut exiger un recours.)

† **Etats supplémentaires liés au DIU TCu-380A, pose postpartum (donnant ou non le sein) :**
Etat qui représente un risque de santé inacceptable (OMS 4) ; sepsie puerpérale (infection de l'appareil génital pendant les 42 premiers jours après l'accouchement).
Etat qui exige qu'un médecin ou une infirmière porte un jugement clinique que la cliente peut sans danger employer un DIU (OMS 3) : de 48 heures à 4 semaines après l'accouchement.
Etat pour lequel les avantages de l'emploi du DIU l'emportent en général sur les risques théoriques ou avérés (OMS 2) : moins de 48 heures après l'accouchement.
Etat qui n'exige aucune restriction : plus de 4 semaines après l'accouchement.

†† **Etats supplémentaires liés à la MAMA :**
Etats qui représentent un risque inacceptable de santé pour le bébé : emploi de réserpine, d'ergotamine, d'antimétabolites, de cyclosporine, de cortisone, de bromocriptine, de médicaments radioactifs, de lithium ou d'anticoagulants.
Etats sur lesquels la MAMA n'a aucun effet mais qui peuvent empêcher l'allaitement au sein : tétons douloureux ; mastite (inflammation des seins) ; déformité congénitale de la bouche, de la mâchoire ou du palais du bébé ; taille réduite du bébé pour son âge, naissance prématurée, ou soins néonataux intensifs ; antécédents de chirurgie du sein ; certains troubles métaboliques de la petite enfance.
Etat qui n'exige aucune restriction (OMS 1) : engorgement des seins.

Lectures proposées

Angle, M. Guidelines for clinical procedures in family planning, a reference for trainers, 2e éd. Chapel Hill, North Carolina. Program for International Training in Health (INTRAH), 1992

Angle, M. Guidelines for clinical procedures in family planning, a reference for trainers. 2e ed. rév. (chapitres 3–7). Chapel Hill, North Carolina, Program for International Training in Health (INTRAH), 1993.

AVSC International. Safe and voluntary surgical contraception: Guidelines for service programs. New York, AVSC International, 1995.

Blumenthal, P.D. et McIntosh, N. Pocket Guide for family planning service providers, 1996–1998. 2e éd. Baltimore, Johns Hopkins Program for International Education in Reproductive Health (JHPIEGO), 1996.

Cooperating Agencies Informed Choice Task Force. Informed choice: Report for the Cooperating Agencies Task Force. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Center for Communication Programs, 1989.

Hatcher, R.A., Trussell, J., Stewart, F., Stewart, G.K., Kowal, D., Guest, F., Cates, W. et Policar, M. Contraceptive technology, 16e éd. New York, Irvington, 1994.

Huezo, C.M. et Carignan, C.S. Medical and service delivery guidelines for family planning. Londres, Fédération internationale pour le planning familial (IPPF), en collaboration avec AVSC International, 1997.

Labbok, M., Cooney, C., et Coly, S. Guidelines: Breastfeeding, family planning and the Lactational Amenorrhea Method—LAM. Washington, D.C. Georgetown University, Institute for Reproductive Health, 1994.

McCann, M.F. et Potter, L.S. Progestin-only oral contraception: a comprehensive review. Contraception 50(6): S9-S195. Décembre 1994.

McIntosh, N., Kinzie, B., et Blouse, A. IUD guidelines for family planning service programs, a problem-solving reference manual. 2e éd. Baltimore, Johns Hopkins Program for International Education in Reproductive Health (JHPIEGO), 1995.

McIntosh, N., Blouse, A. et Shaefer, L., Norplant® guidelines for family planning service programs, a problem-solving reference manual. 2e éd. Baltimore, Johns Hopkins Program for International Education in Reproductive Health (JHPIEGO), 1995.

Moreno, L., et Goldman, N. Contraceptive failure rates in developing countries: Evidence from the Demographic and Health Surveys. International Family Planning perspectives 17(2): 44–49. 1991.

Murphy, E.M. et Steele, C. Client-provider interactions in family planning services: Guidance from research and program experience. Dans: Technical Guidance/Competence Working Groups. Recommendations for updating selected practices in contraceptive use. Vol. 2. Chapel Hill, North Carolina, University of North Carolina, Program for International Training in Health, 1997. p. 187–194.

Population Council (PC). Norplant contraceptive subdermal implants: Guide to effective counseling. New York, PC, 1990.

Shelton, J.D., Angle, M.A. et Jacobstein, R.A. Medical barriers to access to family planning. Lancet 340(8831): 1334–1335. 28 novembre 1992.

Solter C., Comprehensive reproductive health and family planning training curriculum, module 6: DMPA injectable contraceptive. Watertown, Massachusetts, Pathfinder International, August 1996.

Technical Guidance/Competence Working Group: Recommendations for updating selected practices in contraceptive use. Results of a technical meeting. Vol. 1 et 2. Chapel Hill, Caroline du Nord, University of North Carolina. Program for International Training in Health, 1994 et 1997. (Version condensée publiée dans **Population Reports**, *Méthodes de planning familial : nouvelles directives.* Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population International Program, 1996.)

Tietjen, L., Cronin, W. et McIntosh, N. Infection prevention for family planning service programs, a problem-solving reference manual. Baltimore, Johns Hopkins Program for International Education in Reproductive Health (JHPIEGO), mars 1992.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). Improving access to quality care in family planning: Medical eligibility criteria for contraceptive use. Genève, OMS, Family and Reproductive Health, 1996.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). Injectable contraceptives, their role in family planning care. Genève, OMS, 1990.

Population Reports, notamment les numéros suivants :

Blackburn, R.D., Cunkelman, J.A., et Zlidar, V.M. Les contraceptifs oraux : situation actuelle. **Population Reports**, Série A, no. 9. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, printemps 2000.

Church, C.A. et Geller, J.S. La stérilisation féminine volontaire. En tête de liste et en progrès. **Population Reports**, Série C., no. 10. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, novembre 1990.

Gardner, R., Blackburn, R.D., et Upadhyay, U.D. Réduire la pénurie de condoms. **Population Reports**, Série H, no. 9. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, avril 1999.

Lande, R. Les injectables : une ère nouvelle. **Population Reports**, Série K., no. 5. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, août 1995.

Lettenmaier, C., et Gallen, M.E. Guide de consultation. **Population Reports**, Série J., no. 35. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population information Program, décembre 1987.

Liskin L., Maladies sexuellement transmissibles ; diagnostic, traitement et suivi. (Panneau mural) **Population Reports**, Série L., no. 9 (Supplément), Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, juin 1993.

Liskin, L., Benoit, E., et Blackburn, R. La vasectomie : possibilités nouvelles. **Population Reports**, Série D, no. 5. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, mars 1992.

McCauley, A.P., et Geller, J.S. L'heure de décisions pour les programmes de Norplant. **Population Reports**, Serie K, no. 4. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, septembre 1992.

Rinehart, W., Rudy, S. et Drennan, M. BERCER, Guide de consultation. **Population Reports**, Série J, no. 48. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, décembre 1998.

Treiman, K., Liskin, L., Kols, A. et Rinehart, W. Les DIU—Etat récent des informations. **Population Reports**, Série B, no. 6. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, décembre 1995.

Glossaire

Abcès. Accumulation de **pus** entourée d'une inflammation.

Adhésions pelviennes. Bandes anormalement rugueuses de tissu reliant des structures internes du corps dans le **pelvis**. Les adhésions peuvent gêner le mouvement de l'ovule et l'**implantation** de l'**embryon** dans l'**utérus**.

Aine. La dépression entre la cuisse et le torse.

Allaitement intégral. Se dit quand on ne donne au bébé aucun aliment ou liquide autre que le lait du sein. Quand on dit qu'une femme nourrit presque entièrement son bébé au sein, elle lui donne un peu d'aliments ou de liquides supplémentaires, mais au moins 85 % de la nourriture du bébé vient du lait du sein.

Allaitement partiel Allaitement d'un volume inférieur à l'allaitement intégral ou presque intégral. (Voir **allaitement intégral**.)

Allaitement presque intégral. Voir **allaitement intégral**.

Aménorrhée. Absence de **règles** (saignement vaginal mensuel).

Anémie. Niveaux peu élevés de matériel vecteur d'oxygène dans le sang. L'anémie fait baisser le volume d'oxygène contenu dans les tissus du corps. Souvent, les symptômes sont vagues ; ils peuvent être une fatigue chronique, l'irritabilité, des étourdissements, des problèmes de mémoire, un essoufflement, des céphalées et des douleurs osseuses. Une anémie légère peut ne présenter aucun symptôme perceptible. L'anémie peut provenir d'une perte excessive de sang, de la destruction des globules, ou d'une diminution de leur formation. (Voir **hémoglobine, anémie ferriprive**.)

Anémie ferriprive. Anémie résultant d'une demande de fer supérieure à la quantité qui peut être fournie. Ordinairement causée par une perte chronique de sang, par exemple des saignements vaginaux, ou par un mauvais régime alimentaire. En général, se guérit avec des suppléments de fer et un régime alimentaire équilibré.

Anus. Ouverture inférieure de l'appareil digestif (gros intestin) ; sortie du **rectum**.

Appareil circulatoire. Le système par lequel le sang et la **lymphe** circulent dans tout le corps. Comporte le **système cardiovasculaire** et le **système lymphatique**.

Attaque. Une attaque se produit quand il y a interruption soudaine de l'apport de sang à une région du cerveau. Privées de sang, les cellules du cerveau affectées deviennent endommagées ou meurent.

Note : Les mots en caractères **noir foncé** sont également définis dans le glossaire.

Avortement septique. Avortement entraînant une infection.

Balanite. Inflammation du sommet (extrémité) du **pénis** et de la membrane **muqueuse** qu'il recouvre.

Bubons. Ganglions lymphatiques éclatés. (Voir **lymphogranulomatose vénérienne**.)

Canal déférent. L'un des minces tubes musculaires ; il transporte le **sperme** provenant des testicules. On coupe ces tubes durant une vasectomie.

Candidose. Infection commune de la peau ou des **muqueuses** causée par un champignon ressemblant à la levure (d'ordinaire *Candida albicans*) ; cause la plus fréquente de la **vaginite**. Chez les femmes, les symptômes sont, en particulier, une sensation de forte brûlure vaginale, des démangeaisons et un liquide blanc grumeleux dans le **vagin** et autour de celui-ci. Chez les hommes, les symptômes sont des démangeaisons des parties génitales et un liquide blanc autour du prépuce (si le sujet n'est pas circoncis). Rarement transmise sexuellement.

Cardiopathie ischémique (ou **insuffisance coronarienne**). Retrécissement des artères qui apportent le sang au myocarde (couche musculaire médiane de la paroi du coeur). Peut finir par endommager le muscle cardiaque.

Cervicite. Inflammation du **col**.

Cervicite purulente. Inflammation du **col** accompagnée d'un écoulement ressemblant à du **pus**.

Cervicite purulente aiguë. Inflammation du **col**, avec écoulement ressemblant à du **pus**.

Chancre mou. Maladie sexuellement transmissible causée par le bacille (bactérie en bâtonnet) *Hemophilus ducreyi.* Les symptômes sont des boutons douloureux et mous sur le **pénis**, le **vagin** ou l'**anus**, et des **ganglions lymphatiques** enflés. Les symptômes peuvent ne pas apparaitre ou être difficiles à observer chez les femmes, mais aussi bien les femmes que les hommes peuvent transmettre la maladie.

Chlamydia. Maladie sexuellement transmissible causée par une infection imputable à la bactérie *chlamydia trachomatis.* Les symptômes que les femmes peuvent observer sont un écoulement vaginal insolite, des saignements irréguliers, un saignement après les rapports sexuels, ou de vives douleurs après et/ou pendant les rapports sexuels. Les symptômes que les hommes peuvent observer sont un écoulement clair, ressemblant à du mucus, provenant du **pénis** et une sensation de brûlure pendant la miction. Chlamydia est dangereuse parce que, si on ne la soigne pas, elle peut conduire à une **infection génitale haute**.

Cholestase. Diminution du débit de bile secrétée par le foie.

Cirrhose (du foie). Maladie du foie qui détruit les cellules hépatiques et fait diminuer la fonction hépatique. Peut bloquer la circulation du sang dans le foie, entraînant une forte **tension artérielle** ou la **jaunisse**.

