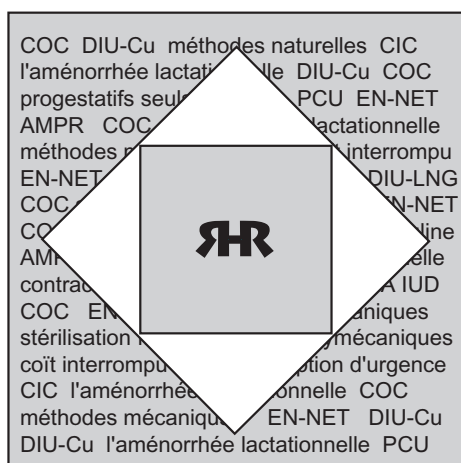


CRITERES DE RECEVABILITE POUR L'ADOPTION ET L'UTILISATION CONTINUE DE METHODES CONTRACEPTIVES



troisième édition



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

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS
Organisation mondiale de la Santé.

Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes
contraceptives. -- 3e éd.

1. Contraception - méthodes 2. Services de planification de la famille - normes
3. Détermination prise en charge - normes 4. Garantie qualité soins 5. Accessibilité
service santé 6. Ligne directrice I. Titre.

ISBN 92 4 256266 1

(Classification NLM: WP 630)

© Organisation mondiale de la Santé 2005

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès de l'équipe Marketing et diffusion, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 2476 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à l'unité Marketing et diffusion, à l'adresse ci dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Table des matières

Remerciements

Résumé d'orientation et vue d'ensemble

Tableaux

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

Annexes

- Annexe 1. COC et traitement antirétroviral
- Annexe 2. Liste des participants

Remerciements

Ce document est le fruit d'une collaboration entre le Département Santé et Recherche génésiques de l'Organisation mondiale de la Santé et un grand nombre d'institutions et d'organisations internationales actives dans le domaine des politiques et programmes de planification familiale. Nous remercions chaleureusement le Gouvernement des Etats-Unis d'Amérique (US Agency for International Development), les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), et le National Institute of Child Health and Human Development (NICHD), la Fédération internationale pour la Planification familiale (FIPF), ainsi que le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), qui ont apporté leur soutien financier ainsi que leur appui à ce projet.

Des représentants de 10 institutions et organisations, ainsi que 19 autres intervenants, ont participé en tant qu'experts à une réunion qui a permis de dégager un consensus sur les recommandations énoncées dans ce rapport, relatives à l'utilisation des méthodes contraceptives. Nous les remercions vivement, eux qui ont tous mis leur temps et leurs compétences au service de l'élaboration de ce consensus.

Les données sur lesquelles reposent les décisions que renferme ce document proviennent en grande partie d'examen systématiques de la littérature effectués et récapitulés par le Dr K. M. Curtis, le Dr M.E. Gaffield, Mme A.P. Mohllajee, le Dr K. Nanda et le Dr J.S. Smith, qui ont également apporté un soutien important au Secrétariat. Le Dr H. Peterson a assumé la coordination d'ensemble du projet pour le Secrétariat OMS, composé de Mme K. Church, de Mme K. Curran, de Mme S. Johnson et de Mme G. Lamptey. Mme C. Hamill, également membre du Secrétariat, a apporté une contribution substantielle à la réunion, et a assumé la conception et la présentation de cette publication. Mme M. NiMhearain a réalisé la couverture. Mme J. Laurent a assuré la rédaction de la version française. Nous leur adressons à toutes et à tous nos plus vifs remerciements ainsi qu'au Dr L. Edouard, au Dr C. Huezo et au Dr J. Shelton qui nous ont soutenus lors de l'élaboration de ce document.

Nous exprimons notre reconnaissance aux personnes suivantes qui ont contribué au projet en tant qu'examineurs des données du système d'inventaire en continu des données issues de la recherche (CIRE : Continuous Identification of Research Evidence) : Dr T. Chipato, Dr P. Corfman, Dr M. Cravioto, Dr V. Cullins, Dr J. Diaz, Dr S. Diaz, Dr A. Glasier, Dr J. Guillebaud, Dr M. Gülmezoglu, Dr K. Hagenfeldt, Dr P. Hannaford, Dr R. Hatcher, Dr C. Huezo, Dr V. Jennings, Dr P. Lynam, Dr P. Marchbanks, Dr O. Meirik, Dr S. Mittal, Dr K. Nanda, Dr E. Otolorin, Dr A. Pollack, Dr H. Rees, Dr R. Rivera, Dr D. Skegg, Dr C. Smith, Dr B. Sood, et Dr E. Weisberg.

Les fonds pour l'impression de ce document ont été octroyés au titre du Programme de Partenariat stratégique (PPS) OMS/FNUAP, et nous remercions vivement le FNUAP de son aide financière.

Pour de plus amples informations concernant ce document, contacter le Département Santé et Recherche génésiques, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse. Télécopie : +41 22 791 4189; e-mail : reproductivehealth@who.int.

Les demandes d'exemplaires peuvent être adressées au : Centre de Documentation, Département Santé et Recherche génésiques, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse. Télécopie : +41 22 791 4189 ; téléphone : +41 22 791 4447; e-mail : reproductivehealth@who.int. Il est également possible de télécharger ce document à partir du site web OMS/Santé génésique : www.who.int/reproductive-health. Les mises à jour de l'information contenues dans ce document sont indiquées en premier sur le site.

Table des matières	Résumé d'orientation & vue d'ensemble
---------------------------	--

Résumé d'orientation	1
Vue d'ensemble	1
Finalité	3
Toile de fond	3
Soins liés à la santé sexuelle et reproductive	3
Questions en rapport avec la qualité et l'accessibilité des services	4
Efficacité des méthodes	5
Pathologies exposant une femme à un risque accru en cas de grossesse non intentionnelle	8
Retour de la fécondité	9
IST et contraception : la double protection	9
Méthode de travail	9
Instructions d'utilisation	11
Utilisation des tableaux	11
Catégorisation	12
Utilisation des catégories dans la pratique	13
Incidences programmatiques	13
Clients ayant des besoins particuliers	14
Adolescents	14
Récapitulatif des modifications, par rapport à la deuxième édition	15

Résumé d'orientation

Le présent document constitue une étape importante du processus visant à améliorer l'accès à des soins de qualité en matière de planification familiale par l'examen des critères médicaux qui président au choix d'une méthode de contraception. Il correspond à la version actualisée de la deuxième édition de *Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale : critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, publiée en 2000, et il intègre les principales recommandations formulées lors de la réunion d'un Groupe d'experts qui s'est tenue à l'Organisation mondiale de la Santé, à Genève, du 21 au 24 octobre 2003. (La liste des participants constitue l'Annexe 2.) Ce Groupe de Travail a réuni 36 participants venus de 18 pays, dont des représentants de nombreuses institutions et organisations. Le document contient des recommandations relatives aux critères d'acceptabilité médicale basées sur les données cliniques et épidémiologiques les plus récentes et s'adresse aux responsables de l'élaboration des politiques, aux responsables des programmes de planification familiale et à la communauté scientifique. Il vise à fournir des éléments d'orientation aux programmes nationaux de planification familiale/santé reproductive pour la préparation de lignes directrices applicables à la fourniture de service en matière de contraception. Il doit être considéré comme un ouvrage de référence et non comme les directives elles-mêmes.

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

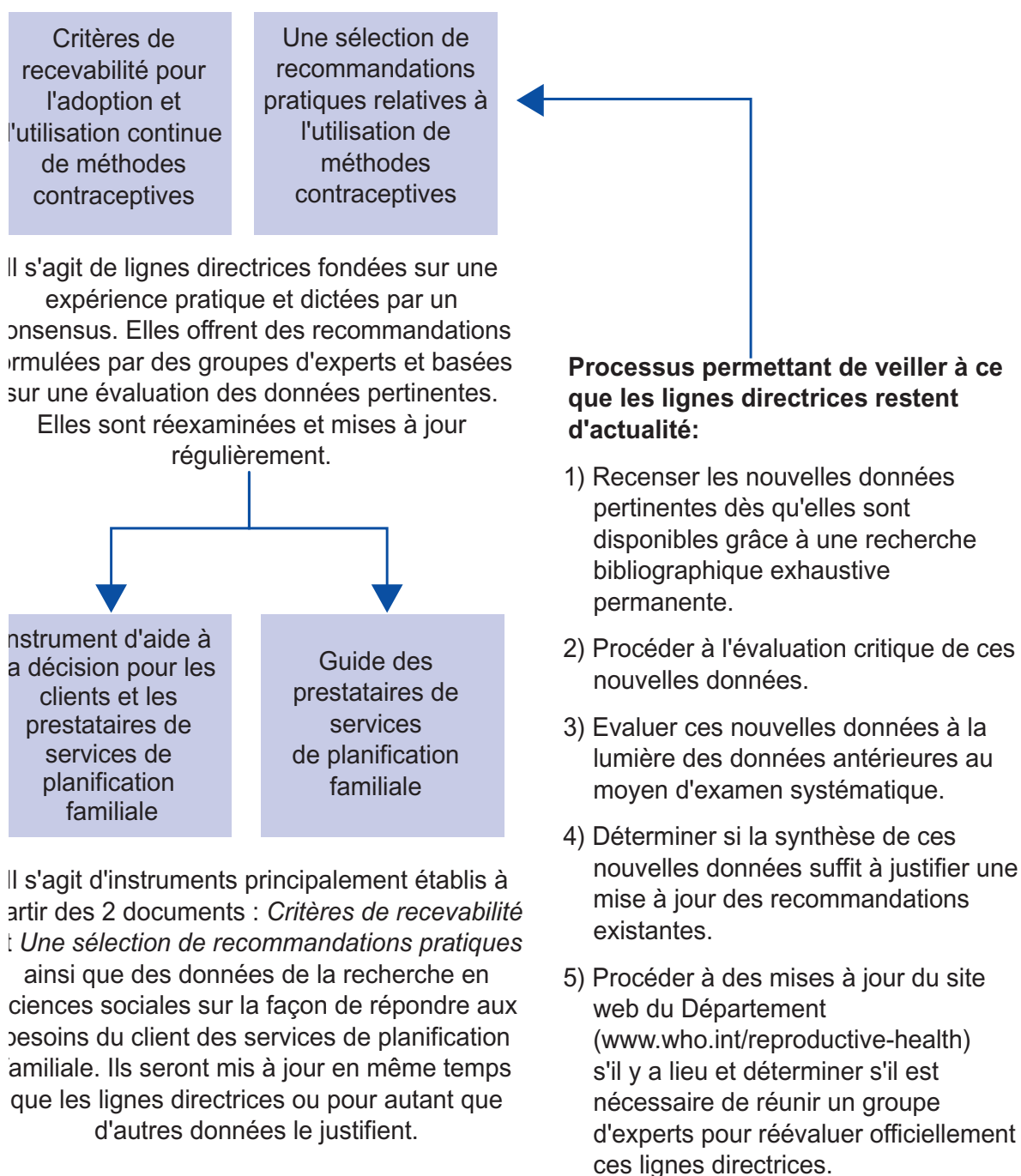
L'OMS a prévu d'actualiser et d'étoffer à intervalles réguliers les recommandations incluses dans ce document, en intégrant les conclusions des réunions de groupes d'experts organisées tous les 3 ou 4 ans, et l'apport sur une base ponctuelle du Groupe d'orientation pour les principes directeurs en matière de planification familiale. Ces recommandations seront disponibles sur le site web de l'OMS (www.who.int/reproductive-health), où l'on trouvera également d'autres informations jugées en rapport avec ces recommandations, en attendant la prochaine réunion officielle du Groupe de Travail de consensus. Ces mises à jour se justifient particulièrement, lorsqu'il s'agit de questions pour lesquelles la base de données est à même d'évoluer rapidement. L'OMS encourage les recherches visant à apporter des réponses aux questions non résolues, en vue d'établir des critères de recevabilité relatifs à l'utilisation de méthodes contraceptives. L'OMS invite également à formuler des commentaires et des suggestions en vue d'améliorer ces éléments d'orientation.

Vue d'ensemble

En 1999, l'OMS a analysé les éléments d'orientation qu'elle offrait en matière de planification familiale, et déterminé que la création de nouvelles lignes directrices basées sur des données concrètes était justifiée. En conséquence, l'OMS a entrepris d'élaborer une nouvelle série de lignes directrices reposant sur des données factuelles pour la planification familiale, en commençant par la deuxième édition du document *Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale : critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, publié en 2000. Les deux documents fondamentaux de cette nouvelle série (Figure 1) sont le présent document – *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* – où l'on indique qui peut utiliser sans danger telle ou telle méthode contraceptive, et *Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives*, qui précise comment utiliser sûrement et efficacement les différentes méthodes contraceptives. Ces deux documents fournissent des éléments d'orientation fondés sur des données concrètes, pour le choix (*Critères de*

recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives) et l'utilisation (*Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives*) de méthodes contraceptives. Les troisième et quatrième documents fondamentaux, à savoir : *Instrument d'aide à la décision pour les clients et les prestataires de services de planification familiale* et le *Guide des prestataires de services de planification familiale* sont en préparation. Ils intégreront les *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* et *Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives*, et constitueront des outils pratiques destinés à améliorer la qualité du conseil et de la prestation de services en matière de planification familiale. C'est dans le contexte plus large des soins relatifs à la santé sexuelle et reproductive que l'on fera la meilleure interprétation et le meilleur usage de ces quatre documents fondamentaux.

Figure 1. Les quatre guides essentiels de planification familiale



Finalité

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

Ce document ne prétend pas fournir des directives strictes mais plutôt des recommandations qui devraient permettre de rationaliser l'offre de moyens contraceptifs grâce aux données les plus actuelles sur l'innocuité de ces méthodes chez les personnes présentant certaines pathologies.

Compte tenu de l'extrême variabilité des situations nationales et des contextes programmatiques, il semble inopportun de fixer des directives strictes pour les critères applicables à l'utilisation des moyens contraceptifs. Il convient plutôt que les programmes nationaux utilisent ces éléments d'orientation et recommandations pour actualiser ou définir leurs propres principes directeurs à la lumière des politiques, des besoins, des priorités et des ressources nationales en matière de santé. L'intention est de permettre d'améliorer l'accès aux services de planification familiale et la qualité des services qu'ils offrent, à la fois sous l'angle du choix éclairé des utilisateurs et sous celui de la sécurité médicale. Ce travail d'adaptation n'est pas toujours facile, et le mieux est de le confier à des personnes qui sont bien au fait des conditions sanitaires, des comportements et de la culture au niveau local.

Toile de fond

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

Soins liés à la santé sexuelle et reproductive

« Les droits en matière de procréation correspondent à certains droits de l'homme déjà consacrés dans des législations nationales, dans des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et dans d'autres textes des Nations Unies adoptés par consensus. Ces droits reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et de toutes les personnes de décider librement et de façon responsable du nombre et de l'espacement des naissances et d'être informés sur les moyens d'y parvenir, ainsi que le droit aux meilleurs conditions de santé possibles tant sur le plan de la de sexualité que sur le plan de la procréation. » (paragraphe 95, Programme d'action de Beijing, 1995)

Les soins liés à la santé sexuelle et génésique, notamment les services de planification familiale et l'information, sont reconnus non seulement comme une intervention essentielle permettant d'améliorer la santé des hommes, des femmes et des enfants, mais également comme un droit fondamental. Tout individu a le droit d'avoir accès aux progrès scientifiques et d'en bénéficier pour choisir une méthode

de planification familiale. Une telle approche pour la fourniture de moyens contraceptifs suppose la prise en compte des clients d'un point de vue global, en considérant leurs besoins en matière de soins de santé sexuelle et génésique mais aussi en étudiant l'ensemble des critères leur permettant de choisir et d'utiliser une méthode de planification familiale.

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

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

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

Ce document s'intéresse surtout aux critères d'acceptabilité médicale, mais il existe de nombreux autres facteurs dont il faut également tenir compte pour fournir une méthode adaptée, notamment les critères suivants de prestation de services qui s'appliquent systématiquement à l'adoption et au suivi de toutes les méthodes contraceptives employées.

- a) Les clients doivent être dûment informés afin de pouvoir choisir une méthode de contraception déterminée librement et en toute connaissance de cause. Cette information doit porter au minimum sur les aspects suivants : compréhension de l'efficacité relative de la méthode ; utilisation correcte de cette méthode ; manière dont elle opère ; effets secondaires courants ; risques et bénéfices pour la santé de cette méthode ; signes et symptômes nécessitant une consultation au dispensaire ; retour de la fécondité après arrêt de la méthode ; et protection contre les IST.
- b) Il faut disposer d'un personnel correctement formé et d'installations suffisamment équipées pour les méthodes qui nécessitent une intervention chirurgicale, une insertion, et/ou un retrait (stérilisation, implants, DIU, diaphragme, cape cervicale) et observer des mesures de prévention des infections appropriées.
- c) Il convient de gérer et de stocker un matériel et des fournitures appropriés en quantité suffisante (par exemple, moyens contraceptifs, matériel et fournitures pour la prévention des infections).

- d) Il convient de fournir des directives (ou des fiches clients et autres dispositifs de dépistage) aux prestataires de service de manière à ce qu'ils puissent détecter les pathologies pour lesquelles l'emploi de certaines méthodes contraceptives est susceptible de présenter des risques inacceptables pour la santé.
- e) Les prestataires de service doivent être entraînés au conseil en matière de planification familiale pour aider leurs clients à prendre librement des décisions en toute connaissance de cause. Élément clef de la qualité des soins, le conseil joue également un rôle important lors de l'adoption d'une méthode contraceptive et au cours des visites de suivi ; il doit répondre aux attentes des clients non seulement pour ce qui est de la contraception, mais aussi sur le plan de la sexualité et de la prévention des IST, notamment de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

Efficacité des méthodes

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

Tableau 1. Pourcentage de femmes concernées par une grossesse non intentionnelle dans la première année d'utilisation de la contraception, et pourcentage de celles qui poursuivent la contraception à la fin de la première année, Etats-Unis d'Amérique.

Méthode (1)	% de femmes concernées par une grossesse non intentionnelle durant la première année d'utilisation		% de femmes poursuivant leur méthode contraceptive après un an d'utilisation ³ (4)
	Emploi typique ¹ (2)	Utilisation parfaite ² (3)	
Aucune méthode ⁴	85	85	
Spermicides ⁵	29	18	42
Retrait	27	4	43
Abstinence périodique	25		51
Calendrier		9	
Ovulation		3	
Symptothermique ⁶		2	
Après ovulation		1	
Cape ⁷			
Femmes uni/multipares	32	26	46
Femmes nullipares	16	9	57
Eponge			
Femmes uni/multipares	32	20	46
Femmes nullipares	16	9	57
Diaphragme ⁷	16	6	57
Préservatif ⁸			
Féminin (Reality)	21	5	49
Masculin	15	2	53
Pilule combinée et minipilule	8	0.3	68
Patch œstroprogestatif (Evra)	8	0.3	68
Anneau œstroprogestatif (NuvaRing)	8	0.3	68
AMPR (Depo-Provera)	3	0.3	56
Contraceptifs injectables combinés (Lunelle)	3	0.05	56
DIU			
ParaGard (T au cuivre)	0.8	0.6	78
Mirena (LNG-SIU)	0.1	0.1	81
Implants LNG (Norplant, Norplant-2/Jadelle)	0.05	0.05	84
Stérilisation féminine	0.5	0.5	100
Stérilisation masculine	0.15	0.10	100

Pilules pour la contraception d'urgence : Instauré dans les 72 heures qui suivent un rapport non protégé, ce traitement réduit d'au moins 75% le risque de grossesse.

Méthode de l'aménorrhée lactationnelle : méthode *temporaire* de contraception, très efficace.⁹

Source: Trussell J. Contraceptive efficacy. Dans : Hatcher RA, et al., *Contraceptive technology: eighteenth revised edition*. New York NY: Ardent Media, 2004.

Note: Tableau adapté du document d'origine. Le titre du tableau a été changé, les appellations commerciales ont été remplacées par les noms génériques, et les notes ont été modifiées.

Notes:

- ¹ Chez les couples *typiques* qui adoptent une méthode (pas forcément pour la première fois), pourcentage de survenue d'une grossesse accidentelle au cours de la première année d'utilisation en l'absence d'interruption de la contraception pour n'importe quelle autre raison. Les estimations de la probabilité d'une grossesse au cours de la première année d'une utilisation normale de spermicides, de la méthode du retrait, de l'abstinence périodique, du diaphragme, du préservatif masculin, de la pilule, et de Depo-Provera, sont extraites de l'étude réalisée en 1995 : National Survey of Family Growth, corrigées de façon à tenir compte de la sous-notification des avortements; se reporter au document source (Trussel J, 2004) cité ci-dessus pour avoir l'origine des estimations relatives aux autres méthodes.
- ² Chez les couples qui adoptent une méthode (pas forcément pour la première fois) et l'utilisent de façon *parfaite* (régulièrement et correctement), pourcentage de survenue d'une grossesse accidentelle au cours de la première année d'utilisation en l'absence d'interruption de la contraception pour n'importe quelle autre raison ; se reporter au document source (Trussel J, 2004) cité ci-dessus pour avoir l'origine des estimations relatives aux autres méthodes.
- ³ Chez les couples voulant éviter une grossesse, pourcentage de ceux qui continuent d'utiliser une méthode pendant 1 an.
- ⁴ Le pourcentage des femmes concernées par une grossesse, figurant aux colonnes (2) et (3), est fondé sur les données se rapportant aux populations n'utilisant pas la contraception, et aux femmes qui interrompent leur contraception pour être enceintes. Parmi les populations n'utilisant pas la contraception, environ 89% sont enceintes dans un délai d'1 an. Cette estimation a été légèrement abaissée (à 85%) de façon à prendre en compte le pourcentage de grossesses intervenant dans ce délai d'1 an chez les femmes passées à des méthodes réversibles de contraception, en cas d'abandon de la contraception.
- ⁵ Mousses, crèmes, gels, suppositoires vaginaux, et film vaginal.
- ⁶ Méthode de la glaire cervicale (ovulation), complétée par la méthode du calendrier dans la période pré-ovulatoire et par la méthode de la température corporelle dans la période post-ovulatoire.
- ⁷ Avec crème ou gel spermicide.
- ⁸ Sans spermicides.
- ⁹ Toutefois, afin de rester efficacement protégée contre la grossesse, il convient d'utiliser une autre méthode de contraception dès le retour des règles, la réduction de la fréquence ou de la durée des tétées, l'introduction de l'alimentation au biberon, ou dès que le nourrisson parvient à l'âge de 6 mois.

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

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

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

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

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

* La double protection est vivement recommandée afin de se prémunir contre le VIH/SIDA et les autres IST, lorsqu'il existe un risque de transmission du VIH/des IST. Pour cela, associer l'utilisation du préservatif à d'autres méthodes; ou utiliser le préservatif seul, mais correctement et régulièrement.

Retour de la fécondité

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

IST et contraception : la double protection

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

Méthode de travail

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

La première révision du document de 1996 faisait suite aux recommandations formulées lors d'une réunion d'un Groupe de Travail scientifique qui s'était tenue à l'OMS du 8 au 10 mars 2000 et qui avait rassemblé 32 participants venus de 17 pays, dont des représentants de nombreuses institutions et organisations. Ce Groupe avait examiné les données nouvelles apparues depuis les réunions de 1994 et 1995. Un examen systématique de la littérature la plus récente mené dans l'intention de recenser et de résumer les données nouvelles en rapport avec les critères d'acceptabilité médicale des méthodes contraceptives, en avait été le principal outil.

Cette troisième édition du document intègre les recommandations formulées lors de la réunion à l'OMS d'un groupe d'experts, qui s'est tenue du 21 au 24 octobre 2003 et qui a rassemblé 36 participants venus de 18 pays, dont des représentants de nombreuses institutions et organisations.

Ce groupe d'experts était composé de spécialistes internationaux de la planification familiale, y compris des cliniciens, des épidémiologistes, des décideurs, et des experts de programmes. Le groupe comprenait également des spécialistes du recensement et de la synthèse des données, ainsi que des utilisateurs de ce document d'orientation. Un Groupe d'orientation a été créé spécialement pour l'élaboration de cette édition. L'ensemble des membres du Groupe de Travail ont été invités à déclarer l'existence de conflits d'intérêts, mais il n'en a été déclaré aucun.

Utilisant un système d'inventaire en continu des données issues de la recherche (the Continuous Identification of Research Evidence – CIRE, www.infoforhealth.org/cire/cire_pub.pl), l'OMS a recensé 151 recommandations pour lesquelles des données nouvelles étaient apparues depuis la publication de la deuxième édition. L'Organisation a en outre décidé de définir des recommandations relatives à trois autres pathologies et à trois nouvelles méthodes contraceptives, et de les inclure dans cette troisième édition. Des examens systématiques ont été effectués afin d'évaluer l'ensemble des données relatives à ces 151 recommandations ainsi qu'aux 3 autres pathologies et méthodes contraceptives. Une recherche systématique, exhaustive sur des bases de données bibliographiques, telles que MEDLINE, a permis de retrouver l'ensemble des études déjà publiées, à la date d'août 2003, décrivant l'utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes présentant certaines pathologies (par ex: le risque d'accident vasculaire cérébral chez les migraineuses utilisant des COC). L'objectif de cet examen systématique était de recenser les preuves directes du bien fondé de l'utilisation des méthodes contraceptives chez des femmes présentant certaines pathologies. Lorsque les preuves directes recherchées n'étaient pas disponibles, on a obtenu des éléments d'information sur les preuves indirectes ou les aspects théoriques. Les données ont été classées en fonction de la qualité et de la valeur, au moyen du système GRADE (Grades of Recommendation Assessment, Development and Evaluation – www.gradeworkinggroup.org). Le classement des données a été fourni au Groupe de Travail, recommandation par recommandation. Les questions de coût ont été étudiées sous l'angle de la disponibilité et de l'accessibilité des services de contraception, et des éventuelles contraintes en matière de ressources. Le Groupe de Travail a également examiné les implications programmatiques des recommandations. Ces recommandations sont principalement axées sur les questions d'innocuité/ de sécurité, qu'il a fallu examiner en prenant en compte l'aspect de l'applicabilité dans des contextes divers.

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

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

Lorsque le Groupe de Travail a procédé à un examen systématique des données à prendre en compte pour la formulation d'une recommandation, ces données sont citées dans le document en même temps que la recommandation. Les recommandations pour lesquelles aucune donnée n'est citée sont fondées sur l'avis des experts et/ou sur les données obtenues autrement que par les examens systématiques. Comme indiqué ci-dessous, plus de 1000 recommandations n'ont subi aucune modification par rapport à la première édition. Les données fournies aux groupes de travail de 1994 et de 1995 et utilisées pour l'élaboration de la première édition avaient été consignées dans une série de documents de travail rédigés à cet effet.

La deuxième édition comprenait 1287 recommandations, qui sont largement utilisées au niveau

mondial. En conséquence, l'OMS a considéré que tout changement devait être fondé sur des données nouvelles, sauf en cas d'impossibilité absolue. Le Groupe d'orientation, qui s'est réuni le 21 octobre 2003, a suggéré que le groupe d'experts examine uniquement les recommandations de la deuxième édition pour lesquelles il y avait apport de nouvelles données ou d'arguments irréfutables. Le Groupe de Travail s'est rallié à cette suggestion le 22 octobre, et a donc axé le reste de sa réunion sur 151 recommandations, trois autres pathologies et trois nouvelles méthodes contraceptives.

Le Groupe de Travail a été chargé de déterminer les critères d'acceptabilité de chaque méthode de contraception par rapport à chaque pathologie en choisissant une catégorie (1 à 4 comme indiqué ci-dessous). Lorsque le Groupe de Travail a considéré qu'il fallait ajouter des éléments d'orientation à la catégorie, ils ont été fournis sous "Explications complémentaires". Les données nouvelles soumises à l'examen du Groupe de Travail sont résumées et présentées sous "Données", dans la colonne marquée "Explications complémentaires/données". En outre, des observations formulées par le Secrétariat de l'OMS sur certaines méthodes/pathologies, figurent à la fin de chaque section.

La liste finale comprenant 1705 recommandations a été approuvée par l'ensemble des membres du groupe d'orientation et du Groupe de Travail, à la fin de la réunion, le 24 octobre 2003.

Instructions d'utilisation

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

A l'échelon pays et au sein des programmes, les éléments d'orientation consignés dans ce document devront être interprétés de façon à tenir compte de la diversité des situations et des contextes dans lesquels les contraceptifs sont fournis. Au cours de ce processus, il est peu probable que la catégorisation soit modifiée. En revanche, à l'échelon pays, des variantes seront très probablement introduites dans l'application des catégories. En particulier, il faudra prendre en considération le volume des connaissances cliniques et l'expérience des divers types de prestataires ainsi que les ressources disponibles là où s'effectue la prestation de services.

Utilisation des tableaux

Le Groupe de Travail a examiné les critères médicaux à retenir pour l'adoption et la continuation de telle ou telle méthode. La question des critères à retenir pour la continuation d'une méthode a une importance clinique lorsqu'une femme développe la pathologie en question alors qu'elle utilise cette méthode. Lorsque le Groupe de Travail a déterminé que "adoption" et "continuation" devaient faire l'objet de deux catégories différentes, des colonnes ont été créées, indiquant "A" et "C". Sinon, il n'y a qu'une seule et même catégorie pour adoption et continuation de la méthode.

A partir de ce système de classification, les critères d'acceptabilité retenus pour l'adoption et la continuation d'une méthode contraceptive donnée sont présentés dans ce document sous forme d'une série de tableaux. La première colonne correspond à l'état ou la caractéristique qui, dans plusieurs cas a été subdivisé selon le degré de gravité. Dans la deuxième colonne, on a classé l'état en vue de l'adoption et/ou de la continuation de la méthode dans l'une des quatre catégories décrites ci-dessous. Le cas échéant, on trouvera dans la troisième colonne des explications complémentaires ou des preuves concernant la classification telle qu'elle est exposée plus haut.

A la fin du document, un récapitulatif donne les critères de recevabilité médicale par état/caractéristiques, pour les méthodes hormonales et les DIU. A la fin de cette section, on trouvera un récapitulatif des états/caractéristiques qui ont été révisés pour cette troisième édition.

METHODE CONTRACEPTIVE		
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A = Adoption C = Continuation	EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
Etat	Etat rangé dans les catégories 1 à 4 Les catégories relatives aux méthodes naturelles et à la stérilisation chirurgicale sont décrites au début des sections correspondantes	Explications complémentaires et données concernant cette classification

“NA” indique un état que le Groupe de Travail n’a pas rangé dans une catégorie mais sur lequel des explications complémentaires ont été fournies.

Catégorisation

Dans ce document, les critères d’acceptabilité médicale ont été fondés sur l’approche décrite précédemment et visent à assurer une marge de sécurité suffisante.

Par état, on entend des caractéristiques individuelles (par ex., âge, antécédents gestationnels) ou une pathologie préexistante connue (par ex., diabète, hypertension). En principe, les services nationaux et institutionnels de santé décideront des modalités de dépistage les mieux adaptées compte tenu de l’importance de tel ou tel état du point de vue de la santé publique. Souvent, le mieux sera de prendre en compte les antécédents du client.

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

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

Utilisation des catégories dans la pratique

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

Là où les moyens d'évaluation clinique sont limités, dans les services communautaires par exemple, on pourra ramener le nombre des catégories de 4 à 2. Ainsi, une classification de Catégorie 3 indique qu'une femme ne répond pas aux critères médicaux retenus pour l'utilisation de la méthode concernée.