Col. La portion inférieure de l'**utérus** qui va jusqu'au fond du **vagin**.

Conception. Union d'un **ovocyte**, ou ovule, et d'un **spermatozoïde**. Egalement appelée **fécondation**.

Contraception orale d'urgence. Contraceptifs oraux associés employés afin d'empêcher la grossesse peu après des rapports sexuels non protégés.

Cordon spermatique. Cordon qui se compose du **canal déférent** et des artères, veines, nerfs et vaisseaux lymphatiques qui l'accompagnent ; va de l'**aine** au **scrotum** puis au dos de chaque **testicule**.

Crise cardiaque. Une crise cardiaque se produit quand la circulation du sang dans une artère coronaire est bloquée suffisamment longtemps pour entraîner la mort de certains muscles du coeur. Appelée aussi infarctus du myocarde. (Voir aussi **cardiopathie ischémique**.)

Crise de drépanocytose. Fortes douleurs dues à la **drépanocytose**, notamment dans le ventre, la poitrine, le dos, ou les articulations. Les personnes atteintes de drépanocytose risquent durant toute leur vie des crises dont la fréquence et la gravité sont imprévisibles.

Cryptorchidie. Quand un **testicule**, ou les deux, ne descendent pas dans le **scrotum**.

Cycle menstruel. Série répétée de changements dans les **ovaires** et l'**endomètre** qui englobent l'**ovulation** et, environ deux semaines plus tard, le début des règles. Chez les plupart des femmes, les cycles durent en moyenne 28 jours mais ils peuvent être plus brefs ou plus longs (Voir **règles**.)

Dépression. Etat mental caractérisé ordinairement par la déjection, le désespoir, l'absence d'espoir et parfois une fatigue extrême ou de l'agitation.

Désinfection (des instruments médicaux). Destruction de tous les microorganismes vivants, sauf certaines formes de bactéries. Egalement appelé la désinfection de haut niveau.

Diabète (diabetes mellitus). Trouble chronique causé par le manque d'efficacité de la production ou de l'utilisation de l'insuline, qui est une hormone que sécrète le pancréas : les personnes atteintes de diabète (diabétiques) ne peuvent pas bien assimiler les hydrates de carbone des aliments, provoquant ainsi l'accumulation de glucose (sucre) dans le sang et l'urine. Les symptômes sont une miction et une soif excessives. Les diabétiques courent le risque de graves complications à long terme, telles qu'une **néphropathie**, une **neuropahie** et une **rétinopathie**, notamment s'ils ne sont pas soignés.

Diabète gestationnel. Diabète qui n'apparait que durant la grossesse. Se produit parce que la production d'**hormone** ordinaire change et parce que le sucre n'est pas efficacement utilisé.

Drépanocytose. Forme chronique héréditaire d'**anémie**. Quand ils sont privés d'oxygène, les globules se présentent sous la forme anormale d'une faucille ou d'un croissant. La drépanocytose peut causer divers problèmes, y compris un affaiblissement de la croissance et du développement, et une diminution de la résistance aux infections (Voir **crise de drépanocytose**.)

Dysménorrhée. Règles douloureuses.

Eclampsie. Etat toxique grave de la fin de la grossesse, du travail et de la période qui suit immédiatement l'accouchement, caractérisé par des convulsions (contractions musculaires involontaires ou crises épileptiques). Dans les cas graves, suivi parfois du coma et de la mort. L'éclampsie est une complication de la prééclampsie.

Ejaculation. Libération du **sperme** sortant du **pénis**.

Eléphantiasis. Gonflement chronique et souvent extrême et durcissement des tissus cutanés et des tissus situés juste en-dessous de la peau, notamment sur les jambes et le **scrotum**, à la suite d'une obstruction dans le **système lymphatique**. (Voir **filariase**.)

Embolie pulmonaire. Caillot de sang formé dans une autre partie du corps qui a été transporté dans les poumons, provoquant des difficultés respiratoires et des douleurs quand on aspire profondément. Peut être mortelle.

Embryon. Produit de la **conception** (fécondation d'un **ovule** par un **spermatozoïde**) durant les 8 premières semaines de son développement. Pendant le reste de la grossesse, on l'appelle **foetus**.

Endomètre. Membrane qui revêt la surface interne de l'**utérus**.

Endométriose. Etat dans lequel le tissu de l'endomètre se trouve en dehors de l'**utérus**. Le tissu peut s'attacher aux organes reproducteurs ou à d'autres organes de la cavité abdominale. Peut causer des **adhésions pelviennes** dans la cavité abdominale et dans les **trompes de Fallope**. L'endométriose peut aussi gêner l'**ovulation** et l'**implantation** de l'**embryon**. (Voir **endomètre**.)

Engorgement (engorgement mammaire). Etat qui se produit quand il s'accumule dans les seins plus de lait que n'en consomme le bébé. L'engorgement peut faire durcir les seins, et les rendre douloureux et chauds. On peut en général l'empêcher (ou l'atténuer) en donnant le sein plus souvent.

Epididyme. Organe tubulaire enroulé rattaché au testicule ou placé à ses côtés. C'est dans cet organe que les spermazoïdes arrivent à maturité et développent leurs capacités de natation. Les spermatozoïdes matures quittent l'épididyme par le **canal déférent**.

Epididymite. Inflammation de l'**épididyme**.

Epilepsie. Etat chronique causé par des troubles de la fonction cérébrale. Entraîne d'ordinaire des troubles de la conscience. Peut comporter des convulsions (contractions musculaires involontaires, ou crises).

Fécondation. Voir **conception**.

Fibrome. Excroissance bénigne qu'on trouve souvent au fond de l'utérus. Les fibromes ne sont pas dangereux à moins qu'ils ne causent des douleurs ou ne croissent au point de causer une obstruction.

Fibrome utérin. Voir **fibrome**.

Fibrose. Formation excessive de tissus fibreux, par exemple en réaction à la lésion d'un organe ; par exemple, fibrose du foie.

Filariase. Maladie parasitaire chronique causée par des vers filariens. Les patients deviennent infectés quand ils sont piqués par des moustiques qui ont été exposés aux vers. Lorsqu'ils sont vivants, les vers ne causent guère de dégât aux tissus mais les vers adultes morts peuvent conduire à une inflammation et à une **fibrose** permanente qui bouche les canaux du **système lymphatique**. Les infections graves peuvent conduire à l'**éléphantiasis**.

Fistule anale. Ouverture anormale dans l'**anus**, ou près de celui-ci.

Foetus. Produit de la **conception** depuis la fin de la huitième semaine jusqu'à la naissance. (Voir **embryon**.)

Follicule. Petite structure ronde de l'ovaire. Chaque folicule renferme un ovule. Pendant l'**ovulation**, le folicule situé à la surface de l'**ovaire** s'ouvre et libère un ovule mature.

Ganglions lymphatiques. Masses encloses de tissus qui filtrent les particules étrangères, telles que les bactéries, et les empêchent de pénétrer dans le sang. Les **ganglions lymphatiques** sont dispersés dans tout le corps.

Gastroentérite. Inflammation de la membrane **muqueuse** de l'estomac et de l'intestin.

Glaire cervicale. Liquide épais qui bouche l'ouverture du **col**. La plupart du temps, la **glaire cervicale** est suffisamment épaisse pour empêcher les **spermatozoïdes** de pénétrer dans l'**utérus**. Cependant, au milieu du cycle, sous l'influence de l'**oestrogène**, la glaire s'amincit et devient aqueuse, et les spermatozoïdes peuvent alors passer plus facilement dans l'utérus.

Glande. Cellule ou groupe de cellules du corps qui décharge une substance (secrétion) dans d'autres parties du corps, où elle est utilisée.

Goitre. Elargissement chronique non cancéreux de la **thyroïde.**

Gonorrhée. Maladie sexuellement transmissible causée par la bactérie *Neisseria gonorrhea.* Elle est transmise par une personne vecteur de la bactérie quand une **muqueuse entre en contact avec une autre muqueuse. La gonorrhée cause une inflammation de la muqueuse génitale des deux sexes. Peut aussi affecter d'autres parties du corps, comme l'anus et le col.** Les symptômes sont des écoulements ressemblant à du pus provenant du **pénis** chez l'homme ou du **col** chez la femme, ainsi que des douleurs au bas-ventre et de la fièvre chez les femmes. Si on la laisse sans traitement, la **gonorrhée** peut entraîner la stérilité.

Granulome inguinal. Maladie sexuellement transmissible qui cause des grosseurs sous la peau dans la région génitale, le plus souvent entre le **scrotum** et les cuisses chez les hommes ou entre les **lèvres** et le **vagin** chez les femmes.

Gros fumeur. Personne qui fume au moins 20 cigarettes par jour.

Grossesse ectopique. Grossesse qui se situe n'importe où, en dehors de l'**utérus**, par exemple dans les **trompes de Fallope** ou dans les **ovaires**. La grossesse ectopique est un état d'urgence ; en effet, le **foetus** prend souvent des dimensions suffisamment grandes pour causer une hémorrhagie interne mortelle dans l'abdomen de la mère.

Hémoglobine. Elément des globules rouges qui renferme du fer. L'hémoglobine transporte l'oxygène entre les poumons et les tissus du corps.

Hépatite. Inflammation du foie, généralement causée par un virus, mais parfois par une **toxine**.

Hernie. Projection d'un organe, d'une partie d'organe ou de toute structure corporelle à travers la paroi qui le renferme normalement.

Hernie inguinale. Hernie dans l'**aine.**

Herpès génital. Maladie causée par le virus herpes simplex. Se diffuse en général par contact sexuel. Parmi les symptômes facilement observables figurent une ou plusieurs petites cloques très douloureuses autour du **vagin**, sur le **pénis** ou autour de l'**anus**. Ces cloques peuvent éclater, sécher et devenir des croûtes. Des boutons peuvent durer 3 semaines ou plus, puis disparaitre. De nouvelles cloques apparaissent d'ordinaire de temps à autre parce que le virus reste dans le corps.

Hormone. Substance chimique formée dans un organe ou une partie du corps et transportée par le sang dans un autre organe ou une autre partie du corps. Intervient chimiquement dans l'activité des autres organes ou parties du corps.

Hydrocèle. Accumulation de liquide dans une cavité du corps, notamment dans les **testicules** ou le long du **cordon spermatique.**

Hypertension. Tension artérielle supérieure à la normale. Chez les adultes, la tension artérielle normale varie d'un moment à l'autre mais, en général, une tension diastolique (au repos) comprise entre 90 et 99 mm HG est qualifiée d'hypertension légère, entre 100 et 109, d'hypertension modérée ; et de 110 ou plus, d'hypertension grave. Une tension systolique (pompage) comprise entre 140 et 159 mm HGH est qualifiée d'hypertension légère, entre 160 et 179, d'hypertension modérée, et de 180 ou plus, d'hypertension grave. (Voir **tension artérielle.**)

Hyperthyroïdie. Production trop abondante d'**hormones** thyroïdiennes. (Voir **thyroïde.**)

Hypothyroïdie. Production insuffisante d'**hormones** thyroïdiennes. (Voir **thyroïde.**)

Implantation. Inclusion de l'**embyron** dans le tissu où il peut recevoir le sang de la mère qui lui apporte sa nourriture. D'ordinaire, l'implantation a lieu dans l'**endomètre** ; cependant, dans la **grossesse ectopique**, elle peut se produire ailleurs.

Infection du bassin. Voir **infection génitale haute.**

Infection génitale haute (IGH). Infection du revêtement utérin, de la paroi de l'utérus, de la **trompe de Fallope**, de l'**ovaire**, de la membrane utérine, des ligaments larges de l'**utérus**, ou des membranes qui revêtent la paroi du bassin. Peut être causée par une série d'organismes infectieux, dont la **gonorrhée** et **chlamydia.**

Ischémie. L'ischémie est une réduction du sang en circulation (et, partant, un apport d'oxygène réduit) qui alimente les tissus du corps. Quand cette circulation réduite se situe dans les artères coronaires (artères du coeur), on l'appelle **cardiopathie ischémique** ou ischémie myocardique.

Jaunisse. Symptôme de maladie du foie. Une personne atteinte de jaunisse présente ordinairement un jaunissement anormal de la peau et du blanc des yeux.

Kyste ovarien. Un kyste est une cavité ou un sac anormal, entouré d'une membrane, qui renferme un matériau liquide ou semi-solide. Sur l'ovaire, le kyste est souvent le produit d'un **follicule.** Quand un kyste apparait sur l'**ovaire**, il peut causer des douleurs abdominales, mais n'exige que rarement un traitement. D'ordinaire, les kystes ovariens disparaissent d'eux-mêmes.

Lacération. Blessure ou déchirure irrégulière de la chair.

Laparoscope. Appareil composé d'un tube renfermant un système optique pour visualiser l'intérieur d'un organe ou d'une cavité du corps. Utilisé pour le diagnostic et pour certaines interventions de stérilisation féminine.

Laparoscopie. Intervention médicale réalisée en utilisant un **laparoscope** pour voir l'intérieur d'un organe ou d'une cavité du corps. Aussi, intervention de stérilisation féminine (stérilisation laparoscopique).

Lésion. Zone malade de la peau ou d'un autre tissu du corps.

Lèvres. Lèvres intérieures et extérieures du **vagin.**

Lymphe. Liquide émanant des tissus dans tout le corps, passe par le **système lymphatique**, et finit par entrer dans la circulation du sang. La lymphe élimine les bactéries et certaines protéines des tissus, transporte les lipides des intestins et apporte au sang des globules blancs.

Lymphogranulomatose vénérienne. Maladie sexuellement transmissible généralement causée par *chlamydia trachomatis.* Chez les hommes, les symptômes sont de grosses masses sombres dans l'**aine** qui s'ouvrent pour faire sortir du **pus**, se cicatrisent et s'ouvrent de nouveau. Les femmes ont des boutons douloureux qui suintent autour de l'**anus**, appelés **bubons.**

Maladie bénigne des seins. Maladie que caractérise la présence dans le sein de tissus anormaux mais non malins (cancéreux).

Maladie (ou **problèmes**) **cardiovasculaire.** Toute maladie ou état anormal du coeur, des vaisseaux sanguins ou de la circulation sanguine. (Voir **système cardiovasculaire, appareil circulatoire.**)

Maladie cerébrovasculaire. Toute maladie des vaisseaux sanguins du cerveau.

Maladies sexuellement transmissibles (MST). Nom donné à un groupe de maladies qui frappent aussi bien les hommes que les femmes et sont généralement transmises durant une activité sexuelle. Ces maladies provoquent en général de l'inconfort ; certaines d'entre elles peuvent conduire à la stérilité et peuvent parfois entraîner la mort.

Maladie thyroïdienne. Toute maladie de la thyroïde (Voir **goitre**, **hyperthyroïdie**, **hypothyroïdie**.)

Maladie trophoblastique. Maladie comportant une croissance anormale des cellules du trophoblaste pendant la grossesse.

MAMA (méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée). Méthode de planning familial qui fait appel à l'allaitement au sein pour fournir une protection naturelle contre la grossesse jusqu'à 6 mois après l'accouchement. Les femmes qui utilisent la MAMA doivent entièrement nourrir leur bébé au sein pour se protéger contre la grossesse (Voir **allaitement intégral**.)

Ménopause. Période de la vie d'une femme durant laquelle les **règles** s'arrêtent. A lieu quand les **ovaires** d'une femme cessent de produire des ovules et quand s'arrêtent les saignements menstruels émanant de l'**utérus**.

Menstruation. Décharge périodique des **règles** en réponse à la stimulation de l'**oestrogène** et de la **progestérone**.

Méthode d'appoint. Méthode de planning familial, par exemple préservatifs ou spermicides, qu'on peut employer temporairement en cas de besoin pour obtenir une protection supplémentaire contre la grossesse — par exemple, quand on commence une nouvelle méthode, quand on est à court de produits, ou quand l'utilisatrice de la pilule a oublié d'en prendre plusieurs de suite.

Migraine. Céphalée prononcée et récurrente, généralement accompagnée d'une sensibilité à la lumière et n'affectant qu'un côté de la tête, avec douleur aiguë et parfois nausées, vomissement et trouble de la vue. (Voir **signes neurologiques en foyer**.)

Minilaparotomie. Technique de stérilisation féminine réalisée en pratiquant dans l'abdomen une petite incision par laquelle on tire les **trompes de Fallope**, qu'on noue et coupe ensuite.

Mucus. Liquide sécrété par les muqueuses et les glandes. (Voir **muqueuse**.)

Muqueuse. Membrane qui revêt tous les passages et toutes les cavités du corps qui communiquent avec l'air. Les cellules ou les glandes de la couche superficielle de la muqueuse secrètent du **mucus**.

Néphropathie. Toute maladie des reins.

Neuropathie. Toute maladie des nerfs.

Oestrogène. Les oestrogènes naturels, notamment l'**hormone** estradiol, sont sécrétés par un **follicule** ovarien mature, qui entoure l'ovocyte, ou ovule. Responsable du développement sexuel de la femme. On emploie actuellement le vocable oestrogène pour décrire des produits synthétiques dont les effets sont analogues à ceux de l'oestrogène et qui sont employés dans les contraceptifs oraux associés et dans les contraceptifs injectables mensuels.

Orchite. Inflammation des testicules (Voir **testicules**.)

Ovaire. L'une des deux **glandes** sexuelles qui produisent les **ovocytes** (voir **ce mot**). Les ovaires produisent aussi l'**oestrogène** et la **progestérone**, qui sont les hormones sexuelles. Ces hormones aident le développement sexuel, modulent le **cycle menstruel** et contribuent à la réalisation et au développement de la grossesse.

Ovocyte. Ovule produit par les **ovaires**.

Ovulation. Libération d'un **ovocyte** d'un **ovaire**.

Pelvis (bassin). Squelette de la partie inférieure du torse humain, qui repose sur les jambes et soutient la colonne vertébrale. Chez les femmes, se réfère aussi à la partie inférieure de la structure osseuse du bassin que le **foetus** traverse durant l'accouchement.

Pénis. Organe masculin servant à la miction et aux rapports sexuels.

Petit fumeur. Personne qui fume, mais moins de 20 cigarettes par jour.

Placenta. Organe qui nourrit un **foetus** durant sa croissance. Le placenta (également appelé « délivre ») est expulsé de l'**utérus** dans les quelques minutes qui suivent la naissance d'un enfant.

Postpartum. Après l'accouchement ; les 6 premières semaines après l'accouchement.

Prééclampsie. Tension artérielle élevée (**hypertension**) plus protéinurie (excédent de protéines dans l'urine) ou enflure, ou les deux (mais sans convulsions) après 20 semaines de grossesse. En l'absence d'un traitement, peut devenir une **éclampsie**. Cause inconnue.

Progestérone. Hormone secrétée principalement par le corps jaune, qui se développe dans un follicule ovarien déchiré durant la phase lutéale du **cycle menstruel** (après l'**ovulation**). La progestérone prépare l'**endomètre** à une implantation éventuelle d'un ovule fécondé. Elle protège aussi l'**embryon**, renforce le développement du **placenta** et aide à préparer les seins pour allaiter le bébé.

Progestine. Vocable qui dénote un groupe important de médicaments synthétiques dont l'effet est analogue à celui de la **progestérone**. Les progestines sont employées dans les contraceptifs oraux, les injectables et les implants.

Puberté. Période de la vie durant laquelle le corps commence à produire des niveaux adultes d'**hormones** sexuelles et la jeune personne acquiert des caractéristiques corporelles d'adulte.

Pus. Liquide blanc jaunâtre formé dans un tissu infecté.

Rectum. La partie inférieure de l'appareil digestif.

Règles, menstruation. Décharge périodique des **règles** à la suite d'une stimulation par un **oestrogène** ou par la **progestérone**.

Rétinopathie. Tout trouble de la rétine (élément interne de l'oeil qui reçoit les images formées par la lentille).

Saignotement. Léger saignement vaginal qui se produit à n'importe quel moment autre que durant les **règles**.

Schistosomiase. Maladie parasitique causée par un ver plat qui passe une partie de son existence dans un escargot d'eau douce. La schistosomiase est répandue en Asie, en Afrique et en Amérique tropicale. Les humains deviennent infectés en marchant ou en se baignant dans de l'eau qui renferme des larves d'escargots infectés.

Scrotum. Chez l'homme, le sac de peau qui contient les **testicules** situé derrière le **pénis**.

Septicémie. Présence dans le sang ou dans des tissus sanguins de divers organismes qui forment du **pus** et causent des maladies, ou des substances toxiques qu'ils produisent.

Septicémie puerpérale. Infection des organes reproducteurs pendant le puerperium (les 42 jours qui suivent le **postpartum**).

SIDA. Voir **syndrome de l'immunodéficience acquise**.

Signes neurologiques en foyer. Vision floue, perte temporaire de vision, vision d'éclairs ou de zig-zags, ou troubles de l'élocution ou du mouvement. Accompagnent un type de **migraine.**

Spermatozoïde. Cellule sexuelle masculine. Les spermatozoïdes sont produits dans les **testicules** d'un homme adulte et sont libérés dans le **vagin** durant l'**éjaculation**. Si les conditions le permettent, le spermatozoïde nage à travers l'ouverture du **col** et passe par l'**utérus** pour arriver dans les **trompes de Fallope**. S'il y a eu récemment **ovulation**, le spermatozoïde peut pénétrer dans l'ovule de la femme et se joindre à lui (Voir **conception**.)

Sperme. Liquide blanc épais produit par les organes reproducteurs de l'homme et libéré par le **pénis** durant l'**éjaculation**. Renferme les **spermatozoïdes**.

Stériliser (des instruments médicaux). Détruire tous les micro-organismes.

Syndrome. Groupe de signes qui indiquent collectivement une maladie ou un état anormal.

Syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA). Etat évolutif, généralement mortel (**syndrôme**) qui réduit les moyens dont dispose le corps pour lutter contre certaines infections. Résultat d'une infection causée par le VIH (virus de l'immunodéficience humaine).

Syndrome du choc toxique. Etat rare associé à des infections causées par des variétés d'une bactérie ordinaire, le *staphylocoque doré.* Semble être causé quand une **toxine** bactérienne pénètre dans le sang en circulation de personnes qui sont dépourvues d'anticorps de la toxine. Parmi les symptômes on peut citer un accès soudain de forte fièvre, des vomissements, la diarrhée, une faible **tension artérielle**, et une éruption cutanée analogue à un coup de soleil. A été signalé chez les femmes qui oublient d'enlever leurs tampons menstruels ou, dans quelques cas, laissent leur diaphragme en place pendant plusieurs jours.

Syphilis. Maladie sexuellement transmissible causée par le micro-organisme (spirochète) *Treponema pallidum.* D'ordinaire, le spirochète pénètre dans le corps par des entailles invisibles de la peau ou par les **muqueuses** qui revêtent la bouche, le scrotum, ou l'appareil génital. Environ 3 semaines plus tard apparaissent au point d'entrée des boutons renfermant un grand nombre de spirochètes. Ordinairement, les boutons se cicatrisent, mais les spirochètes se répandent dans tout le corps. Si on ne la soigne pas, la syphilis peut finir par devenir une infection systémique et provoquer la paralysie générale.

Système cardiovasculaire. Système qui fait circuler le sang dans tout le corps. Se compose du coeur et des vaisseaux sanguins.

Système lymphatique. Système de structures qui apportent au courant sanguin la lymphe des tissus du corps.

Tension artérielle. La pression (tension) exercée par le sang contre les parois des vaisseaux sanguins, provenant surtout du coeur qui pompe le sang dans l'ensemble du corps. La tension augmente avec les battements du coeur. Elle diminue quand le coeur se détend entre les battements. Dans chaque personne, la tension artérielle normale varie d'un moment à l'autre. En règle générale, la tension artérielle systolique normale (pompage) est inférieure à 140 mm HG, et la tension artérielle diastolique normale (repos) est inférieure à 90 mm HG. (Voir **hypertension**.)

Testicules. Les deux **glandes** reproductives, dans le **scrotum**, qui produisent les **spermatozoïdes** et l'**hormone** testostérone.

Thalassémie. Anémie de type héréditaire.

Thromboembolie. Coagulation anormale du sang.

Thrombophlébite. Formation de caillots de sang (thrombi) qui causent des douleurs et une enflure de la jambe.

Thyroïde. Glande située dans la partie inférieure de la région antérieure du cou. La thyroïde produit les **hormones** qui sont essentielles pour la vie et exercent de multiples effets sur la croissance et le développement du corps.