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

Incidences programmatiques

Les questions programmatiques à prendre en compte sont les suivantes:

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

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

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

Clients ayant des besoins particuliers

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

Adolescents

En général, les adolescents peuvent utiliser n'importe quelle méthode de contraception et doivent avoir accès à un choix étendu. L'âge ne constitue pas à lui seul une raison médicale permettant de refuser une méthode à un adolescent. Si certaines inquiétudes ont été exprimées concernant l'utilisation de certaines méthodes contraceptives chez l'adolescent (par ex., l'emploi des progestatifs seuls injectables par les moins de 18 ans), elles doivent être pesées en regard des avantages présentés par le fait d'éviter une grossesse. Il est clair que bon nombre des critères d'acceptabilité qui s'appliquent aux clients plus âgés s'appliquent également aux jeunes. Toutefois, certaines affections (par ex., troubles cardio-vasculaires) qui peuvent limiter l'utilisation de certaines méthodes chez les femmes plus âgées ne touchent en général pas les personnes jeunes puisque ces affections sont rares dans cette classe d'âge. Les considérations d'ordre social et comportemental sont importantes pour le choix des méthodes contraceptives chez l'adolescent. Par exemple, dans certaines situations, les adolescents courent un risque accru d'IST, notamment d'infection par le VIH. Si les adolescents peuvent choisir d'utiliser n'importe laquelle des méthodes disponibles dans leurs communautés, dans certains cas, le fait d'utiliser des méthodes qui n'exigent pas une prise quotidienne peut être plus approprié. On a montré que les adolescents, qu'ils soient mariés ou non, toléraient moins bien les effets secondaires et présentaient donc des taux d'abandon importants. Le choix de la méthode peut également être influencé chez eux par des facteurs tels que le caractère sporadique des rapports et la nécessité de dissimuler une activité sexuelle et le recours à une contraception. Par exemple, les adolescents sexuellement actifs qui ne sont pas mariés ont des besoins très différents de ceux qui sont mariés et qui veulent différer, espacer ou limiter les naissances. Le fait d'accroître le nombre de méthodes offertes fera que la contraception satisfera mieux les besoins, sera mieux acceptée et davantage utilisée. Un enseignement et des conseils prodigués avant et au moment du choix d'une méthode permettront aux adolescents de répondre à leurs problèmes particuliers et de prendre des décisions volontairement en toute connaissance de cause. Il faut tout faire pour éviter que le coût des services et des méthodes limite les possibilités de choix.

Récapitulatif des modifications, par rapport à la deuxième édition

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

Certains des critères d'acceptabilité présentés dans ce rapport devront évidemment être revus à la lumière des résultats de recherche qui sont sur le point d'aboutir ou qui sont actuellement en cours. Il est donc prévu d'actualiser ce document à intervalles réguliers, de façon à prendre en compte les toutes dernières données et conclusions issues de la recherche.

Tableau 3. Récapitulatif des modifications, par rapport à la deuxième édition

(Etats/caractéristiques pour lesquels on a modifié la classification concernant une ou plusieurs méthodes, ou dont la description a fait l'objet d'un remaniement majeur. Les classifications modifiées sont en bleu).

ETAT/ CARACTERISTIQUES	COC	CIC	PS	AMPR NET-EN	LNG/ ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
A = Adoption, C = Continuation							
CARACTERISTIQUES PERSONNELLES ET ANTECEDENTS GENESIQES							
OBESITE Indice de masse corporelle (IMC) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$	2	2	1	1	1	1	1
PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE							
MUTATIONS THROMBO-GENIQUES AVEREES (par ex : Facteur V Leiden ; mutation du Facteur II ; déficit en protéine S, en protéine C ou en antithrombine)	4	4	2	2	2	1	2
ETATS DEPRESSIFS							
ETATS DEPRESSIFS	1	1	1	1	1	1	1
INFECTIONS ET PATHOLOGIES DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR							
FIBROMES UTERINS							
a) Sans déformation de la cavité utérine	1	1	1	1	1	1	1
b) Avec déformation de la cavité utérine	1	1	1	1	1	4	4
MALADIE INFLAMMATOIRE PELVIENNE (MIP)							
a) Antécédents de MIP (sans facteurs de risque actuels d'IST)						A	C
(i) avec grossesse ultérieure	1	1	1	1	1	1	1
(ii) sans grossesse ultérieure	1	1	1	1	1	2	2
b) MIP - en cours	1	1	1	1	1	4	2

ÉTAT/ CARACTERISTIQUES	COC	CIC	PS	AMPR NET-EN	LNG/ ETG	DIU-Cu		DIU-LNG	
A = Adoption, C = Continuation									
IST						A	C	A	C
a) Cervicite purulente en cours ou infection à chlamydia ou gonococcie en cours	1	1	1	1	1	4	2	4	2
b) Autres IST (à l'exception de l'infection à VIH et de l'hépatite)	1	1	1	1	1	2	2	2	2
c) Vaginite (y compris Trichomonas vaginalis et vaginose bactérienne)	1	1	1	1	1	2	2	2	2
d) Risque accru d'IST	1	1	1	1	1	2/3	2	2/3	2
VIH/SIDA									
						A	C	A	C
RISQUE ELEVE D'INFECTION A VIH	1	1	1	1	1	2	2	2	2
INFECTION A VIH	1	1	1	1	1	2	2	2	2
SIDA	1	1	1	1	1	3	2	3	2
État clinique satisfaisant sous traitement ARV	Voir TRAITEMENTS ANTIRÉTROVIRAUX ci-dessous					2	2	2	2
INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES									
MEDICAMENTS AYANT UNE ACTION SUR LES ENZYMES HEPATIQUES									
a) Rifampicine	3	2	3	2	3	1		1	
b) Certains anticonvulsivants (phénytoïne, carbamazépine, barbituriques, primidone, topiramate, oxcarbazépine)	3	2	3	2	3	1		1	
ANTIBIOTIQUES (à l'exclusion de la rifampicine)									
a) Griséofulvine	2	1	2	1	2	1		1	
b) Autres antibiotiques	1	1	1	1	1	1		1	
TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL						A	C	A	C
	2	2	2	2	2	2/3	2	2/3	2

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

1. Patch, anneau, et implants libérant de l'étonogestrel

Trois méthodes (patch, anneau, et implants libérant de l'étonogestrel) ont été ajoutées. Patch et anneau sont regroupés avec les CIC, mais classés dans la même catégorie que les COC. Les implants libérant de l'étonogestrel sont regroupés avec les implants libérant du lévonorgestrel, et classés dans la même catégorie.

2. Méthodes mécaniques

En ce qui concerne les états "risque élevé d'infection à VIH", "infection à VIH" et "SIDA", l'utilisation des spermicides est en Catégorie 4.

En ce qui concerne les états "risque élevé d'infection à VIH", "infection à VIH" et "SIDA", le diaphragme (avec spermicide) et la cape cervicale sont en Catégorie 3.

3. Stérilisation féminine chirurgicale

L'état "Mutations thrombogéniques avérées (par ex : Facteur V Leiden; mutation du facteur II ; déficit en protéine S, en protéine C ou en antithrombine)" a été ajouté, et est dans la Catégorie A.

"Etats dépressifs" a été ajouté et est dans la Catégorie C.

En ce qui concerne l'état "Autres IST (à l'exclusion du VIH et de l'hépatite)", la stérilisation féminine chirurgicale est en Catégorie A.

En ce qui concerne l'état "Chirurgie pelvienne ou abdominale", la stérilisation féminine chirurgicale est en Catégorie C.

4. Stérilisation masculine chirurgicale

La caractéristique "jeune âge" a été ajoutée, et est en Catégorie C.

"Etats dépressifs" a été ajouté, et est dans la Catégorie C.

CARACTERISTIQUES PERSONNELLES ET SANTE GENESIQUE	1
Grossesse	1
Age	1
Parité	1
Allaitement au sein	1
Post-partum	1
Post-abortum	1
Antécédents de grossesse extra-utérine	2
Antécédents de chirurgie pelvienne	2
Tabagisme	2
Obésité	2
Mesure de la tension artérielle non disponible	2
PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE	2
Facteurs de risque multiples d'artériopathies cardio-vasculaires	2
Hypertension	3
Antécédents d'hypertension gravidique	3
Thrombose veineuse profonde (TVP)/Embolie pulmonaire (EP)	4
Mutations thrombogéniques avérées	4
Thrombose veineuse superficielle	4
Cardiopathie ischémique actuelle et antécédents de cardiopathie ischémique	4
Accident vasculaire cérébral	4
Hyperlipidémies avérées	5
Vulvulopathie cardiaque	5
AFFECTIONS NEUROLOGIQUES	5
Céphalées	5
Epilepsie	5
ETATS DEPRESSIFS	6
Etats dépressifs	6
INFECTIONS ET PATHOLOGIES DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR	6
Saignements vaginaux	6
Saignements vaginaux inexpliqués	6
Endométriose	6
Tumeurs ovariennes bénignes	6
Dysménorrhée sévère	6
Maladie trophoblastique	7
Ectropion du col utérin	7
Néoplasie intra-épithéliale du col utérin (NIC)	7
Cancer du col utérin	7
Pathologie du sein	7
Cancer de l'endomètre	7
Cancer de l'ovaire	7
Fibromes utérins	8
Maladie inflammatoire pelvienne (MIP)	8
IST	8
VIH/SIDA	8
Risque élevé de VIH	8
Infection à VIH	9
SIDA	9

AUTRES INFECTIONS	9
Schistosomiase	9
Tuberculose	9
Paludisme	9
TROUBLES ENDOCRINIENS	10
Diabète	10
Troubles thyroïdiens	10
PATHOLOGIES GASTRO-INTESTINALES	10
Cholécystopathie	10
Antécédents de cholestase	10
Hépatite virale	11
Cirrhose	11
Tumeurs hépatiques	11
ANEMIES	11
Thalassémie	11
Drépanocytose	11
Anémie ferriprive	11
INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES	11
Médicaments ayant une action sur les enzymes hépatiques	11
Antibiotiques	11
Traitement antirétroviral	12
Observations complémentaires	13
Bibliographie : contraceptifs oraux combinés (COC) minidosés	16

CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINES (COC) MINIDOSES

CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINES (COC) MINIDOSES ≤35 µg d'éthinylestradiol		Les COC n'offrent aucune protection contre les IST/le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.	
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation	EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES	
CARACTERISTIQUES PERSONNELLES ET SANTE GENESIQUE			
GROSSESSE	NA	Explication complémentaire : Le recours aux COC n'est pas nécessaire. On ne connaît pas d'effet nocif pour la mère, le déroulement de sa grossesse ou le fœtus en cas d'utilisation accidentelle des COC pendant la grossesse.	
AGE*			
a) Des premières règles à < 40 ans	1		
b) ≥ 40 ans	2		
PARITE			
a) Nullipare	1		
b) Uni/multipare	1		
ALLAITEMENT AU SEIN*			
a) < 6 semaines après l'accouchement	4		
b) De 6 semaines à 6 mois après l'accouchement (allaitement principalement au sein)	3		
c) ≥ 6 mois après l'accouchement	2		
POST-PARTUM* (chez les femmes qui n'allaitent pas)			
a) < 21 jours	3		
b) ≥ 21 jours	1		
POST-ABORTUM			
a) Avortement au premier trimestre	1	Explication complémentaire : La prise de COC peut débuter immédiatement après l'avortement.	
b) Avortement au deuxième trimestre	1		
c) Immédiatement après un avortement septique	1		

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINES (COC) MINIDOSES ≤35 µg d'éthinylestradiol		Les COC n'offrent aucune protection contre les IST/le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation	EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES
ANTECEDENTS DE GROSSESSE EXTRA-UTERINE*	1	
ANTECEDENTS DE CHIRURGIE PELVIENNE	1	
TABAGISME a) Age < 35 ans b) Age ≥ 35 ans (i) <15 cigarettes/jour (ii) ≥15 cigarettes/jour	2 3 4	Données : Les fumeuses, utilisatrices de COC, étaient plus exposées que les non fumeuses, au risque de pathologie cardio-vasculaire, en particulier d'infarctus du myocarde. Des études ont également montré que le risque d'infarctus du myocarde augmente avec l'âge et avec le nombre de cigarettes fumées chaque jour. ¹⁻¹²
OBESITE Indice de masse corporelle (IMC) ≥ 30kg/m ²	2	Données : Les femmes obèses utilisatrices de COC étaient plus exposées au risque de thrombo-embolie veineuse (TEV) que les non utilisatrices. Le risque absolu de TEV reste faible. On dispose de peu de données concernant les effets de l'obésité sur l'efficacité des COC. ^{6,13,14}
MESURE DE LA TENSION ARTERIELLE NON DISPONIBLE	NA	Explication complémentaire : Il est souhaitable de pouvoir mesurer la tension artérielle avant de débiter une contraception par les COC. Toutefois, dans certains endroits, il est impossible de mesurer la tension artérielle. Dans beaucoup d'entre eux, les risques de morbidité et de mortalité pendant la grossesse sont élevés et les COC constituent l'une des rares méthodes largement disponibles. En pareil cas, les femmes ne doivent pas se voir refuser les COC uniquement parce qu'on ne peut pas mesurer leur tension artérielle.
PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE		
FACTEURS DE RISQUE MULTIPLES D'ARTERIOPATHIES CARDIO-VASCULAIRES (par ex. âge, tabagisme, diabète et hypertension)	3/4	Explication complémentaire : Lorsqu'une femme présente plusieurs facteurs de risque importants, dont chacun augmente le risque de pathologie cardio-vasculaire de manière significative, les COC peuvent accroître ce risque jusqu'à le rendre inacceptable. Toutefois, il ne s'agit pas simplement d'additionner les catégories en cas de facteurs de risque multiples ; par exemple, l'association de deux facteurs de risque rangés dans la catégorie 2 ne justifie pas nécessairement une catégorie supérieure.

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINES (COC) MINIDOSES ≤35 µg d'éthinylestradiol		Les COC n'offrent aucune protection contre les IST/le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation	EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES
HYPERTENSION*		
Pour l'ensemble des catégories d'hypertension, les classifications partent du principe qu'il n'existe aucun autre facteur de risque cardio-vasculaire. La présence de facteurs de risque multiples peut accroître le risque de pathologie cardiovasculaire de manière significative. Une seule mesure de la tension artérielle ne suffit pas pour qu'une femme soit considérée comme hypertendue.		
a) Antécédents d'hypertension, lorsque la tension artérielle NE PEUT PAS être mesurée (y compris hypertension gravidique)	3	Explication complémentaire : Il est recommandé de déterminer au plus vite la cause et le degré de l'hypertension. Données : risque accru d'infarctus aigu du myocarde et d'accident vasculaire cérébral, constaté chez les femmes dont la tension n'a pas été contrôlée avant l'utilisation de COC. ¹⁵⁻¹⁹
b) Hypertension bien contrôlée, lorsque la tension artérielle PEUT être mesurée	3	Explication complémentaire : Les femmes traitées contre l'hypertension ont un risque moindre d'infarctus aigu du myocarde et d'accident vasculaire cérébral, par rapport aux femmes non traitées. Bien qu'on ne dispose d'aucune donnée en ce sens, les utilisatrices de COC dont l'hypertension est bien contrôlée devraient présenter un risque d'infarctus aigu du myocarde et d'accident vasculaire cérébral moins important que celles dont l'hypertension n'est pas traitée.
c) Tension artérielle élevée (mesurée correctement)		
(i) systolique 140-159 ou diastolique 90-99	3	Données : Chez les hypertendues, les utilisatrices de COC présentaient un risque accru d'accident vasculaire cérébral, d'infarctus du myocarde et d'artériopathie périphérique, par rapport à celles qui ne les utilisaient pas. ^{1, 3, 9-11, 15-31}
(ii) systolique ≥160 ou diastolique ≥100	4	
d) Pathologie vasculaire	4	
ANTECEDENTS D'HYPERTENSION GRAVIDIQUE. (lorsque la tension artérielle mesurée du moment est normale)	2	Données : Les femmes ayant des antécédents d'hypertension gravidique et utilisant des COC présentaient un risque accru d'infarctus du myocarde et de thrombo-embolie veineuse, par comparaison avec des utilisatrices de COC n'ayant aucun antécédent d'hypertension gravidique. Le risque absolu d'infarctus aigu du myocarde et de thrombo-embolie veineuse restait faible. ^{11, 17-19, 21, 32-37}

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINES (COC) MINIDOSES $\leq 35 \mu\text{g}$ d'éthinylestradiol		Les COC n'offrent aucune protection contre les IST/le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.	
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation	EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES	
THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE (TVP) / EMBOLIE PULMONAIRE (EP)*			
a) Antécédents de TVP/EP	4		
b) TVP/EP actuelle	4		
c) Antécédents familiaux de TVP/EP (parents au premier degré)	2		
d) Chirurgie majeure			
(i) avec immobilisation prolongée	4		
(ii) sans immobilisation prolongée	2		
e) Chirurgie mineure sans immobilisation	1		
MUTATIONS THROMBOGENIQUES AVEREES (par ex : Facteur V Leiden ; mutation du Facteur II ; déficit en protéine S, protéine C, ou antithrombine)	4	Explication complémentaire : le dépistage systématique n'est pas opportun, compte tenu de la rareté de ces pathologies, et du coût élevé du dépistage. Données : chez les femmes présentant des mutations thrombogéniques, le risque de thrombose était de 2 à 20 fois plus élevé chez les utilisatrices de COC que chez les non utilisatrices. ³⁸⁻⁵¹	
THROMBOSE VEINEUSE SUPERFICIELLE*			
a) Varices	1		
b) Thrombophlébite superficielle	2		
CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE ACTUELLE ET ANTECEDENTS DE CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE*	4		
ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL* (antécédents d'accident vasculaire cérébral)	4		

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINES (COC) MINIDOSES ≤35 µg d'éthinylestradiol		Les COC n'offrent aucune protection contre les IST/le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.	
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation		EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES
HYPERLIPIDEMIES AVEREES	2/3		Explication complémentaire : Il n'est pas opportun de procéder à un dépistage systématique compte tenu de la rareté de cette pathologie et du coût élevé du dépistage. Si certains types d'hyperlipidémies constituent des facteurs de risque de maladie vasculaire, la catégorie devra être appréciée en fonction du type d'hyperlipidémie, de sa gravité et de la présence d'autres facteurs de risque cardio-vasculaire.
VALVULOPATHIE CARDIAQUE*			
a) Non compliquée	2		
b) Compliquée (hypertension pulmonaire, fibrillation auriculaire, antécédents d'endocardite bactérienne sub-aiguë)	4		
AFFECTIONS NEUROLOGIQUES			
CEPHALEES*	A	C	
a) Non migraineuses (légères ou sévères)	1	2	Explication complémentaire : La classification repose sur un diagnostic précis de l'origine migraineuse ou non des céphalées sévères. Toute céphalée nouvelle ou modification marquée des céphalées doit être évaluée. Cette classification concerne les femmes ne présentant aucun autre facteur de risque d'accident vasculaire cérébral. Ce risque d'accident vasculaire cérébral augmente avec l'âge, l'hypertension et le tabagisme.
b) Migraine			Données : Chez les migraineuses, celles qui présentaient également des symptômes neurologiques focaux avaient un risque d'accident vasculaire cérébral plus important que celles qui n'en présentaient pas. ⁵²⁻⁵⁴ Chez les migraineuses toujours, celles qui utilisaient des COC avaient un risque d'accident vasculaire cérébral 2 à 4 fois plus élevé que celles qui ne les utilisaient pas. ^{20, 26-28, 53-58}
(i) sans aura			
Age < 35 ans	2	3	
Age ≥ 35 ans	3	4	
(ii) avec aura	4	4	
EPILEPSIE	1		Explication complémentaire : Si une femme prend des anticonvulsivants, se reporter à la section sur les interactions médicamenteuses. Certains anticonvulsivants réduisent l'efficacité des COC.

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINES (COC) MINIDOSES $\leq 35 \mu\text{g}$ d'éthinylestradiol		Les COC n'offrent aucune protection contre les IST/le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation	EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES
ETATS DEPRESSIFS		
ETATS DEPRESSIFS	1	Explication complémentaire : la classification repose sur des données concernant des femmes souffrant de certains troubles dépressifs. Aucune donnée sur le trouble bipolaire ou la dépression du post-partum n'était disponible. Interactions médicamenteuses possibles entre certains traitements antidépresseurs et les contraceptifs hormonaux. Données : il n'a pas été constaté d'accentuation des symptômes dépressifs chez les femmes dépressives utilisatrices de COC, par rapport aux bases de départ ou aux non utilisatrices souffrant de dépression. ⁵⁹⁻⁶¹
INFECTIONS ET PATHOLOGIES DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR		
SAIGNEMENTS VAGINAUX *		
a) Saignements irréguliers <i>peu abondants</i>	1	
b) Saignements abondants ou prolongés (y compris les saignements réguliers et irréguliers).	1	Explication complémentaire : Des saignements abondants inhabituels doivent amener à soupçonner une maladie sous-jacente grave.
SAIGNEMENTS VAGINAUX INEXPLIQUES* (suspicion de pathologie grave) Avant évaluation	2	Explication complémentaire : Si l'on soupçonne une grossesse ou une pathologie sous-jacente (comme une tumeur pelvienne maligne), il faut procéder à une évaluation, et modifier la catégorie en conséquence.
ENDOMETRIOSE*	1	
TUMEURS OVARIENNES BENIGNES (y compris les kystes)	1	
DYSMENORRHEE SEVERE	1	Données : Aucun risque accru d'effets indésirables liés à l'utilisation de COC chez les utilisatrices souffrant d'une dysménorrhée, par rapport aux non utilisatrices. Chez certaines utilisatrices de COC, la douleur et les saignements étaient moins importants. ^{62, 63}

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINES (COC) MINIDOSES ≤35 µg d'éthinylestradiol		Les COC n'offrent aucune protection contre les IST/le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.	
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation	EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES	
MALADIE TROPHOBLASTIQUE			
a) Maladie trophoblastique gestationnelle bénigne	1	Données : Chez les femmes atteintes de maladie trophoblastique gestationnelle bénigne ou maligne, il n'y avait aucune différence dans les temps moyens de normalisation de l'hCG ou dans l'incidence de la maladie trophoblastique postmolaire pour les utilisatrices de COC, par rapport aux utilisatrices de méthodes non hormonales. ⁶⁴⁻⁷¹	
b) Maladie trophoblastique gestationnelle maligne	1		
ECTROPION DU COL UTERIN*	1		
NEOPLASIE INTRA-EPITHELIALE DU COL UTERIN (NIC)	2	Données : Chez les femmes souffrant d'une infection à VPH persistante, l'utilisation prolongée de COC (≥ 5 ans) est susceptible d'accroître le risque de cancer <i>in situ</i> et de cancer invasif. ⁷²	
CANCER DU COL UTERIN* (avant traitement)	2		
PATHOLOGIE DU SEIN*			
a) Grosseur non diagnostiquée	2	Explication complémentaire : Il faut procéder à une évaluation dès que possible.	
b) Mastopathie bénigne	1		
c) Antécédents familiaux de cancer	1		
d) Cancer du sein		Données : Chez les utilisatrices de COC ayant des antécédents familiaux de cancer du sein, aucune augmentation du risque de carcinome mammaire n'a été constaté, par rapport aux non utilisatrices de COC. ⁷³⁻⁸⁰ Chez les femmes concernées par des mutations du BRCA1, les utilisatrices de COC ont peut-être un risque légèrement plus élevé de cancer du sein, que les non utilisatrices. ⁸¹⁻⁸³	
(i) en cours	4		
(ii) cancer en rémission depuis 5 ans	3		
CANCER DE L'ENDOMETRE*	1		
CANCER DE L'OVAIRE*	1		

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINES (COC) MINIDOSES $\leq 35 \mu\text{g}$ d'éthinylestradiol		Les COC n'offrent aucune protection contre les IST/le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.	
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation	EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES	
FIBROMES UTERINS*			
a) Sans déformation de la cavité utérine	1		
b) Avec déformation de la cavité utérine	1		
MALADIE INFLAMMATOIRE PELVIENNE (MIP)*			
a) Antécédents de MIP (sans facteurs de risque actuels d'IST)			
(i) avec grossesse ultérieure	1		
(ii) sans grossesse ultérieure	1		
b) MIP en cours	1		
IST*			
a) Cervicite purulente en cours, ou infection à chlamydia ou gonococcie en cours	1		
b) Autres IST (à l'exclusion du VIH et de l'hépatite)	1		
c) Vaginite (y compris Trichomonas vaginalis et vaginose bactérienne)	1		
d) Risque accru d'IST	1		Données : Eventualité d'un risque accru de cervicite à chlamydia chez les femmes utilisatrices de COC et à risque élevé d'IST. En ce qui concerne les autres IST, il y a soit des données montrant qu'il n'y a aucune association entre l'utilisation de COC et le fait de contracter une IST, soit des données trop limitées pour en tirer des conclusions. ⁸⁴⁻¹⁶⁰
VIH/SIDA			
RISQUE ELEVE DE VIH*	1		Données : Globalement, les données manquent d'uniformité en ce qui concerne l'intensification de la vulnérabilité au VIH des utilisatrices de COC, par rapport aux non utilisatrices. ¹⁶¹⁻¹⁹⁸

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINES (COC) MINIDOSES ≤35 µg d'éthinylestradiol		Les COC n'offrent aucune protection contre les IST/le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation	EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES
INFECTION A VIH	1	Données : Des données limitées portent à croire à l'absence de lien entre utilisation de COC et modification du niveau d'ARN et du nombre de CD4 chez les femmes infectées par le VIH. En outre, les données limitées disponibles montrent l'absence de lien entre utilisation de COC et transmission femme/homme du VIH; par ailleurs les résultats sont mitigés en ce qui concerne le risque accru d'excrétion virale (VIH, et VHS – virus herpes simplex) chez les femmes infectées par le VIH utilisant une contraception à base d'hormones. ^{161, 199–204}
SIDA Sous traitement ARV	1 2	Explication complémentaire : Dans le cas d'une femme sous traitement antirétroviral (ARV), se reporter à la section sur les interactions médicamenteuses. Compte tenu du risque d'interactions médicamenteuses entre les contraceptifs hormonaux et les ARV, le SIDA avec traitement ARV est rangé en Catégorie 2.
AUTRES INFECTIONS		
SCHISTOSOMIASE		
a) Non compliquée	1	Données : Chez les femmes présentant une schistosomiase non compliquée, l'utilisation de COC n'avait pas d'effets secondaires sur la fonction hépatique. ^{205–211}
b) Fibrose hépatique (en cas d'atteinte grave, voir Cirrhose)	1	
TUBERCULOSE		
a) Non génito-urinaire	1	Explication complémentaire : Si une femme prend de la rifampicine, se reporter à la section sur les interactions médicamenteuses. La rifampicine est susceptible de réduire l'efficacité des COC.
b) Génito-urinaire avérée	1	
PALUDISME	1	

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINES (COC) MINIDOSES ≤35 µg d'éthinylestradiol		Les COC n'offrent aucune protection contre les IST/le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.	
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation	EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES	
TROUBLES ENDOCRINIENS			
DIABETE*			
a) Antécédents de diabète gestationnel	1		
b) Sans complication vasculaire			
(i) non-insulino dépendant	2		
(ii) insulino dépendant	2		
c) Néphropathie/ rétinopathie/ neuropathie	3/4	Explication complémentaire : La catégorie doit être appréciée en fonction de la gravité de la pathologie.	
d) Autre pathologie vasculaire ou diabète installé depuis plus de 20 ans	3/4	Explication complémentaire : La catégorie doit être appréciée en fonction de la gravité de la pathologie.	
TROUBLES THYROÏDIENS			
a) Goitre simple	1		
b) Hyperthyroïdie	1		
c) Hypothyroïdie	1		
PATHOLOGIES GASTRO-INTESTINALES			
CHOLECYSTOPATHIE*			
a) Symptomatique			
(i) traitée par cholécystectomie	2		
(ii) traitée médicalement	3		
(iii) en cours	3		
b) Asymptomatique	2		
ANTECEDENTS DE CHOLESTASE*			
a) En rapport avec la grossesse	2		
b) Liés à une utilisation passée de COC	3		

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINES (COC) MINIDOSÉS ≤35 µg d'éthinylestradiol		Les COC n'offrent aucune protection contre les IST/le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.	
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation	EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES	
HEPATITE VIRALE*			
a) Evolutive	4		
b) Chez le sujet porteur	1		
CIRRHOSE*			
a) Légère (compensée)	3		
b) Grave (décompensée)	4		
TUMEURS HEPATIQUES*			
a) Bénigne (adénome)	4		
b) Maligne (hépatome)	4		
ANEMIES			
THALASSEMIE*	1		
DREPANOCYTOSE	2		
ANEMIE FERRIPRIVE*	1		
INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES			
MEDICAMENTS AYANT UNE ACTION SUR LES ENZYMES HEPATIQUES			
a) Rifampicine	3		Explication complémentaire : Bien que l'interaction entre la rifampicine ou certains anticonvulsivants et les COC ne soit pas nocive pour les femmes, il est probable qu'elle diminue l'efficacité des COC. Les femmes qui utilisent les médicaments pendant longtemps devraient être incitées à utiliser d'autres moyens contraceptifs. On ne sait toujours pas si le fait d'augmenter le dosage hormonal des COC présente un intérêt. Données : L'utilisation de la rifampicine et de certains anticonvulsivants diminuait l'effet contraceptif des COC. ²¹²⁻²³⁷
b) Certains anticonvulsivants (phénytoïne, carbamazépine, barbituriques, primidone, topiramole, topiramate, et oxcarbazépine)	3		
ANTIBIOTIQUES (à l'exclusion de la rifampicine)			
a) Griséofulvine	2		Données : L'administration concomitante de la plupart des antibiotiques à large spectre ne modifiait pas l'effet contraceptif des COC. ²³⁸⁻²⁹⁰
b) Autres antibiotiques	1		

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINES (COC) MINIDOSES ≤35 µg d'éthinylestradiol	Les COC n'offrent aucune protection contre les IST/le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.	
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation	EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES
TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL	2	<p>Explication complémentaire : Il est important de noter que les médicaments antirétroviraux (ARV) sont susceptibles soit d'augmenter soit de diminuer la biodisponibilité des hormones stéroïdiennes dans les contraceptifs hormonaux. Les rares données disponibles (présentées à l'Annexe 1) laissent penser que d'éventuelles interactions médicamenteuses entre de nombreux ARV (en particulier certains inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse INNTI) et inhibiteurs de la protéase - IP) et les contraceptifs hormonaux pourraient compromettre l'innocuité et l'efficacité à la fois des contraceptifs hormonaux et des ARV eux-mêmes. On ne sait pas si le pouvoir contraceptif des progestatifs injectables seuls (par ex: acétate de médroxyprogestérone retard, et énantate de noréthistérone) pourrait ou non être altéré, du fait que ces méthodes induisent des taux hormonaux sanguins plus élevés que les autres contraceptifs à base de progestatifs seuls et que les contraceptifs oraux combinés. Des études sont en cours afin d'évaluer les éventuelles interactions entre l'acétate de médroxyprogestérone (forme retard à effet prolongé), et certains médicaments IP et INNTI. En conséquence, si une femme sous traitement antirétroviral décide d'adopter ou de poursuivre l'utilisation de contraceptifs hormonaux, on recommandera l'usage systématique du préservatif pour la prévention de la transmission du VIH et pour compenser une éventuelle réduction de l'efficacité du contraceptif hormonal.</p> <p>Données : Voir Annexe 1.</p>

Observations complémentaires

AGE

Des premières règles, à < 40 ans : les inquiétudes théoriques quant à l'utilisation des contraceptifs hormonaux combinés chez les jeunes adolescentes n'ont pas été confirmées par des preuves scientifiques.

≥ 40 ans : le risque de pathologie cardio-vasculaire augmente avec l'âge et peut également augmenter avec l'utilisation des contraceptifs hormonaux combinés. En l'absence d'autres affections cliniques défavorables, les contraceptifs hormonaux combinés peuvent être utilisés jusqu'à la ménopause.

ALLAITEMENT AU SEIN

< moins de 6 semaines après l'accouchement : il existe certaines craintes théoriques que le nouveau-né ne coure un risque par suite de l'exposition à des hormones stéroïdiennes pendant les 6 premières semaines du post-partum.

≥ de 6 semaines à < 6 mois après l'accouchement (allaitement au sein, principalement) : l'utilisation des COC chez les femmes qui allaitent diminue la production de lait, abaisse la durée de la lactation, et risque de ce fait d'avoir des effets négatifs sur la croissance du nourrisson

POST-PARTUM

< 21 jours : certaines craintes théoriques existent, concernant un lien éventuel entre l'utilisation de contraceptifs hormonaux combinés durant les 3 semaines qui suivent l'accouchement et le risque de thrombose chez la mère. La coagulation sanguine et la fibrinolyse sont essentiellement normalisées dans un délai de trois semaines après l'accouchement.

ANTECEDENTS DE GROSSESSE EXTRA-UTERINE

Le risque de grossesse extra-utérine est augmenté chez les femmes ayant des antécédents. Les contraceptifs hormonaux combinés offrent une protection contre la grossesse en général, et notamment contre la gestation extra-utérine.

HYPERTENSION

Pathologie vasculaire : chez les femmes qui présentent une pathologie vasculaire sous-jacente, il convient d'éviter le risque accru de thrombose artérielle associé aux contraceptifs hormonaux combinés.

THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE (TVP)/EMBOLIE PULMONAIRE (EP)

Antécédents familiaux de TVP/EP (premier degré de parenté) : certaines affections qui augmentent le risque de TVP/EP sont héréditaires.