Toxine. Poison ; substance empoisonnée d'origine animale ou végétale.

Traumatisme. Blessure, causée notamment par une lésion physique soudaine.

Trichomonase. Maladie sexuellement transmissible causée par un protozoaire (organisme microscopique) appelé *Trichomonas vaginalis.* Chez les femmes, les symptômes sont une irritation, une rougeur et un renflement de la **vulve**, un écoulement vaginal nauséabond, et une miction douloureuse ou difficile. Les hommes n'ont souvent aucun symptôme mais peuvent avoir un écoulement du **pénis** et/ou une miction douloureuse et/ou difficile.

Trompe de Fallope. L'un des deux canaux minces qui relient l'**utérus** à la région de chaque ovaire. La trompe transporte l'**ovocyte** de l'ovaire à l'utérus et le **spermatozoïde** de l'utérus vers l'ovaire. La **fécondation** de l'ovocyte par le spermatozoïde a généralement lieu dans la trompe de Fallope.

Trophoblaste. Couche extérieure de cellules de l'**embryon** en développement par laquelle l'embryon reçoit sa nourriture de sa mère. Les cellules du trophoblaste contribuent à la formation du **placenta**.

Tuberculose. Maladie contagieuse causée par un micro-organisme, le *Mycobacterium tuberculosis.* Affecte le plus souvent le système respiratoire mais peut aussi infecter d'autres parties du corps, y compris le bassin.

Utérus. Organe musculaire creux où se trouve le **foetus** durant la grossesse.

Vagin. Passage conduisant de l'ouverture génitale externe à l'**utérus** chez les femmes. Le vagin sert de passage à l'écoulement des **règles**, à la réception du **pénis** durant les rapports sexuels, et à l'accouchement du **foetus** durant la naissance.

Vaginite. Inflammation du **vagin**. Peut être causée par des micro-organismes tels que gonocoques, staphylocoques, streptocoques, spirochètes ; par l'irritation résultant de l'emploi de produits chimiques trop forts durant les douches vaginales ; par une mycose causée par un protozoaire, *Candida albicans* ; par l'irritation provoquée par des corps étrangers ; par une avitaminose, comme dans la pellagre ; par des états dans lesquels sont impliquées la vulve et les régions avoisinantes, tels que la malpropreté ; ou par des vers intestinaux.

Vaginite bactérienne. Inflammation du **vagin** causée par une infection bactérienne.

Vaginose bactérienne. Pathologie ordinaire du vagin causée par un surpeuplement de bactéries normalement présentes dans le vagin. N'est généralement pas transmise sexuellement. Peut provenir de douches vaginales, de la grossesse ou d'antibiotiques. Cause un écoulement à odeur de poisson.

Valvulopathie. Problèmes de santé associés à un mauvais fonctionnement des valves du coeur.

Varices. Veines élargies et enroulées. Le plus souvent observées sur les jambes.

Varicocèle. Elargissement des veines du **cordon spermatique**. Les symptômes peuvent être une douleur sourde le long du cordon et des gonflements des tissus du **scrotum**, ressenti alors comme « un sac de vers ».

Vasculupathie. Toute maladie des vaisseaux sanguins.

Verrues génitales. Excroissances en grappe sur la **vulve**, la paroi vaginale et le **col**, chez les femmes, et sur le **pénis**, chez l'homme. Causées par le **virus du papillome humain**.

VIH. Virus de l'immunodéficience humaine, cause du **syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA)**. Le VIH peut être transmis par contact sexuel (hétérosexuel ou homosexuel), par des produits sanguins contaminés (notamment transfusion de sang), par des aiguilles ou instruments chirurgicaux contaminés, et de la mère au **foetus** ou au bébé avant ou pendant la naissance. Si la mère est infectée par le VIH, il y a un petit risque que le virus soit transmis au bébé par le lait du sein.

Virus du papillome humain (VPH). Maladie sexuellement transmissible fréquente et très contagieuse causée par un virus, qui se diffuse par contact de peau à peau. Les symptômes sont des verrues sur le **pénis**, le **vagin** ou à l'**anus**, ou près de ces organes. Il se peut qu'il n'y ait pas de verrues, ou qu'elles soient difficiles à déceler. Certains sous-types de VIH sont responsables de la plupart des cas de cancer du **col**. (Voir **verrues génitales**.)

Vulve. Parties génitales externes de la femme.

Indice

A

Abcès...8–15, 8–19, 9–18, 10–14 à 10–15, 16–15, A–13

Abcès aux trompes...12–21

Abrasions vaginales...A–5

Abstinence (continence)...3–5. 11–14, 11–16, 14–1, 16–11

Acétaminophène...9–16, 9–19, 10–12, 10–16. *Voir aussi* paracétamol.

Acétate de médroxyprogestérone retard...7–3

Acide valproïque...5–18, A–7

Accouchement...4–8, 4–9, 4–14, 5–6, 5–9, 6–5, 6–8, 6–9, 6–17, 7–1. 7–4, 7–6 à 7–9, 8–5, 8–7, 8–9 à 8–11, 9–13, 11–5, 12–1, 12–5 à 12–8, 12–10 à 12–12, 13–5, 13–7 à 13–9, 14–1, 14–7, 15–1, 15–4, 15–6, 15–7, 15–9, 15–12, 16–3, 16–19, 16–21, A–8, A–15, A–19, A–20, A–22

Acné...6–5, 7–5, 8–5

Action d'autres médicaments...5–7, 5–16, 6–7, 6–13, 8–8, 8–16, A–7, A–8

Acyclovir...16–20

Adhésions (du bassin)...A–16

Adolescence...5–4

Adolescent...5–8, 6–8, 8–9

Age...2–1, 4–14, 5–4, 5–6, 5–8, 5–26, 5–28, 7–4, 7–15, 7–20, 8–1, 8–22, 9–10, 9–12, 10–9 à 10–10, 10–18, 11–5, 12–27, 16–6, 16–20

Aiguilles...4–10 à 4–12, 7–12 à 7–13, 8–5, 9–14, 10–10, 16–10, 16–11, 16–12

Aiguilles jetables...7–13

Aiguilles réutilisables...4–11, 7–13

Allaitement (allaitement au sein)...1–6 à 1–7, 4–1, 4–5. 4–6, 4–8 à 4–9, 4–13 à 4–14, 4–17, 4–18, 4–19, 4–21, 5–1, 5–5, 5–6, 5–9, 6–1, 6–3 à 6–9, 6–11 à 6–14, 6–16 à 6–17, 7–1, 7–6 à 7–9, 7–20, 8–1, 8–7, 8–9, 8–10 à 8–11, 9–11, 12–1, 12–9, 14–1, 14–9, 15–1 à 15–15, 16–3, 16–10, 16–17, 16–18, 16–20, 16–21, A–7, A–8, A–13, A–16, A–19

Allergique...11–6, 11–14, 13–8, 16–19

Allergie au latex...11–6, 11–13 à 11–14, 13–8, A–7

Aménorrhée...5–4, 5–17 à 5–18, 6–6, 6–12, 6–13 à 6–14, 7–1, 7–5, 7–9, 7–15, 7–18, 7–20, 8–1, 8–5, 8–14, 8–17, 12–23, 15–3, A–13

Amoxicilline...16–18

Ampicilline...13–15

Ampoules...16–14, 16–15, 16–20

Anémie...5–1, 5–4, 5–8, 6–8, 6–14, 7–4, 7–7, 7–10. 7–15, 7–20, 8–5, 8–14, 8–17 à 8–18, 9–9, 9–10, 10–9, 12–6, 12–19, 12–23, 14–9, 15–7, A–3, A–6, A–13, A–15, A–21

Anémie ferriprive... *Voir* anémie.

Anesthésie...8–5, 9–5, 9–15, 9–20 à 9–21, 10–7, 10–10, A–1

Anesthésie épidurale...9–13

Anesthésie générale...9–15

Anesthésie locale...4–21, 9–1, 9–3, 9–5, 9–15, 9–21

Anesthésique...8–5, 8–12 à 8–14, 9–13 à 9–21, 10–7, 10–10, A–1

Anneau...9–14

Anomalies anatomiques...A–7

Anomalies congénitales...A–8

Antibiotiques...8–19, 9–10, 9–18, 10–15, 12–9, 12–21, 12–27, 13–11, 13–15 à 13–16, 15–13, 16–13, 16–20, A–7

Antibiotiques intraveineux...9–18, 10–15, 16–19

Anticoagulants...15–6, A–3, A–7, A–8

Anticonvulsivants...12–9, A–7

Anti–dépressifs tricycliques...14–9, A–7

Antimétabolites...15–6, A–8

Antiseptique...4–11, 7–12, 8–19, 9–18, 10–15, 12–12

Anus...16–10, 16–14 à 16–16, A–13, A–14, A–16, A–17, A–18

Anxyolitiques...14–9, 15–6, A–7, A–8

Apoplexie...5–7, 5–16, 5–18, 6–7, 6–13, 7–4, 8–8, 8–16, 9–10

Appareil circulatoire...A–13, A–18

Après l'accouchement...14.8, A–8, A–20

Aspirine... 5–17, 7–16, 8–17 à 8–19, 9–16, 9–19, 10–12, 10–16, 12–14, 12–19

Attaque...4–11, 5–5, 5–6, 5–16, 6–5, 6–14, 7–6, 7–14, 8–20, 9–8, 12–9, 14–8, A–3, A–13

Attaque d'apoplexie... 5–7, 5–16, 5–18, 6–7, 6–13, 7–4, 8–8, 8–16, 9–10

Avantages de l'allaitement...4–8, 15–5

Avantages de la planification familiale...1–4, 2–1

Avortement...2–1, 4–6, 5–8, 5–10, 5–26, 6–8, 6–10, 7–7, 7–9, 8–9, 8–11, 9–7, 9–13, 9/10–2, 12–5, 12–9, 12–11, 12–10, 12–16, 13–8 à 13–9, 13–13 à 13–14, 14–8, A–8

Avortement spontané... *Voir* fausses couches.

Avortement septique...A–8, A–14

AVCS International...9–23, 10–19

Azithromycine...16–17, 16–18, 16–20

B

Bactéries...4–10, 9–18, 10–15, 13–11, A–14 á A–19, A–21, A–23

Balanitis...A–8, A–14

Barbiturates...5–7, 6–7, 8–8, 9–10, A–7

Benzathine pénicilline G...16–19

Beurre...11–10, 11–15, 13–19

Beurre de cacao...11–10, 13–19

Bile...A–14

Blocage d'artères...4–15, 5–6, 5–16, 6–13, 6–15, 6–14, 7–6, 7–14, 8–16, 8–20, 9–8, A–3

Blocage des canaux lactophores...15–13

Boucle de Lippes...12–3

Bromocriptine...15–6, A–8

Bronchite...9–9, A–8

Bubons... A–14, A–18

C

Calcul du calendrier...14–3, 14–17

Caillots de sang, coagulation du sang...5–5, 5–6, 6–7, 7–6, 7–14, 8–7, 8–16, 8–20, 9–9, 9–16, 10–9, 10–12, 10–15, 12–9, A–15, A–22

Canal déférent...10–11, A–14, A–16

Canal spermatique...10–8

Cancer du sein...4–8, 4–16, 5–6, 5–16, 6–7, 6–13, 7–6, 7–14, 7–21, 8–7, 8–16, 9–8, 12–19, 15–7, A–4

Cancer de l'endomètre...1–6, 5–4, 5–26, 6–5, 7–4, 7–21, 8–5, 8–22, 12–8, 12–17, 12–22, A–4

Cancer des ovaires...1–6, 5–4, 6–5, 7–4, 7–21, 9–5, 12–8, 12–17, 12–22, A–4

Cancer du bassin...9–7

Cancer du col...4–21, 5–26, 11–5, 12–8, 13–5, 13–18, 14–8, 26–16, A–4

Candida albicans...A–14, A–22

Candidose...16–13, 16–18, A–14

Capacité sexuelle...9–20, 10–3, 10–17

Cape cervicale...4–3

Carbomézapine...5–7, 6–7, 8–8, 9–10, A–7

Cavité utérine...A–5, A–7

Céfixine...16–17

Céftriaxone...16–17, 16–20

Cervicite purulente...4–16, 9–11, 12–22, A–14

Chancre mou...16–14, 16–20, A–14

Chlamydia...11–4, 12–21, 16–3, 16–12, 16–17, 16–18, A–14, A–18

Chirurgie...5–7, A–3, A–8

Chirurgie au scrotum...A–8

Choix informé...1–6, 3–2 à 3–3, 3–7

Cholestase...A–5, A–14

Chute de cheveux...A–8

Cigarettes...5–5, 5–6, 5–8, 6–8, 7–7, 8–9, 12–9, 14–9, 15–7, A–2, A–17, A–20

Ciprofloxacine...16–17, 16–20

Cirrhose...5–7, 6–7, 7–6, 8–7,9–9, 9–10, A–5, A–14

Clotrimazole...16–18

Col...4–11, 12–3, 12–12, 12–13, 12–15, 12–16, 12–20, 12–22, 12–27, 12–28, 13–3, 13–8 à 13–13, 13–18, A–14, A–16, A–17, A–21

Commerçant...4–3, 5–8, 16–5

Complications...3–5, 4–15, 5–15, 6–5, 6–12, 7–4, 7–11, 8–15, 9–1, 9–7, 9–8, 9–18, 10–8, 10–14, 12–16, 12–16, A–3, A–15

Comportement sexuel...16–8, 16–11

Comprimés moussants spermicides...13–3, 13–6, 13–10, 13–17

Conception...A–14 à A–16, A–21

Condoms...2–1, 3–5, 4–4, 4–7, 4–9, 4–13, 4–19, 4–21, 5–5 à 5–7, 5–9 à 5–11, 5–13, 5–14, 5–18, 5–19, 5–21 à 5–22, 5–24 à 5–25, 6–7, 6–9,, 6–10 à 6.12, 6–17, 7–5, 7–6, 7–8 à 7–10, 7–19, 8–6, 8–8, 8–10, 8–11, 8–21, 9–5, 9–19, 10–1, 10–4 à 10–6, 10–11, 10–12, 10–16, 10–18, 11–1 à 11–18, 12–7, 12–8, 12–15, 13–4, 13–9, 13–17, 13–19, 14–17, 15–5, 15–11, 15–12, 15–14, 16–1, 16–5, 16–8, 16–9, 16–11, 16–20, 16–22, A–2 à A–8. *Voir aussi* préservatifs.

Condoms comme méthode d'appoint...5–7, 5–9, 5–10, 5–11, 5–13, 5–14, 5–18, 6–7, 6–19, 6–12, 6–17, 7–8, 7–10, 8–8, 8–10, 10–1, 10–4, 10–11, 10–12, 10–16, 14–4, 14–16, 14–17, 15–12

Condom féminin...11–3, 11–7

Condom en plastique...11–14

Confidentialité...3–6, 12–8

Connaissance de la fécondité...1–5, 4–5, 4–9, 4–13 à 4–17, 4–19, 4–21, 14–1 à 14–18, A–2 à A–8

Consentement informé...9–12, 9–23, 9/10–1, 10–10, 10–18

Contact sexuel...14–16, 14–17, 16–3, 16–10, 16–11

Contraceptifs à dose normale...5–22, 5–23

Contraceptifs injectables... *Voir* DMPA, NET EN.

Contraceptif injectable DMPA...4–13 à 4–15, 4–19, 4–21, 5–21, 7–1 à 7–21, 15–12, A–2 à A–8

Contraceptifs oraux... *Voir* contraceptifs oraux combinés, contraceptifs oraux progestatifs.

Contraceptifs oraux combinés...1–5, 4–3, 4–9, 4–13, 4–19, 4–21, 5–1 à 5–18, 6–3 à 6–6, 7–5, 7–7, 7–20, 8–6, 8–18, 11–5, A–2 à A–8, A–15, A–19 à A–20

Contraceptifs oraux progestatifs...1–5, 4–3, 4–6, 4–9, 4–13, 4–19, 4–21, 5–18, 5–22, 5–23, 5–27, 6–1 à 6–18, 15–10, 15–22, A–2 à A–8

Contraception chirurgicale volontaire...4–3

Contraception orale d'urgence...5–1, 5–20 à 5–25, 5–28, 6–1, 6–18, 11–11, A–14

Contraception post-coïtale... *Voir* contraception orale d'urgence.

Copper–T...12–3, 12–11

Cordon spermatique...10–8, A–14, A–17, A–22

Cortisone...15–6

Counseling (consultation)...3–1 à 3–8, 4–3, 4–20, 4–21, 5–5, 5–10, 5–17, 6–6, 6–15, 7–1, 7–5, 7–9, 7–15, 8–1, 8–6, 8–12, 8–15, 8–17, 8–20, 8–23, 8–25, 9–6, 9–12, 9–21, 9–23, 9/10–1 à 9/10–2, 10–7, 10–10, 10–15, 10–18, 11–8, 11–13, 12–7, 12–11, 12–24, 12–27, 13–7, 13–9, 13–15, 14–7, 14–15, 15–5, 15–8, 15–12, 16–6

Counseling en planification familiale...1–4, 3–1 à 3–5

Crampes menstruelles...5–4, 12–6

Crème de beauté...11–10

Crème spermicide...13–3

Critères d'éligibilité médicale...1–4, 1–7, 3–7, 4–3, 6–6, 7–5, 8–6, 9–6 à 9–10, 10–7, 12–7, 13–7, 14–7, 15–5. *Voir aussi* Liste de pointage d'éligibilité médicale.

Crise cardiaque...5–5, 5–6, 6–5, 7–4, 7–6, A–15. *Voir aussi* ischémie.

Cryptorchidie...A–8, A–15

Cycle menstruel...5–9, 6–4, 6–9 à 6–10, 6–18, 7–7 à 7–8, 8–4, 8–10, 12–10, 12–13, 12–27, 14–1, 14–8, A–2, A–15, A–19, A–20

Cycles menstruels irréguliers et méthodes fondées sur la connaissance de la fécondité...14–7, 14–8

Cyclofem...7–3

Cycloprovera...7–3

Cyclosporine...15–6, A–8

D

Décharge vaginale...4–7, 5–24, 12–8, 12–14, 12–10, 12–22 à 12–23, 12–15, 13–15, 13–16, 16–7, 16–12, 16–13, A–14

Déchets...4–10, 4–12

Déchirure cervicale...A–8

Déchirure vaginale...A–8

Démangeaison...11–6, 11–11, 11–13 à 11–15, 13–13, 16–7, 16–13, A–14

Dépression...A–15

Depo–Provera...4–16, 5–6, 7–3

Désinfection...4–10 à 4–12, 7–12, 7–13, A–15

Désir sexuel...10–13

Distributeur à base communautaire...4–5, 5–8, 13–7

Diabète...4–16, 5–6, 5–8, 7–6, 7–18, 8–9, 9–8 à 9–10, 10–9, 12–18, 15–7, A–2 à A–3, A–15

Diabète gestationnel...A–15

Diaphragme...4–5, 4–13, 4–17, 4–19, 4–21, 13–1, 13–3 à 13–9, 13–11 à 13–19, 14–17, 16–8, A–2 à A–8, A–21

Diarrhée...4–18, 4–13, 5–18, 9–17, 13–16, 15–5, 16–9, 16–10

Dispensateurs non médicaux...5–8, 10–7, 13–7

Dispensation de planification familiale...4–20 à 4–21, 5–10 à 5–11, 6–10, 7–8, 8–12 à 8–13, 9–13 à 9–15, 10–11, 11–8, 12–11 à 12–13, 13–9, 15–8

Dispositif intra-utérin... *Voir* DIU.

DIU...1–5, 3–5 à 3–6, 3–8, 4–3, 4–5, 4–6, 4–9, 4–11, 4–15 à 4–17, 4–19, 4–21, 5–21, 9–20, 12–1 à 12–28, 15–12, 16–4, A–2 à A–8

Douleur abdominale...6–12, 6–18, 8–15, 9–17, 12–16, 12–20 à 12–21, 12–23, 16–12, A–17, A–18. *Voir aussi* douleur au ventre, au bas-ventre.

Douleur musculaire...13–11, 13–16

Douleur de poitrine...5–6, 7–6

Donovanose...16–15, 16–21

Douche vaginale...13–10, 13–17, 16–13

Doxycycline...16–8 à 16–21

Dramamine...5–23

Drépanocytose...6–8, 7–7, 8–9, 9–10, 10–9, 15–7, A–6, A–15

Dysménorrhée...A–7, A–15

E

Eau et savon...4–11, 7–12, 8–19, 9–18, 10–15, 11–11

Eclampsie...9–7, A–6, A–15, A–20, A–22

Ecoulement vaginale...4–7, 5–24, 12–8, 12–14, 12–20, 12–22, 12–25, 13–15, 13–16, 16–7, 16–12, 16–13, A–14

Effet secondaire...3–5, 5–1, 5–4, 5–14, 5–17 à 5–19, 6–5, 7–4, 7–5, 7–10, 7–15, 8–5, 8–14 à 8–15, 12–6, 12–13, 12–18, 13–6, 16–9

Efficacité...1–5, 3–4, 4–1, 4–18 à 4–19, 5–3, 5–4, 5–5, 5–23, 6–1, 6–4, 6–6, 6–22, 6–26, 7–2, 7–4, 7–18, 8–1, 8–4, 9–1, 9–21, 10–1, 10–4, 10–5, 11–1, 11–4, 11–7, 12–1, 12–4, 12–16, 13–1, 13–4, 13–6, 14–1, 14–4, 14–5, 15–1, 15–4, 15–5, 16–17, 16–20

Ejaculation...9–22, 10–1, 10–4, 10–5, 10–12, 10–16, 10–17, 11–5, 11–10, 11–17, 13–10, 13–11, 13–13, A–15, A–21

Ejaculation prématurée...11–5

Electrocoagulation...9–14, 9–21

Electrocoagulation bipolaire...9–21

Elephantiasis...10–9, A–8, A–15, A–16

Elévateur utérin...9–13

Embolie pulmonaire...9–8, 14–9, A–15

Embryon...A–13, A–15, A–16, A–18, A–20, A–22

Emphysème...A–8

Endocardite bactérienne légère...A–3

Endomètre...A–15, A–16, A–18 à A–20

Endométriose...5–6, A–16

Endométrite...A–8

Enfants...2–1, 2–2, 4–14, 5–1, 5–4, 5–8, 5–27, 6–8, 7–1, 7–7, 7–20, 8–1, 8–9, 8–22, 9–1, 9–5, 9–6, 9–11, 9–12, 9–19, 9–22 à 9/10–2, 10–1, 10–3, 10–6, 10–7, 10–9, 10–10, 10–11, 10–16, 10–17, 10–18, 11–10, 12–26, 13–4, 13–5, 14–9, 16–21, A–7

Engorgement...15–3, A–8, A–16

Entreposage des condoms, diaphragmes...11–11, 11–5, 13–7

Epididyme...A–16

Epididymite...A–8, A–16

Epilepsie...6–8, 7–4, 7–7, 8–9, 9–10, 12–9, A–6, A–7, A–15, A–16

Equipe mobile...10–7

Erection...10–4, 10–17, 11–10, 11–14, 11–16

Ergotamine...15–6, A–8

Erythème...8–5. 11–11. 11–13 à 11–14, 13–11, 13–13, 13–16, 16–14. *Voir aussi* rash.

Erythromycine...16–18 à 16–21

Essoufflement...5–6, 7–6

Estradiol d'éthinyl...5–23, 7–16

Etourdissement...6–12, 6–16, 8–5, 8–15, 8–21, 9–17, 9–19, 10–5, 10–11, 12–16, 12–23, 13–11, 13–16

Eugynon 50...5–23

Evacuation de l'utérus...7–17, 8–18

Evaluation du risque de MST...16–1, 16–6 à 16–7

Examen du bassin...4–5, 4–11, 4–12, 4–21, 5–27, 8–22, 9–13, 9–14, 12–6, 12–7, 12–12, 12–14, 12–17, 12–20, 12–23, 13–6 à 13–8

Examen génital...4–21

Examen physique...4–1, 4–6, 4–7, 5–5, 5–7, 6–6, 6–7, 7–5, 7–6, 8–6, 8–7, 9–5, 9–13, 9–14, 12–21, 13–7, 15–5, 16–22

Examen vaginal...4–11

F

Faiblesse...5–27, 9–20, 10–17, 11–6

Fatigue...15–13

Fausses couches...4–6, 5–8, 5–10, 6–8, 6–10, 7–7, 7–9, 8–9, 8–11, 12–9, 12–11, 12–26, 13–9

Fécondation...A–14 à A–16, A–22

Fécondité...9–23, 10–18, 14–8 à 14–9. *Voir aussi* retour de la fécondité.