Chirurgie lourde : l'importance du risque de TVP/EP associé à une intervention chirurgicale lourde dépend de la durée de l'immobilisation de la patiente. Il n'est pas nécessaire d'interrompre les contraceptifs hormonaux combinés, avant une stérilisation chirurgicale chez la femme.

THROMBOSE VEINEUSE SUPERFICIELLE

Varices : les varices ne constituent pas un facteur de risque de TVP/EP

CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE EN COURS ET ANTECEDENTS DE CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE

Chez les femmes présentant une pathologie vasculaire sous-jacente, il convient d'éviter le risque accru de thrombose lié à l'utilisation de contraceptifs hormonaux combinés.

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL

Chez les femmes présentant une pathologie vasculaire sous-jacente, il convient d'éviter le risque accru de thrombose lié à l'utilisation de contraceptifs hormonaux combinés.

VALVULOPATHIE CARDIAQUE

Chez les femmes atteintes de valvulopathie, l'utilisation des contraceptifs hormonaux combinés peut accroître le risque de thrombose artérielle ; les femmes atteintes de valvulopathie compliquée présentent un risque maximal.

CEPHALEES

L'aura correspond à un symptôme neurologique focal précis. Pour de plus amples informations à ce sujet, voir : Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. International classification of headache disorders, 2ème édition. *Cephalalgia*. 2004 ; 24 (Suppl.1) : 1-150.
http://216.25.100.131/ihscommon/guidelines/pdfs/ihc_II_main_no_print.pdf

SAIGNEMENTS VAGINAUX

Des irrégularités menstruelles s'observent couramment chez les femmes en bonne santé.

SAIGNEMENTS VAGINAUX INEXPLIQUES

Aucune pathologie provoquant des saignements vaginaux ne sera aggravée à court terme par l'utilisation de contraceptifs hormonaux combinés.

ENDOMETRIOSE

Les contraceptifs hormonaux combinés n'ont pas d'effet aggravant sur l'endométriose et peuvent en atténuer les symptômes.

ECTROPION DU COL UTERIN

L'ectropion du col utérin n'est pas un facteur de risque du cancer du col utérin. Pas de restriction à l'utilisation des contraceptifs hormonaux combinés.

CANCER DU COL UTERIN (avant traitement)

Il est théoriquement possible que l'utilisation des contraceptifs hormonaux combinés ait une incidence sur le pronostic de la maladie existante. En attendant un traitement, les femmes peuvent utiliser les contraceptifs hormonaux combinés. En général, le traitement de cette pathologie entraîne la stérilité.

PATHOLOGIE DU SEIN

Antécédents familiaux de cancer : les femmes présentant des mutations du BRCA1 ou du BRCA2 ont un risque de base plus élevé de cancer du sein, que les femmes qui ne présentent pas ces mutations. La plupart des femmes ayant des antécédents familiaux de cancer du sein ne présentent pas ces mutations.

Cancer du sein : le cancer du sein est une tumeur hormonodépendante, et chez les femmes frappées actuellement ou récemment par le cancer du sein, le pronostic peut être aggravé par l'utilisation des contraceptifs hormonaux combinés.

CANCER DE L'ENDOMETRE

Les COC réduisent les risques de cancer de l'endomètre. En attendant un traitement, les femmes peuvent utiliser les COC. En général, le traitement de cette pathologie entraîne la stérilité.

CANCER DE L'OVAIRE

Les COC réduisent le risque de cancer de l'ovaire. En attendant un traitement, les femmes peuvent utiliser les COC. En général, le traitement de cette pathologie entraîne la stérilité.

FIBROMES UTERINS

Les COC ne semblent pas favoriser le développement de fibromes utérins.

MALADIE INFLAMMATOIRE PELVIENNE (MIP)

Les COC peuvent réduire le risque de MIP chez les femmes présentant une IST, mais ils ne protègent pas contre le VIH ou les IST touchant les voies génitales basses.

IST

Les COC peuvent réduire le risque de MIP chez les femmes porteuses d'une IST, mais ils ne protègent pas contre le VIH ou les IST touchant les voies génitales basses.

RISQUE ELEVE DE VIH

Les COC peuvent réduire le risque de MIP chez les femmes porteuses d'une IST, mais ils ne protègent pas contre le VIH ou les IST touchant les voies génitales basses.

DIABETE

Bien que l'utilisation de contraceptifs hormonaux combinés puisse entraîner une modification de la tolérance aux hydrates de carbone, la principale inquiétude concerne la pathologie vasculaire associée au diabète et le risque supplémentaire de thrombose artérielle qu'entraîne l'utilisation des contraceptifs hormonaux combinés.

CHOLECYSTOPATHIE

Les COC peuvent majorer quelque peu le risque de cholécystopathie. Il se peut également qu'ils aggravent une cholécystopathie existante.

ANTECEDENTS DE CHOLESTASE

En rapport avec la grossesse : des antécédents de cholestase en rapport avec la grossesse peuvent laisser prévoir un risque accru de cholestase lié à l'utilisation de COC.

Liés à une utilisation passée de COC : des antécédents de cholestase laissent prévoir un risque accru en cas de réutilisation.

HEPATITE VIRALE

Evolutive : les COC sont métabolisés par le foie, et leur utilisation peut avoir des conséquences néfastes chez les femmes dont la fonction hépatique est déjà altérée.

CIRRHOSE

Les COC sont métabolisés par le foie, et leur utilisation peut avoir des conséquences néfastes chez les femmes dont la fonction hépatique est déjà altérée.

TUMEUR HEPATIQUE

Les COC sont métabolisés par le foie, et leur utilisation peut avoir des conséquences néfastes chez les femmes dont la fonction hépatique est déjà altérée. En outre, ils peuvent favoriser la prolifération des tumeurs.

THALASSEMIE

Dans les pays où la thalassémie est fréquente, certaines indications laissent penser que les COC n'aggravent pas cette affection.

ANEMIE FERRIPRIVE

Les COC peuvent diminuer le volume des pertes menstruelles.

Bibliographie : contraceptifs oraux combinés (COC) minidosés

1. Gillum LA, Mamidipudi SK, Johnston SC. Ischemic stroke risk with oral contraceptives: a meta-analysis. *JAMA*, 2000, 284:72-8.
2. Jick SS et al. Oral contraceptives and breast cancer. *British Journal of Cancer*, 1989, 59:618-21.
3. Khader YS et al. Oral contraceptives use and the risk of myocardial infarction: a meta-analysis. *Contraception*, 2003, 68:11-7.
4. Lawson DH, Davidson JF, Jick H. Oral contraceptive use and venous thromboembolism: absence of an effect of smoking. *BMJ*, 1977, 2:729-30.
5. Lidegaard O, Edstrom B, Kreiner S. Oral contraceptives and venous thromboembolism. A case-control study. *Contraception*, 1998, 57:291-301.
6. Nightingale AL et al. The effects of age, body mass index, smoking and general health on the risk of venous thromboembolism in users of combined oral contraceptives. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2000, 5:265-74.
7. Petitti DB et al. Risk of vascular disease in women. Smoking, oral contraceptives, noncontraceptive estrogens, and other factors. *JAMA*, 1979, 242:1150-4.
8. Straneva P et al. Smoking, oral contraceptives, and cardiovascular reactivity to stress. *Obstetrics & Gynecology*, 2000, 95:78-83.
9. Tanis BC et al. Oral contraceptives and the risk of myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*, 2001, 345:1787-93.
10. Van den Bosch MA et al. The RATIO study: oral contraceptives and the risk of peripheral arterial disease in young women. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 2003, 1:439-44.
11. WHO. Venous thromboembolic disease and combined oral contraceptives: results of international multicentre case-control study. World Health Organization Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *Lancet*, 1995, 346:1575-82.
12. Rosenberg L et al. Low-dose oral contraceptive use and the risk of myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, 2001, 161:1065-70.
13. Abdollahi MC. Obesity: risk of venous thrombosis and the interaction with coagulation factor levels and oral contraceptive use. *Thrombosis & Haemostasis*, 2003, 89:493-8.
14. Holt VL, Cushing-Haugen KL, Daling JR. Body weight and risk of oral contraceptive failure. *Obstetrics & Gynecology*, 2002, 99:820-7.
15. Heinemann LA et al. Thromboembolic stroke in young women. A European case-control study on oral contraceptives. Transnational Research Group on Oral Contraceptives and the Health of Young Women. *Contraception*, 1998, 57:29-37.
16. Lewis MA et al. The use of oral contraceptives and the occurrence of acute myocardial infarction in young women. Results from the Transnational Study on Oral Contraceptives and the Health of Young Women. *Contraception*, 1997, 56:129-40.
17. WHO. Haemorrhagic stroke, overall stroke risk, and combined oral contraceptives: results of an international, multicentre, case-control study. WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *Lancet*, 1996, 348:505-10.
18. WHO. Ischaemic stroke and combined oral contraceptives: results of an international, multicentre, case-control study. WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *Lancet*, 1996, 348:498-505.
19. WHO. Acute myocardial infarction and combined oral contraceptives: results of an international multicentre case-control study. WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *Lancet*, 1997, 349:1202-9.
20. Collaborative Group for the Study of Stroke in Young Women. Oral contraceptives and stroke in young women: associated risk factors. *JAMA*, 1975, 231:718-22.
21. Croft P, Hannaford PC. Risk factors for acute myocardial infarction in women: evidence from the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *BMJ*, 1989, 298:165-8.
22. D'Avanzo B et al. Oral contraceptive use and risk of myocardial infarction: an Italian case-control study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1994, 48:324-5.
23. Dunn NR et al. Risk of myocardial infarction in young female smokers. *Heart (British Cardiac Society)*, 1999, 82:581-3.
24. Hannaford PC, Croft PR, Kay CR. Oral contraception and stroke. Evidence from the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *Stroke*, 1994, 25:935-42.

25. Kemmeren JM et al. Risk of Arterial Thrombosis in Relation to Oral Contraceptives (RATIO) study: oral contraceptives and the risk of ischemic stroke. *Stroke*, 2002, 33:1202-8.
26. Lidegaard O. Oral contraception and risk of a cerebral thromboembolic attack: results of a case-control study. *BMJ*, 1993, 306:956-63.
27. Lidegaard O. Oral contraceptives, pregnancy and the risk of cerebral thromboembolism: the influence of diabetes, hypertension, migraine and previous thrombotic disease. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1995, 102:153-9.
28. Lidegaard O, Kreiner S. Contraceptives and cerebral thrombosis: a five-year national case-control study. *Contraception*, 2002, 65:197-205.
29. Lubianca JN, Faccin CS, Fuchs FD. Oral contraceptives: a risk factor for uncontrolled blood pressure among hypertensive women. *Contraception*, 2003, 67:19-24.
30. Narkiewicz K et al. Ambulatory blood pressure in mild hypertensive women taking oral contraceptives. A case-control study. *American Journal of Hypertension*, 1995, 8:249-53.
31. Siritho S et al. Risk of ischemic stroke among users of the oral contraceptive pill: The Melbourne Risk Factor Study (MERFS) Group. *Stroke*, 2003, 34:1575-80.
32. Aberg H, Karlsson L, Melander S. Studies on toxemia of pregnancy with special reference to blood pressure. II. Results after 6-11 years' follow-up. *Uppsala Journal of Medical Sciences*, 1978, 83:97-102.
33. Carmichael SM, Taylor MM, Ayers CR. Oral contraceptives, hypertension, and toxemia. *Obstetrics & Gynecology*, 1970, 35:371-6.
34. Meinel H, Ihle R, Laschinski M. [Effect of hormonal contraceptives on blood pressure following pregnancy-induced hypertension]. [German]. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 1987, 109:527-31.
35. Pritchard JA, Pritchard SA. Blood pressure response to estrogen-progestin oral contraceptive after pregnancy-induced hypertension. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1977, 129:733-9.
36. Sibai BM et al. Maternal-perinatal outcome associated with the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets in severe preeclampsia-eclampsia. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1986, 155:501-9.
37. Sibai BM et al. Pregnancies complicated by HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets): subsequent pregnancy outcome and long-term prognosis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1995, 172:125-9.
38. Andersen BS et al. Third generation oral contraceptives and heritable thrombophilia as risk factors of non-fatal venous thromboembolism. *Thrombosis & Haemostasis*, 1998, 79:28-31.
39. Andersen BS, Olsen J. Oral contraception and factor V Leiden mutation in relation to localization of deep vein thrombosis. *Thrombosis Research*, 1998, 90:191-4.
40. Bloemenkamp KW et al. Enhancement by factor V Leiden mutation of risk of deep-vein thrombosis associated with oral contraceptives containing a third-generation progestagen. *Lancet*, 1995, 346:1593-6.
41. Bloemenkamp KW et al. Higher risk of venous thrombosis during early use of oral contraceptives in women with inherited clotting defects. *Archives of Internal Medicine*, 2000, 160:49-52.
42. de Bruijn SF et al. Case-control study of risk of cerebral sinus thrombosis in oral contraceptive users and in [correction of who are] carriers of hereditary prothrombotic conditions. The Cerebral Venous Sinus Thrombosis Study Group.[erratum appears in *BMJ* 1998 Mar 14;316(7134):822]. *BMJ*, 1998, 316:589-92.
43. Emmerich J et al. Combined effect of factor V Leiden and prothrombin 20210A on the risk of venous thromboembolism--pooled analysis of 8 case-control studies including 2310 cases and 3204 controls. Study Group for Pooled-Analysis in Venous Thromboembolism.[erratum appears in *Thromb Haemost* 2001 Dec;86(6):1598]. *Thrombosis & Haemostasis*, 2001, 86:809-16.
44. Legnani C et al. Venous thromboembolism in young women; role of thrombophilic mutations and oral contraceptive use. *European Heart Journal*, 2002, 23:984-90.
45. Martinelli I et al. High risk of cerebral-vein thrombosis in carriers of a prothrombin-gene mutation and in users of oral contraceptives. *New England Journal of Medicine*, 1998, 338:1793-7.
46. Martinelli I et al. Interaction between the G20210A mutation of the prothrombin gene and oral contraceptive use in deep vein thrombosis. *Arteriosclerosis, Thrombosis & Vascular Biology*, 1999, 19:700-3.

47. Middeldorp S et al. A prospective study of asymptomatic carriers of the factor V Leiden mutation to determine the incidence of venous thromboembolism. *Annals of Internal Medicine*, 2001, 135:322-7.
48. Santamaria A et al. Risk of thrombosis associated with oral contraceptives of women from 97 families with inherited thrombophilia: high risk of thrombosis in carriers of the G20210A mutation of the prothrombin gene. *Haematologica*, 2001, 86:965-71.
49. Spannagl M, Heinemann LA, Schramm W. Are factor V Leiden carriers who use oral contraceptives at extreme risk for venous thromboembolism? *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2000, 5:105-12.
50. Vandenbroucke JP et al. Increased risk of venous thrombosis in oral-contraceptive users who are carriers of factor V Leiden mutation. *Lancet*, 1994, 344:1453-7.
51. Vaya AM. Prothrombin G20210A mutation and oral contraceptive use increase upper-extremity deep vein thrombotic risk. *Thrombosis & Haemostasis*, 2003, 89:452-7.
52. Carolei A, Marini C, De Matteis G. History of migraine and risk of cerebral ischaemia in young adults. The Italian National Research Council Study Group on Stroke in the Young. *Lancet*, 1996, 347:1503-6.
53. Chang CL, Donaghy M, Poulter N. Migraine and stroke in young women: case-control study. The World Health Organisation Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *BMJ*, 1999, 318:13-8.
54. Tzourio C et al. Case-control study of migraine and risk of ischaemic stroke in young women. *BMJ*, 1995, 310:830-3.
55. Donaghy M, Chang CL, Poulter N. Duration, frequency, recency, and type of migraine and the risk of ischaemic stroke in women of childbearing age. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 2002, 73:747-50.
56. Lidegaard O. Oral contraceptives, pregnancy and the risk of cerebral thromboembolism: the influence of diabetes, hypertension, migraine and previous thrombotic disease (Letter). *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1996, 103:94.
57. MacGregor EA, Guillebaud J. Combined oral contraceptives, migraine and ischaemic stroke. Clinical and Scientific Committee of the Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care and the Family Planning Association. *British Journal of Family Planning*, 1998, 24:55-60.
58. Schwartz SM et al. Stroke and use of low-dose oral contraceptives in young women: a pooled analysis of two US studies. *Stroke*, 1998, 29:2277-84.
59. Cromer BA et al. A prospective study of adolescents who choose among levonorgestrel implant (Norplant), medroxyprogesterone acetate (Depo-Provera), or the combined oral contraceptive pill as contraception. *Pediatrics*, 1994, 94:687-94.
60. Deijen JB et al. Use of a monophasic, low-dose oral contraceptive in relation to mental functioning. *Contraception*, 1992, 46:359-67.
61. Herzberg BN et al. Oral contraceptives, depression, and libido. *BMJ*, 1971, 3:495-500.
62. Hendrix SL, Alexander NJ. Primary dysmenorrhea treatment with a desogestrel-containing low-dose oral contraceptive. *Contraception*, 2002, 66:393-9.
63. Proctor ML, Roberts H, Farquhar CM. Combined oral contraceptive pill (OCP) as treatment for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001, CD002120.
64. Berkowitz RS et al. Oral contraceptives and postmolar trophoblastic disease. *Obstetrics & Gynecology*, 1981, 58:474-7.
65. Curry SL et al. Hormonal contraception and trophoblastic sequelae after hydatidiform mole (a Gynecologic Oncology Group Study) *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1989, 160:805-9.
66. Deicas RE et al. The role of contraception in the development of postmolar gestational trophoblastic tumor. *Obstetrics & Gynecology*, 1991, 78:221-6.
67. Eddy GL et al. Postmolar trophoblastic disease in women using hormonal contraception with and without estrogen. *Obstetrics & Gynecology*, 1983, 62:736-40.
68. Goldberg GL et al. Medroxyprogesterone acetate in non-metastatic gestational trophoblastic disease. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1987, 94:22-5.
69. Morrow P et al. The influence of oral contraceptives on the postmolar human chorionic gonadotropin regression curve. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1985, 151:906-14.
70. Stone M et al. Relationship of oral contraception to development of trophoblastic tumour after evacuation of a hydatidiform mole. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1976, 83:913-6.

71. Ho Yuen B, Burch P. Relationship of oral contraceptives and the intrauterine contraceptive devices to the regression of concentrations of the beta subunit of human chorionic gonadotropin and invasive complications after molar pregnancy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1983, 145:214-7.
72. Smith JS et al. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. *Lancet*, 2003, 361:1159-67.
73. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. *Lancet*, 1996, 347:1713-27.
74. Brinton LA et al. Modification of oral contraceptive relationships on breast cancer risk by selected factors among younger women. *Contraception*, 1997, 55:197-203.
75. Colditz GA, Rosner BA, Speizer FE for the Nurses' Health Study Research Group. Risk factors for breast cancer according to family history of breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 1996, 88:365-71.
76. Egan KM et al. Risk factors for breast cancer in women with a breast cancer family history. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 1998, 7:359-64.
77. Grabrick DM et al. Risk of breast cancer with oral contraceptive use in women with a family history of breast cancer. *JAMA*, 2000, 284:1791-8.
78. Harris RE, Zang EA, Wynder EL. Oral contraceptives and breast cancer risk: a case-control study. *International Journal of Epidemiology*, 1990, 19:240-6.
79. Marchbanks PA et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 2002, 346:2025-32.
80. Rosenberg L et al. Case-control study of oral contraceptive use and risk of breast cancer. *American Journal of Epidemiology*, 1996, 143:25-37.
81. Heimdal K, Skovlund E, Moller P. Oral contraceptives and risk of familial breast cancer. *Cancer Detection & Prevention*, 2002, 26:23-7.
82. Narod SA et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. *Journal of the National Cancer Institute*, 2002, 94:1773-9.
83. Ursin G et al. Does oral contraceptive use increase the risk of breast cancer in women with BRCA1/BRCA2 mutations more than in other women? *Cancer Research*, 1997, 57:3678-81.
84. The Italian MEGIC Group. Determinants of cervical Chlamydia trachomatis infection in Italy. *Genitourinary Medicine*, 1993, 69:123-5.
85. Ackers JP et al. Antitrichomonal antibody in the vaginal secretions of women infected with T. vaginalis. *British Journal of Venereal Diseases*, 1975, 51:319-23.
86. Acosta-Cazares B, Ruiz-Maya L, Escobedo de la Pena J. Prevalence and risk factors for Chlamydia trachomatis infection in low-income rural and suburban populations of Mexico. *Sexually Transmitted Diseases*, 1996, 23:283-8.
87. Addiss DG et al. Selective screening for Chlamydia trachomatis infection in nonurban family planning clinics in Wisconsin. *Family Planning Perspectives*, 1987, 19:252-6.
88. Arya OP, Mallinson H, Goddard AD. Epidemiological and clinical correlates of chlamydial infection of the cervix. *British Journal of Venereal Diseases*, 1981, 57:118-24.
89. Austin H, Louv WC, Alexander WJ. A case-control study of spermicides and gonorrhoea. *JAMA*, 1984, 251:2822-4.
90. Avonts D et al. Incidence of uncomplicated genital infections in women using oral contraception or an intrauterine device: a prospective study. *Sexually Transmitted Diseases*, 1990, 17:23-9.
91. Baeten JM et al. Hormonal contraception and risk of sexually transmitted disease acquisition: results from a prospective study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2001, 185:380-5.
92. Barbone F et al. A follow-up study of methods of contraception, sexual activity, and rates of trichomoniasis, candidiasis, and bacterial vaginosis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1990, 163:510-4.
93. Barnes RC et al. Quantitative culture of endocervical Chlamydia trachomatis. *Journal of Clinical Microbiology*, 1990, 28:774-80.
94. Berger GS, Keith L, Moss W. Prevalence of gonorrhoea among women using various methods of contraception. *British Journal of Venereal Diseases*, 1975, 51:307-9.
95. Bhattacharyya MN, Jephcott AE. Diagnosis of gonorrhoea in women--Influence of the contraceptive pill. *Journal of the American Venereal Disease Association*, 1976, 2:21-4.

96. Blum M, Pery J, Kitai E. The link between contraceptive methods and Chlamydia trachomatis infection. *Advances in Contraception*, 1988, 4:233-9.
97. Bontis J et al. Detection of Chlamydia trachomatis in asymptomatic women: relationship to history, contraception, and cervicitis. *Advances in Contraception*, 1994, 10:309-15.
98. Bramley M, Kinghorn G. Do oral contraceptives inhibit *Trichomonas vaginalis*? *Sexually Transmitted Diseases*, 1979, 6:261-3.
99. Bro F, Juul S. Predictors of Chlamydia trachomatis infection in women in general practice. *Family Practice*, 1990, 7:138-43.
100. Burns DC et al. Isolation of Chlamydia from women attending a clinic for sexually transmitted disease. *British Journal of Venereal Diseases*, 1975, 51:314-8.
101. Ceruti M et al. Methods of contraception and rates of genital infections. *Clinical & Experimental Obstetrics & Gynecology*, 1994, 21:119-23.
102. Chacko MR, Lovchik JC. Chlamydia trachomatis infection in sexually active adolescents: prevalence and risk factors. *Pediatrics*, 1984, 73:836-40.
103. Cottingham J, Hunter D. Chlamydia trachomatis and oral contraceptive use: a quantitative review. *Genitourinary Medicine*, 1992, 68:209-16.
104. Crowley T et al. Hormonal factors and the laboratory detection of Chlamydia trachomatis in women: implications for screening? *International Journal of STD & AIDS*, 1997, 8:25-31.
105. Edwards D, Phillips D, Stancombe S. Chlamydia trachomatis infection at a family planning clinic. *New Zealand Medical Journal*, 1985, 98:333-5.
106. Evans BA et al. Predictors of seropositivity to herpes simplex virus type 2 in women. *International Journal of STD & AIDS*, 2003, 14:30-6.
107. Evans DL et al. Detection of Chlamydia trachomatis in adolescent females using direct immunofluorescence. *Clinical Pediatrics*, 1988, 27:223-8.
108. Fish AN et al. Chlamydia trachomatis infection in a gynaecology clinic population: identification of high-risk groups and the value of contact tracing. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, & Reproductive Biology*, 1989, 31:67-74.
109. Fouts AC, Kraus SJ. *Trichomonas vaginalis*: reevaluation of its clinical presentation and laboratory diagnosis. *Journal of Infectious Diseases*, 1980, 141:137-43.
110. Fraser JJ, Jr., Rettig PJ, Kaplan DW. Prevalence of cervical Chlamydia trachomatis and *Neisseria gonorrhoeae* in female adolescents. *Pediatrics*, 1983, 71:333-6.
111. Gertig DM et al. Risk factors for sexually transmitted diseases among women attending family planning clinics in Dar-es-Salaam, Tanzania. *Genitourinary Medicine*, 1997, 73:39-43.
112. Green J. Human papillomavirus infection and use of oral contraceptives. *British Journal of Cancer*, 2003, 88:1713-20.
113. Griffiths M, Hindley D. Gonococcal pelvic inflammatory disease, oral contraceptives, and cervical mucus. *Genitourinary Medicine*, 1985, 61:67.
114. Han Y et al. Risk profile for Chlamydia infection in women from public health clinics in New York State. *Journal of Community Health*, 1993, 18:1-9.
115. Handsfield HH et al. Criteria for selective screening for Chlamydia trachomatis infection in women attending family planning clinics. *JAMA*, 1986, 255:1730-4.
116. Hanna NF et al. The relation between vaginal pH and the microbiological status in vaginitis. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1985, 92:1267-71.
117. Harrison HR et al. Cervical Chlamydia trachomatis infection in university women: relationship to history, contraception, ectopy, and cervicitis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1985, 153:244-51.
118. Hart G. Factors associated with genital chlamydial and gonococcal infection in females. *Genitourinary Medicine*, 1992, 68:217-20.
119. Herrmann B et al. Genital chlamydial infection among women in Nicaragua: validity of direct fluorescent antibody testing, prevalence, risk factors and clinical manifestations. *Genitourinary Medicine*, 1996, 72:20-6.
120. Hewitt AB. Oral contraception among special clinic patients. With particular reference to the diagnosis of gonorrhoea. *British Journal of Venereal Diseases*, 1970, 46:106-7.
121. Hilton AL et al. Chlamydia A in the female genital tract. *British Journal of Venereal Diseases*, 1974, 50:1-10.
122. Hiltunen-Back E et al. A nationwide sentinel clinic survey of chlamydia trachomatis infection in Finland. *Sexually Transmitted Diseases*, 2001, 28:252-8.

123. Jacobson DL et al. Relationship of hormonal contraception and cervical ectopy as measured by computerized planimetry to chlamydial infection in adolescents. *Sexually Transmitted Diseases*, 2000, 27:313-9.
124. Jaffe LR et al. Chlamydia trachomatis detection in adolescents. A comparison of direct specimen and tissue culture methods. *Journal of Adolescent Health Care*, 1986, 7:401-4.
125. Jick H et al. Vaginal spermicides and gonorrhoea. *JAMA*, 1982, 248:1619-21.
126. Johannisson G, Karamustafa A, Brorson J. Influence of copper salts on gonococci. *British Journal of Venereal Diseases*, 1976, 52:176-7.
127. Keith L, Berer GS, Moss W. Cervical gonorrhoea in women using different methods of contraception. *Journal of the American Venereal Disease Association*, 1976, 3:17-9.
128. Kinghorn GR, Waugh MA. Oral contraceptive use and prevalence of infection with Chlamydia trachomatis in women. *British Journal of Venereal Diseases*, 1981, 57:187-90.
129. Lavreys L et al. Human herpesvirus 8: seroprevalence and correlates in prostitutes in Mombasa, Kenya. *Journal of Infectious Diseases*, 2003, 187:359-63.
130. Lefevre JC et al. Lower genital tract infections in women: comparison of clinical and epidemiologic findings with microbiology. *Sexually Transmitted Diseases*, 1988, 15:110-3.
131. Louv WC et al. Oral contraceptive use and the risk of chlamydial and gonococcal infections. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1989, 160:396-402.
132. Lowe TL, Kraus SJ. Quantitation of Neisseria gonorrhoeae from women with gonorrhoea. *Journal of Infectious Diseases*, 1976, 133:621-6.
133. Lycke E et al. The risk of transmission of genital Chlamydia trachomatis infection is less than that of genital Neisseria gonorrhoeae infection. *Sexually Transmitted Diseases*, 1980, 7:6-10.
134. Macaulay ME et al. A prospective study of genital infections in a family-planning clinic. 2. Chlamydia infection--the identification of a high-risk group. *Epidemiology & Infection*, 1990, 104:55-61.
135. Magder LS et al. Factors related to genital Chlamydia trachomatis and its diagnosis by culture in a sexually transmitted disease clinic. *American Journal of Epidemiology*, 1988, 128:298-308.
136. Magder LS et al. Effect of patient characteristics on performance of an enzyme immunoassay for detecting cervical Chlamydia trachomatis infection. *Journal of Clinical Microbiology*, 1990, 28:781-4.
137. Masse R et al. Chlamydia trachomatis cervical infection: prevalence and determinants among women presenting for routine gynecologic examination. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*, 1991, 145:953-61.
138. McCormack WM, Reynolds GH. Effect of menstrual cycle and method of contraception on recovery of Neisseria gonorrhoeae. *JAMA*, 1982, 247:1292-4.
139. Nayyar KC et al. Isolation of Chlamydia trachomatis from women attending a clinic for sexually transmitted diseases. *British Journal of Venereal Diseases*, 1976, 52:396-8.
140. Oh MK et al. Chlamydia trachomatis cervical infection and oral contraceptive use among adolescent girls. *Journal of Adolescent Health Care*, 1989, 10:376-81.
141. Oriol JD et al. Infection of the uterine cervix with Chlamydia trachomatis. *Journal of Infectious Diseases*, 1978, 137:443-51.
142. Paavonen J, Vesterinen E. Chlamydia trachomatis in cervicitis and urethritis in women. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases - Supplementum*, 1982, 32:45-54.
143. Park BJ et al. Contraceptive methods and the risk of Chlamydia trachomatis infection in young women. *American Journal of Epidemiology*, 1995, 142:771-8.
144. Pereira LH et al. Cytomegalovirus infection among women attending a sexually transmitted disease clinic: association with clinical symptoms and other sexually transmitted diseases. *American Journal of Epidemiology*, 1990, 131:683-92.
145. Reed BD, Huck W, Zazove P. Differentiation of Gardnerella vaginalis, Candida albicans, and Trichomonas vaginalis infections of the vagina. *Journal of Family Practice*, 1989, 28:673-80.
146. Ripa KT et al. Chlamydia trachomatis cervicitis in gynecologic outpatients. *Obstetrics & Gynecology*, 1978, 52:698-702.
147. Ruijs GJ et al. Direct immunofluorescence for Chlamydia trachomatis on urogenital smears for epidemiological purposes. *European Journal of Obstetrics, Gynecology & Reproductive Biology*, 1988, 27:289-97.
148. Schachter J, Stoner E, Moncada J. Screening for chlamydial infections in women attending family planning clinics. *Western Journal of Medicine*, 1983, 138:375-9.