Femenal...5–23

Fibrome...A–16. *Voir aussi* fibrome utérin.

Fibrome utérin...5–8, 6–8, 7–4, 7–7, 8–9, 9–8, 14–9, 15–7, A–5, A–7, A–16

Fibrose...A–6, A–16. *Voir aussi* fibrose du foie.

Fibrose du foie...9–9 à 9–10, A–6, A–16. *Voir aussi* fibrose.

Fièvre...9–17, 9–18, 9–19, 10–13, 10–15, 10–16, 12–8, 12–16, 12–22, 12–23, 12–25, 13–11, 13–16, 14–1, 14–7, 15–13, 16–14, A–8, A–17, A–21

Filariase...10–9, A–8, A–15 à A–16

Film spermicide...13–10 à 13–17

Fils du DIU...12–6, 12–13, 12–16, 12–22, 12–25

Fistule anale...16–15, A–16

Foetus...4–6, 5–26, 7–21, 8–22, 16–10, 16–14, A–15 à A–17, A–20, A–22, A–23

Follicule...6–18, 8–18, A–16, A–18 à A–20

Forceps crocodile...12–13

Formation...9–13, 9–23, 10–11, 10–19, 12–12, 12–26

Frissons...9–18, 10–15

G

Gain de poids...5–4, 6–5, 7–1, 7–5 à 7–10, 7–19, 8–5

Ganglion lymphatique...16–14 à 16–15, A–14, A–16

Gants...4–10, 4–11, 4–12, 7–12

Gastroentérite...9–9, 10–9, 11–8, A–16

Gelée spermicide...13–3, 13–11, 13–12, 13–17

Glaire cervicale...5–3, 6–4, 7–3, 8–4, 14–7, 14–8, 14–9, 14–17, A–16

Glucose...7–18, A–15

Goitre...A–6, A–17, A–19

Gonorrhée...11–4, 12–20 à 12–21, 16–3, 16–12, 16–17, 16–18, A–17, A–18

Gonorrhée Neisseria...A–17

Granulome inguinal...16–15, 16–21, A–17

Griséofulvine...5–7, 5–16, 6–7, 6–13, 8–8, 8–10, 9–10. A–7

Gros...5–8, 6–8, 7–7, 8–9, 14–9, 15–7

Grossesse...1–3, 1–5, 1–7, 2–1, 3–4, 4–1, 4–6, 4–9, 4–13 à 4–14, 4–18, 4–19, 5–3 à 5–4, 5–10, 5–12 à 5–14, 5–16 à 5–18, 5–20 à 5–22, 5–24, 5–26 à 5–28, 6–3, 6–4, 6–6, 6–9. 6–11 à 6.14, 6–18, 7–3 à 7–8, 7–14 à 7–15, 7–17, 7–18, 7–20, 7–21, 8–3 à 8–8, 8–10, 8–15, 8–16, 8–18, 8–22, 9–4, 9–5, 9–7, 9–8, 9–17, 9–21 à 9–22, 9/10–2, 10–4, 10–5, 10–17, 11–1, 11–4 à 11–8, 11–11, 11–15, 11–17, 12–4 à 12–6, 12–10, 12–13, 12–17, 12–20, 12–22 à 12–23, 12–28, 13–4 à 13–5, 13–8, 13–14, 14–1, 14–4 à 14–5, 14–8, 14–16, 14–18, 15–1, 15–5, 16–3, 16–4, 16–10, 16–13, 16–14, 16–17 à 16–21, A–2, A–4, A–5, A–6, A–15, A–19, A–20, A–22

Grossesse ectopique...5–5, 5–8, 5–24, 6–6, 6–12, 6–14, 5–17, 7–4, 8–5, 8–15, 8–18, 8–22, 9–5, 9–11, 9–17, 9–21, 9–22, 10–5, 11–5, 12–5, 12–6, 12–9, 12–16, 12–21, 12–23, 13–5, A–5, A–17, A–18

Grossesse non souhaitée...2–1, 4–18, A–2, A–4, A–6

H

Hématomètre...A–8

Hémoglobine...4–21, 9–9, 9–10, A–13, A–17

Hémorrhagie...9–7, A–8, A–17

Hépatite...4–10, 4–17, 16–3, A–5, A–17

Hépatite virale...4–17, 5–7, 6–7, 7–6, 8–7, 9–9, 14–9, 15–6, 15–11, A–5

Hernie...9–7, 10–8, A–17. *Voir aussi* hernie de la paroi de l'abdomen, hernie du diaphragme, hernie inguinale, hernie ombilicale.

Hernie inguinale...A–17, A–18

Herpès...11–14, 16–3, 16–9, 16–15, 16–20. *Voir aussi* herpès génital.

Herpès génital...16–15, 16–20 16–21, A–17. *Voir aussi* herpès.

Hormone...4–9, 5–3, 5–5 à 5–7, 5–12, 5–11, 6–3, 6–7, 6–14, 6–15, 6–17, 6–18, 7–3, 7–6, 7–14, 7–17, 8–3, 8–20, 10–17, 12–3, 12–5 à 12–13, 13–5, 14–6, 15–4, A–15, A–17 à A–22

Huile de cuisson...11–10

Huile de noix de coco...11–10

Huile minérale...11–10, 13–19

Huile pour bébé...11–10

Huile végétale...13–19

Hydrocèle...10–8, A–8, A–17

Hypertension...4–14, 5–5 à 5–6, 5–16, 6–8, 7–6, 7–7, 7–14, 8–9, 9–8, 12–9, 14–9, 15–7, A–2, A–14, A–17, A–20, A–21

Hyperthyroïdie...9–9, 14–8, A–6, A–17, A–19

Hypothyroïdie...9–10, 14–8, A–6, A–18, A–19

I

Ibuprofène...5–7, 7–16, 8–17, 9–16, 9–19, 10–12, 10–16, 12–12, 12–14, 12–19

Immunités...4–8, 15–5, 15–13

Implantation...A–13, A–16, A–18, A–20

Impotence...10–15, 11–16

Infection...4–10, 7–6, 7–13, 8–15, 8–19, 8–21, 9–5, 9–7, 9–9, 9–11, 9–17, 9–18, 10–5, 10–8, 10–9, 10–13 à 10–15, 11–4, 12–5, 12–6, 12–8 à 12–11, 12–14, 12–18 à 12–19, 12–21 à 12–23, 12–26 à 12–28, 13–15, 14–9, 14–17, 15–13, 16–1 à 16–22, A–5, A–8, A–13 à A–16, A–20 à A–22

Infection bactérienne...A–13

Infection cutanée sur l'abdomen...9–9, A–8

Infection cutanée du scrotum...10–8, A–8

Infection de l'appareil génital...12–8, 16–12 à 16–22, A–12, A–18

Infection du foie...5–7, 6–7, 7–6, 8–7

Infection pelvienne...12–10, 12–26, A–18

Infection systémique...9–8, 10–9, A–8

Infection vaginale...14–1, 14–7, 14–17

Infirmier (infirmière)...1–3, 3–3, 4–3 à 4–5, 5–15, 5–27 , 6–12, 7–11, 8–14, 8–15, 9–16, 10–13, 11–11, 12–16, 12–22 à 12–25, 12–28

Infirmière-sage-femme...4–3 à 4–5

Infirmière soignante...4–3, 4–4

Inflammation du sein... *Voir* mastite.

Inflammation des voies urinaires...13–6, 13–14, 13–15, 13–18, A–5

Injectables progestatifs...1–6, 7–1 à 7–21

Injection...3–6, 4–3, 4–11, 5–21, 8–4, 8–12 à 8–13, 10–11, 16–17, 16–19, 16–20. *Voir aussi* contraceptifs injectables DMPA, NET EN.

Insuline...A–15

Involution de l'utérus...A–8

Interventions (procédures)...4–1, 4–4, 4–5, 4–20 à 4,21, A–1

Classification pour les méthodes de planification familiale...4–21

Elaboration de la politique de planification familiale...1–1

Prévention de l'infection...4–10 à 4–12

Intervention chirurgicale...8–6, 8–12 à 8–13, 9–13 à 9–14, 9/10–1, 10–11

Irritation...11–11, 13–6, 13–13

Ischémie...6–14, 8–20, A–3, A–18

J

Jaunisse...5–7, 5–15, 7–6, 9–10, A–8, A–14, A–18

JHPIEGO...4–10, 9–23, 10–19

Johns Hopkins Program for International Education in Reproductive Health... *Voir* JHPIEGO.

Jouissance sexuelle...5–4, 7–4, 8–4, 9–4, 10–5, 11–5, 11–6, 12–5

Jour maximum (des secrétions du col)...14–11, 14–13, 14–17

K

Kanamycine...16–17

Kystes ovariens...5–4, 6–18, 8–5, 8–18 à 8–19, 8–22, 14–9, A–4, A–18

L

Lacérations du col...A–7

Lait du sein (de la mère, maternel)...4–1, 4–18 à 4–19, 6–3, 6–5, 7–4, 7–20, 8–5, 9–4, 11–5, 12–5, 13–5, 15–1, 15–3 à 15–9, 15–14 à 15–15, 16–10, A–5, A–16

Laparoscope, laparoscopie...4–4, 9–3, 9–6, 9–14, 9–16, 9–20, A–18

Latex...11–3, 11–16, 11–18, 13–19. *Voir aussi* allergie au latex.

Lavage des mains...4–11

Lésion au scrotum...A–8

Lésion vaginale...13–16

Ligature des trompes...9–3, 9–4

Liste de pointage d'éligibilité médicale...1–3, 1–6 à 1–7, 5–5, 6–6, 7–5, 8–6, 9–6 à 9–10, 10–7, 12–7, 13–7, 14–7, 15–5

Lithium...14–9, 15–6, A–7, A–8

LNG-20...12–3

Lo-Femenal...5–23

Lo/Ovral...5–23

Lotion pour les mains...13–19

Lotion solaire...11–10

Lubrifiant...11–3, 11–6, 11–10, 11–13, 11–15, 11–18, 13–19

Lubrification vaginale...11–18, 13–5

Lymphe...16–3 à 16–6, 11–10, 11–13 à 11.15, 11–18, 13–19, A–13, A–15, A–18, A–21

Lymphogranulomatose vénérienne...16–15, 16–20, A–14, A–18

M

Mala–D...16–17

Maladie cérébrovasculaire...A–3, A–18

Maladie de la vésicule biliaire...5–7, 5–16, 9–9, 12–9, 15–7, A–5

Maladie des nerfs...5–8, A–19. *Voir aussi* neuropathie.

Maladie des reins...5–6, 5–8, 7–6, 9–10, A–8, A–19

Maladie du coeur (cardiopathie)...4–15, 5–6, 5–16, 6–13, 6–14, 7–6, 7–14, 8–16, 8–20, 9–8, 10–18, 12–9, 16–14, A–3

Maladie du col...12–8, A–4

Maladie du foie...5–7, 5–16, 6–7, 6–13, 7–6, 7–14, 8–7, 8–16, A–5

Maladie bénigne du sein...5–4, 5–8, 6–5, 6–8, 7–7, 8–9, 12–9, 15–7, A–4, A–18

Maladie pulmonaire...9–9, A–8

Maladie sexuellement transmissible...2–1, 3–5, 3–7, 4–6, 4–16, 4–21, 5–5, 5–19, 5–20, 5–24, 5–25, 6–8, 6–16, 7–5, 7–19, 7–21, 8–6, 8–9, 8–18, 8–21, 9–5, 9–7, 9–11, 9–19, 10–6, 10–8, 10–9, 10–16, 11–1, 11–4 à 11–9, 11–11 à 11–18, 12–1, 12–6, 12–8, 12–16, 12–17, 12–21, 12–22, 12–25, 12–26, 12–27, 12–28, 13–1, 13–4 à 13–6, 13–17, 13–19, 14–7, 14–9, 14–17, 15–5, 15–14, 16–1 à 16–22, A–4 à A–5, A–8, A–17 à A–19, A–21 à A–23

Maladie thromboembolique...A–3, A–22

Maladie thyroïdienne...5–8, 6–8, 7–7, 8–9, 12–9, 15–7, A–6, A–19, A–22

Maladie vasculaire...4–15, 6–8, 7–7, 8–5, 9–8, 15–2, A–5

Malaria (paludisme) 5–6, 6–8, 7–7, 8–9, 9–11, 12–9, 14–9, 15–7, 16–3, A–6

Mal de gorge...16–14

Malformations congénitales...13–18

MAMA...1–5, 1–7, 4–5, 4–8 à 4–9, 4–13, 4–15 à 4–19, 4–21, 15–1 à 15–15, A–2 à A–8, A–19

Marezine...5–23

Margarine...11–10, 13–19

Marketing social...5–18, 16–5

Masse interscrotale...A–8

Mastite...A–8

Maux d'estomac...5–1, 5–17

Maux de tête...4–15, 5–4, 5–7, 5–8, 5–14 à 5–17, 5–19, 6–6, 6–12, 6–13, 6–15, 6–16, 7–5, 7–7, 7–11, 7–14, 7–17, 7–19, 8–5, 8–15, 8–16, 8–20, 8–21, 12–9, 14–9, 15–7, A–3, A–19. *Voir aussi* symptômes neurologiques, migraine.

Médecin (docteur)...1–3, 3–5, 5–15, 5–27, 6–12, 7–11, 8–14, 8–15, 9–16, 10–13, 11–11, 12–16, 12–22 à 12–23, 12–28

Médicament contre la nausée...5–23

Médicament radioactif...15–6, A–8

Médicament anti-inflammatoire non stéroïdien...5–7, 7–16, 8–17 à 8–19, 12–19

Megestron...7–3

Membrane muqueuse...4–12, A–14, A–16, A–19, A–21

Ménopause...5–4, 5–26, 7–15, 12–5, 12–13, 12–27, A–2, A–19

Menstruation...5–1, 9–11, 12–10, 12–13, 12–27, A–7, A–19, A–20

Mesigyna...7–3

Mestranol...5–23

Méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée... *Voir* MAMA.

Méthode d'appoint...7–8, 8–10, A–13, A–19. *Voir aussi* condoms comme méthode d'appoint, spermicides comme méthode d'appoint.

Méthode de barrière...4–13, 4–15, 4–16, 4–17, 4–21, 6–18, 11–1 à 11–18, 13–1 à 13–19, 14–1, 15–12, A–4, A–13

Méthode de planification familiale...1–2 à 1–7, 4–1 à 4–5, 4–8 à 4–9, 4–18 à 4–21, A–19

Méthode dont la femme a la maîtrise...11–7, 13–1, 13–4, 13–5, 13–17, 15–19

Méthode du rythme...14–13 à 14–14, 14–17. *Voir aussi* méthode du calendrier.

Méthode progestative...4–13, 4–14, 4–16, 4–17, *Voir aussi* DMPA, implants *Norplant*, contraceptifs oraux progestatifs

Méthode vaginale...4–6, 4–9, 5–25, 13–1 à 13–19

Métronizadole...16–18

Micronazole...16–18

Microgynon...5–25

Miction...12–8, 13–6,13–15, 16–7, 16–12, 16–13, A–15, A–20, A–22

Migraine...4–15, 5–7, 5–18, 6–15, 7–17, 8–20, A–3, A–19, A–20. *Voir aussi* symptômes neurologiques focaux, maux de tête.

Minilap...9–3 . *Voir aussi* minilaparotomie.

Minilaparotomie...9–3, 9–5, 9–6, 9–13 à 9–14, 9–16, 9–20, A–19

Minipilule...6–3. *Voir aussi* contraceptifs oraux progestatifs.

MLCu 375...12–3, 12–4

Mousse spermicide...13–3, 13–10

MST...*Voir* maladie sexuellement transmise.

Multiload...12–3. *Voir aussi* MLCu–375.

Muguet...15–13

N

Naisssance prématurée...A–8

Nausée...4–7, 5–4, 5–10, 5–14, 5–17, 5–19, 5–23, 7–5, 8–5, 9–17, 12–23, 16–18

Neisseria gonorrhea...A–17

Néoplasie intraépithéliale du col A–4

Néphropathie..., A–15, A–19, A–20. *Voir aussi* maladie des reins.

Nervosité...8–3

NET EN...4–13 à 4–16, 4–19, 4–21, 5–6, 7–3, 7–18, A–2 à A–8

Neuropathie...A–15, A–19

Nordette...5–23

Non circoncis...11–9, 16–15

Nordiol...5–23

Noristerat...7–3

Norplant (implants)...1–5, 3–6, 3–8, 4–4, 4–9, 4–11 à 4–13, 4–16, 4–19, 4–21, 8–1 8–24, 15–12, A–2 à A–8

Nova–T...12–3

Nullipare...A–7

Nutrition...4–8 à 4–9, 9–10, 15–9, A–8

Nystatine...16–18

O

Obèse, obésité...9–10, A–5. *Voir aussi* gros.

Oestrogène...4–9, 5–3, 5–5, 5–6, 5–7, 5–23, 6–1, 6–3, 6–5, 6–6, 7–3, 7–4, 7–5, 7–16, 8–3, 8–6, 8–17, 8–18, A–16, A–19, A–20

Ofloxanine...16–17

OMS...*Voir* Organisation mondiale de la santé.

Orchite...A–8, A–19

Organisation mondiale de la santé...1–6, 1–7, 4–13, 7–20, 7–21, 9–6, 10–7, 15–15, A–1 à A–8

Ovaires...5–3, 5–20, 5–26, 6–4, 6–18, 7–3, 8–4, 8–9, 9–4, 12–20, 14–8, 15–4, A–15 à A–20, A–22

Ovocyte...A–14, A–19, A–20, A–22

Ovulation...5–3, 5–20, 6–4, 7–3, 8–4, 14–3, 14–5, 14–11 à 14–13, 15–4, A–15, A–16, A–20, A–21

Oubli de pilule...4–21, 5–11, 5–13, 5–19, 6–12, 6–17

P

Panadol®...9–19, 10–16

Paracétamol...5–17, 9–16, 9–19, 10–12, 10–15, 10–16, 12–14

Parité...A–7

Pathfinder International...9–23

Pelvis...A–13, A–20

Pénicilline...16–17, 16–19

Pénicilline crystalline G...16–19

Pénis...10–8, 11–3, 11–4, 11–6, 11–7, 11–9 à 11–11, 11–14, 11–15, 11–18, 14–4, 14–17, 16–12 à 16–16, A–14, A–15, A–17, A–20

Perforation...12–6, 12–13

Perforation de l'utérus...9–7, A–8

Pharmacien...4–3, 4–5

Phénytoïne...5–7, 6–7, 8–8, 9–10, A–7

Pilosité...8–5

Pince...9–14, 9–22, 10–11

Pince à ressort...9–21

Placenta...12–10, 12–12, A–20, A–22

Planning familial après avortement...5–9, 6–9, 7–8, 7–9, 8–10, 8–11, 11–5, 13–8, 14–8, 14–10, 15–1 à 15–15, A–7 à A–8. *Voir aussi* stérilisation féminine après avortement, pose du DIU après avortement.

Pneumonie...9–9, 15–5, 16–10, A–8

Poids...4–7, 8–23, 9–15

Poids à la naissance...7–21

Pose des capsules *Norplant*...8–12

Pose d'une cape cervicale...13–1, 13–12, 13–16

Pose d'un diaphragme...13–1, 13–11, 13–16

Pose du DIU...12–7, 12–12, 16–4

Pose du DIU après avortement...12–5, 12–11

Pose du DIU « sans toucher »...4–11, 12–12

Postinor–2...5–23, 6–18

Production de lait...6–3, 6–5, 15–15

R

Rapports anaux...11–6, 11–18, 16–10

Rapports sexuels...11—8, 11–17, 16–10, 16–11, A–20

Rapports sexuels oraux...11–16, 11–18

Rapports vaginaux...14–4, 14–12, 14–16, 14–17, 16–10

Réaction allergique...9–5, 11–7, 11–11, 13–6, 13–13, 13–15

Rectum...13–16, 16–15, A–20

Régime alimentaire...7–15, 15–3, 15–9, 15–15, A–13

Règles...4–6 à 4–8, 4–21, 5–4, 5–8, 5–9, 5–12, 5–18, 5–19, 5–26, 6–8 à 6–10, 6–14, 7–6 à 7–16, 8–5, 8–7, 8–9 à 8–11, 8–17, 9–4, 9–17, 9–20, 10–13, 12–1, 12–5, 12–6, 12–7, 12–10, 12–14 à 12–16, 12–10, 12–25, 12–27, 14–8, 15–1, 15–3 à 15–4, 15–6, 15–8 à 15–9, 15–11, 15–14, 15–15, A–13, A–15, A–19, A–20, A–22

Regret après stérilisation...9/10–2

Réserpine...15–6, A–8

Rétablissement de la fécondité après stérilisation...9—5, 9–22, 10–6, 10–17

Rétinopathie...A–15, A–20, A–21

Retour de la fécondité...5–4, 6–9, 7–1, 7–5, 7–8, 7–18, 7–20, 8–1, 8–10

Retrait...14–1, 14–4, 14–5, 14–10 à 14—14, 14–19

Retrait de la cape cervicale...13–13

Retrait des capsules *Norplant*...8–13

Retrait du diaphragme...13–6, 13–11, 13–16, 13–18

Retrait du DIU...12–1, 12–3, 12–5, 12–6, 12–10 à 12–11, 12–13, 12–14, 12–16 à 12–19, 12–21, 12–22, 12–24 à 12–28

Rifampine, rifampicine...5–7, 5–8, 5–16, 5–18, 6–7, 6–8, 6–13, 8–8, 8–16, 9–10, A–7

Risque...9/10–1

Risque à l'anesthésie...9–5, 9–21

Risque pour la santé...9–4, 10–3

Rougeole...4–8, 15–5

Rupture de membranes...A–8

Rupture de l'utérus...9–7, A–8

S

Sages-femmes...4–3 à 4–5

Saignement... *Voir* saignotement, saignement abondant, saignement irrégulier, saignement menstruel, saignement vaginal.

Saignement abondant...6–17, 7–5, 7–11, 7–16, 7–29, 8–18, 12–13, 12–18 à 12–19, 12–25, A–3

Saignement irrégulier...5–8, 5–12, 5–14, 6–13 à 6–14, 7–16, 12–18 à 12–19, A–14

Saignement menstruel...4–8, 4–21, 5–9, 6–6, 6–10, 7–5, 7–8, 7–10, 7–20, 8–5, 8–10, 8–14 à 8–15, 9–20, 12–6, 12–10, 12–18, 14–8 à 14–9, 14–17, 15–3, 15–6, 15–9, A–2, A–19

Saignement vaginal...3–8, 4–16, 5–1, 5–17 à 5–18, 6–1, 6–14, 7–1, 7–7, 7–10, 7–17, 7–19, 8–2, 8–8, 8–18, 8–21, 9–7, 9–11, 9–17, 9–19, 12–7, 12–9, 12–20, 14–8, 16–12, A–3, A–4, A–6, A–20

Saignement vaginal anormal...5–16, 5–18, 6–13 à 6–14, 7–14, 7–17, 8–16, 8–18, 12–16 à 12–17, 12–20, 12–23, 16–12, A–3

Saignement vaginal inexpliqué...5–16, 5–18, 6–13 à 6–14

Saignotement...5–4, 5–14, 5–18, 6–6, 6–12, 6–13 à 6–14, 7–1, 7–5, 7–16, 8–1, 8–14, 8–17 à 8–18, 12–6, 12–15, A–20

Salpingite...5–4, 5–8, 6–5, 6–8, 7–16, 8–9, 8–18, 9–7 à 9–8, 11–5, 12–1, 12–6, 12–8, 12–13, 12–16 à 12–18, 12–20, 12–21, 12–26, 12–27, 13–5, 14–9, 16–18, A–4

Sang menstruel...5–27

Sautes d'humeur...4–7, 5–5, 5–14, 5–19, 7–5. *Voir aussi* dépression.