149. Sellors JW et al. Incidence, clearance and predictors of human papillomavirus infection in women. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*, 2003, 168:421-5.
150. Sessa R et al. Epidemiology of urogenital infections caused by Chlamydia trachomatis and outline of characteristic features of patients at risk. *Journal of Medical Microbiology*, 1994, 41:168-72.
151. Shafer MA et al. Chlamydia trachomatis: important relationships to race, contraception, lower genital tract infection, and Papanicolaou smear. *Journal of Pediatrics*, 1984, 104:141-6.
152. Smith JS et al. Prevalence and risk factors for herpes simplex virus type 2 infection among middle-age women in Brazil and the Philippines. *Sexually Transmitted Diseases*, 2001, 28:187-94.
153. Staerfelt F et al. A survey of genital infections in patients attending a clinic for sexually transmitted diseases. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases - Supplementum*, 1983, 40:53-7.
154. Svensson L, Westrom L, Mardh PA. Chlamydia trachomatis in women attending a gynaecological outpatient clinic with lower genital tract infection. *British Journal of Venereal Diseases*, 1981, 57:259-62.
155. Tait IA et al. Chlamydial infection of the cervix in contacts of men with nongonococcal urethritis. *British Journal of Venereal Diseases*, 1980, 56:37-45.
156. Willmott FE, Mair HJ. Genital herpesvirus infection in women attending a venereal diseases clinic. *British Journal of Venereal Diseases*, 1978, 54:341-3.
157. Winer RL et al. Genital human papillomavirus infection: incidence and risk factors in a cohort of female university students.[erratum appears in Am J Epidemiol. 2003 May 1;157(9):858]. *American Journal of Epidemiology*, 2003, 157:218-26.
158. Winter L, Goldy AS, Baer C. Prevalence and epidemiologic correlates of Chlamydia trachomatis in rural and urban populations. *Sexually Transmitted Diseases*, 1990, 17:30-6.
159. Wolinska WH, Melamed MR. Herpes genitalis in women attending Planned Parenthood of New York City. *Acta Cytologica*, 1970, 14:239-42.
160. Woolfitt JM, Watt L. Chlamydial infection of the urogenital tract in promiscuous and non-promiscuous women. *British Journal of Venereal Diseases*, 1977, 53:93-5.
161. European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples. *BMJ*, 1992, 304:809-13.
162. Aklilu M et al. Factors associated with HIV-1 infection among sex workers of Addis Ababa, Ethiopia. *AIDS*, 2001, 15:87-96.
163. Allen S et al. Pregnancy and contraception use among urban Rwandan women after HIV testing and counseling. *American Journal of Public Health*, 1993, 83:705-10.
164. Carael M et al. Human immunodeficiency virus transmission among heterosexual couples in Central Africa. *AIDS*, 1988, 2:201-5.
165. Chao A et al. National University of Rwanda-Johns Hopkins University AIDS Research Team. Risk factors associated with prevalent HIV-1 infection among pregnant women in Rwanda. *International Journal of Epidemiology*, 1994, 23:371-80.
166. Cohen E, Navaline H, Metzger D. High-risk behaviors for HIV: a comparison between crack-abusing and opioid-abusing African-American women. *Journal of Psychoactive Drugs*, 1994, 26:233-41.
167. de Vincenzi I. European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. A longitudinal study of human immunodeficiency virus transmission by heterosexual partners. *New England Journal of Medicine*, 1994, 331:341-6.
168. Ellerbrock TV et al. Heterosexually transmitted human immunodeficiency virus infection among pregnant women in a rural Florida community. *New England Journal of Medicine*, 1992, 327:1704-9.
169. Gray JA et al. HIV-1 infection among female commercial sex workers in rural Thailand. *AIDS*, 1997, 11:89-94.
170. Guimaraes MD et al. Rio de Janeiro Heterosexual Study Group. HIV infection among female partners of seropositive men in Brazil. *American Journal of Epidemiology*, 1995, 142:538-47.
171. Hira SK et al. Oral contraceptive use and HIV infection. *International Journal of STD & AIDS*, 1990, 1:447-8.
172. Kapiga SH et al. Risk factors for HIV infection among women in Dar-es-Salaam, Tanzania. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1994, 7:301-9.
173. Kapiga SH et al. The incidence of HIV infection among women using family planning methods in Dar es Salaam, Tanzania. *AIDS*, 1998, 12:75-84.

174. Kiddugavu M et al. Hormonal contraceptive use and HIV-1 infection in a population-based cohort in Rakai, Uganda. *AIDS*, 2003, 17:233-40.
175. Kunanusont C et al. HIV-1 subtypes and male-to-female transmission in Thailand. *Lancet*, 1995, 345:1078-83.
176. Laga M et al. Non-ulcerative sexually transmitted diseases as risk factors for HIV-1 transmission in women: results from a cohort study. *AIDS*, 1993, 7:95-102.
177. Latif AS et al. Genital ulcers and transmission of HIV among couples in Zimbabwe. *AIDS*, 1989, 3:519-23.
178. Limpakarnjanarat K et al. HIV-1 and other sexually transmitted infections in a cohort of female sex workers in Chiang Rai, Thailand. *Sexually Transmitted Infections*, 1999, 75:30-5.
179. Martin HL, Jr. et al. Hormonal contraception, sexually transmitted diseases, and risk of heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *Journal of Infectious Diseases*, 1998, 178:1053-9.
180. Mati JK et al. Contraceptive use and the risk of HIV infection in Nairobi, Kenya. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1995, 48:61-7.
181. Moss GB et al. Association of cervical ectopy with heterosexual transmission of human immunodeficiency virus: results of a study of couples in Nairobi, Kenya. *Journal of Infectious Diseases*, 1991, 164:588-91.
182. Nagachinta T et al. Risk factors for HIV-1 transmission from HIV-seropositive male blood donors to their regular female partners in northern Thailand. *AIDS*, 1997, 11:1765-72.
183. Nicolosi A et al. Italian Study Group on HIV Heterosexual Transmission. The efficiency of male-to-female and female-to-male sexual transmission of the human immunodeficiency virus: a study of 730 stable couples. *Epidemiology*, 1994, 5:570-5.
184. Nzila N et al. HIV and other sexually transmitted diseases among female prostitutes in Kinshasa. *AIDS*, 1991, 5:715-21.
185. Pineda JA et al. HIV-1 infection among non-intravenous drug user female prostitutes in Spain. No evidence of evolution to pattern II. *AIDS*, 1992, 6:1365-9.
186. Plourde PJ et al. Human immunodeficiency virus type 1 infection in women attending a sexually transmitted diseases clinic in Kenya. *Journal of Infectious Diseases*, 1992, 166:86-92.
187. Plummer FA et al. Cofactors in male-female sexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *Journal of Infectious Diseases*, 1991, 163:233-9.
188. Rehle T et al. Risk factors of HIV-1 infection among female prostitutes in Khon Kaen, Northeast Thailand. *Infection*, 1992, 20:328-31.
189. Saracco A et al. Man-to-woman sexual transmission of HIV: longitudinal study of 343 steady partners of infected men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1993, 6:497-502.
190. Simonsen JN et al. HIV infection among lower socioeconomic strata prostitutes in Nairobi. *AIDS*, 1990, 4:139-44.
191. Sinei SK et al. Contraceptive use and HIV infection in Kenyan family planning clinic attenders. *International Journal of STD & AIDS*, 1996, 7:65-70.
192. Siraprasiri T et al. Risk factors for HIV among prostitutes in Chiangmai, Thailand. *AIDS*, 1991, 5:579-82.
193. Spence MR et al. Seroprevalence of human immunodeficiency virus type I (HIV-1) antibodies in a family-planning population. *Sexually Transmitted Diseases*, 1991, 18:143-5.
194. Stephenson JM. Systematic review of hormonal contraception and risk of HIV transmission: when to resist meta-analysis. *AIDS*, 1998, 12:545-53.
195. Taneepanichskul S, Phuapradit W, Chaturachinda K. Association of contraceptives and HIV-1 infection in Thai female commercial sex workers. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1997, 37:86-8.
196. Temmerman M et al. Maternal human immunodeficiency virus-1 infection and pregnancy outcome. *Obstetrics & Gynecology*, 1994, 83:495-501.
197. Ungchusak K et al. Determinants of HIV infection among female commercial sex workers in northeastern Thailand: results from a longitudinal study.[erratum appears in *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1998 Jun 1;18(2):192]. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes & Human Retrovirology*, 1996, 12:500-7.

198. Wang CC, Reilly M, Kreiss JK. Risk of HIV infection in oral contraceptive pill users: a meta-analysis.[erratum appears in J Acquir Immune Defic Syndr 1999 Aug 15;21(5):428]. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes: AIDS*, 1999, 21:51-8.
199. Cejtin HEJ. Effect of hormonal contraceptive use on plasma HIV-1-RNA levels among HIV-infected women. *AIDS*, 2003, 17:1702-4.
200. Clemetson DB et al. Detection of HIV DNA in cervical and vaginal secretions. Prevalence and correlates among women in Nairobi, Kenya. *JAMA*, 1993, 269:2860-4.
201. Kreiss J et al. Association between cervical inflammation and cervical shedding of human immunodeficiency virus DNA. *Journal of Infectious Diseases*, 1994, 170:1597-601.
202. McClelland RS et al. A prospective study of hormonal contraceptive use and cervical shedding of herpes simplex virus in human immunodeficiency virus type 1-seropositive women. *Journal of Infectious Diseases*, 2002, 185:1822-5.
203. Mostad SB et al. Hormonal contraception, vitamin A deficiency, and other risk factors for shedding of HIV-1 infected cells from the cervix and vagina. *Lancet*, 1997, 350:922-7.
204. Mostad SB et al. Cervical shedding of herpes simplex virus in human immunodeficiency virus-infected women: effects of hormonal contraception, pregnancy, and vitamin A deficiency. *Journal of Infectious Diseases*, 2000, 181:58-63.
205. el Raghy I et al. Contraceptive steroid concentrations in women with early active schistosomiasis: lack of effect of antischistosomal drugs. *Contraception*, 1986, 33:373-7.
206. Gad-el-Mawla N, Abdallah A. Liver function in bilharzial females receiving contraceptive pills. *Acta Hepato-Splenologica*, 1969, 16:308-10.
207. Gad-el-Mawla N et al. Plasma lipids and lipoproteins in bilharzial females during oral contraceptive therapy. *Journal of the Egyptian Medical Association*, 1972, 55:137-47.
208. Shaaban MM et al. Effects of oral contraception on liver function tests and serum proteins in women with active schistosomiasis. *Contraception*, 1982, 26:75-82.
209. Shaaban MM et al. Effect of oral contraception on serum bile acid. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1984, 22:111-5.
210. Sy FS et al. Effect of oral contraceptive on liver function tests of women with schistosomiasis in the Philippines. *Contraception*, 1986, 34:283-94.
211. Tagy AH et al. The effect of low-dose combined oral contraceptive pills versus injectable contraceptive (Depot Provera) on liver function tests of women with compensated bilharzial liver fibrosis. *Contraception*, 2001, 64:173-6.
212. Back DJ et al. The effect of rifampicin on norethisterone pharmacokinetics. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 1979, 15:193-7.
213. Back DJ et al. The effect of rifampicin on the pharmacokinetics of ethinylestradiol in women. *Contraception*, 1980, 21:135-43.
214. Barditch-Crovo P et al. The effects of rifampin and rifabutin on the pharmacokinetics and pharmacodynamics of a combination oral contraceptive. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 1999, 65:428-38.
215. Bessot JC et al. [Rifampicin interference with oral contraceptives]. *Journal de Médecine de Strasbourg*, 1977, 8:131-3.
216. Bolt HM, Bolt M, Kappus H. Interaction of rifampicin treatment with pharmacokinetics and metabolism of ethinyloestradiol in man. *Acta Endocrinologica*, 1977, 85:189-97.
217. Gelbke HP, Gethmann U, Knuppen R. Influence of rifampicin treatment on the metabolic fate of [4-14C] mestranol in women. *Hormone and Metabolic Research*, 1977, 9:415-9.
218. Gupta KC, Ali MY. Failure of oral contraceptive with rifampicin. *Medical Journal of Zambia*, 1980, 15:23.
219. Hirsch A. [Letter: Sleeping pills]. [French]. *Nouvelle Presse Médicale*, 1973, 2:2957.
220. Hirsch A, Tillement JP, Chretien J. Effets contraires de la rifampicine sur les contraceptifs oraux: à propos de trois grossesses non désirées chez trois malades. *Revue Française des Maladies Respiratoires*, 1975, 2:174-82.
221. Joshi JV et al. A study of interaction of a low-dose combination oral contraceptive with anti-tubercular drugs. *Contraception*, 1980, 21:617-29.
222. Kropp R. [Rifampicin and oral contraceptives (author's transl)]. [German]. *Praxis der Pneumologie vereinigt mit der Tuberkulosearzt*, 1974, 28:270-2.
223. LeBel M et al. Effects of rifabutin and rifampicin on the pharmacokinetics of ethinylestradiol and norethindrone. *Journal of Clinical Pharmacology*, 1998, 38:1042-50.

224. Meyer B et al. A model to detect interactions between roxithromycin and oral contraceptives. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 1990, 47:671-4.
225. Nocke-Finck L, Breuer H, Reimers D. [Effects of rifampicin on the menstrual cycle and on oestrogen excretion in patients taking oral contraceptives]. [German]. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1973, 98:1521-3.
226. Piguet B, Muglioni JF, Chaline G. [Letter: Oral contraception and rifampicin]. [French]. *Nouvelle Presse Médicale*, 1975, 4:115-6.
227. Reimers D, Jezek A. [The simultaneous use of rifampicin and other antitubercular agents with oral contraceptives]. [German]. *Praxis der Pneumologie vereinigt mit der Tuberkulosearzt*, 1971, 25:255-62.
228. Skolnick JL et al. Rifampin, oral contraceptives, and pregnancy. *JAMA*, 1976, 236:1382.
229. Szoka PR, Edgren RA. Drug interactions with oral contraceptives: compilation and analysis of an adverse experience report database. *Fertility & Sterility*, 1988, 49:31S-8S.
230. Back DJ et al. The interaction of phenobarbital and other anticonvulsants with oral contraceptive steroid therapy. *Contraception*, 1980, 22:495-503.
231. Bartoli A et al. A double-blind, placebo-controlled study on the effect of vigabatrin on in vivo parameters of hepatic microsomal enzyme induction and on the kinetics of steroid oral contraceptives in healthy female volunteers. *Epilepsia*, 1997, 38:702-7.
232. Crawford P et al. The lack of effect of sodium valproate on the pharmacokinetics of oral contraceptive steroids. *Contraception*, 1986, 33:23-9.
233. Eldon MA et al. Gabapentin does not interact with a contraceptive regimen of norethindrone acetate and ethinyl estradiol. *Neurology*, 1998, 50:1146-8.
234. Fattore C et al. Induction of ethinylestradiol and levonorgestrel metabolism by oxcarbazepine in healthy women. *Epilepsia*, 1999, 40:783-7.
235. Ragueneau-Majlessi I, Levy RH, Janik F. Levetiracetam does not alter the pharmacokinetics of an oral contraceptive in healthy women. *Epilepsia*, 2002, 43:697-702.
236. Rosenfeld WE et al. Effect of topiramate on the pharmacokinetics of an oral contraceptive containing norethindrone and ethinyl estradiol in patients with epilepsy. *Epilepsia*, 1997, 38:317-23.
237. Sabers A et al. Lamotrigine plasma levels reduced by oral contraceptives. *Epilepsy Research*, 2001, 47:151-4.
238. Back DJ et al. The effects of ampicillin oral contraceptive steroids in women. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1982, 14:43-8.
239. Back DJ et al. Pharmacokinetics of oral contraceptive steroids following the administration of the antimalarial drugs primaquine and chloroquine. *Contraception*, 1984, 30:289-95.
240. Back DJ et al. Evaluation of Committee on Safety of Medicines yellow card reports on oral contraceptive-drug interactions with anticonvulsants and antibiotics. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1988, 25:527-32.
241. Back DJ et al. The lack of interaction between temafloxacin and combined oral contraceptive steroids. *Contraception*, 1991, 43:317-23.
242. Bacon JF, Shenfield GM. Pregnancy attributable to interaction between tetracycline and oral contraceptives. *BMJ*, 1980, 280:293.
243. Bainton R. Interaction between antibiotic therapy and contraceptive medication. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*, 1986, 61:453-5.
244. Biron CR. Questions surface over whether antibiotics neutralized 'the pill,' resulting in pregnancy. *RDH*, 1996, 16:34-6.
245. Bollen M. Use of antibiotics when taking the oral contraceptive pill. *Australian Family Physician*, 1995, 24:928-9.
246. Bromham DR, Cartmill RS. Knowledge and use of secondary contraception among patients requesting termination of pregnancy. *BMJ*, 1993, 306:556-7.
247. Cote J. Interaction of griseofulvin and oral contraceptives. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 1990, 22:124-5.
248. Csemiczky G, Alvendal C, Landgren BM. Risk for ovulation in women taking a low-dose oral contraceptive (Microgynon) when receiving antibacterial treatment with a fluoroquinolone (ofloxacin). *Advances in Contraception*, 1996, 12:101-9.
249. de Groot AC, Eshuis H, Stricker BH. [Inefficacy of oral contraception during use of minocycline]. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1990, 134:1227-9.

250. DeSano EA, Hurley SC. Possible interactions of antihistamines and antibiotics with oral contraceptive effectiveness. *Fertility & Sterility*, 1982, 37:853-4.
251. Devenport MH et al. Metabolic effects of low-dose fluconazole in healthy female users and non-users of oral contraceptives. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1989, 27:851-9.
252. Donley TG, Smith RF, Roy B. Reduced oral contraceptive effectiveness with concurrent antibiotic use: a protocol for prescribing antibiotics to women of childbearing age. *Compendium*, 1990, 11:392-6.
253. Dosseter J. Drug interaction with oral contraceptives. *BMJ*, 1984, 4:467-8.
254. Driver J. Use of antibiotics during pregnancy. *British Dental Journal*, 1982, 153:48.
255. el-Raghy I et al. Contraceptive steroid concentrations in women with early active schistosomiasis: lack of effect of antischistosomal drugs. *Contraception*, 1986, 33:373-7.
256. Friedman CI et al. The effect of ampicillin on oral contraceptive effectiveness. *Obstetrics & Gynecology*, 1980, 55:33-7.
257. Grimmer SF et al. The effect of cotrimoxazole on oral contraceptive steroids in women. *Contraception*, 1983, 28:53-9.
258. Helms SE et al. Oral contraceptive failure rates and oral antibiotics. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 1997, 36:705-10.
259. Hempel E et al. [Enzyme induction by drugs and hormonal contraception]. [German]. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 1973, 95:1451-7.
260. Hempel E, Zorn C, Graf K. [Effect of chemotherapy agents and antibiotics on hormonal contraception]. [German]. *Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung (Jena)*, 1978, 72:924-6.
261. Hetenyi G. Possible interactions between antibiotics and oral contraceptives. *Therapia Hungarica*, 1989, 37:86-9.
262. Hilbert J et al. Evaluation of interaction between fluconazole and an oral contraceptive in healthy women. *Obstetrics & Gynecology*, 2001, 98:218-23.
263. Hughes BR, Cunliffe WJ. Interactions between the oral contraceptive pill and antibiotics. *British Journal of Dermatology*, 1990, 122:717-8.
264. Joshi JV et al. A study of interaction of low-dose combination oral contraceptive with ampicillin and metronidazole. *Contraception*, 1980, 22:643-52.
265. Kakouris H, Kovacs GT. How common are predisposing factors to pill failure among pill users? *British Journal of Family Planning*, 1994, 20:33-5.
266. Kakouris H, Kovacs GT. Pill failure and nonuse of secondary precautions. *British Journal of Family Planning*, 1992, 18:41-4.
267. Kovacs GT et al. Inadvertent pregnancies in oral contraceptive users. *Medical Journal of Australia*, 1989, 150:549-51.
268. Kovacs I, Somos P, Hamori M. Examination of the potential interaction between ketoconazole (Nizoral) and oral contraceptives with special regard to products of low hormone content (Rigevidon, Anteovin). *Therapia Hungarica*, 1986, 34:167-70.
269. Lequeux A. [Pregnancy under oral contraceptives after treatment with tetracycline]. *Louvain Médical*, 1980, 99:413-4.
270. London BM, Lookingbill DP. Frequency of pregnancy in acne patients taking oral antibiotics and oral contraceptives. *Archives of Dermatology*, 1994, 130:392-3.
271. Lunell NO et al. Evaluation of the possible interaction of the antifungal triazole SCH 39304 with oral contraceptives in normal healthy women. *Gynecologic & Obstetric Investigation*, 1991, 32:91-7.
272. Maggiolo F et al. The effects of ciprofloxacin on oral contraceptive steroid treatments. *Drugs under Experimental and Clinical Research*, 1991, 17:451-4.
273. McDaniel PA, Caldrony RD. Oral contraceptives and griseofulvin interactions. *Drug Intelligence & Clinical Pharmacy*, 1986, 20:384.
274. Meyboom RH et al. Disturbance of withdrawal bleeding during concomitant use of itraconazole and oral contraceptives. *New Zealand Medical Journal*, 1997, 110:300.
275. Murphy AA et al. The effect of tetracycline on levels of oral contraceptives. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1991, 164:28-33.
276. Neely JL et al. The effect of doxycycline on serum levels of ethinyl estradiol, norethindrone, and endogenous progesterone. *Obstetrics & Gynecology*, 1991, 77:416-20.
277. Organon. Nuvaring prescribing information. 2001.
278. Pillans PI, Sparrow MJ. Pregnancy associated with a combined oral contraceptive and itraconazole. *New Zealand Medical Journal*, 1993, 106:436.

279. Rieth H, Sauerbrey N. [Interaction studies with fluconazole, a new triazole antifungal drug]. [German]. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 1989, 139:370-4.
280. Scholten PC et al. No interaction between ciprofloxacin and an oral contraceptive. *Antimicrobial Agents & Chemotherapy*, 1998, 42:3266-8.
281. Silber TJ. Apparent oral contraceptive failure associated with antibiotic administration. *Journal of Adolescent Health Care*, 1983, 4:287-9.
282. Sinofsky FE, Pasquale SA. The effect of fluconazole on circulating ethinyl estradiol levels in women taking oral contraceptives. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1998, 178:300-4.
283. Sparrow MJ. Pill method failures. *New Zealand Medical Journal*, 1987, 100:102-5.
284. Sparrow MJ. Pregnancies in reliable pill takers. *New Zealand Medical Journal*, 1989, 102:575-7.
285. Sparrow MJ. Pill method failures in women seeking abortion: fourteen years experience. *New Zealand Medical Journal*, 1998, 111:386-8.
286. van Dijke CP, Weber JC. Interaction between oral contraceptives and griseofulvin. *British Medical Journal Clinical Research Edition*, 1984, 288:1125-6.
287. van Puijenbroek EP, Feenstra J, Meyboom RH. [Pill cycle disturbance in simultaneous use of itraconazole and oral contraceptives]. [Dutch]. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1998, 142:146-9.
288. van Puijenbroek EP et al. Signalling possible drug-drug interactions in a spontaneous reporting system: delay of withdrawal bleeding during concomitant use of oral contraceptives and itraconazole. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1999, 47:689-93.
289. Wermeling DP et al. Dirithromycin increases ethinyl estradiol clearance without allowing ovulation. *Obstetrics & Gynecology*, 1995, 86:78-84.
290. Young LK et al. The contraceptive practices of women seeking termination of pregnancy in an Auckland clinic. *New Zealand Medical Journal*, 1994, 107:189-92.

Table des matières Contraceptifs injectables combinés, patch et anneau

CARACTERISTIQUES PERSONNELLES ET SANTE GENESIQUE	3
Grossesse	3
Age	3
Parité	3
Allaitement au sein	3
Post-partum	3
Post-abortum	3
Antécédents de grossesse extra-utérine	4
Antécédents de chirurgie pelvienne	4
Tabagisme	4
Obésité	4
Mesure de la tension artérielle non disponible	4
PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE	4
Facteurs de risque multiples d'artériopathies cardio-vasculaires	4
Hypertension	5
Antécédents d'hypertension gravidique	5
Thrombose veineuse profonde (TVP)/Embolie pulmonaire (EP)	6
Mutations thrombogéniques avérées	6
Thrombose veineuse superficielle	6
Cardiopathie ischémique actuelle et antécédents de cardiopathie ischémique	6
Accident vasculaire cérébral	6
Hyperlipidémies avérées	7
Vulvulopathie cardiaque	7
AFFECTIONS NEUROLOGIQUES	7
Céphalées	7
Epilepsie	8
ETATS DEPRESSIFS	8
Etats dépressifs	8
INFECTIONS ET PATHOLOGIES DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR	8
Saignements vaginaux	8
Saignements vaginaux inexpliqués	8
Endométriose	9
Tumeurs ovariennes bénignes	9
Dysménorrhée sévère	9
Maladie trophoblastique	9
Ectropion du col utérin	9
Néoplasie intra-épithéliale du col utérin (NIC)	9
Cancer du col utérin	9
Pathologie du sein	9
Cancer de l'endomètre	9
Cancer de l'ovaire	9
Fibromes utérins	10
Maladie inflammatoire pelvienne (MIP)	10
IST	10
VIH/SIDA	10
Risque élevé de VIH	10
Infection à VIH	10
SIDA	10

AUTRES INFECTIONS	11
Schistosomiase	11
Tuberculose	11
Paludisme	11
TROUBLES ENDOCRINIENS	11
Diabète	11
Troubles thyroïdiens	11
PATHOLOGIES GASTRO-INTESTINALES	12
Cholécystopathie	12
Antécédents de cholestase	12
Hépatite virale	12
Cirrhose	12
Tumeurs hépatiques	12
ANEMIES	12
Thalassémie	12
Drépanocytose	12
Anémie ferriprive	12
INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES	13
Médicaments ayant une action sur les enzymes hépatiques	13
Antibiotiques	13
Traitement antirétroviral	14
Observations complémentaires	15
Bibliographie : contraceptifs injectables combinés (CIC), patch et anneau intravaginal	18

CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINES (CIC)

Les contraceptifs injectables combinés (CIC) diffusent un œstrogène naturel plus un progestatif et agissent par inhibition de l'ovulation.¹⁻⁵ On s'intéressera ici à deux formulations :

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

Du fait que les œstrogènes employés dans les CIC se rapprochent davantage des œstrogènes physiologiques et risquent d'être moins puissants que les œstrogènes de synthèse employés dans les COC, le type et l'ampleur des effets secondaires liés aux œstrogènes et associés aux CIC peuvent être différents de ceux engendrés par les COC. En réalité, les études à court terme menées sur les CIC ont montré qu'ils avaient peu d'effet sur la tension artérielle, l'hémostase et la coagulation, le métabolisme lipidique et la fonction hépatique, par comparaison avec les COC.⁶⁻⁸ En outre, l'administration parentérale des CIC élimine l'effet de premier passage hépatique des hormones.

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

Dans l'attente d'éléments de preuve supplémentaires, le Groupe de Travail a conclu que les données disponibles concernant les COC s'appliquent aux CIC dans de nombreux cas, mais pas dans tous. En conséquence, le Groupe de Travail a indiqué pour les CIC des catégories se situant quelque part entre celles des COC et celles des PPP. Toutefois, pour les pathologies graves (par ex., cardiopathie ischémique), on a utilisé la même classification que pour les COC. En conséquence, les catégories indiquées doivent être considérées comme l'expression d'une appréciation préliminaire, aussi juste que possible, qui sera réévaluée à la lumière de nouvelles données.

PATCH CONTRACEPTIF COMBINE (P)

Le patch contraceptif estroprogestatif ou patch contraceptif combiné est un dispositif transdermique de 20 cm² et composé de 3 couches, qui s'applique sur la fesse, le haut du torse, l'abdomen, ou le haut du bras, et qui libère de l'éthinylestradiol ainsi qu'un progestatif (norelgestromine). Ce patch contraceptif estroprogestatif agit par inhibition de l'ovulation.⁹ Le seul patch contraceptif actuellement disponible qui ait pu être examiné est le suivant:

Evra = 150 µg de 17-déacétyl norgestimate (norelgestromine), plus : 20 µg d'éthinylestradiol - valeurs correspondant approximativement à la dose journalière libérée par le dispositif.

Le patch estroprogestatif est une nouvelle méthode de contraception. Les données sont rares en ce qui concerne l'innocuité de ce patch chez les femmes en bonne santé, et encore plus limitées sur son innocuité chez les femmes présentant certaines pathologies. En outre, aucune donnée épidémiologique n'était disponible, que le Groupe de Travail aurait pu examiner, concernant les effets à long terme du patch contraceptif combiné, et toutes les études disponibles ont été en partie financées par le fabricant de ce dispositif.

D'après les données disponibles, la sécurité et la pharmacocinétique de ce dispositif présentent des caractéristiques comparables à celles des COC de composition hormonale similaire.⁹⁻¹⁸ Chez moins de 25% des utilisatrices du patch, les effets indésirables suivants, passagers et de courte durée, ont été rapportés : symptômes mammaires et réactions cutanées sur le site d'application.¹⁰⁻¹³ Des données limitées laissent penser que le patch serait moins efficace chez les femmes de 90 kg ou plus.¹⁰⁻¹¹ A ce jour, aucune étude n'a examiné la question de savoir si, du fait que ce système de contraception permet d'éliminer l'effet de premier passage hépatique des hormones, il y a lieu de lever quelques inquiétudes par rapport aux interactions médicamenteuses ou à l'utilisation du patch par des femmes présentant des troubles graves de la fonction hépatique.

Dans l'attente d'éléments de preuve supplémentaires, le Groupe de Travail a conclu que les données disponibles sur les COC s'appliquent également au patch. En conséquence, le patch doit avoir les mêmes catégories que les COC. Les catégories indiquées doivent être considérées comme l'expression d'une appréciation préliminaire, aussi juste que possible, qui sera réévaluée à la lumière de nouvelles données.

ANNEAU CONTRACEPTIF COMBINE INTRAVAGINAL (AIV)

Il s'agit d'un anneau de copolymère d'éthylène vinylacétate de 54 mm de diamètre qui libère de l'éthinylestradiol ainsi qu'un progestatif (l'étonogestrel). Cet anneau contraceptif agit par inhibition de l'ovulation.¹⁹⁻²⁰ L'anneau vaginal pris en compte dans cet ouvrage est le **Nuvaring**, dont la formulation est : 120 µg d'étonogestrel et 15 µg d'éthinylestradiol (valeurs correspondant à la dose journalière moyenne libérée par ce dispositif).

L'anneau contraceptif combiné intravaginal est une nouvelle méthode de contraception. Les données sont rares en ce qui concerne l'innocuité de ce dispositif chez les femmes en bonne santé, et encore plus limitées sur son innocuité chez les femmes présentant certaines pathologies. En outre, aucune donnée épidémiologique n'était disponible, que le Groupe de Travail aurait pu examiner, concernant les effets à long terme de l'anneau contraceptif combiné, et toutes les études disponibles ont été en partie financées par le fabricant de ce dispositif.

D'après les données disponibles, la sécurité et la pharmacocinétique de ce dispositif présentent des caractéristiques comparables à celles des COC de composition hormonale similaire.²⁰⁻²⁵ Les données ayant trait à des femmes en bonne santé portent à croire que l'anneau intravaginal ne modifie pas la flore vaginale,²³⁻²⁴ et des données limitées concernant les femmes porteuses de lésions intra-épithéliales de faible gravité ont montré que l'utilisation de l'anneau n'aggravait pas ces lésions.²³ A ce jour, aucune étude n'a examiné la question de savoir si, du fait que ce système de contraception permet d'éliminer l'effet de premier passage hépatique des hormones, il y a lieu de lever quelques inquiétudes par rapport aux interactions médicamenteuses ou à l'utilisation de l'anneau par des femmes présentant des troubles graves de la fonction hépatique.

Dans l'attente d'éléments de preuve supplémentaires, le Groupe de Travail a conclu que les données disponibles sur les COC s'appliquent également à l'anneau. En conséquence, l'anneau doit avoir les mêmes catégories que les COC. Les catégories indiquées doivent être considérées comme l'expression d'une appréciation préliminaire, aussi juste que possible, qui sera réévaluée à la lumière de nouvelles données.

CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINES (CIC), PATCH (P), ANNEAU (AIV)	Les CIC, le patch, et l'anneau n'offrent aucune protection contre les IST/le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et systématiquement le préservatif, seul ou associé à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que le préservatif masculin en latex protègent contre les IST/le VIH.			
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	CIC	P	AIV	
CARACTERISTIQUES PERSONNELLES ET ANTECEDENTS GENESIQUE				
GROSSESSE	NA	NA	NA	Explication complémentaire : L'utilisation des CIC, du patch, ou de l'anneau, n'est pas nécessaire. En cas d'utilisation accidentelle pendant la grossesse, il n'existe aucun effet nocif connu pour la mère, le déroulement de la grossesse, ou le fœtus.
AGE*				
a) Des premières règles à < 40 ans	1	1	1	
b) ≥ 40 ans	2	2	2	
PARITE				
a) Nullipare	1	1	1	
b) Uni/multipare	1	1	1	
ALLAITEMENT AU SEIN*				
a) < 6 semaines après l'accouchement	4	4	4	
b) De 6 semaines à 6 mois après l'accouchement (allaitement principalement au sein)	3	3	3	
c) ≥ 6 mois après l'accouchement	2	2	2	
POST-PARTUM* (chez les femmes qui n'allaitent pas)				
a) < 21 jours	3	3	3	
b) ≥ 21 jours	1	1	1	
POST-ABORTUM				
a) Avortement au premier trimestre	1	1	1	Explication complémentaire : La contraception par les CIC, le patch ou l'AIV peut démarrer immédiatement après l'avortement.
b) Avortement au deuxième trimestre	1	1	1	
c) Immédiatement après un avortement septique	1	1	1	

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINES (CIC), PATCH (P), ANNEAU (AIV)	Les CIC, le patch, et l'anneau n'offrent aucune protection contre les IST/le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et systématiquement le préservatif, seul ou associé à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que le préservatif masculin en latex protègent contre les IST/le VIH.			
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	CIC	P	AIV	
ANTECEDENTS DE GROSSESSE EXTRA-UTERINE*	1	1	1	
ANTECEDENTS DE CHIRURGIE PELVIENNE	1	1	1	
TABAGISME a) Age < 35 ans b) Age ≥ 35 ans (i) <15 cigarettes/jour (ii) ≥15 cigarettes/jour	2 2 2 3	2 3 4	2 3 4	
OBESITE Indice de masse corporelle (IMC) ≥ 30 kg/m ²	2	2	2	Données : Données: des données limitées portent à croire à une moindre efficacité du patch chez les femmes de 90 kg ou plus. ¹⁰⁻¹¹
MESURE DE LA TENSION ARTERIELLE NON DISPONIBLE	NA	NA	NA	Explication complémentaire : Il est souhaitable de pouvoir mesurer la tension artérielle avant de débuter une contraception par les CIC, le P, ou l'AIV. Toutefois, dans certains endroits, il est impossible de mesurer la tension artérielle. Dans beaucoup d'entre eux, les risques de morbidité et de mortalité pendant la grossesse sont élevés et les CIC, le P ou l'AIV constituent peut-être l'une des rares méthodes largement disponibles. En pareil cas, les femmes ne doivent pas se voir refuser les CIC simplement parce qu'on ne peut pas mesurer leur tension artérielle.
PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE				
FACTEURS DE RISQUE MULTIPLES D'ARTERIOPATHIES CARDIO-VASCULAIRES (par ex. âge, tabagisme, diabète et hypertension)	3/4	3/4	3/4	Explication complémentaire : Lorsqu'une femme présente plusieurs facteurs de risque importants, dont chacun augmente le risque de pathologie cardio-vasculaire de manière significative, les CIC, le P ou l'AIV peuvent accroître ce risque jusqu'à le rendre inacceptable. Toutefois, il ne s'agit pas simplement d'additionner les catégories en cas de facteurs de risque multiples ; par exemple, l'association de deux facteurs de risque rangés dans la catégorie 2 ne justifie pas nécessairement une catégorie supérieure.