Scalpel...4–12, 10–11

Schistosomiase...5–8, 6–8, 7–7, 8–9, 9–9 à 9–11, 12–9, A–6, A–20

Scrotum...10–3 à 10–6, 10–8, 10–10 à 10–12, 10–15, 16–15, A–14, A–15, A–17, A–20 à A–22

Secrétions cervicales...14—3, 14–5, 14–6, 14–10, 14–11 à 14–12, 14–17

Secrétions vaginales...4–10

Seins élargis...4–7

Seins endoloris (douloureux, sensibles)...4–7, 5—4, 6–6, 7–5, 8–5, 9–17, 12–23, 15–15

Sensation sexuelle...10–1, 11–1, 11–6, 11–14

Septicémie puerpérale...12–8, A–8, A–20

Septicémie...A–8, A–20. *Voir aussi* septicémie puerpérale.

Seringue...4–10 à 4–12, 7–12 à 7–13

Sexualité...10–1, 10–12, 10–15

SIDA...4–10, 5–5, 5–10, 9–9, 10–9, 11–4, 11–6, 12–8, 13–19, 14–7, 14–17, 15–5 à 15–6, 15–15, 16–5, 16–10, 16–21, 16–22, A–5, A–18, A–21. *Voir aussi* syndrôme d'immunodéficience humaine acquise, VIH, VIH/SIDA.

Signes de grossesse...4–7, 6–12, 6–17, 8–15, 9–17, 12–13

Soins intensifs pour nouveaux–nés...A–8

Sonde utérine...A–12, 12–13

Speculum vaginal...4–12, 12–12

Sperme...4–10, 10–4, 10–8, 10–14, 10–17, 10–18, 16–10, A–14, A–15, A–21

Spermicide...4–5, 4–7, 4–15, 4–21, 5–6, 5–22, 5–24, 6–7, 6–9, 7–6, 7–9, 7–21, 8–8, 8–11, 11–3, 11–8, 11–10 à 11–13, 12–7, 13–1, 13–19, 14–17, 15–11, 16–1, 16–5, 16–6, 16–8, 16–9, A–2 à A–8

Spermicide comme méthode d'appoint...5—7, 5–9, 5–10, 5–11, 5–13, 5–14, 5–18, 6–10, 6–12, 6–17, 7–8, 7–10, 8–10, 15–12

Staphylocoque...4–10, 16–6 à 16–7, A–21

Sténose cervicale...A–7

Stérile...4–11, 5–26, 7–12, 7–13, 12–12

Stérilisation féminine...1–5, 3–1, 3–5, 4–4, 4–9, 4–11, 4–13, 4–19, 4–21, 9–1 à 9–24, 10–5, 10–17, A–2 à A–8, A–18, A–19

Stérilisation féminine après avortement...9–4, 9–7, 9–13, A–8

Stérilisation masculine... *Voir* vasectomie.

Stériliser...4–10 à 4–12, 16–11, A–21

Stérilité et maladies sexuellement transmises (MST)...11–5, 12–6, 12–8, 13–5, 16–3, 16–9

Streptocoque...A–23

Suivi...3–7, 4–21, 5–16 à 5–18, 6–13 à 6–15, 7–14 à 7–17, 8–16 à 8–20, 8–23, 9–16, 9–18, 10–7, 10–13 à 10–15, 11–12 à 11–14, 12–17 à 12—24, 13–14 à 13–16, 14–8, 14–15 à 14–16, 15–11 à 15–13

Sulfaméthoxazole...13–15, 16–17, 16–20, 16–21

Suppositoire...13–3, 13–10, 13–17, 16–18

Surdose, anesthésie...9–5, 9–21

Sutures...8–12, 8–13, 9–14, 9–16, 9–18, 10–13, 10–14

Symptôme neurologique focal...A–3

Syndrôme...A–21, A–22

Syndrôme de l'immunodéficience acquise...16–3, A–5, A–21, A–23. *Voir aussi* SIDA, VIH, VIH/SIDA.

Syndrôme du choc toxique...13–8, 13–11, 13–13, 13–14, 13–16, 13–18, A–7, A–21

Syphilis...4–16, 11–4, 16–3, 16–19, A–21

T

Tabagisme...4–14, 5–5, 5–6, 5–8, 5–26 à 5–18, 6–8, 7–7, 8–9, 12–9, 14–9, 15–7, A–2

Tableaux de décision...1–4

Taux de grossesse...1–5, 5–4, 4–18, 5–3 à 5–4, 6–4, 7–4, 7–18, 8–4, 9–4, 10—4, 11–4, 12–4, 13–4, 14–4 à 14–5, 14–18, 15–4, 15–8

TCu–380A...1–5, 4–19, 12–1, 12–3 à 12–5, 12–11, 12–14, 12–23, 12–28, A–2 à A–8

Température basale du corps...14–3, 14–5, 14–8 à 14–9, 14–10, 14–12 à 14–13, 14–17

Tension artérielle...4–14, 4–21, 5–6, 7–6, 9–8, A–2, A–14, A–17, A–18, A–20 à A–22

Test de glucose...4–21

Test de grossesse...4–1, 4–6 à 4–7, 6–17

Testicule...10–3, 10–8, 10–17, 16–7, A–14 à A–17, A–19 à A–21

Testicule non descendu...10–8

Tétons endoloris...A–8

Tétracycline...16–17 à 16–21

Thalassémie...A–6, A–21

Thérapie anti-dépressive...14–4, A–7

Thrombophlébite superficielle...A–3, A–22

Thyroïde...A–17, A–18

Toxine...A–17, A–22

Traumatisme...A–8, A–22

Trichomonase...16–13, 16–18, A–22

Trichomona vaginalis...A–22

Trimethoprime...16–17, 16–20, 16–23

Trocar...4–12

Trompe de Fallope...9–4, 9–13, 9–14, 9–22, 12–20, A–16 à A–19, A–21, A–22

Trophoblaste, maladie trophoblastique...A–6, A–19, A–22

Trophoblaste malin...9–7, 12–8, A–6

Troubles de coagulation...9–9, 10–9, A–6

Troubles métaboliques du bébé...15–6, A–8

Tuberculose...4–17, 5–8, 6–8, 7–7, 8–9, 9–11, 12–9, 16–10, A–7, A–22

Tuberculose du bassin...9–9, 12–8, A–7

Tuberculose non pelvienne...9–11, 12–9, A–7

Tumeur du foie...A–3

Tumeur ovarienne...5–8, 6–8, 8–9, 8–19, 9–11

Tylenol...9–16, 9–19, 10–12, 10–16. *Voir aussi* acétaminophène, paracétamol.

U

United States Food and Drug Administration...7–21, 12–28

Utérus...9–13, 9–20, 12–1, 12–3, 12–4, 12–10, 12–12, 12–13, 12–26, 13–8, 13–9, A–4, A–8, A–13 à A–22

V

Vagin humide...11–18, 14–17

Vaginite...4–16, 9–11, 13–16, A–5, A–14, A–22

Vaginite bactérienne...A–5, A–22

Vaginose bactérienne...A–5, 16–13, 16–18, A–22

Valvulopathie...4–15, 6–8, 7–7, 8–9, 9–8, 15–7, A–3, A–22

Varices...5–8, 6–8, 7–7, 8–9, 9–11, 12–8, 14–9, 15–7, A–3, A–22

Varicocèle...10–8, A–8, A–22

Vasectomie...3–2, 3–5, 4–4, 4–9, 4–13, 4–19, 4–21, 9–3, 9–5, 9–22, 10–1 à 10–19, A–2 à A–8, A–14

Vasectomie sans scalpel...10–10

Vaseline...11–10, 11–18, 13–19

Vérification du DIU...12–15

Verrues génitales... *Voir* virus du papillome humain.

Vers filariens...A–16

VIH...4–10, 4–16, 9–11, 10–9, 11–1, 11–4, 11–8, 11–16, 12–8, 13–6, 13–19, 15–5, 15–6, 15–15, 16–3, 16–8, 16–10, 16–11, 16–21, A–5. *Voir aussi* syndrôme de l'immunodéficience acquise, SIDA, VIH/SID.

VIH/SIDA...1–4, 2–1, 3–5, 5–19, 6–16, 7–5, 7–13, 7–19, 8–6, 9–5, 9–19, 10–6, 10–16, 11–1, 11–4 à 11–8, 11–12, 11–14 à 11–17, 12–6, 12–16, 12–25, 13–4, 13–5, 13–19, 14–17, 15–5, 15–14, 16–1, 16–3, 16–8, 16–11 à 16–12, 16–22, A–5. *Voir aussi* syndrôme d'immunodéficience acquise, SIDA, VIH.

Viol...5–21

Virus de l'immunodéficience humaine... *Voir* VIH.

Virus de papillome humain (VPH)...11–14, 16–16, 16–21, A–23

Visite de retour...1–5, 3–5 à 3–7, 5–11, 5–16, 6–15, 6–17, 7–4, 7–9, 7–14, 8–16, 9–18, 10–14, 11–12, 12–14, 12–17, 13–9, 13–14, 15–11 à 15–12

Vitamine C...13–15

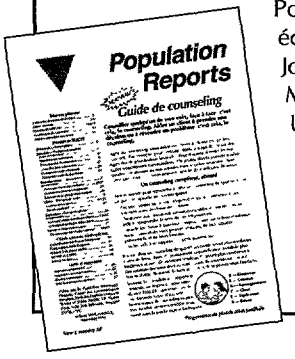
Vomissement...4–7, 5–10, 5–14, 5–18, 5–13, 13–16, 16–9, 16–18, A–21

Vulve...13–15, A–23

Population Reports—Gratuitement !

La publication trimestrielle **Population Reports** traite de sujets importants de santé reproductive et de population à l'intention des prestataires de soins de santé du monde entier. Les sujets traités sont les suivants :

- Méthodes de planification familiale
- Programmes de planification familiale
- Enquêtes de planification familiale
- *Population et environnement*
- MST, y compris VIH/SIDA
- Communications en santé
- Maternité sans danger
- *Autres questions mondiales de santé*



Pour recevoir un abonnement gratuit et d'anciens numéros, écrire à l'adresse suivante : Population Information Program, Johns Hopkins University School of Public Health, 111 Market Place — Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA. Dans les pays developpés le coût est de $2.00.

Population Reports est également publié sur le World Wide Web, à http//www.jhuccp.org/pr/
FAX : (410) 659-2645,
Téléphone : (410) 659-6300

Illustrations

Page 6–5 : Bolivie, Programme national de santé reproductive, Présentation de IEC

Page 7–12 : Johns Hopkins, Population Communication Services

Page 8–11 : Schéma : Wyeth-Ayerst ; Photo : JHPIEGO

Page 8–13 : JHPIEGO

Page 9–15 : Johns Hopkins, Population Communication Services

Page 10–3 : AVSC International

Page 10–6 : Hatcher, R.A. et coll. Family planning methods and practices: Africa. Atlanta, US DHHS, CDC, 1983

Page 11–7 : The Female Health Company

Page 11–9 : Asociación Demográfica Salvadoreña

Page 11–10 : A gauche : Asociación Demográfica Salvadoreña ; à droite : Asociación Hondureña de Planificación de Familia

Page 14–11 : Georgetown University, Institute for Reproductive Health

Page 15–10 : A gauche : ONS ; à droite : Banque mondiale

Page 16–11 : A gauche : Association Tunisienne du Planning Familial ; à droite : CERCOM/Santé Familiale et Prévention du SIDA (SFPS)

Production

Supervision: Stephen M. Goldstein et Linda D. Sadler, Population Information Program, Center for Communication Programs, Johns Hopkins University School of Public Health

Conception et composition : Greg Dayman, Christina Whittington et Nancy Carlsen, Prographics

Impression : Braceland Printing

Comment se procurer d'autres exemplaires des *Eléments de la technologie de la contraception*

Les spécialistes et les programmes de soins de santé de pays en développement, les Agences qui travaillent avec l'USAID, et les autres organisations qui interviennent en matière de promotion de la santé reproductive dans les pays en développement reçoivent *gratuitement* les *Eléments de la technologie de la contraception* en langues anglaise, espagnole et française. Dans le cas des pays développés, l'ouvrage se vend au prix de US$ 5 l'exemplaire, frais de poste et d'acheminement compris. Prière d'écrire au Population Information Program (voir ci-après) ou remplir le formulaire de commande sur l'Internet au http://www.jhuccp.org/ect/ectordfr.stm

Population Information Program
Johns Hopkins Center for Communication Programs
111 Market Place, Suite 310
Baltimore, Maryland 21202, USA
Fax : 1-410-659-2645
Courrier électronique : PopRepts@jhuccp.org