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINES (CIC), PATCH (P), ANNEAU (AIV)	Les CIC, le patch, et l'anneau n'offrent aucune protection contre les IST/le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et systématiquement le préservatif, seul ou associé à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que le préservatif masculin en latex protègent contre les IST/le VIH.			
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	CIC	P	AIV	
HYPERTENSION*				
Pour l'ensemble des catégories d'hypertension, les classifications partent du principe qu'il n'existe aucun autre facteur de risque cardio-vasculaire. La présence de facteurs de risque multiples peut accroître le risque de pathologie cardiovasculaire de manière significative. Une seule mesure de la tension artérielle ne suffit pas pour qu'une femme soit considérée comme hypertendue.				
a) Antécédents d'hypertension, lorsque la tension artérielle NE PEUT PAS être mesurée (y compris hypertension gravidique)	3	3	3	Explication complémentaire : Explication complémentaire: Il est recommandé de déterminer au plus vite la cause et le degré de l'hypertension.
b) Hypertension bien contrôlée, lorsque la tension artérielle PEUT être mesurée	3	3	3	Explication complémentaire : Les femmes traitées contre l'hypertension ont un risque moindre d'infarctus aigu du myocarde et d'accident vasculaire cérébral, par rapport aux femmes non traitées. Bien qu'on ne dispose d'aucune donnée en ce sens, les utilisatrices de CIC, du P ou de l'AIV dont l'hypertension est bien contrôlée devraient présenter un risque d'infarctus aigu du myocarde et d'accident vasculaire cérébral moins important que celles dont l'hypertension n'est pas traitée.
c) Tension artérielle élevée (mesurée correctement)				
(i) systolique 140–159 ou diastolique 90–99	3	3	3	
(ii) systolique ≥160 ou diastolique ≥100	4	4	4	
d) Pathologie vasculaire	4	4	4	
ANTECEDENTS D'HYPERTENSION GRAVIDIQUE. (lorsque la tension artérielle actuelle ne peut pas être mesurée)	2	2	2	

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINES (CIC), PATCH (P), ANNEAU (AIV)	Les CIC, le patch, et l'anneau n'offrent aucune protection contre les IST/le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et systématiquement le préservatif, seul ou associé à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que le préservatif masculin en latex protègent contre les IST/le VIH.			
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	CIC	P	AIV	
THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE (TVP) / EMBOLIE PULMONAIRE (EP)* a) Antécédents de TVP/ EP b) TVP/EP en cours c) Antécédents familiaux de TVP/EP (premier degré de parenté) d) Chirurgie lourde (i) avec immobilisation prolongée (ii) sans immobilisation prolongée e) Chirurgie mineure sans immobilisation	 4 4 2 4 2 1	 4 4 2 4 2 1	 4 4 2 4 2 1	
MUTATIONS THROMBOGENIQUES AVEREES (par ex : Facteur V Leiden ; mutation du Facteur II ; déficit en protéine S, protéine C, ou en antithrombine)	4	4	4	Explication complémentaire : Le dépistage systématique n'est pas opportun, compte tenu de la rareté de ces pathologies, et du coût élevé du dépistage.
THROMBOSE VEINEUSE SUPERFICIELLE* a) Varices b) Thrombophlébite superficielle	 1 2	 1 2	 1 2	
CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE ACTUELLE ET ANTECEDENTS DE CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE*	4	4	4	
ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL * (antécédents d'accident vasculaire cérébral)	4	4	4	

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINES (CIC), PATCH (P), ANNEAU (AIV)	Les CIC, le patch, et l'anneau n'offrent aucune protection contre les IST/le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et systématiquement le préservatif, seul ou associé à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que le préservatif masculin en latex protègent contre les IST/le VIH.					
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES		
	CIC	P	AIV			
HYPERLIPIDEMIES AVEREES	2/3	2/3	2/3	Explication complémentaire : Il n'est pas opportun de procéder à un dépistage systématique compte tenu de la rareté de cette pathologie et du coût élevé du dépistage. Si certains types d'hyperlipidémies constituent des facteurs de risque de maladie vasculaire, la catégorie devra être appréciée en fonction du type d'hyperlipidémie, de sa gravité et de la présence d'autres facteurs de risque cardio vasculaire.		
VALVULOPATHIE CARDIAQUE*						
a) Non compliquée	2	2	2			
b) Compliquée (hypertension pulmonaire, risque de fibrillation auriculaire, antécédents d'endocardite bactérienne sub-aiguë)	4	4	4			
AFFECTIONS NEUROLOGIQUES						
CEPHALEES*	A	C	A	C	A	C
a) Non migraineuses (légères ou sévères)	1	2	1	2	1	2
b) Migraine						
(i) sans aura						
Age < 35 ans	2	3	2	3	2	3
Age ≥ 35 ans	3	4	3	4	3	4
(ii) avec aura (quel que soit l'âge)	4	4	4	4	4	4
	Explication complémentaire : La classification repose sur un diagnostic précis des céphalées sévères et de leur origine migraineuse ou non. Toute céphalée nouvelle ou modification marquée des céphalées doit être évaluée. Cette classification concerne les femmes ne présentant aucun autre facteur de risque d'accident vasculaire cérébral. Ce risque d'accident vasculaire cérébral augmente avec l'âge, l'hypertension et le tabagisme.					

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINES (CIC), PATCH (P), ANNEAU (AIV)	Les CIC, le patch, et l'anneau n'offrent aucune protection contre les IST/le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et systématiquement le préservatif, seul ou associé à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que le préservatif masculin en latex protègent contre les IST/le VIH.			
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	CIC	P	AIV	
EPILEPSIE	1	1	1	Explication complémentaire : Si une femme prend des anticonvulsivants, se reporter à la section sur les interactions médicamenteuses. Certains anticonvulsivants réduisent l'efficacité des COC. Le degré de similarité entre les CIC, le P ou l'AIV, et les COC n'est pas encore clairement défini.
ETATS DEPRESSIFS				
ETATS DEPRESSIFS	1	1	1	Explication complémentaire : la classification repose sur des données concernant des femmes souffrant de certains troubles dépressifs. Aucune donnée sur le trouble bipolaire ou la dépression du post-partum n'était disponible. Interactions médicamenteuses possibles entre certains traitements antidépresseurs et les contraceptifs hormonaux.
INFECTIONS ET PATHOLOGIES DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR				
SAIGNEMENTS VAGINAUX*				
a) Saignements irréguliers <i>peu abondants</i>	1	1	1	
b) Saignements abondants ou prolongés (y compris les saignements réguliers ou irréguliers)	1	1	1	Explication complémentaire: des saignements anormalement abondants doivent amener à soupçonner une maladie sous-jacente grave.
SAIGNEMENTS VAGINAUX INEXPLIQUES* (suspicion de pathologie grave) Avant évaluation	2	2	2	Explication complémentaire : Si l'on soupçonne une grossesse ou une pathologie sous jacente (comme une tumeur pelvienne maligne), il faut procéder à une évaluation, et modifier la catégorie en conséquence.

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINES (CIC), PATCH (P), ANNEAU (AIV)	Les CIC, le patch, et l'anneau n'offrent aucune protection contre les IST/le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et systématiquement le préservatif, seul ou associé à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que le préservatif masculin en latex protègent contre les IST/le VIH.			
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	CIC	P	AIV	
ENDOMETRIOSE*	1	1	1	
TUMEURS OVARIENNES BENIGNES (y compris les kystes)	1	1	1	
DYSMENORRHEE SEVERE	1	1	1	
MALADIE TROPHOBLASTIQUE a) Maladie trophoblastique gestationnelle bénigne b) Maladie trophoblastique gestationnelle maligne	1	1	1	
ECTROPION DU COL UTERIN*	1	1	1	
NEOPLASIE INTRA-EPITHELIALE DU COL UTERIN (NIC)	2	2	2	Données : Des données limitées concernant des femmes présentant des lésions intra-épithéliales de faible gravité montrent que l'utilisation de l'anneau intravaginal n'aggrave pas ces lésions. ²³
CANCER DU COL UTERIN* (avant traitement)	2	2	2	
PATHOLOGIE DU SEIN* a) Grosseur non diagnostiquée b) Mastopathie bénigne c) Antécédents familiaux de cancer	2	2	2	Explication complémentaire : Il faut procéder à une évaluation dès que possible.
PATHOLOGIE DU SEIN (suite) d) Cancer du sein (i) en cours (ii) cancer en rémission depuis 5 ans	4	4	4	
CANCER DE L'ENDOMETRE*	1	1	1	
CANCER DE L'OVAIRE*	1	1	1	

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINES (CIC), PATCH (P), ANNEAU (AIV)	Les CIC, le patch, et l'anneau n'offrent aucune protection contre les IST/le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et systématiquement le préservatif, seul ou associé à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que le préservatif masculin en latex protègent contre les IST/le VIH.			
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	CIC	P	AIV	
FIBROMES UTERINS*				
a) Sans déformation de la cavité utérine	1	1	1	
b) Avec déformation de la cavité utérine	1	1	1	
MALADIE INFLAMMATOIRE PELVIENNE (MIP)*				
a) Antécédents de MIP (sans facteurs de risque actuels d'IST)				
(i) avec grossesse ultérieure	1	1	1	
(ii) sans grossesse ultérieure	1	1	1	
b) MIP - en cours	1	1	1	
IST*				
a) Cervicite purulente en cours, ou infection à chlamydia ou gonococcie en cours	1	1	1	
b) Autres IST (à l'exclusion du VIH et de l'hépatite)	1	1	1	
c) Vaginite (y compris Trichomonas vaginalis et vaginose bactérienne)	1	1	1	
d) Risque accru d'IST	1	1	1	
VIH/SIDA				
RISQUE ELEVE DE VIH*	1	1	1	
INFECTION A VIH	1	1	1	
SIDA	1	1	1	
Sous traitement ARV	2	2	2	Explication complémentaire : Dans le cas d'une femme sous traitement antirétroviral (ARV), se reporter à la section sur les interactions médicamenteuses. Compte tenu des éventuelles interactions médicamenteuses entre les contraceptifs hormonaux et les ARV, le SIDA avec traitement ARV est rangé en Catégorie 2.

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINES (CIC), PATCH (P), ANNEAU (AIV)		Les CIC, le patch, et l'anneau n'offrent aucune protection contre les IST/le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et systématiquement le préservatif, seul ou associé à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que le préservatif masculin en latex protègent contre les IST/le VIH.		
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	CIC	P	AIV	
AUTRES INFECTIONS				
SCHISTOSOMIASE				
a) Non compliquée	1	1	1	
b) Fibrose hépatique (en case d'atteinte grave, voir cirrhose)	1	1	1	
TUBERCULOSE				
a) Non génito-urinaire	1	1	1	Explication complémentaire : Si une femme prend de la rifampicine, se reporter à la section sur les interactions médicamenteuses. La rifampicine est susceptible de réduire l'efficacité des COC. Le degré de similarité entre les CIC, le P ou l'AIV, et les COC n'est pas encore clairement défini.
b) Génito-urinaire avérée	1	1	1	
PALUDISME	1	1	1	
TROUBLES ENDOCRINIENS				
DIABETE*				
a) Antécédents de diabète gestationnel	1	1	1	Explication complémentaire : La catégorie doit être appréciée en fonction de la gravité de la pathologie.
b) Sans complication vasculaire				
(i) non-insulino dépendant	2	2	2	
(ii) insulino dépendant	2	2	2	
c) Néphropathie/ rétinopathie/ neuropathie	3/4	3/4	3/4	
d) Autre pathologie vasculaire ou diabète installé depuis plus de 20 ans	3/4	3/4	3/4	
TROUBLES THYROÏDIENS				
a) Simple goitre	1	1	1	
b) Hyperthyroïdie	1	1	1	
c) Hypothyroïdie	1	1	1	

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINES (CIC), PATCH (P), ANNEAU (AIV)		Les CIC, le patch, et l'anneau n'offrent aucune protection contre les IST/le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et systématiquement le préservatif, seul ou associé à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que le préservatif masculin en latex protègent contre les IST/le VIH.		
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	CIC	P	AIV	
PATHOLOGIES GASTRO-INTESTINALES				
CHOLECYSTOPATHIE*				
a) Symptomatique				
(i) traitée par cholécystectomie	2	2	2	
(ii) traitée médicalement	2	3	3	
(iii) en cours	2	3	3	
b) Asymptomatique	2	2	2	
ANTECEDENTS DE CHOLESTASE*				
a) En rapport avec la grossesse	2	2	2	
b) Liés à une utilisation passée de COC ou de CIC	2	3	3	
HEPATITE VIRALE*				
a) Evolutive	3/4	4	4	Explication complémentaire : La catégorie doit être appréciée en fonction de la gravité de la pathologie.
b) Chez le sujet porteur	1	1	1	Explication complémentaire : Avant d'utiliser les CIC, le P ou l'AIV, les femmes atteintes d'hépatite virale symptomatique doivent attendre soit que leur fonction hépatique redevienne normale, soit que 3 mois se soient écoulés depuis la disparition complète des symptômes.
CIRRHOSE*				
a) Légère (compensée)	2	3	3	
b) Grave (décompensée)	3	4	4	
TUMEURS HEPATIQUES*				
a) Bénigne (adénome)	3	4	4	
b) Maligne (hépatome)	3/4	4	4	
ANEMIES				
THALASSEMIE	1	1	1	
DREPANOCYTOSE	2	2	2	
ANEMIE FERRIPRIVE*	1	1	1	

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINES (CIC), PATCH (P), ANNEAU (AIV)		Les CIC, le patch, et l'anneau n'offrent aucune protection contre les IST/le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et systématiquement le préservatif, seul ou associé à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que le préservatif masculin en latex protègent contre les IST/le VIH.		
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	CIC	P	AIV	
INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES				
MEDICAMENTS AYANT UNE ACTION SUR LES ENZYMES HEPATIQUES				
a) Rifampicine	2	3	3	Explication complémentaire : Bien que l'interaction entre la rifampicine ou certains anticonvulsivants et le P ou l'AIV ne soit pas nocive pour les femmes, il est probable qu'elle diminue l'efficacité du patch et de l'anneau. Les femmes qui utilisent les médicaments pendant longtemps devraient être incitées à utiliser d'autres moyens contraceptifs.
b) Certains anticonvulsivants (phénytoïne, carbamazépine, barbituriques, primidone, topiramole, oxcarbazépine)	2	3	3	
ANTIBIOTIQUES (à l'exclusion de la rifampicine)				
a) Griséofulvine	1	2	2	
b) Autres antibiotique	1	1	1	

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINES (CIC), PATCH (P), ANNEAU (AIV)	Les CIC, le patch, et l'anneau n'offrent aucune protection contre les IST/le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH (y compris pendant la grossesse ou le post-partum), il est recommandé d'utiliser correctement et systématiquement le préservatif, seul ou associé à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que le préservatif masculin en latex protègent contre les IST/le VIH.			
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	CIC	P	AIV	
TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL	2	2	2	<p>Explication complémentaire : Il est important de noter que les médicaments antirétroviraux (ARV) sont susceptibles soit de diminuer soit d'augmenter la biodisponibilité des hormones stéroïdiennes dans les contraceptifs hormonaux. Les rares données disponibles (présentées à l'Annexe 1) laissent penser que d'éventuelles interactions médicamenteuses entre de nombreux ARV, en particulier certains inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) et inhibiteurs de la protéase (IP), et les contraceptifs hormonaux, pourraient compromettre l'innocuité et l'efficacité à la fois des contraceptifs hormonaux et des ARV eux-mêmes. On ne sait pas si le pouvoir contraceptif des progestatifs injectables seuls (par ex: acétate de médroxyprogestérone retard, et énantate de noréthistérone) pourrait ou non être altéré, du fait que ces méthodes induisent des taux hormonaux sanguins plus élevés que les méthodes contraceptives à base de progestatifs seuls et que les contraceptifs oraux combinés. Des études sont en cours afin d'évaluer les éventuelles interactions entre l'acétate de médroxyprogestérone retard, et certains médicaments IP et INNTI. En conséquence, si une femme sous traitement antirétroviral décide d'adopter ou de poursuivre l'utilisation de contraceptifs hormonaux, on recommandera l'usage systématique du préservatif pour la prévention de la transmission du VIH et pour compenser une éventuelle réduction de l'efficacité du contraceptif hormonal.</p>

Observations complémentaires

AGE

Des premières règles, à < 40 ans : les inquiétudes théoriques quant à l'utilisation des contraceptifs hormonaux combinés chez les jeunes adolescentes n'ont pas été confirmées par des preuves scientifiques.

≥ 40 ans : le risque de pathologie cardio-vasculaire augmente avec l'âge et peut également augmenter avec l'utilisation des contraceptifs hormonaux combinés. En l'absence d'autres affections cliniques défavorables, les contraceptifs hormonaux combinés peuvent être utilisés jusqu'à la ménopause.

ALLAITEMENT AU SEIN

< moins de 6 semaines après l'accouchement : il existe certaines craintes théoriques que le nouveau-né ne coure un risque par suite de l'exposition à des hormones stéroïdiennes pendant les 6 premières semaines du post-partum.

≥ de 6 semaines à < 6 mois après l'accouchement (allaitement au sein, principalement) : l'utilisation des contraceptifs hormonaux combinés chez les femmes qui allaitent diminue la production de lait, abaisse la durée de la lactation, et risque de ce fait d'avoir des effets négatifs sur la croissance du nourrisson.

POST-PARTUM

< 21 jours : certaines craintes théoriques existent, concernant un lien éventuel entre l'utilisation de contraceptifs hormonaux combinés durant les 3 semaines qui suivent l'accouchement et le risque de thrombose chez la mère. La coagulation sanguine et la fibrinolyse sont essentiellement normalisées dans un délai de trois semaines après l'accouchement.

ANTECEDENTS DE GROSSESSE EXTRA-UTERINE

Le risque de grossesse extra-utérine est augmenté chez les femmes ayant des antécédents. Les contraceptifs hormonaux combinés offrent une protection contre la grossesse en général, et notamment contre la gestation extra-utérine.

HYPERTENSION

Pathologie vasculaire : chez les femmes qui présentent une pathologie vasculaire sous-jacente, il convient d'éviter le risque accru de thrombose artérielle associé aux contraceptifs hormonaux combinés.

THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE (TVP)/EMBOLIE PULMONAIRE (EP)

Antécédents familiaux de TVP/EP (premier degré de parenté) : certaines affections qui augmentent le risque de TVP/EP sont héréditaires.

Chirurgie lourde : l'importance du risque de TVP/EP associé à une intervention chirurgicale lourde dépend de la durée de l'immobilisation de la patiente. Il n'est pas nécessaire d'interrompre les contraceptifs hormonaux combinés, avant une stérilisation chirurgicale chez la femme.

THROMBOSE VEINEUSE SUPERFICIELLE

Varices : les varices ne constituent pas un facteur de risque de TVP/EP

CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE EN COURS ET ANTECEDENTS DE CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE

Chez les femmes présentant une pathologie vasculaire sous-jacente, il convient d'éviter le risque accru de thrombose lié à l'utilisation de contraceptifs hormonaux combinés.

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL

Chez les femmes présentant une pathologie vasculaire sous-jacente, il convient d'éviter le risque accru de thrombose lié à l'utilisation de contraceptifs hormonaux combinés.

VALVULOPATHIE CARDIAQUE

Chez les femmes atteintes de valvulopathie, l'utilisation des contraceptifs hormonaux combinés peut accroître le risque de thrombose artérielle ; les femmes atteintes de valvulopathie compliquée présentent un risque maximal.

CEPHALEES

L'aura correspond à un symptôme neurologique focal précis. Pour de plus amples informations à ce sujet, voir : Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. International classification of headache disorders, 2ème édition. *Cephalalgia*. 2004 ; 24 (Suppl.1) : 1-150.
http://216.25.100.131/ihscommon/guidelines/pdfs/ihc_II_main_no_print.pdf

SAIGNEMENTS VAGINAUX

Des irrégularités menstruelles s'observent couramment chez les femmes en bonne santé.

SAIGNEMENTS VAGINAUX INEXPLIQUES

Aucune pathologie provoquant des saignements vaginaux ne sera aggravée à court terme par l'utilisation de contraceptifs hormonaux combinés.

ENDOMETRIOSE

Les contraceptifs hormonaux combinés n'ont pas d'effet aggravant sur l'endométriose et peuvent en atténuer les symptômes.

ECTROPION DU COL UTERIN

L'ectropion du col utérin n'est pas un facteur de risque du cancer du col utérin. Pas de restriction à l'utilisation des contraceptifs hormonaux combinés.

CANCER DU COL UTERIN (avant traitement)

Il est théoriquement possible que l'utilisation des contraceptifs hormonaux combinés ait une incidence sur le pronostic de la maladie existante. En attendant un traitement, les femmes peuvent utiliser les contraceptifs hormonaux combinés. En général, le traitement de cette pathologie entraîne la stérilité.

PATHOLOGIE DU SEIN

Antécédents familiaux de cancer : les femmes présentant des mutations du BRCA1 ou du BRCA2 ont un risque de base beaucoup plus élevé de cancer du sein, que les femmes qui ne présentent pas ces mutations. La plupart des femmes ayant des antécédents familiaux de cancer du sein ne présentent pas ces mutations.

Cancer du sein : le cancer du sein est une tumeur hormonodépendante, et chez les femmes frappées actuellement ou récemment par le cancer du sein, le pronostic peut être aggravé par l'utilisation des contraceptifs hormonaux combinés.

CANCER DE L'ENDOMETRE

On ne sait pas si, à l'instar des COC, les CIC, le P et l'AIV réduisent les risques de cancer de l'endomètre. En attendant un traitement, les femmes peuvent utiliser les CIC, le P et l'AIV. En général, le traitement de cette pathologie entraîne la stérilité.

CANCER DE L'OVAIRE

On ne sait pas si, à l'instar des COC, les CIC, le P et l'AIV réduisent les risques de cancer de l'ovaire. En attendant un traitement, les femmes peuvent utiliser les CIC, le P et l'AIV. En général, le traitement de cette pathologie entraîne la stérilité.

FIBROMES UTERINS

Les COC ne semblent pas favoriser le développement de fibromes utérins, et l'on peut supposer que c'est également le cas avec les CIC, le P et l'AIV.

MALADIE INFLAMMATOIRE PELVIENNE (MIP)

Les COC peuvent réduire le risque de MIP chez les femmes présentant une IST, mais ils ne protègent pas contre le VIH ou les IST touchant les voies génitales basses. On se sait pas si les CIC, le P et l'AIV réduisent le risque de MIP chez les femmes porteuses d'une IST ; ce qui est certain, c'est qu'ils ne protègent pas contre le VIH ni contre les IST touchant les voies génitales basses.

IST

Les COC peuvent réduire le risque de MIP chez les femmes porteuses d'une IST, mais ils ne protègent pas contre le VIH ou les IST touchant les voies génitales basses. On se sait pas si les CIC, le P et l'AIV réduisent le risque de MIP chez les femmes porteuses d'une IST ; ce qui est certain, c'est qu'ils ne protègent pas contre le VIH ni contre les IST touchant les voies génitales basses.

RISQUE ELEVE DE VIH

Les COC peuvent réduire le risque de MIP chez les femmes porteuses d'une IST, mais ils ne protègent pas contre le VIH ou les IST touchant les voies génitales basses. On se sait pas si les CIC, le P et l'AIV réduisent le risque de MIP chez les femmes porteuses d'une IST ; ce qui est certain, c'est qu'ils ne protègent pas contre le VIH ni contre les IST touchant les voies génitales basses.

DIABETE

Bien que l'utilisation de contraceptifs hormonaux combinés puisse entraîner une modification de la tolérance aux hydrates de carbone, la principale inquiétude concerne la pathologie vasculaire associée au diabète et le risque supplémentaire de thrombose artérielle qu'entraîne l'utilisation des contraceptifs hormonaux combinés.

CHOLECYSTOPATHIE

Le P ou l'AIV, à l'instar des COC, peuvent majorer quelque peu le risque de cholécystopathie. Il se peut également qu'ils aggravent une cholécystopathie existante. Toutefois, à la différence des COC, les CIC ont un effet minime sur la fonction hépatique des femmes en bonne santé, et sont dépourvus d'effet de premier passage hépatique.

ANTECEDENTS DE CHOLESTASE

En rapport avec la grossesse : des antécédents de cholestase en rapport avec la grossesse peuvent laisser prévoir un risque accru de cholestase lié à un d'un traitement hormonal combiné

Liés à une utilisation passée de COC ou de CIC : des antécédents de cholestase laissent prévoir un risque accru lié à l'utilisation du P et de l'AIV. A la différence des COC, les CIC ont un effet minime sur la fonction hépatique des femmes en bonne santé, et sont dépourvus d'effet de premier passage hépatique.

HEPATITE VIRALE

Evolutive : A la différence des COC, les CIC ont un effet minime sur la fonction hépatique des femmes en bonne santé, et sont dépourvus d'effet de premier passage hépatique. Toutefois, les CIC sont métabolisés par le foie, et leur utilisation peut avoir des conséquences néfastes chez les femmes dont la fonction hépatique est déjà altérée.

CIRRHOSE

A la différence des COC, les CIC ont un effet minime sur la fonction hépatique des femmes en bonne santé, et sont dépourvus d'effet de premier passage hépatique. Toutefois, les CIC sont métabolisés par le foie, et leur utilisation peut avoir des conséquences néfastes chez les femmes dont la fonction hépatique est déjà altérée.

TUMEUR HEPATIQUE

A la différence des COC, les CIC ont un effet minime sur la fonction hépatique des femmes en bonne santé, et sont dépourvus d'effet de premier passage hépatique. Toutefois, les CIC sont métabolisés par le foie, et leur utilisation peut avoir des conséquences néfastes chez les femmes dont la fonction hépatique est déjà altérée.

ANEMIE FERRIPRIVE

Les contraceptifs hormonaux combinés peuvent diminuer le volume des pertes menstruelles.

Bibliographie : contraceptifs injectables combinés (CIC), patch et anneau intravaginal

1. Aedo AR et al. Pharmacokinetic and pharmacodynamic investigations with monthly injectable contraceptive preparations. *Contraception*, 1985, 31:453-69.
2. Garza-Flores J. Pharmacokinetics of once-a-month injectable contraceptives. *Contraception*, 1994, 49:347-59.
3. Fotherby K et al. A preliminary pharmacological trial of the monthly injectable contraceptive Cycloprovera. *Contraception*, 1982, 25:261-72.
4. Garza-Flores J et al. A multicentered pharmacokinetic, pharmacodynamic study of once-a-month injectable contraceptives. I. Different doses of HRP112 and of Depoprovera. *Contraception*, 1987, 36:441-57.
5. Said S et al. A multicentered phase III comparative study of two hormonal contraceptive preparations given once-a-month by intramuscular injection: I. Contraceptive efficacy and side effects. *Contraception*, 1988, 37:1-20.
6. Meng Y-X et al. Hemostatic changes in women using a monthly injectable contraceptive for one year. *Contraception*, 1990, 455-66.
7. Kesserü EV et al. A multicentered, two-year, phase III clinical trial of norethisterone enanthate 50 mg plus estradiol valerate 5 mg as a monthly injectable contraceptive. *Contraception*, 1991, 44:589-98.
8. Haiba NA et al. Clinical evaluation of two monthly injectable contraceptives and their effects on some metabolic parameters. *Contraception*, 1989, 39:619-32.
9. Pierson RA et al. Ortho Evra/Evra versus oral contraceptives: follicular development and ovulation in normal cycles and after an intentional dosing error. *Fertility & Sterility*, 2003, 80:34-42.
10. Audet M-C et al. Evaluation of contraceptive efficacy and cycle control of a transdermal contraceptive patch vs. an oral contraceptive: a randomized controlled trial. *JAMA*, 2001, 285:2347-54.
11. Smallwood GH et al. Efficacy and safety of a transdermal contraceptive system. *Obstetrics and Gynecology*, 2001, 98:799-805.
12. Helmerhorst FM et al. Comparison of efficacy, cycle control, compliance and safety in users of a contraceptive patch vs. an oral contraceptive. XVI FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics [FC 2.30.06], Washington DC, USA, 3-8 September 2000.
13. Dittrich R et al. Transdermal contraception: evaluation of three transdermal norelgestromin/ethinylestradiol doses in a randomized, multicenter, dose-response study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2002, 186:15-20.
14. Abrams LS et al. Pharmacokinetics of a contraceptive patch (Evra/Ortho Evra) containing norelgestromin and ethinylœstradiol at four application sites. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 2002, 53:141-6.
15. Abrams LS et al. Multiple-dose pharmacokinetics of a contraceptive patch in healthy women participants. *Contraception*, 2001, 64:287-94.
16. Abrams LS et al. Pharmacokinetics of norelgestromin and ethinylestradiol delivered by a contraceptive patch (Ortho Evra/Evra) under conditions of heat, humidity, and exercise. *Journal of Clinical Pharmacology*, 2001, 41:1301-9.
17. Zieman M. The introduction of a transdermal hormonal contraceptive (Ortho Evra/Evra). *Fertility & Sterility*, 2002, 77(2): s1-s2.
18. Burkman, RT. The transdermal contraceptive patch: a new approach to hormonal contraception. *International Journal of Fertility*, 2002, 47:69-76.
19. Stone SC. Desogestrel. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 1995, 38:821-8.
20. Mulders TMT, Dieben TOM. Use of the novel combined contraceptive vaginal ring NuvaRing for ovulation inhibition. *Fertility & Sterility*, 2001, 75:865-70.
21. Timmer CJ, Mulders TMT. Pharmacokinetics of etonogestrel and ethinylestradiol released from a combined contraceptive vaginal ring. *Clinical Pharmacokinetics*, 2000, 39:233-42.
22. Bjarnadottir RI, Tuppurainen M, Killick SR. Comparison of cycle control with a combined contraceptive vaginal ring and oral levonorgestrel/ethinyl estradiol. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2002, 186:389-95.

23. Dieben TOM, Roumen FJME, Apter D. Efficacy, cycle control, and user acceptability of a novel combined contraceptive vaginal ring. *Obstetrics and Gynecology*, 2002, 100:585-93.
24. Roumen FJME et al. The cervico-vaginal epithelium during 20 cycles of use of a combined contraceptive vaginal ring. *Human Reproduction*, 1996, 11:2443-8.
25. Davies GC, Feng LX, Newton JR. The effects of a combined contraceptive vaginal ring releasing ethinylestradiol and 3-ketodesogestrel on vaginal flora. *Contraception*, 1992, 45:511-8.

CARACTERISTIQUES PERSONNELLES ET SANTE GENESIQUE	1
Grossesse	1
Age	1
Parité	2
Allaitement au sein	2
Post-partum	3
Post-abortum	3
Antécédents de grossesse extra-utérine	3
Antécédents de chirurgie pelvienne	3
Tabagisme	3
Obésité	4
Mesure de la tension artérielle non disponible	4
PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE	4
Facteurs de risque multiples d'artériopathies cardio-vasculaires	4
Hypertension	5
Antécédents d'hypertension gravidique	6
Thrombose veineuse profonde (TVP)/Embolie pulmonaire (EP)	6
Mutations thrombogéniques avérées	6
Thrombose veineuse superficielle	6
Cardiopathie ischémique actuelle et antécédents de cardiopathie ischémique	7
Accident vasculaire cérébral	7
Hyperlipidémies avérées	7
Vulvulopathie cardiaque	7
AFFECTIONS NEUROLOGIQUES	7
Céphalées	7
Epilepsie	8
ETATS DEPRESSIFS	8
Etats dépressifs	8
INFECTIONS ET PATHOLOGIES DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR	8
Saignements vaginaux	8
Saignements vaginaux inexpliqués	9
Endométriose	9
Tumeurs ovariennes bénignes	9
Dysménorrhée sévère	9
Maladie trophoblastique	9
Ectropion du col utérin	9
Néoplasie intra-épithéliale du col utérin (NIC)	9
Cancer du col utérin	9
Pathologie du sein	9
Cancer de l'endomètre	10
Cancer de l'ovaire	10
Fibromes utérins	10
Maladie inflammatoire pelvienne (MIP)	10
IST	10
VIH/SIDA	11
Risque élevé de VIH	11
Infection à VIH	11
SIDA	11

AUTRES INFECTIONS	11
Schistosomiase	11
Tuberculose	12
Paludisme	12
TROUBLES ENDOCRINIENS	12
Diabète	12
Troubles thyroïdiens	12
PATHOLOGIES GASTRO-INTESTINALES	12
Cholécystopathie	12
Antécédents de cholestase	13
Hépatite virale	13
Cirrhose	13
Tumeurs hépatiques	13
ANEMIES	13
Thalassémie	13
Drépanocytose	13
Anémie ferriprive	13
INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES	14
Médicaments ayant une action sur les enzymes hépatiques	14
Antibiotiques	14
Traitement antirétroviral	15
Observations complémentaires	16
Bibliographie : progestatifs seuls	18

PROGESTATIFS SEULS (PS)

PPP = Pilules progestatives pures

AM/EN = Acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR)/énantate de noréthistérone (NET-EN)

LNG/ETG = Implants au lévonorgestrel (Norplant et Jadelle) ainsi que les implants à l'étonogestrel (Implanon)

PROGESTATIFS SEULS (PS)		Les PS n'offrent aucune protection contre les IST/le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH (y compris pendant la grossesse ou le post partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.		
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	PPP	AM/ EN	LNG/ ETG	
CARACTERISTIQUES PERSONNELLES ET ANTECEDENTS GENESIQUES				
GROSSESSE	NA			Explication complémentaire : L'utilisation des PS n'est pas nécessaire. On ne connaît pas d'effet nocif pour la mère, le déroulement de sa grossesse ou le fœtus en cas d'utilisation accidentelle de PS pendant la grossesse. Toutefois, les rapports entre l'utilisation de l'AMPR pendant la grossesse et les effets qu'il peut avoir sur le fœtus restent mal connus.
AGE*				
a) Des premières règles à < 18 ans	1	2	1	Données : Des données en nombre limité montrent une diminution de la densité minérale osseuse chez les adolescentes utilisatrices de l'APMR, mais pas chez les utilisatrices d'implants libérant du lévonorgestrel. Aucune étude n'a été effectuée sur la question de savoir si l'utilisation de l'AMPR chez les adolescentes modifie le pic de masse osseux. ¹⁻⁵
b) 18 à 45 ans	1	1	1	Données : Dans l'ensemble, les utilisatrices actuelles de l'AMPR présentaient une diminution de la densité minérale osseuse, par rapport aux non utilisatrices ; cette diminution se situait en général dans les limites de l'écart type des valeurs normales. ⁶ Les résultats concernant les utilisatrices actuelles du Norplant étaient mitigés. ⁶ Dans une étude portant sur les utilisatrices d'Implanon, aucune modification de la densité osseuse n'a été mise en évidence au bout de 2 ans d'utilisation. ⁷

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

PROGESTATIFS SEULS (PS)	Les PS n'offrent aucune protection contre les IST/le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH (y compris pendant la grossesse ou le post partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.			
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	PPP	AM/ EN	LNG/ ETG	
AGE* (suite) c) > 45 ans	1	2	1	Données : Chez les femmes plus âgées utilisatrices de l'AMPR, une diminution de la densité minérale osseuse a été constatée, par rapport aux non utilisatrices. Toutefois, des données en nombre limité ont montré que ces femmes avaient récupéré la masse osseuse perdue, après avoir arrêté de prendre de l'AMPR avant la ménopause. En outre, chez les femmes ménopausées, il n'y avait aucune différence entre la densité osseuse des anciennes utilisatrices de l'AMPR et celle des femmes n'en ayant jamais pris. ⁸⁻¹³
PARITE a) Nullipare b) Uni/multipare	1 1	1 1	1 1	
ALLAITEMENT AU SEIN a) < 6 semaines après l'accouchement	3	3	3	Explication complémentaire : On peut craindre que le nouveau né coure un risque par suite de l'exposition à des hormones stéroïdiennes pendant les 6 premières semaines du post partum. Toutefois, dans beaucoup de situations de ce type, les risques de morbidité et de mortalité durant la grossesse sont élevés et l'accès aux services limité. Les PS peuvent faire partie des quelques méthodes largement disponibles et accessibles aux femmes qui allaitent immédiatement après l'accouchement. Données : Des études ont montré que chez les femmes allaitant moins de 6 semaines après l'accouchement, les progestatifs seuls n'abaissaient pas la production de lait, et ne compromettaient donc pas la santé ni la croissance du nourrisson. Toutefois, il n'existe aucune donnée d'évaluation des effets de l'exposition aux progestatifs par le biais de l'allaitement au sein sur le développement cérébral et hépatique. ¹⁴⁻³⁸

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

PROGESTATIFS SEULS (PS)	Les PS n'offrent aucune protection contre les IST/le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH (y compris pendant la grossesse ou le post partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.			
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	PPP	AM/ EN	LNG/ ETG	
ALLAITEMENT AU SEIN (suite) b) De 6 semaines à 6 mois après l'accouchement (allaitement principalement au sein) c) ≥ 6 mois après l'accouchement	1	1	1	
POST-PARTUM* (chez les femmes qui n'allaitent pas) a) < 21 jours b) ≥ 21 jours	1	1	1	
POST-ABORTUM a) Avortement au premier trimestre b) Avortement au deuxième trimestre c) Immédiatement après un avortement septique	1	1	1	Explication complémentaire : Les PS peuvent être utilisés immédiatement après un avortement. Données : Des données en nombre limité portent à croire à l'absence d'effets indésirables lorsque la contraception par Norplant ou NET-EN démarre après un avortement au premier trimestre. ³⁹⁻⁴²
ANTECEDENTS DE GROSSESSE EXTRA-UTERINE*	2	1	1	
ANTECEDENTS DE CHIRURGIE PELVIENNE	1	1	1	
TABAGISME a) Age < 35 ans b) Age ≥ 35 ans (i) <15 cigarettes/jour (ii) ≥15 cigarettes/jour	1	1	1	

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

PROGESTATIFS SEULS (PS)	Les PS n'offrent aucune protection contre les IST/le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH (y compris pendant la grossesse ou le post partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.			
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	PPP	AM/ EN	LNG/ ETG	
OBESITE Indice de masse corporelle (IMC) ≥ 30 kg/m ²	1	1	1	Données : Les études fournissent des données contradictoires, en ce qui concerne la question de savoir si l'utilisation de l'AMPR expose les femmes obèses à un risque accru de prise de poids et de saignements, par rapport au utilisatrices non obèses. ⁴³⁻⁴⁵ Des études montrent que l'obésité ne diminue pas l'efficacité des capsules souples Norplant ou de Jadelle. ⁴⁶⁻⁴⁸
MESURE DE LA TENSION ARTERIELLE NON DISPONIBLE	NA	NA	NA	Explication complémentaire : Il est souhaitable de pouvoir mesurer la tension artérielle avant de débuter une contraception par les PS. Toutefois, dans certains endroits, il est impossible de mesurer la tension artérielle. Dans beaucoup d'entre eux, les risques de morbidité et de mortalité pendant la grossesse sont élevés et les PS constituent l'une des rares méthodes largement disponibles. En pareil cas, les femmes ne doivent pas se voir refuser les PS uniquement parce qu'on ne peut pas mesurer leur tension artérielle.
PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE				
FACTEURS DE RISQUE MULTIPLES D'ARTERIOPATHIES CARDIO-VASCULAIRES (par ex. âge, tabagisme, diabète et hypertension)	2	3	2	Explication complémentaire : Lorsqu'il existe plusieurs facteurs de risque importants, le risque de pathologie cardio-vasculaire peut être sensiblement augmenté. Certains PS peuvent accroître le risque de thrombose, même si l'augmentation est sensiblement moins importante qu'avec les COC. Les effets de l'AMPR et du NET-EN peuvent perdurer pendant un certain temps après l'arrêt de la méthode.

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

PROGESTATIFS SEULS (PS)		Les PS n'offrent aucune protection contre les IST/le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH (y compris pendant la grossesse ou le post partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.		
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	PPP	AM/ EN	LNG/ ETG	
HYPERTENSION*				
Pour l'ensemble des catégories d'hypertension, les classifications partent du principe qu'il n'existe aucun autre facteur de risque cardio-vasculaire. La présence de facteurs de risque multiples peut accroître le risque de pathologie cardio-vasculaire de manière significative. Une seule mesure de la tension artérielle ne suffit pas pour qu'une femme soit considérée comme hypertendue.				
a) Antécédents d'hypertension, lorsque la tension artérielle NE PEUT PAS être mesurée (y compris hypertension gravidique)	2	2	2	Explication complémentaire : Il est souhaitable de pouvoir mesurer la tension artérielle avant de débuter une contraception par les PS. Toutefois, dans certains endroits, il est impossible de mesurer la tension artérielle. Dans beaucoup d'entre eux, les risques de morbidité et de mortalité pendant la grossesse sont élevés et les PS constituent l'une des rares méthodes largement disponibles. En pareil cas, les femmes ne doivent pas se voir refuser les PS uniquement parce qu'on ne peut pas mesurer leur tension artérielle.
b) Hypertension bien contrôlée, lorsque la tension artérielle PEUT être mesurée	1	2	1	
c) Tension artérielle élevée (mesurée correctement)				Données : Certains faits laissent penser que parmi les hypertendues, celles qui utilisent des PS sous forme de pilules ou d'injections auraient un risque légèrement plus important de problèmes cardio-vasculaires par rapport à celles qui n'emploient pas ces méthodes. ⁴⁹
(i) systolique 140–159 ou diastolique 90–99	1	2	1	
(ii) systolique ≥ 160 ou diastolique ≥ 100	2	3	2	
d) Pathologie vasculaire	2	3	2	

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

PROGESTATIFS SEULS (PS)	Les PS n'offrent aucune protection contre les IST/le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH (y compris pendant la grossesse ou le post partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.			
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	PPP	AM/ EN	LNG/ ETG	
ANTECEDENTS D'HYPERTENSION GRAVIDIQUE. (lorsque la tension artérielle actuelle ne peut pas être mesurée)	1	1	1	
THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE (TVP)/ EMBOLIE PULMONAIRE (EP)* a) Antécédents de TVP/EP b) TVP/EP en cours c) Antécédents familiaux de TVP/EP (premier degré de parenté) d) Chirurgie lourde (i) avec immobilisation prolongée (ii) sans immobilisation prolongée e) Chirurgie mineure sans immobilisation	2 3 1 2 1 1	2 3 1 2 1 1	2 3 1 2 1 1	
MUTATIONS THROMBOGENIQUES AVEREES (par ex : Facteur V Leiden ; mutation du Facteur II ; déficit en protéine S, protéine C, ou en antithrombine)	2	2	2	Explication complémentaire : Le dépistage systématique n'est pas opportun, compte tenu de la rareté de ces pathologies, et du coût élevé du dépistage.
THROMBOSE VEINEUSE SUPERFICIELLE* a) Varices b) Thrombophlébite superficielle	1 1	1 1	1 1	

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

PROGESTATIFS SEULS (PS)	Les PS n'offrent aucune protection contre les IST/le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH (y compris pendant la grossesse ou le post partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.					
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES		
	PPP	AM/ EN	LNG/ ETG			
CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE EN COURS ET ANTECEDENTS DE CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE*	A	C		A	C	
	2	3	3	2	3	
ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL* (antécédents d'accident vasculaire cérébral)	A	C		A	C	
	2	3	3	2	3	
HYPERLIPIDEMIES AVEREES	2		2	2		Explication complémentaire : Il n'est pas opportun de procéder à un dépistage systématique compte tenu de la rareté de ces pathologies et du coût élevé du dépistage. Certains types d'hyperlipidémie constituent des facteurs de risque de pathologies vasculaires.
VALVULOPATHIE CARDIAQUE a) Non compliquée b) Compliquée (hypertension pulmonaire, risque de fibrillation auriculaire, antécédents d'endocardite bactérienne sub-aiguë)	1		1	1		
	1		1	1		
AFFECTIONS NEUROLOGIQUES						
CEPHALEES*	A	C	A	C	A	C
a) Non migraineuses (légères ou sévères)	1	1	1	1	1	Explication complémentaire : La classification repose sur un diagnostic précis de l'origine migraineuse ou non des céphalées sévères. Toute céphalée nouvelle ou modification marquée des céphalées doit être évaluée. Cette classification concerne les femmes ne présentant aucun autre facteur de risque d'accident vasculaire cérébral. Ce risque d'accident vasculaire cérébral augmente avec l'âge, l'hypertension et le tabagisme.

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

PROGESTATIFS SEULS (PS)		Les PS n'offrent aucune protection contre les IST/le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH (y compris pendant la grossesse ou le post partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.					
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation						EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	PPP		AM/ EN		LNG/ ETG		
CEPHALEES* (suite)							
b) Migraine							
(i) sans aura							
Age < 35 ans	1	2	2	2	2	2	
Age ≥ 35 ans	1	2	2	2	2	2	
(ii) avec aura (quel que soit l'âge)	2	3	2	3	2	3	
EPILEPSIE	1		1		1		Explication complémentaire : Si une femme prend des anticonvulsivants, se reporter à la section sur les interactions médicamenteuses. Certains anticonvulsivants réduisent l'efficacité des PS.
ETATS DEPRESSIFS							
ETATS DEPRESSIFS	1		1		1		Explication complémentaire : La classification repose sur des données concernant des femmes souffrant de certains troubles dépressifs. Aucune donnée sur le trouble bipolaire ou la dépression du post-partum n'était disponible. Interactions médicamenteuses éventuelles entre certains traitements antidépresseurs et les contraceptifs hormonaux. Données : Il n'a pas été constaté d'accentuation des symptômes dépressifs chez les femmes dépressives utilisatrices de PS, par rapport aux bases de départ. <small>50-53</small>
INFECTIONS ET PATHOLOGIES DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR							
SAIGNEMENTS VAGINAUX*							
a) Saignements irréguliers <i>peu abondants</i>	2		2		2		
b) Saignements abondants ou prolongés (y compris les saignements réguliers ou irréguliers)	2		2		2		Explication complémentaire : Des saignements anormalement abondants doivent faire soupçonner une pathologie sous-jacente grave.

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

PROGESTATIFS SEULS (PS)	Les PS n'offrent aucune protection contre les IST/le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH (y compris pendant la grossesse ou le post partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.			
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	PPP	AM/ EN	LNG/ ETG	
SAIGNEMENTS VAGINAUX INEXPLIQUES* (suspicion de pathologie grave) Avant évaluation	2	3	3	Explication complémentaire : Si l'on soupçonne une grossesse ou une pathologie sous jacente (comme une tumeur pelvienne maligne), il faut procéder à une évaluation, et modifier la catégorie en conséquence.
ENDOMETRIOSE*	1	1	1	
TUMEURS OVARIENNES BENIGNES (y compris les kystes)	1	1	1	
DYSMENORRHEE SEVERE	1	1	1	
MALADIE TROPHOBLASTIQUE a) Maladie trophoblastique gestationnelle bénigne b) Maladie trophoblastique gestationnelle maligne	1	1	1	
ECTROPION DU COL UTERIN	1	1	1	
NEOPLASIE INTRA-EPITHELIALE DU COL UTERIN (NIC)	1	2	2	Données : Chez les femmes souffrant d'une infection à VPH persistante, l'utilisation prolongée de l'AMPR (≥ 5 ans) est susceptible d'accroître le risque de cancer <i>in situ</i> et de cancer invasif. ⁵⁴
CANCER DU COL UTERIN* (avant traitement)*	1	2	2	
PATHOLOGIE DU SEIN* a) Grosseur non diagnostiquée b) Mastopathie bénigne c) Antécédents familiaux de cancer	2	2	2	Explication complémentaire : Procéder à une évaluation dès que possible.

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

PROGESTATIFS SEULS (PS)	Les PS n'offrent aucune protection contre les IST/le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH (y compris pendant la grossesse ou le post partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.			
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	PPP	AM/ EN	LNG/ ETG	
PATHOLOGIE DU SEIN* (suite) d) Cancer du sein (i) en cours (ii) cancer en rémission depuis 5 ans				
CANCER DE L'ENDOMETRE*	1	1	1	
CANCER DE L'OVAIRE*	1	1	1	
FIBROMES UTERINS* a) Sans déformation de la cavité utérine b) Avec déformation de la cavité utérine	1 1	1 1	1 1	
MALADIE INFLAMMATOIRE PELVIENNE (MIP)* a) Antécédents de MIP (sans facteurs de risque actuels d'IST) (i) avec grossesse ultérieure (ii) sans grossesse ultérieure b) MIP - en cours	1 1 1	1 1 1	1 1 1	
IST* a) Cervicite purulente en cours, ou infection à chlamydia, ou gonococcie en cours b) Autres IST (à l'exclusion du VIH et de l'hépatite)	1 1	1 1	1 1	Données : Certains faits suggèrent l'éventualité d'un risque accru de cervicite à chlamydia chez les femmes utilisatrices de l'AMPR et à risque élevé d'IST. En ce qui concerne les autres IST, soit les données montrent qu'il n'y a aucune association entre l'utilisation de l'AMPR et le fait de contracter une IST, soit les données sont trop limitées pour en tirer des conclusions. Aucune donnée concernant les autres PS. ⁵⁵⁻⁶¹

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

PROGESTATIFS SEULS (PS)		Les PS n'offrent aucune protection contre les IST/le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH (y compris pendant la grossesse ou le post partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.		
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	PPP	AM/ EN	LNG/ ETG	
IST* (suite)				
c) Vaginite (y compris Trichomonas vaginalis et vaginose bactérienne)	1	1	1	
d) Risque accru d'IST	1	1	1	
VIH/SIDA				
RISQUE ELEVE DE VIH*	1	1	1	Données : Globalement, les données manquent d'uniformité en ce qui concerne l'intensification de la vulnérabilité au VIH des utilisatrices de PS, par rapport aux non utilisatrices. ⁶²⁻⁷⁸
INFECTION A VIH	1	1	1	Données : Les résultats sont contradictoires en ce qui concerne le risque accru d'excrétion virale (VIH, et VHS—virus herpes simplex) chez les femmes infectées par le VIH utilisant l'AMPR. ⁷⁹⁻⁸¹
SIDA Sous traitement ARV	1 2	1 2	1 2	Explication complémentaire : Dans le cas d'une femme sous traitement antirétroviral (ARV), se reporter à la section sur les interactions médicamenteuses. Compte tenu des éventuelles interactions médicamenteuses entre les contraceptifs hormonaux et les ARV, le SIDA avec traitement ARV est rangé en Catégorie 2.
AUTRES INFECTIONS				
SCHISTOSOMIASE				
a) Non compliquée	1	1	1	Données : Certains faits ont montré que, chez les femmes atteintes de schistosomiase non compliquée, l'utilisation de l'AMPR n'altérerait pas la fonction hépatique. ⁸²
b) Fibrose hépatique (en cas d'atteinte grave, voir cirrhose)	1	1	1	

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

PROGESTATIFS SEULS (PS)	Les PS n'offrent aucune protection contre les IST/le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH (y compris pendant la grossesse ou le post partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.			
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	PPP	AM/ EN	LNG/ ETG	
TUBERCULOSE				
a) Non génito-urinaire	1	1	1	Explication complémentaire : Si une femme prend de la rifampicine, se reporter à la section sur les interactions médicamenteuses. Il est probable que la rifampicine réduise l'efficacité des PS.
b) Génito-urinaire avérée	1	1	1	
PALUDISME	1	1	1	
TROUBLES ENDOCRINIENS				
DIABETE*				
a) Antécédents de diabète gestationnel	1	1	1	
b) Sans complication vasculaire				
(i) non-insulino-dépendant	2	2	2	
(ii) insulino-dépendant	2	2	2	
c) Néphropathie/ rétinopathie/ neuropathie	2	3	2	
d) Autre pathologie vasculaire ou diabète installé depuis plus de 20 ans	2	3	2	
TROUBLES THYROÏDIENS				
a) Simple goitre	1	1	1	
b) Hyperthyroïdie	1	1	1	
c) Hypothyroïdie	1	1	1	
PATHOLOGIES GASTRO-INTESTINALES				
CHOLECYSTOPATHIE*				
a) Symptomatique				
(i) traitée par cholécystectomie	2	2	2	
(ii) traitée médicalement	2	2	2	
(iii) en cours	2	2	2	
b) Asymptomatique	2	2	2	

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

PROGESTATIFS SEULS (PS)	Les PS n'offrent aucune protection contre les IST/le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH (y compris pendant la grossesse ou le post partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.			
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	PPP	AM/ EN	LNG/ ETG	
ANTECEDENTS DE CHOLESTASE* a) En rapport avec la grossesse b) Liés à une utilisation passée de COC	1 2	1 2	1 2	
HEPATITE VIRALE* a) Evolutive b) Chez le sujet porteur	3 1	3 1	3 1	
CIRRHOSE* a) Légère (compensée) b) Grave (décompensée)	2 3	2 3	2 3	
TUMEURS HEPATIQUES* a) Bénigne (adénome) b) Maligne (hépatome)	3 3	3 3	3 3	
ANEMIES				
THALASSEMIE	1	1	1	
DREPANOCYTOSE	1	1	1	Données : L'utilisation des PS chez les femmes souffrant de drépanocytose n'a pas eu d'effets négatifs sur les paramètres hématologiques, et dans certaines études, elle a eu un effet bénéfique sur les symptômes cliniques. ⁸³⁻⁹⁰
ANEMIE FERRIPRIVE*	1	1	1	

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

PROGESTATIFS SEULS (PS)	Les PS n'offrent aucune protection contre les IST/le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH (y compris pendant la grossesse ou le post partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.			
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	PPP	AM/ EN	LNG/ ETG	
INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES				
MEDICAMENTS AYANT UNE ACTION SUR LES ENZYMES HEPATIQUES				
a) Rifampicine	3	2	3	<p>Explication complémentaire : Bien que l'interaction entre la rifampicine ou certains anticonvulsivants avec les PPP et les implants libérant LNG/ETG ne soit pas nocive pour les femmes, il est probable qu'elle diminue l'efficacité des PPP et de ces implants. Les femmes qui utilisent les médicaments pendant longtemps devraient être incitées à utiliser d'autres moyens contraceptifs. On ne sait toujours pas si le fait d'augmenter le dosage hormonal des PPP réglerait cette question.</p> <p>Données : l'utilisation de certains anticonvulsivants diminue l'effet contraceptif des PS.⁹¹⁻⁹³</p>
b) Certains anticonvulsivants (phénytoïne, carbamazépine, barbituriques, primidone, topiramole, oxcarbazépine)	3	2	3	
ANTIBIOTIQUES (à l'exclusion de la rifampicine)				
a) Griséofulvine	2	1	2	
b) Autres antibiotique	1	1	1	

PROGESTATIFS SEULS (PS)	Les PS n'offrent aucune protection contre les IST/le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH (y compris pendant la grossesse ou le post partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.			
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	PPP	AM/ EN	LNG/ ETG	
TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL	2	2	2	<p>Explication complémentaire : Il est important de noter que les médicaments antirétroviraux (ARV) sont susceptibles soit de diminuer soit d'augmenter la biodisponibilité des hormones stéroïdiennes dans les contraceptifs hormonaux. Les rares données disponibles (présentées à l'Annexe 1) laissent penser que d'éventuelles interactions médicamenteuses entre de nombreux ARV (en particulier certains inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) et inhibiteurs de la protéase – (IP)) et les contraceptifs hormonaux pourraient compromettre l'innocuité et l'efficacité à la fois des contraceptifs hormonaux et des ARV eux-mêmes. On ne sait pas si le pouvoir contraceptif des progestatifs injectables seuls (par ex. acétate de médroxyprogestérone retard, et énantate de noréthistérone) pourrait ou non être altéré, du fait que ces méthodes induisent des taux hormonaux sanguins plus élevés que les autres PS et que les contraceptifs oraux combinés. Des études sont en cours afin d'évaluer les éventuelles interactions entre l'acétate de médroxyprogestérone retard, et certains médicaments IP et INNTI. En conséquence, si une femme sous traitement antirétroviral décide d'adopter ou de poursuivre l'utilisation de contraceptifs hormonaux, on recommandera l'usage systématique du préservatif.</p>

Observations complémentaires

AGE

Des premières règles, à < 18 ans : Chez les adolescentes de moins de 18 ans, on peut craindre un risque théorique d'effet hypo-estrogénique associé à l'utilisation de l'AMPR, avec notamment la question de savoir s'il n'aurait pas une incidence sur leur pic de masse osseuse.

> 45 ans : Chez les femmes de plus de 45 ans, on peut craindre un risque théorique d'effet hypo-estrogénique associé à l'utilisation de l'AMPR, avec notamment la question de savoir si ces femmes pourront récupérer la masse osseuse perdue, une fois qu'elles auront arrêté l'AMPR.

POST-PARTUM

< 21 jours : Les femmes non allaitantes peuvent sans risque utiliser les PS immédiatement après l'accouchement.

ANTECEDENTS DE GROSSESSE EXTRA-UTERINE

Le risque absolu de grossesse extra-utérine est plus élevé avec les PPP qu'avec d'autres PS, mais moins élevé quand même qu'en l'absence de toute méthode.

HYPERTENSION

Pathologie vasculaire : Les effets hypo-œstrogéniques et la baisse des HDL, en particulier chez les utilisatrices de l'AMPR et du NET-EN, suscitent une certaine inquiétude. En revanche, peu d'inquiétude par rapport à ces effets, en ce qui concerne les PPP ou les implants LNG/ETG. Les effets de l'AMPR et du NET-EN peuvent persister pendant un certain temps après arrêt de la méthode.

THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE (TVP)/EMBOLIE PULMONAIRE (EP)

Certains PS peuvent accroître le risque de thrombose veineuse, même si cette augmentation est sensiblement moins importante qu'avec les COC.

CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE EN COURS ET ANTECEDENTS DE CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE

Les effets hypo-œstrogéniques et la baisse des HDL, en particulier chez les utilisatrices de l'AMPR et du NET-EN, suscitent une certaine inquiétude. En revanche, peu d'inquiétude par rapport à ces effets, en ce qui concerne les PPP ou les implants LNG/ETG. Les effets de l'AMPR et du NET-EN peuvent persister pendant un certain temps après arrêt de la méthode.

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL

Les effets hypo-œstrogéniques et la baisse des HDL, en particulier chez les utilisatrices de l'AMPR et du NET-EN, suscitent une certaine inquiétude. En revanche, peu d'inquiétude par rapport à ces effets, en ce qui concerne les PPP ou les implants LNG/ETG. Les effets de l'AMPR et du NET-EN peuvent persister pendant un certain temps après arrêt de la méthode.

CEPHALEES

L'aura correspond à un symptôme neurologique focal précis. Pour de plus amples informations à ce sujet, voir : Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. International classification of headache disorders, 2ème édition. *Cephalalgia*. 2004 ; 24 (Suppl.1) : 1 – 150.
http://216.25.100.131/ihscommon/guidelines/pdfs/ihc_II_main_no_print.pdf

On peut craindre que l'utilisation du NET-EN, de l'AMPR et des implants augmente la fréquence des céphalées sévères. Les effets de l'AMPR et du NET-EN peuvent persister pendant un certain temps après arrêt de la méthode.

SAIGNEMENTS VAGINAUX

Des irrégularités menstruelles s'observent couramment chez les femmes en bonne santé. Les PS provoquent fréquemment des irrégularités menstruelles. L'utilisation des implants peut provoquer des irrégularités menstruelles, en particulier au cours des 3 à 6 premiers mois, mais ces irrégularités peuvent persister plus longtemps. Une aménorrhée est plus susceptible de se produire chez les utilisatrices de l'ETG que chez les utilisatrices des implants au LNG.

SAIGNEMENTS VAGINAUX INEXPLIQUES

Les PS peuvent provoquer des irrégularités menstruelles, lesquelles peuvent masquer les symptômes d'une pathologie sous-jacente. Les effets de l'AMPR et du NET-EN peuvent persister pendant un certain temps après arrêt de la méthode.

CANCER DU COL UTERIN (avant traitement)

A noter un risque théorique d'incidence des PS sur le pronostic de la maladie existante. En attendant un traitement, les femmes peuvent employer les PS. En général, le traitement de cette pathologie entraîne la stérilité.

PATHOLOGIE DU SEIN

Cancer du sein : le cancer du sein est une tumeur hormonodépendante, et chez les femmes frappées actuellement ou récemment par le cancer du sein, le pronostic peut être aggravé par l'utilisation des PS.

CANCER DE L'ENDOMETRE

En attendant un traitement, les femmes peuvent utiliser les PS. En général, le traitement de cette pathologie entraîne la stérilité.

CANCER DE L'OVAIRE

En attendant un traitement, les femmes peuvent utiliser les PS. En général, le traitement de cette pathologie entraîne la stérilité.

FIBROMES UTERINS

Les PS ne semblent pas favoriser le développement de fibromes utérins.

MALADIE INFLAMMATOIRE PELVIENNE (MIP)

On se sait pas si les PS, à l'instar des COC, réduisent le risque de MIP chez les femmes porteuses d'une IST ; ce qui est certain, c'est qu'ils ne protègent pas contre le VIH ni contre les IST touchant les voies génitales basses.

IST

On se sait pas si les PS, à l'instar des COC, réduisent le risque de MIP chez les femmes porteuses d'une IST ; ce qui est certain, c'est qu'ils ne protègent pas contre le VIH ni contre les IST touchant les voies génitales basses.

RISQUE ELEVE DE VIH

On se sait pas si les PS, à l'instar des COC, réduisent le risque de MIP chez les femmes porteuses d'une IST ; ce qui est certain, c'est qu'ils ne protègent pas contre le VIH ni contre les IST touchant les voies génitales basses.

DIABETE

Sans complication vasculaire : les PS peuvent modifier le métabolisme des hydrates de carbone.

Néphropathie, rétinopathie, neuropathie : L'effet hypo-estrogénique potentiel et la baisse des HDL provoqués par les PS suscitent des inquiétudes, en particulier chez les utilisatrices de l'AMPR et du NET-EN. Les effets de l'AMPR et du NET-EN peuvent perdurer un certain temps après arrêt de la méthode. Certains PS peuvent accroître le risque de thrombose, même si cette augmentation est sensiblement moins importante qu'avec les COC.

Autre pathologie vasculaire ou diabète installé depuis plus de 20 ans : L'effet hypo-estrogénique potentiel et la baisse des HDL provoqués par les PS suscitent des inquiétudes, en particulier chez les utilisatrices de l'AMPR et du NET-EN. Les effets de l'AMPR et du NET-EN peuvent perdurer un certain temps après arrêt de la méthode. Certains PS peuvent accroître le risque de thrombose, même si cette augmentation est sensiblement moins importante qu'avec les COC.

ANTECEDENTS DE CHOLESTASE

Théoriquement, des antécédents de cholestase liée à l'utilisation de COC peut laisser prévoir une cholestase ultérieure liée à l'utilisation de PS. Toutefois, cela n'a pas été documenté.

HEPATITE VIRALE

Evolutive : Les PS sont métabolisés par le foie, et leur utilisation peut avoir des conséquences néfastes chez les femmes dont la fonction hépatique est déjà altérée. Le risque est le même qu'avec les COC, mais à un degré moindre.

CIRRHOSE

Les PS sont métabolisés par le foie, et leur utilisation peut avoir des conséquences néfastes chez les femmes dont la fonction hépatique est déjà altérée. Le risque est le même qu'avec les COC, mais à un degré moindre.

TUMEUR HEPATIQUE

Les PS sont métabolisés par le foie, et leur utilisation peut avoir des conséquences néfastes chez les femmes dont la fonction hépatique est déjà altérée. En outre, ils peuvent favoriser la prolifération des tumeurs. Le risque est le même qu'avec les COC, mais à un degré moindre.

ANEMIE FERRIPRIVE

Les modifications du cycle associées à l'utilisation des PS ont peu d'effet sur le taux d'hémoglobine.

Bibliographie : progestatifs seuls

1. Busen NH, Britt RB, Rianon N. Bone mineral density in a cohort of adolescent women using depot medroxyprogesterone acetate for one to two years. *Journal of Adolescent Health*, 2003, 32:257-9.
2. Cromer BA et al. A prospective comparison of bone density in adolescent girls receiving depot medroxyprogesterone acetate (Depo-Provera), levonorgestrel (Norplant), or oral contraceptives. *Journal of Pediatrics*, 1996, 129:671-6.
3. Cundy T et al. Spinal bone density in women using depot medroxyprogesterone contraception. *Obstetrics & Gynecology*, 1998, 92:569-73.
4. Lappe JM, Stegman MR, Recker RR. The impact of lifestyle factors on stress fractures in female army recruits. *Osteoporosis International*, 2001, 12:35-42.
5. Tharnprisan W, Taneepanichskul S. Bone mineral density in adolescent and young Thai girls receiving oral contraceptives compared with depot medroxyprogesterone acetate: a cross-sectional study in young Thai women. *Contraception*, 2002, 66:101-3.
6. Banks E, Berrington A, Casabonne D. Overview of the relationship between use of progestogen-only contraceptives and bone mineral density. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2001, 108:1214-21.
7. Beerthuizen R et al. Bone mineral density during long-term use of the progestagen contraceptive implant Implanon compared to a non-hormonal method of contraception. *Human Reproduction*, 2000, 15:118-22.
8. Cundy T et al. Recovery of bone density in women who stop using medroxyprogesterone acetate. *BMJ*, 1994, 308:247-8.
9. Cundy T, Reid I. Depot medroxyprogesterone and bone density. *BMJ*, 1994, 308:1567-8.
10. Cundy T et al. Menopausal bone loss in long-term users of depot medroxyprogesterone acetate contraception. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2002, 186:978-83.
11. Gbolade B et al. Bone density in long term users of depot medroxyprogesterone acetate. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1998, 105:790-4.
12. Orr-Walker BJ et al. The effect of past use of the injectable contraceptive depot medroxyprogesterone acetate on bone mineral density in normal post-menopausal women. *Clinical Endocrinology*, 1998, 49:615-8.
13. Tang OS et al. Further evaluation on long-term depot-medroxyprogesterone acetate use and bone mineral density: a longitudinal cohort study. *Contraception*, 2000, 62:161-4.
14. Abdel-Aleem H et al. The use of norgestrel acetate subdermal contraceptive implant, Uniplant, during lactation. *Contraception*, 1996, 54:281-6.
15. Abdulla KA et al. Effect of early post-partum use of the contraceptive implants, Norplant, on the serum levels of immunoglobulins of the mothers and their breastfed infants. *Contraception*, 1985, 32:261-6.
16. Bjarnadottir RI et al. Comparative study of the effects of a progestogen-only pill containing desogestrel and an intrauterine contraceptive device in lactating women. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2001, 108:1174-80.
17. Croxatto HB et al. Fertility regulation in nursing women. Comparative performance of progesterone implants versus placebo and copper T. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1982, 144:201-8.
18. Diaz S et al. Fertility regulation in nursing women. VI. Contraceptive effectiveness of a subdermal progesterone implant. *Contraception*, 1984, 30:311-25.
19. Halderman LD, Nelson AL. Impact of early post-partum administration of progestin-only hormonal contraceptives compared with nonhormonal contraceptives on short-term breast-feeding patterns. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2002, 186:1250-6.
20. Hannon PR et al. The influence of medroxyprogesterone on the duration of breast-feeding in mothers in an urban community. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 1997, 151:490-6.
21. Jimenez J et al. Long-term follow-up of children breast-fed by mothers receiving depot-medroxyprogesterone acetate. *Contraception*, 1984, 30:523-33.
22. Kamal I et al. Clinical, biochemical, and experimental studies on lactation: clinical effects of steroids on the initiation of lactation. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1970, 108:655-8.
23. Karim M et al. Injected progestogen and lactation. *British Medical Journal*, 1971, 1:200-3.
24. Massai R et al. Preregistration study on the safety and contraceptive efficacy of a progesterone-releasing vaginal ring in Chilean nursing women. *Contraception*, 1999, 60:9-14.

25. McCann MF et al. The effects of a progestin-only oral contraceptive (levonorgestrel 0.03 mg) on breast-feeding. *Contraception*, 1989, 40:635-48.
26. McEwan JA et al. Early experience in contraception with a new progestogen. *Contraception*, 1977, 16:339-50.
27. Melis GB et al. Norethisterone enanthate as an injectable contraceptive in puerperal and non-puerperal women. *Contraception*, 1981, 23:77-88.
28. Moggia AV et al. A comparative study of a progestin-only oral contraceptive versus non-hormonal methods in lactating women in Buenos Aires, Argentina.[Erratum appears in *Contraception*, 1991 Sep; 44(3):339]. *Contraception*, 1991, 44:31-43.
29. Narducci U, Piatti N. [Use of Depo-Provera as a contraceptive during the puerperium]. *Minerva Ginecologica*, 1973, 107-11.
30. Seth U et al. Effect of a subdermal silastic implant containing norethindrone acetate on human lactation. *Contraception*, 1977, 16:383-98.
31. Shaaban MM, Salem HT, Abdullah KA. Influence of levonorgestrel contraceptive implants, Norplant, initiated early post-partum upon lactation and infant growth. *Contraception*, 1985, 32:623-35.
32. Shaaban MM. Contraception with progestogens and progesterone during lactation. *Journal of Steroid Biochemistry & Molecular Biology*, 1991, 40:705-10.
33. Shikary ZK et al. Pharmacodynamic effects of levonorgestrel (LNG) administered either orally or subdermally to early post-partum lactating mothers on the urinary levels of follicle stimulating hormone (FSH), luteinizing hormone (LH) and testosterone (T) in their breast-fed male infants. *Contraception*, 1986, 34:403-12.
34. Sivin I et al. Contraceptives for lactating women: a comparative trial of a progesterone-releasing vaginal ring and the copper t 380a iud. *Contraception*, 1997, 55:225-32.
35. Velasquez J et al. [Effect of daily oral administration of 0.350 mg of norethindrone on lactation and chemical composition of milk]. *Ginecologia y Obstetricia de Mexico*, 1976, 40(237):31-9.
36. West CP. The acceptability of a progestagen-only contraceptive during breast-feeding. *Contraception*, 1983, 27:563-9.
37. Zanartu J, Aguilera E, Munoz-Pinto G. Maintenance of lactation by means of continuous low-dose progestogen given post-partum as a contraceptive. *Contraception*, 1976, 13:313-8.
38. Reinprayoon D et al. Effects of the etonogestrel-releasing contraceptive implant (Implanon) on parameters of breastfeeding compared to those of an intrauterine device. *Contraception*, 2000, 62:239-46.
39. Kurunmaki H. Contraception with levonorgestrel-releasing subdermal capsules, Norplant, after pregnancy termination. *Contraception*, 1983, 27:473-82.
40. Kurunmaki H et al. Immediate postabortal contraception with Norplant: levonorgestrel, gonadotropin, estradiol, and progesterone levels over two postabortal months and return of fertility after removal of Norplant capsules. *Contraception*, 1984, 30:431-42.
41. Lahteenmaki P, Toivonen J, Lahteenmaki PL. Postabortal contraception with norethisterone enanthate injections. *Contraception*, 1983, 27:553-62.
42. Ortayli N et al. Immediate postabortal contraception with the levonorgestrel intrauterine device, Norplant, and traditional methods. *Contraception*, 2001, 63:309-14.
43. Connor PD et al. Determining risk between Depo-Provera use and increased uterine bleeding in obese and overweight women. *Journal of the American Board of Family Practice*, 2002, 15:7-10.
44. Leiman G. Depo-medroxyprogesterone acetate as a contraceptive agent: its effect on weight and blood pressure. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1972, 114:97-102.
45. Mangan SA, Larsen PG, Hudson S. Overweight teens at increased risk for weight gain while using depot medroxyprogesterone acetate. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, 2002, 15:79-82.
46. Sivin I et al. Contraception with two levonorgestrel rod implants. A 5-year study in the United States and Dominican Republic. *Contraception*, 1998, 58:275-82.
47. Sivin I et al. Prolonged effectiveness of Norplant(R) capsule implants: a 7-year study. *Contraception*, 2000, 61:187-94.
48. Sivin I et al. Levonorgestrel concentrations during 7 years of continuous use of Jadelle contraceptive implants. *Contraception*, 2001, 64:43-9.
49. World Health Organization Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Cardiovascular disease and use of oral and injectable progestogen-only contraceptives and combined injectable contraceptives. Results of an international, multicenter, case-control study. *Contraception*, 1998, 57:315-24.

50. Cromer BA et al. A prospective study of adolescents who choose among levonorgestrel implant (Norplant), medroxyprogesterone acetate (Depo-Provera), or the combined oral contraceptive pill as contraception. *Pediatrics*, 1994, 94:687-94.
51. Gupta N et al. Mood changes in adolescents using depot-medroxyprogesterone acetate for contraception: a prospective study. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, 2001, 14:71-6.
52. Westhoff C et al. Depressive symptoms and Norplant contraceptive implants. *Contraception*, 1998, 57:241-5.
53. Westhoff C et al. Depressive symptoms and Depo-Provera. *Contraception*, 1998, 57:237-40.
54. Smith JS et al. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. *Lancet*, 2003, 361:1159-67.
55. Baeten JM et al. Hormonal contraception and risk of sexually transmitted disease acquisition: results from a prospective study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2001, 185:380-5.
56. Giuliano AR et al. Human papillomavirus infection at the United States-Mexico border: implications for cervical cancer prevention and control. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 2001, 10:1129-36.
57. Jacobson DL et al. Relationship of hormonal contraception and cervical ectopy as measured by computerized planimetry to chlamydial infection in adolescents. *Sexually Transmitted Diseases*, 2000, 27:313-9.
58. Lavreys L et al. Human herpesvirus 8: seroprevalence and correlates in prostitutes in Mombasa, Kenya. *Journal of Infectious Diseases*, 2003, 187:359-63.
59. Moscicki AB et al. Risks for incident human papillomavirus infection and low-grade squamous intraepithelial lesion development in young females. *JAMA*, 2001, 285:2995-3002.
60. Nsofor BI, Bello CS, Ekwempu CC. Sexually transmitted disease among women attending a family planning clinic in Zaria, Nigeria. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1989, 28:365-7.
61. Ruijs GJ et al. Direct immunofluorescence for Chlamydia trachomatis on urogenital smears for epidemiological purposes. *European Journal of Obstetrics, Gynecology & Reproductive Biology*, 1988, 27:289-97.
62. Aklilu M et al. Factors associated with HIV-1 infection among sex workers of Addis Ababa, Ethiopia. *AIDS*, 2001, 15:87-96.
63. Allen S et al. Pregnancy and contraception use among urban Rwandan women after HIV testing and counseling. *American Journal of Public Health*, 1993, 83:705-10.
64. Carael M et al. Human immunodeficiency virus transmission among heterosexual couples in Central Africa. *AIDS*, 1988, 2:201-5.
65. Cohen E, Navaline H, Metzger D. High-risk behaviors for HIV: a comparison between crack-abusing and opioid-abusing African-American women. *Journal of Psychoactive Drugs*, 1994, 26:233-41.
66. Kapiga SH et al. Risk factors for HIV infection among women in Dar-es-Salaam, Tanzania. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1994, 7:301-9.
67. Kapiga SH et al. The incidence of HIV infection among women using family planning methods in Dar es Salaam, Tanzania. *AIDS*, 1998, 12:75-84.
68. Kiddugavu M et al. Hormonal contraceptive use and HIV-1 infection in a population-based cohort in Rakai, Uganda. *AIDS*, 2003, 17:233-40.
69. Limpakarnjanarat K et al. HIV-1 and other sexually transmitted infections in a cohort of female sex workers in Chiang Rai, Thailand. *Sexually Transmitted Infections*, 1999, 75:30-5.
70. Martin HL, Jr. et al. Hormonal contraception, sexually transmitted diseases, and risk of heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *Journal of Infectious Diseases*, 1998, 178:1053-9.
71. Mati JK et al. Contraceptive use and the risk of HIV infection in Nairobi, Kenya. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1995, 48:61-7.
72. Nagachinta T et al. Risk factors for HIV-1 transmission from HIV-seropositive male blood donors to their regular female partners in northern Thailand. *AIDS*, 1997, 11:1765-72.
73. Nzila N et al. HIV and other sexually transmitted diseases among female prostitutes in Kinshasa. *AIDS*, 1991, 5:715-21.
74. Plourde PJ et al. Human immunodeficiency virus type 1 infection in women attending a sexually transmitted diseases clinic in Kenya. *Journal of Infectious Diseases*, 1992, 166:86-92.
75. Rehle T et al. Risk factors of HIV-1 infection among female prostitutes in Khon Kaen, Northeast Thailand. *Infection*, 1992, 20:328-31.

76. Siraprapasiri T et al. Risk factors for HIV among prostitutes in Chiangmai, Thailand. *AIDS*, 1991, 5:579-82.
77. Taneepanichskul S, Phuapradit W, Chaturachinda K. Association of contraceptives and HIV-1 infection in Thai female commercial sex workers. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1997, 37:86-8.
78. Ungchusak K et al. Determinants of HIV infection among female commercial sex workers in northeastern Thailand: results from a longitudinal study.[erratum appears in *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1998 Jun 1;18(2):192]. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes & Human Retrovirology*, 1996, 12:500-7.
79. McClelland RS et al. A prospective study of hormonal contraceptive use and cervical shedding of herpes simplex virus in human immunodeficiency virus type 1-seropositive women. *Journal of Infectious Diseases*, 2002, 185:1822-5.
80. Mostad SB et al. Hormonal contraception, vitamin A deficiency, and other risk factors for shedding of HIV-1 infected cells from the cervix and vagina. *Lancet*, 1997, 350:922-7.
81. Mostad SB et al. Cervical shedding of herpes simplex virus in human immunodeficiency virus-infected women: effects of hormonal contraception, pregnancy, and vitamin A deficiency. *Journal of Infectious Diseases*, 2000, 181:58-63.
82. Tagy AH et al. The effect of low-dose combined oral contraceptive pills versus injectable contraceptive (Depot Provera) on liver function tests of women with compensated bilharzial liver fibrosis. *Contraception*, 2001, 64:173-6.
83. Adadevoh BK, Isaacs WA. The effect of megestrol acetate on sickling. *American Journal of the Medical Sciences*, 1973, 265:367-70.
84. Barbosa IC et al. Carbohydrate Metabolism in Sickle Cell Patients Using a Subdermal Implant Containing Nomegestrol Acetate (Uniplant). *Contraception*, 2001, 63:263-5.
85. de Abood M et al. Effects of Depo-Provera or Microgynon on the Painful Crises of Sickle Cell Anemia Patients. *Contraception*, 1997, 56:313-6.
86. De Ceulaer K et al. Medroxyprogesterone acetate and homozygous sickle-cell disease. *Lancet*, 1982, 2:229-31.
87. Howard RJ, Lillis C, Tuck SM. Contraceptives, Counselling, and Pregnancy in Women with Sickle Cell Disease. *BMJ*, 1993, 306:1735-7.
88. Ladipo OA et al. Norplant use by women with sickle cell disease. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 1993, 41:85-7.
89. Nascimento ML, Ladipo OA, Coutinho E. Nomegestrol acetate contraceptive implant use by women with sickle cell disease. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 1998, 64:433-8.
90. Yoong WC, Tuck SM, Yardumian A. Red cell deformability in oral contraceptive pill users with sickle cell anaemia. *British Journal of Haematology*, 1999, 104:868-70.
91. Haukkamaa M. Contraception by Norplant subdermal capsules is not reliable in epileptic patients on anticonvulsant treatment. *Contraception*, 1986, 33:559-65.
92. Odland V, Olsson SE. Enhanced metabolism of levonorgestrel during phenytoin treatment in a woman with Norplant implants. *Contraception*, 1986, 33:257-61.
93. Shane-McWhorter L et al. Enhanced metabolism of levonorgestrel during phenobarbital treatment and resultant pregnancy. *Pharmacotherapy*, 1998, 18:1360-4.

CARACTERISTIQUES PERSONNELLES ET SANTE GENESIQUE	1
Grossesse	1
Allaitement au sein	1
Antécédents de grossesse extra-utérine	1
Antécédents de complications cardio-vasculaires graves.....	1
Angor	1
Migraine	1
Pathologie hépatique grave	1
Utilisation répétée de la PCU	1
Viol	1
Observations complémentaires	2

PILULES POUR LA CONTRACEPTION D'URGENCE

PILULES POUR LA CONTRACEPTION D'URGENCE (PCU) (y compris les pilules contraceptives à base de lévonorgestrel et les pilules contraceptives combinées)	Les PCU n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/de VIH (y compris pendant la grossesse ou le post partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH	
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE	EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
GROSSESSE	NA	Explication complémentaire : Bien que cette méthode ne soit pas indiquée chez une femme enceinte ou présumée enceinte, elle n'a aucun effet nocif connu pour la femme, le déroulement de sa grossesse ou le fœtus, en cas d'utilisation accidentelle.
ALLAITEMENT AU SEIN	1	
ANTECEDENTS DE GROSSESSE EXTRA-UTERINE	1	
ANTECEDENTS DE COMPLICATIONS CARDIO-VASCULAIRES GRAVES* (cardiopathie ischémique, accident vasculaire cérébral, ou autre pathologie thrombo-embolique)	2	
ANGOR*	2	
MIGRAINE*	2	
PATHOLOGIE HEPATIQUE GRAVE* (y compris l'ictère)	2	
UTILISATION REPETEE DE LA PCU	1	Explication complémentaire : L'utilisation récurrente de la PCU indique que la femme a besoin d'être conseillée en matière de contraception. Une utilisation fréquemment répétée de la PCU peut être nocive chez les femmes ayant une pathologie rangée dans la catégorie 2, 3 ou 4, pour les COC, les CIC ou les PS.
VIOL*	1	

***Observations complémentaires**

ANTECEDENTS DE COMPLICATIONS CARDIO-VASCULAIRES GRAVES

La durée d'utilisation des PCU est inférieure à celle des COC ou des PPP et devrait donc avoir une incidence clinique moindre.

ANGOR

La durée d'utilisation des PCU étant inférieure à celle des COC ou des PPP, on peut donc s'attendre à ce qu'elle ait une incidence clinique moindre.

MIGRAINE

La durée d'utilisation des PCU étant inférieure à celle des COC ou des PPP, on peut donc s'attendre à ce qu'elle ait une incidence clinique moindre.

PATHOLOGIE HEPATIQUE GRAVE (y compris l'ictère)

La durée d'utilisation des PCU étant inférieure à celle des COC ou des PPP, on peut donc s'attendre à ce qu'elle ait une incidence clinique moindre.

VIOL

Pas de restriction à l'utilisation des PCU en cas de viol.

CARACTERISTIQUES PERSONNELLES ET SANTE GENESIQUE	1
Grossesse	1
Age	1
Parité	1
Post-partum	1
Post-abortum	2
Antécédents de grossesse extra-utérine	2
Antécédents de chirurgie pelvienne	2
Tabagisme	2
Obésité	2
Mesure de la tension artérielle non disponible	2
PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE	3
Facteurs de risque multiples d'artériopathies cardio-vasculaires	3
Hypertension	3
Antécédents d'hypertension gravidique	3
Thrombose veineuse profonde (TVP)/Embolie pulmonaire (EP)	4
Mutations thrombogéniques avérées	4
Thrombose veineuse superficielle	4
Cardiopathie ischémique en cours et antécédents de cardiopathie ischémique	4
Accident vasculaire cérébral	4
Hyperlipidémies avérées	5
Vulvulopathie cardiaque	5
AFFECTIONS NEUROLOGIQUES	5
Céphalées	5
Epilepsie	5
ETATS DEPRESSIFS	5
Etats dépressifs	5
INFECTIONS ET PATHOLOGIES DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR	6
Saignements vaginaux	6
Saignements vaginaux inexpliqués	6
Endométriose	6
Tumeurs ovariennes bénignes	6
Dysménorrhée sévère	6
Maladie trophoblastique	6
Ectropion du col utérin	6
Néoplasie intra-épithéliale du col utérin (NIC)	6
Cancer du col utérin	7
Pathologie du sein	7
Cancer de l'endomètre	7
Cancer de l'ovaire	7
Fibromes utérins	7
Anomalies anatomiques	7
Maladie inflammatoire pelvienne (MIP)	8
IST	9
VIH/SIDA	9
Risque élevé de VIH	9
Infection à VIH	9
SIDA	10

AUTRES INFECTIONS	10
Schistosomiase	10
Tuberculose	10
Paludisme	10
TROUBLES ENDOCRINIENS	10
Diabète	10
Troubles thyroïdiens	10
PATHOLOGIES GASTRO-INTESTINALES	11
Cholécystopathie	11
Antécédents de cholestase	11
Hépatite virale	11
Cirrhose	11
Tumeurs hépatiques	11
ANEMIES	11
Thalassémie	11
Drépanocytose	11
Anémie ferriprive	11
INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES	12
Médicaments ayant une action sur les enzymes hépatiques	12
Antibiotiques	12
Traitement antirétroviral	12
Observations complémentaires	13
Bibliographie : dispositifs intra-utérins	16

DISPOSITIFS INTRA-UTERINS

DIU-Cu = DIU au cuivre

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

DISPOSITIFS INTRA-UTERINS (DIU)		Les DIU n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris durant le post partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.	
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation		EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	DIU-Cu	DIU-LNG	
CARACTERISTIQUES PERSONNELLES ET SANTE GENESIQUE			
GROSSESSE	4	4	Explication complémentaire : Le DIU n'est pas indiqué pendant la grossesse et ne doit pas être employé à cause du risque d'infection pelvienne grave et d'avortement septique spontané.
AGE*			
a) Des premières règles à < 20 ans	2	2	
b) ≥ 20 ans	1	1	
PARITE*			
a) Nullipare	2	2	Données : Les données sont contradictoires, en ce qui concerne la question de savoir si l'utilisation du DIU est, oui ou non, associée à la stérilité chez les femmes nullipares, encore que des études récentes, bien conduites, portent à croire à l'absence d'un risque accru. ¹⁻⁹
b) Uni/multipare	1	1	
POST-PARTUM* (allaitement au sein ou non, notamment après césarienne)			
a) < 48 heures	2	3	Données : Augmentation des taux d'expulsion en cas d'insertion différée, après l'accouchement, par rapport à l'insertion immédiate, et en cas d'insertion immédiate, par rapport à l'insertion dans le temps intermédiaire. ¹⁰⁻¹⁶
b) 48 heures à < 4 semaines	3	3	
c) ≥ 4 semaines	1	1	
d) Infection puerpérale	4	4	

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

DISPOSITIFS INTRA-UTERINS (DIU)		Les DIU n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris durant le post partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.	
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation		EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	DIU-Cu	DIU-LNG	
POST-ABORTUM*			
a) Premier trimestre	1	1	Explication complémentaire : Les DIU peuvent être posés immédiatement après un avortement spontané ou provoqué dans le premier trimestre. Données : Il n'y avait aucune différence dans le risque de complications, entre la pose différée du DIU et la pose immédiatement après l'avortement. L'expulsion était plus fréquente, dans le cas d'une insertion suite à un avortement au deuxième trimestre, par rapport à un avortement au premier trimestre. Aucune différence sur le plan de l'innocuité ou des expulsions, entre un DIU-LNG et un DIU-Cu. ¹⁷⁻³⁰
b) Deuxième trimestre	2	2	
c) Immédiatement après un avortement septique	4	4	
ANTECEDENTS DE GROSSESSE EXTRA-UTERINE*	1	1	
ANTECEDENTS DE CHIRURGIE PELVIENNE (voir post-partum, y compris après césarienne)	1	1	
TABAGISME			
a) Age < 35 ans	1	1	
b) Age ≥ 35 ans			
(i) <15 cigarettes/jour	1	1	
(ii) ≥15 cigarettes/jour	1	1	
OBESITE Indice de masse corporelle (IMC) ≥ 30 kg/m ²	1	1	
MESURE DE LA TENSION ARTERIELLE NON DISPONIBLE	NA	NA	Explication complémentaire : Si la mesure de la tension artérielle est appropriée dans le cadre d'une bonne prévention, elle n'est pas matériellement liée à l'utilisation sûre et efficace du DIU. Il ne faut pas refuser aux femmes les DIU simplement parce qu'on ne peut mesurer leur tension artérielle.

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

DISPOSITIFS INTRA-UTERINS (DIU)	Les DIU n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris durant le post partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.		
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation		EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	DIU-Cu	DIU-LNG	
PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE			
FACTEURS DE RISQUE MULTIPLES D'ARTERIOPATHIES CARDIO-VASCULAIRES (par ex. âge, tabagisme, diabète et hypertension)	1	2	
HYPERTENSION*			
Pour l'ensemble des catégories d'hypertension, les classifications partent du principe qu'il n'existe aucun autre facteur de risque cardio-vasculaire. La présence de facteurs de risque multiples peut accroître le risque de pathologie cardiovasculaire de manière significative. Une seule mesure de la tension artérielle ne suffit pas pour qu'une femme soit considérée comme hypertendue.			
a) Antécédents d'hypertension, lorsque la tension artérielle NE PEUT PAS être mesurée (y compris hypertension gravidique)	1	2	
b) Hypertension bien contrôlée, lorsque la tension artérielle PEUT être mesurée	1	1	
c) Tension artérielle élevée (mesurée correctement)			
(i) systolique 140–159 ou diastolique 90–99	1	1	
(ii) systolique ≥ 160 ou diastolique ≥ 100	1	2	
d) Pathologie vasculaire	1	2	
ANTECEDENTS D'HYPERTENSION GRAVIDIQUE. (lorsque la tension artérielle mesurée du moment est normale)	1	1	

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

DISPOSITIFS INTRA-UTERINS (DIU)		Les DIU n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris durant le post partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.	
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation		EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	DIU-Cu	DIU-LNG	
THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE (TVP) / EMBOLIE PULMONAIRE (EP)*			
a) Antécédents de TVP/EP	1	2	
b) TVP/EP en cours	1	3	
c) Antécédents familiaux de TVP/EP (parents au premier degré)	1	1	
d) Chirurgie majeure			
(i) avec immobilisation prolongée	1	2	
(ii) sans immobilisation prolongée	1	1	
e) Chirurgie mineure sans immobilisation	1	1	
MUTATIONS THROMBOGENIQUES AVEREES (par ex : Facteur V Leiden; mutation du Facteur II ; déficit en protéine S, protéine C, ou antithrombine)	1	2	Explication complémentaire : Le dépistage systématique n'est pas opportun, compte tenu de la rareté de ces pathologies, et du coût élevé du dépistage.
THROMBOSE VEINEUSE SUPERFICIELLE*			
a) Varices	1	1	
b) Thrombophlébite superficielle	1	1	
CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE EN COURS ET ANTECEDENTS DE CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE*	1	A C 2 3	
ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL* (antécédents d'accident vasculaire cérébral)	1	2	

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

DISPOSITIFS INTRA-UTERINS (DIU)		Les DIU n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris durant le post partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.	
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation		EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	DIU-Cu	DIU-LNG	
HYPERLIPIDEMIES AVEREES	1	2	Explication complémentaire : Le dépistage systématique n'est pas opportun, compte tenu de la rareté de ces pathologies, et du coût élevé du dépistage.
VALVULOPATHIE CARDIAQUE a) Non compliquée b) Compliquée (hypertension pulmonaire, risque de fibrillation auriculaire, antécédents d'endocardite bactérienne sub-aiguë)	1 2	1 2	Explication complémentaire : Pour l'insertion, il est conseillé de prescrire des antibiotiques à titre prophylactique afin de prévenir une endocardite.
AFFECTIONS NEUROLOGIQUES			
CEPHALEES*		A C	
a) Non migraineuses (légères ou sévères)	1	1 1	Explication complémentaire : Toute céphalée nouvelle ou changement marqué dans les céphalées doit être évalué.
b) Migraine (i) sans aura Age < 35 ans	1	2 2	
Age ≥ 35 ans	1	2 2	
(ii) avec aura (quel que soit l'âge)	1	2 3	
EPILEPSIE	1	1	
ETATS DEPRESSIFS			
ETATS DEPRESSIFS	1	1	Explication complémentaire : La classification repose sur des données concernant des femmes souffrant de certains troubles dépressifs. Aucune donnée sur le trouble bipolaire ou la dépression du post-partum n'était disponible. Interactions médicamenteuses éventuelles entre certains traitements antidépresseurs et les contraceptifs hormonaux.

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

DISPOSITIFS INTRA-UTERINS (DIU)		Les DIU n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris durant le post partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.			
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation		EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES		
	DIU-Cu	DIU-LNG			
INFECTIONS ET PATHOLOGIES DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR					
SAIGNEMENTS VAGINAUX			A	C	
a) Saignements irréguliers <i>peu abondants</i>	1		1	1	
b) Saignements abondants ou prolongés (réguliers et irréguliers)	2		1	2	Explication complémentaire : Des saignements anormalement abondants doivent amener à soupçonner une maladie sous-jacente grave. Données : Chez les femmes présentant des saignements abondants ou prolongés, le DIU-LNG avait un effet bénéfique dans le traitement de la ménorragie. ³¹⁻³⁵
SAIGNEMENTS VAGINAUX INEXPLIQUES (suspicion de pathologie grave)					Explication complémentaire: Si l'on soupçonne une grossesse ou une pathologie sous-jacente (comme une tumeur pelvienne maligne), il faut procéder à une évaluation, et modifier la catégorie en conséquence. Il n'est pas nécessaire de retirer le DIU avant évaluation.
Avant évaluation		A	C	A	C
		4	2	4	2
ENDOMETRIOSE*	2		1		Données : Chez les femmes souffrant de cette pathologie, le DIU-LNG atténuait la dysménorrhée et les douleurs pelviennes. ^{36, 37}
TUMEURS OVARIENNES BENIGNES (y compris les kystes)	1		1		
DYSMENORRHEE SEVERE*	2		1		
MALADIE TROPHOBLASTIQUE*					
a) Maladie trophoblastique gestationnelle bénigne	3		3		
b) Maladie trophoblastique gestationnelle maligne	4		4		
ECTROPION DU COL UTERIN*	1		1		
NEOPLASIE INTRA-EPITHELIALE DU COL UTERIN (NIC)	1		2		

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

DISPOSITIFS INTRA-UTERINS (DIU)	Les DIU n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris durant le post partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.			
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation		EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES	
	DIU-Cu	DIU-LNG		
CANCER DU COL UTERIN* (avant traitement)	A C	A C		
	4 2	4 2		
PATHOLOGIE DU SEIN* a) Grosseur non diagnostiquée b) Mastopathie bénigne c) Antécédents familiaux de cancer d) Cancer du sein (i) en cours (ii) cancer en rémission depuis 5 ans	1	2		
	1	1		
	1	1		
	1	4		
	1	3		
CANCER DE L'ENDOMETRE*	A C	A C		
	4 2	4 2		
CANCER DE L'OVAIRE*	3	2	3	2
FIBROMES UTERINS* a) Sans déformation de la cavité utérine b) Avec déformation de la cavité utérine	1	1		
	4	4		
ANOMALIES ANATOMIQUES* a) Cavité utérine déformée (toute anomalie utérine congénitale ou acquise entraînant une déformation de la cavité utérine de telle sorte qu'il est impossible d'y insérer un DIU)	4	4		

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

DISPOSITIFS INTRA-UTERINS (DIU)	Les DIU n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris durant le post partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.			
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation		EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES	
	DIU-Cu	DIU-LNG		
ANOMALIES ANATOMIQUES* (suite) b) Autres anomalies (y compris sténose ou déchirures cervicales) n'entraînant pas de déformation de la cavité utérine, ou n'interférant pas avec la possibilité d'insérer un DIU	2	2		
MALADIE INFLAMMATOIRE PELVIENNE (MIP)* a) Antécédents de MIP (sans facteurs de risque actuels d'IST) (i) avec grossesse ultérieure (ii) sans grossesse ultérieure b) MIP en cours	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> A C </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 1 1 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 2 2 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 4 2 </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> A C </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 1 1 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 2 2 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 4 2 </div>	<p>Explication complémentaire pour la continuation : Traiter la MIP au moyen des antibiotiques appropriés. En général, le retrait du DIU n'est pas nécessaire, si la cliente souhaite le garder. (Voir <i>Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives</i>. OMS : Genève, 2002). L'utilisation continue d'un DIU est conditionnée par les facteurs de risque d'IST et de MIP présentés actuellement par la cliente et par le choix éclairé de cette dernière.</p> <p>Données : Chez les utilisatrices d'un DIU traitées pour une MIP, il n'y avait aucune différence au niveau de l'évolution clinique chez celles à qui le DIU avait été retiré, par rapport à celles qui l'avaient gardé.⁴⁵⁻⁴⁷</p>	

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

DISPOSITIFS INTRA-UTERINS (DIU)	Les DIU n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris durant le post partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.				
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation		EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES		
	DIU-Cu	DIU-LNG			
IST*	A	C	A	C	
a) Cervicite purulente en cours, ou infection à chlamydia ou gonococcie en cours	4	2	4	2	<p>Explication complémentaire pour la continuation : Traiter l'IST au moyen des antibiotiques appropriés. Il n'est en général pas nécessaire de retirer le DIU, si la cliente souhaite le garder. L'utilisation continue d'un DIU est conditionnée par les facteurs de risque d'IST et de MIP présentés actuellement par la cliente et par le choix éclairé de cette dernière.</p> <p>Données: Il n'existe aucune donnée permettant de savoir si en cas d'IST, la pose d'un DIU augmente le risque de MIP. Chez les femmes s'étant fait poser un DIU, le risque absolu de MIP chez celles qui étaient porteuses d'une IST au moment de l'insertion du DIU, était faible, mais plus élevé que chez celles qui n'avaient aucune IST au moment de l'insertion du DIU.⁴⁸⁻⁵⁴</p>
b) Autres IST (à l'exclusion du VIH et de l'hépatite)	2	2	2	2	
c) Vaginite (y compris Trichomonas vaginalis et vaginose bactérienne)	2	2	2	2	
d) Risque accru d'IST	2/3	2	2/3	2	
VIH/SIDA					
RISQUE ELEVE DE VIH*	A	C	A	C	<p>Données : Chez les femmes à risque de VIH, le DIU au cuivre n'augmentait pas le risque de contracter le VIH.⁵⁵⁻⁶⁵</p>
	2	2	2	2	
INFECTION A VIH	2	2	2	2	<p>Données : Chez les utilisatrices du DIU, les rares données existantes ont montré que le risque de complications en général ou de complications liées à l'infection n'augmentait pas en fonction du statut VIH. En outre, l'utilisation du DIU n'était pas associée à un risque accru de transmission du virus aux partenaires sexuels.^{55, 66-69}</p>

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

DISPOSITIFS INTRA-UTERINS (DIU)		Les DIU n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris durant le post partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.			
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation				EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	DIU-Cu		DIU-LNG		
	A	C	A	C	
SIDA	3	2	3	2	Explication complémentaire pour la continuation : Chez l'utilisatrice d'un DIU atteinte du SIDA, le risque d'infection pelvienne nécessite un suivi attentif.
Etat clinique satisfaisant sous traitement antirétroviral	2	2	2	2	
AUTRES INFECTIONS					
SCHISTOSOMIASE					
a) Non compliquée	1		1		
b) Fibrose hépatique (en cas d'atteinte grave, voir cirrhose)	1		1		
TUBERCULOSE*					
	A	C	A	C	
a) Non génito-urinaire	1	1	1	1	
b) Génito-urinaire avérée	4	3	4	3	
PALUDISME					
	1		1		
TROUBLES ENDOCRINIENS					
DIABETE*					
a) Antécédents de diabète gestationnel	1		1		
b) Sans complication vasculaire					
(i) non-insulino dépendant	1		2		
(ii) insulino dépendant	1		2		
c) Néphropathie/ rétinopathie/ neuropathie	1		2		
d) Autres complications vasculaires ou diabète installé depuis plus de 20 ans	1		2		
TROUBLES THYROÏDIENS					
a) Goitre simple	1		1		
b) Hyperthyroïdie	1		1		
c) Hypothyroïdie	1		1		

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

DISPOSITIFS INTRA-UTERINS (DIU)		Les DIU n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris durant le post partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.	
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation		EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	DIU-Cu	DIU-LNG	
PATHOLOGIES GASTRO-INTESTINALES			
CHOLECYSTOPATHIE			
a) Symptomatique			
(i) traitée par cholécystectomie	1	2	
(ii) traitée médicalement	1	2	
(iii) en cours	1	2	
b) Asymptomatique	1	2	
ANTECEDENTS DE CHOLESTASE*			
a) En rapport avec la grossesse	1	1	
b) Liés à une utilisation passée de COC	1	2	
HEPATITE VIRALE*			
a) Evolutive	1	3	
b) Chez le sujet porteur	1	1	
CIRRHOSE*			
a) Légère (compensée)	1	2	
b) Grave (décompensée)	1	3	
TUMEURS HEPATIQUES*			
a) Bénigne (adénome)	1	3	
b) Maligne (hépatome)	1	3	
ANEMIES			
THALASSEMIE*	2	1	
DREPANOCYTOSE*	2	1	
ANEMIE FERRIPRIVE*	2	1	

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

DISPOSITIFS INTRA-UTERINS (DIU)	Les DIU n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris durant le post partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.			
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A=Adoption C=Continuation		EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES	
	DIU-Cu	DIU-LNG		
INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES				
MEDICAMENTS AYANT UNE ACTION SUR LES ENZYMES HEPATIQUES				
a) Rifampicine	1	1		Données : Une étude a démontré que la rifabutine, qui appartient à la même classe de médicaments que la rifampicine, n'a pas d'incidence sur l'efficacité du DIU-LNG. ⁷⁰
b) Certains anticonvulsivants (phénytoïne, carbamazépine, barbituriques, primidone, topiramole, oxcarbazépine)	1	1		
ANTIBIOTIQUES (à l'exclusion de la rifampicine)	1	1		
a) Griséofulvine	1	1		
b) Autres antibiotiques	1	1		
TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL	A	C	A	C
	2/3	2	2/3	2
				Explication complémentaire : On ne connaît aucune interaction médicamenteuse entre le traitement antirétroviral et les DIU. Toutefois, le SIDA est rangé dans la Catégorie 3 pour l'adoption et dans la 2 pour la continuation à moins que l'état de la femme ne soit satisfaisant sous traitement ARV, auquel cas adoption et continuation sont Catégorie 2 (Voir SIDA, ci-dessus).

Observations complémentaires

AGE

Des premières règles à < 20 ans : Inquiétude quant au risque d'expulsion chez les nullipares et aux risques d'IST dus au comportement sexuel des classes d'âge plus jeunes.

PARITE

Nullipare: La nulliparité s'accompagne d'un risque accru d'expulsion.

POST-PARTUM

< 48 heures, 48 heures à < 4 semaines, ≥ 4 semaines : En ce qui concerne l'exposition du nouveau né (allaitement du sein) aux hormones stéroïdiennes libérées par le DIU-LNG au cours des 6 premières semaines du post partum, les craintes théoriques sont les mêmes que pour les PS.

Infection puerpérale : L'insertion d'un DIU peut aggraver l'infection de manière significative.

POST-ABORTUM

Immédiatement après un avortement septique : L'insertion d'un DIU peut aggraver l'infection de manière significative.

ANTECEDENTS DE GROSSESSE EXTRA-UTERINE

Le risque absolu de grossesse extra utérine est extrêmement faible étant donné la grande efficacité des DIU. Toutefois, lorsqu'une femme tombe enceinte sous stérilet, la probabilité relative d'une grossesse extra utérine est considérablement augmentée.

HYPERTENSION

Il y a une inquiétude théorique quant à l'effet du LNG sur les lipides. Aucune restriction pour le DIU au cuivre.

THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE (TVP)/EMBOLIE PULMONAIRE (EP)

Certains progestatifs peuvent accroître le risque de thrombose veineuse – nettement moins que les COC, toutefois.

CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE EN COURS ET ANTECEDENTS DE CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE

Inquiétude théorique quant à l'effet du LNG sur les lipides. Aucune restriction pour le DIU au cuivre.

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL

Inquiétude théorique quant à l'effet du LNG sur les lipides. Aucune restriction pour le DIU au cuivre.

CEPHALEES

L'aura correspond à un symptôme neurologique focal précis. Pour de plus amples informations à ce sujet, voir : Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. International classification of headache disorders, 2ème édition. *Cephalalgia*. 2004 ; 24 (Suppl.1) : 1– 50.
http://216.25.100.131/ihscommon/guidelines/pdfs/ihc_II_main_no_print.pdf

SAIGNEMENTS VAGINAUX

Le port d'un DIU-LNG entraîne fréquemment des modifications au niveau du cycle (irrégularités, volume des règles). Les utilisatrices du DIU-LNG sont plus susceptibles que les non utilisatrices de présenter une aménorrhée ; c'est pourquoi les DIU-LNG sont parfois utilisés comme traitement pour corriger des saignements trop abondants.

ENDOMETRIOSE

Le DIU au cuivre peut aggraver la dysménorrhée associée à cette pathologie.

DYSMENORRHEE SEVERE

L'utilisation d'un DIU au cuivre peut aggraver la dysménorrhée. Le DIU-LNG a été associé à une diminution de la dysménorrhée.

MALADIE TROPHOBLASTIQUE

Risque accru de perforation dans la mesure où le traitement de cette pathologie exige de multiples curetages utérins.

NEOPLASIE INTRA-EPITHELIALE DU COL UTERIN (NIC)

On peut craindre que le DIU-LNG favorise l'évolution de la NIC en cancer.

CANCER DU COL UTERIN (avant traitement)

On peut craindre un risque accru d'infection et d'hémorragie au moment de l'insertion. Le DIU devra vraisemblablement être retiré au moment du traitement, mais entre temps, la femme est à risque de grossesse.

PATHOLOGIE DU SEIN

Cancer du sein : Le cancer du sein est une tumeur hormonodépendante. Les craintes relatives à l'évolution de la maladie sont moins prononcées dans le cas des DIU LNG que dans celui des COC ou des PS fortement dosés.

CANCER DE L'ENDOMETRE

On peut craindre un risque accru d'infection et d'hémorragie au moment de l'insertion. Le DIU devra vraisemblablement être retiré au moment du traitement, mais entre temps, la femme est à risque de grossesse.

CANCER DE L'OVAIRE

Le DIU devra vraisemblablement être retiré au moment du traitement, mais entre temps, la femme est à risque de grossesse.

FIBROMES UTERINS

Sans déformation de la cavité utérine : Attribuer aux femmes ayant des saignements abondants et prolongés la catégorie pour cette pathologie.

Avec déformation de la cavité utérine : Des fibromes utérins préexistants qui entraînent une déformation de la cavité utérine peuvent empêcher l'insertion d'un DIU.

ANOMALIES ANATOMIQUES

Déformation de la cavité utérine : Une anomalie anatomique déformant la cavité utérine peut empêcher de poser convenablement un DIU.

MALADIE INFLAMMATOIRE PELVIENNE (MIP)

Les DIU ne protègent pas contre les IST/le VIH/la MIP. Chez les femmes peu exposées aux risques d'IST, l'insertion d'un DIU fait courir peu de risque de MIP. Il faut tenir compte du risque actuel d'IST et du désir de grossesse future.

IST

Les DIU ne protègent pas contre les IST/le VIH/la MIP. Chez les femmes porteuses d'une infection à chlamydia ou à gonocoque, il convient d'éviter le risque potentiel accru de MIP lié à la pose d'un DIU. L'inquiétude est moindre pour les autres IST.

RISQUE ELEVE DE VIH

Les DIU ne protègent pas contre les IST/le VIH/la MIP.

TUBERCULOSE

Génito-urinaire avérée : la pose d'un DIU peut sensiblement aggraver cette pathologie.

DIABETE

On ne sait pas très bien si les quantités de LNG libérées par le DIU peuvent avoir une légère incidence sur le métabolisme des glucides et des lipides. Certains progestatifs peuvent augmenter le risque de thrombose, mais sensiblement moins que les COC.

ANTECEDENTS DE CHOLESTASE

On craint que des antécédents de cholestase liés à l'utilisation de COC puissent être un facteur de risque d'une cholestase ultérieure en cas d'utilisation de LNG. On ne sait pas avec certitude si le même risque existe avec les DIU-LNG.

HEPATITE VIRALE

Evolutive : Les PS sont métabolisés par le foie, et leur utilisation peut avoir des conséquences néfastes chez les femmes dont la fonction hépatique est déjà altérée. Le risque est le même qu'avec les COC, mais à un degré moindre.

CIRRHOSE

Les PS sont métabolisés par le foie, et leur utilisation peut avoir des conséquences néfastes chez les femmes dont la fonction hépatique est déjà altérée. Le risque est le même qu'avec les COC, mais à un degré moindre.

TUMEUR HEPATIQUE

Les PS sont métabolisés par le foie, et leur utilisation peut avoir des conséquences néfastes chez les femmes dont la fonction hépatique est déjà altérée. En outre, les PS risquent de favoriser la prolifération des tumeurs. Le risque est le même qu'avec les COC, mais à un degré moindre.

THALASSEMIE

Inquiétude quant au risque accru de saignements abondants avec les DIU au cuivre.

DREPANOCYTOSE

Inquiétude quant au risque accru de saignements abondants avec les DIU au cuivre.

ANEMIES

Inquiétude quant au risque accru de saignements abondants avec les DIU au cuivre.

Bibliographie : dispositifs intra-utérins

1. Cramer DW et al. Tubal infertility and the intrauterine device. *New England Journal of Medicine*, 1985, 312:941-7.
2. Daling JR et al. Primary tubal infertility in relation to the use of an intrauterine device. *New England Journal of Medicine*, 1985, 312:937-41.
3. Daling JR et al. The intrauterine device and primary tubal infertility. *New England Journal of Medicine*, 1992, 326:203-4.
4. Delborge W et al. Return to fertility in nulliparous and parous women after removal of the GyneFix intrauterine contraceptive system. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2002, 7:24-30.
5. Doll H, Vessey M, Painter R. Return of fertility in nulliparous women after discontinuation of the intrauterine device: comparison with women discontinuing other methods of contraception. *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2001, 108:304-14.
6. Hubacher D et al. Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women. *New England Journal of Medicine*, 2001, 345:561-7.
7. Skjeldestad FE, Bratt H. Return of fertility after use of IUDs (Nova-T, MLCu250 and MLCu375). *Advances in Contraception*, 1987, 3:139-45.
8. Urbach DR et al. Association of perforation of the appendix with female tubal infertility. *American Journal of Epidemiology*, 2001, 153:566-71.
9. Wilson JC. A prospective New Zealand study of fertility after removal of copper intrauterine contraceptive devices for conception and because of complications: a four-year study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1989, 160:391-6.
10. Brenner PF. A clinical trial of the Delta-T intrauterine device: immediate post-partum insertion. *Contraception*, 1983, 28:135-47.
11. Chi IC, Wilkens L, Rogers S. Expulsions in immediate post-partum insertions of Lippes Loop D and Copper T IUDs and their counterpart Delta devices--an epidemiological analysis. *Contraception*, 1985, 32:119-34.
12. El-Shafei M. Postpartum and postabortion intrauterine device insertion unmet needs of safe reproductive health: three year experience of Mansoura University Hospital. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2000, 26:253-62.
13. Grimes D et al. Immediate post-partum insertion of intrauterine devices.[update of *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2001, CD003036; PMID: 11406064]. [Review] [30 refs]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003, CD003036.
14. Morrison C et al. Clinical outcomes of two early postpartum IUD insertion programs in Africa. *Contraception*, 1996, 53:17-21.
15. Thiery M et al. The ML Cu250; clinical experience in Belgium and The Netherlands. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1982, 89:51-3.
16. Thiery M, Delbeke L, Van Kets H. Comparative performance of two copper-wired IUDs (ML Cu 250 and T Cu 200): immediate postpartum and interval insertion. *Advances in Contraceptive Delivery Systems*, 1980, 1:27-35.
17. The World Health Organization's Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Task Force on Intrauterine Devices for Fertility Regulation. The Alza T IPCS 52, a longer acting progesterone IUD: safety and efficacy compared to the TCu220C and multiload 250 in two randomized multicentre trials. *Clinical Reproduction & Fertility*, 1983, 2:113-28.
18. The World Health Organization's Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Task Force on Intrauterine Devices for Fertility Regulation. IUD insertion following termination of pregnancy: a clinical trial of the TCu 220C, Lippes loop D, and copper 7. *Studies in Family Planning*, 1983, 14:99-108.
19. The World Health Organization's Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Task Force on Intrauterine Devices for Fertility Regulation. IUD insertion following spontaneous abortion: a clinical trial of the TCu 220C, Lippes loop D, and copper 7. *Studies in Family Planning*, 1983, 14:109-14.
20. El Tagy A et al. Safety and acceptability of post-abortal IUD insertion and the importance of counseling. *Contraception*, 2003, 67:229-34.
21. Gillett PG et al. A comparison of the efficacy and acceptability of the Copper-7 intrauterine device following immediate or delayed insertion after first-trimester therapeutic abortion. *Fertility & Sterility*, 1980, 34:121-4.

22. Grimes D, Schulz K, Stanwood N. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices.[update of Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD001777; PMID: 10796820]. [Review] [28 refs]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2002, CD001777.
23. Gupta I, Devi PK. Studies on immediate post-abortion copper "T" device. *Indian Journal of Medical Research*, 1975, 63:736-9.
24. Moussa A. Evaluation of postabortion IUD insertion in Egyptian women. *Contraception*, 2001, 63:315-7.
25. Pakarinen P, Toivonen J, Luukkainen T. Randomized comparison of levonorgestrel- and copper-releasing intrauterine systems immediately after abortion, with 5 years' follow-up. *Contraception*, 2003, 68:31-4.
26. Stanwood NL, Grimes DA, Schulz KF. Insertion of an intrauterine contraceptive device after induced or spontaneous abortion: a review of the evidence. *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2001, 108:1168-73.
27. Suvisaari J, Lahteenmaki P. Detailed analysis of menstrual bleeding patterns after postmenstrual and postabortal insertion of a copper IUD or a levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Contraception*, 1996, 54:201-8.
28. Timonen H, Luukkainen T. Immediate postabortal insertion of the copper-T (TCu-200) with eighteen months follow-up. *Contraception*, 1974, 9:153-60.
29. Tuveng JM, Skjeldestad FE, Iversen T. Postabortal insertion of IUD. *Advances in Contraception*, 1986, 2:387-92.
30. Zhang PZ. Five years experience with the copper T 200 in Shanghai - 856 cases. *Contraception*, 1980, 22:561-71.
31. Barrington JW, Arunkalaivanan AS, Abdel-Fattah. Comparison between the levonorgestrel intrauterine system (LNG-IUS) and thermal balloon ablation in the treatment of menorrhagia. *European Journal of Obstetrics, Gynecology & Reproductive Biology*, 2003, 108:72-4.
32. Hurskainen R et al. Quality of life and cost-effectiveness of levonorgestrel-releasing intrauterine system versus hysterectomy for treatment of menorrhagia: a randomised trial. *Lancet*, 2001, 357:273-7.
33. Istre O, Trolle B. Treatment of menorrhagia with the levonorgestrel intrauterine system versus endometrial resection. *Fertility & Sterility*, 2001, 76:304-9.
34. Lethaby AE, Cooke I, Rees M. Progesterone/progestogen releasing intrauterine systems versus either placebo or any other medication for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2000, CD002126.
35. Stewart A et al. The effectiveness of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in menorrhagia: a systematic review. *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2001, 108:74-86.
36. Fedele L et al. Use of a levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of rectovaginal endometriosis. *Fertility & Sterility*, 2001, 75:485-8.
37. Vercellini P et al. A levonorgestrel-releasing intrauterine system for the treatment of dysmenorrhea associated with endometriosis: a pilot study. *Fertility & Sterility*, 1999, 72:505-8.
38. Fedele L et al. Treatment of adenomyosis-associated menorrhagia with a levonorgestrel-releasing intrauterine device. *Fertility & Sterility*, 1997, 68:426-9.
39. Grigorieva V et al. Use of a levonorgestrel-releasing intrauterine system to treat bleeding related to uterine leiomyomas. *Fertility & Sterility*, 2003, 79:1194-8.
40. Mercorio F et al. The effect of a levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of myoma-related menorrhagia. *Contraception*, 2003, 67:277-80.
41. Wildemeersch D, Schacht E, Wildemeersch P. Treatment of primary and secondary dysmenorrhea with a novel 'frameless' intrauterine levonorgestrel-releasing drug delivery system: a pilot study. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2001, 6:192-8.
42. Wildemeersch D, Schacht E. The effect on menstrual blood loss in women with uterine fibroids of a novel "frameless" intrauterine levonorgestrel-releasing drug delivery system: a pilot study. *European Journal of Obstetrics, Gynecology & Reproductive Biology*, 2002, 102:74-9.
43. Wildemeersch D, Schacht E, Wildemeersch P. Contraception and treatment in the perimenopause with a novel "frameless" intrauterine levonorgestrel-releasing drug delivery system: an extended pilot study. *Contraception*, 2002, 66:93-99.
44. Wildemeersch D, Schacht E, Wildemeersch P. Performance and acceptability of intrauterine release of levonorgestrel with a miniature delivery system for hormonal substitution therapy, contraception and treatment in peri and postmenopausal women. *Maturitas*, 2003, 44:237-45.
45. Larsson B, Wennergren M. Investigation of a copper-intrauterine device (Cu-IUD) for possible effect on frequency and healing of pelvic inflammatory disease. *Contraception*, 1977, 15:143-9.

46. Soderberg G, Lindgren S. Influence of an intrauterine device on the course of an acute salpingitis. *Contraception*, 1981, 24:137-43.
47. Teisala K. Removal of an intrauterine device and the treatment of acute pelvic inflammatory disease. *Annals of Medicine*, 1989, 21:63-5.
48. Faundes A et al. The risk of inadvertent intrauterine device insertion in women carriers of endocervical Chlamydia trachomatis. *Contraception*, 1998, 58:105-9.
49. Ferraz do Lago R et al. Follow-up of users of intrauterine device with and without bacterial vaginosis and other cervicovaginal infections. *Contraception*, 2003, 68:105-9.
50. Morrison CS et al. Use of sexually transmitted disease risk assessment algorithms for selection of intrauterine device candidates. *Contraception*, 1999, 59:97-106.
51. Pap-Akeson M et al. Genital tract infections associated with the intrauterine contraceptive device can be reduced by inserting the threads into the uterine cavity. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1992, 99:676-9.
52. Sinei SK et al. Preventing IUCD-related pelvic infection: the efficacy of prophylactic doxycycline at insertion. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1990, 97:412-9.
53. Skjeldestad FE et al. IUD users in Norway are at low risk for genital C. trachomatis infection. *Contraception*, 1996, 54:209-12.
54. Walsh TL et al. IUD Study Group. Effect of prophylactic antibiotics on morbidity associated with IUD insertion: results of a pilot randomized controlled trial. *Contraception*, 1994, 50:319-27.
55. European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples. *BMJ*, 1992, 304:809-13.
56. Carael M et al. Human immunodeficiency virus transmission among heterosexual couples in Central Africa. *AIDS*, 1988, 2:201-5.
57. Kapiga SH et al. Risk factors for HIV infection among women in Dar-es-Salaam, Tanzania. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1994, 7:301-9.
58. Kapiga SH et al. The incidence of HIV infection among women using family planning methods in Dar es Salaam, Tanzania. *AIDS*, 1998, 12:75-84.
59. Mann JM et al. HIV infection and associated risk factors in female prostitutes in Kinshasa, Zaire. *AIDS*, 1988, 2:249-54.
60. Martin HL, Jr. et al. Hormonal contraception, sexually transmitted diseases, and risk of heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *Journal of Infectious Diseases*, 1998, 178:1053-9.
61. Mati JK et al. Contraceptive use and the risk of HIV infection in Nairobi, Kenya. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1995, 48:61-7.
62. Nicolosi A et al. Italian Study Group on HIV Heterosexual Transmission. The efficiency of male-to-female and female-to-male sexual transmission of the human immunodeficiency virus: a study of 730 stable couples. *Epidemiology*, 1994, 5:570-5.
63. Plourde PJ et al. Human immunodeficiency virus type 1 infection in women attending a sexually transmitted diseases clinic in Kenya. *Journal of Infectious Diseases*, 1992, 166:86-92.
64. Sinei SK et al. Contraceptive use and HIV infection in Kenyan family planning clinic attenders. *International Journal of STD & AIDS*, 1996, 7:65-70.
65. Spence MR et al. Seroprevalence of human immunodeficiency virus type I (HIV-1) antibodies in a family-planning population. *Sexually Transmitted Diseases*, 1991, 18:143-5.
66. Morrison CS et al. Is the intrauterine device appropriate contraception for HIV-1-infected women? *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2001, 108:784-90.
67. Sinei SK et al. Complications of use of intrauterine devices among HIV-1-infected women. *Lancet*, 1998, 351:1238-41.
68. Mostad SB et al. Hormonal contraception, vitamin A deficiency, and other risk factors for shedding of HIV-1 infected cells from the cervix and vagina. *Lancet*, 1997, 350:922-7.
69. Richardson BA et al. Effect of intrauterine device use on cervical shedding of HIV-1 DNA. *AIDS*, 1999, 13:2091-7.
70. Bounds W, Guillebaud J. Observational series on women using the contraceptive Mirena concurrently with anti-epileptic and other enzyme-inducing drugs. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2002, 28:78-80.

Grossesse	1
Viol	1

DIU AU CUIVRE POUR LA CONTRACEPTION D'URGENCE

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

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

DIU AU CUIVRE POUR LA CONTRACEPTION D'URGENCE		Les DIU utilisés pour la contraception d'urgence n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH, il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH.
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE	EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
GROSSESSE	4	Explication complémentaire : Ce DIU n'est pas indiqué pendant la grossesse et ne doit pas être employé à cause du risque d'infection génitale grave et d'avortement septique spontané.
VIOL*		
a) Risque élevé d'IST	3	
b) Faible risque d'IST	1	

*Observation complémentaire

VIOL

Les DIU ne protègent ni contre les IST, ni contre le VIH, ni contre la MIP. Chez les femmes présentant une infection à chlamydia ou à gonocoques, il convient d'éviter le risque accru éventuel de MIP lié à l'insertion d'un DIU. La crainte de cette éventualité est moindre en ce qui concerne les autres IST.

CARACTERISTIQUES PERSONNELLES ET SANTE GENESIQUE	1
Grossesse	1
Age	1
Parité	1
Post-partum	1
Post-abortum	1
Antécédents de grossesse extra-utérine	2
Antécédents de chirurgie pelvienne	2
Tabagisme	2
Obésité	2
Mesure de la tension artérielle non disponible	2
PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE	2
Facteurs de risque multiples d'artériopathies cardio-vasculaires	2
Hypertension	2
Antécédents d'hypertension gravidique	3
Thrombose veineuse profonde (TVP)/Embolie pulmonaire (EP)	3
Mutations thrombogéniques	4
Thrombose veineuse superficielle	4
Cardiopathie ischémique actuelle et antécédents de cardiopathie ischémique	4
Accident vasculaire cérébral	4
Hyperlipidémies avérées	4
Vulvulopathie cardiaque	4
AFFECTIONS NEUROLOGIQUES	4
Céphalées	4
Epilepsie	5
ETATS DEPRESSIFS	5
Etats dépressifs	5
INFECTIONS ET PATHOLOGIES DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR	5
Saignements vaginaux inexplicables	5
Endométriose	5
Tumeurs ovariennes bénignes	5
Dysménorrhée sévère	5
Maladie trophoblastique	5
Ectropion du col utérin	5
Néoplasie intra-épithéliale du col utérin (NIC)	5
Cancer du col utérin	6
Pathologie du sein	6
Cancer de l'endomètre	6
Cancer de l'ovaire	6
Fibromes utérins	6
Anomalies anatomiques	6
Maladie inflammatoire pelvienne (MIP)	6
IST	7
VIH/SIDA	7
Risque élevé de VIH	7
Infection à VIH	7
SIDA	7

AUTRES INFECTIONS	7
Schistosomiase	7
Tuberculose	7
Paludisme	7
Antécédents de syndrome de choc toxique	7
Infections des voies urinaires	7
TROUBLES ENDOCRINIENS	8
Diabète	8
Troubles thyroïdiens	8
PATHOLOGIES GASTRO-INTESTINALES	8
Cholécystopathie	8
Antécédents de cholestase	8
Hépatite virale	8
Cirrhose	9
Tumeurs hépatiques	9
ANEMIES	9
Thalassémie	9
Drépanocytose	9
Anémie ferriprive	9
INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES	9
Médicaments ayant une action sur les enzymes hépatiques	9
Antibiotiques	9
Traitement antirétroviral	9
Allergie au latex	9
Observations complémentaires	10
Bibliographie : méthodes mécaniques	11

METHODES MECANIQUES

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

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

D = Diaphragme (avec spermicide), cape cervicale

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

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

METHODES MECANIKUES		En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.		
Il convient d'indiquer aux femmes présentant des pathologies rendant toute grossesse trop risquée que les méthodes de contraception mécanique ne sont peut être pas appropriées si on ne peut les utiliser régulièrement et correctement, du fait de leur taux d'échec généralement plus élevé.				
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	P	S	D	
ANTECEDENTS DE GROSSESSE EXTRA-UTERINE	1	1	1	
ANTECEDENTS DE CHIRURGIE PELVIENNE	1	1	1	
TABAGISME				
a) Age < 35 ans	1	1	1	
b) Age ≥ 35 ans				
(i) <15 cigarettes/jour	1	1	1	
(ii) ≥15 cigarettes/jour	1	1	1	
OBESITE* Indice de masse corporelle (IMC) ≥ 30 kg/m ²	1	1	1	
MESURE DE LA TENSION ARTERIELLE NON DISPONIBLE	NA	NA	NA	Explication complémentaire : Si, dans le cadre d'une bonne prévention, la mesure de la tension artérielle est appropriée, elle n'est pas nécessaire pour utiliser sans danger et efficacement une méthode mécanique. Il ne faut pas refuser aux femmes des méthodes mécaniques simplement parce qu'on ne peut mesurer leur tension artérielle.
PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE				
FACTEURS DE RISQUE MULTIPLES D'ARTERIOPATHIES CARDIO-VASCULAIRES (par ex. âge, tabagisme, diabète et hypertension)	1	1	1	
HYPERTENSION				
a) Antécédents d'hypertension, lorsque la tension artérielle NE PEUT PAS être mesurée (y compris hypertension gravidique)	1	1	1	

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

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

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

METHODES MECANIQUES		En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.		
Il convient d'indiquer aux femmes présentant des pathologies rendant toute grossesse trop risquée que les méthodes de contraception mécanique ne sont peut être pas appropriées si on ne peut les utiliser régulièrement et correctement, du fait de leur taux d'échec généralement plus élevé.				
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	P	S	D	
MUTATIONS THROMBOGENIQUES (par ex : Facteur V Leiden ; mutation du Facteur II ; déficit en protéine S, protéine C, ou en antithrombine)	1	1	1	Explication complémentaire : Le dépistage systématique n'est pas opportun, compte tenu de la rareté de ces pathologies, et du coût élevé du dépistage.
THROMBOSE VEINEUSE SUPERFICIELLE				
a) Varices	1	1	1	
b) Thrombophlébite superficielle	1	1	1	
CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE ACTUELLE ET ANTECEDENTS DE CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE	1	1	1	
ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL (antécédents d'accident vasculaire cérébral)	1	1	1	
HYPERLIPIDEMIES AVEREES	1	1	1	Explication complémentaire : Le dépistage systématique n'est pas opportun, compte tenu de la rareté de ces pathologies, et du coût élevé du dépistage.
VALVULOPATHIE CARDIAQUE*				
a) Non compliquée	1	1	1	
b) Compliquée (hypertension pulmonaire, fibrillation auriculaire, antécédents d'endocardite bactérienne subaiguë)	1	1	2	
AFFECTIONS NEUROLOGIQUES				
CEPHALEES				
a) Non migraineuses (légères ou sévères)	1	1	1	

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

METHODES MECANIQUES		En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.		
Il convient d'indiquer aux femmes présentant des pathologies rendant toute grossesse trop risquée que les méthodes de contraception mécaniques ne sont peut être pas appropriées si on ne peut les utiliser régulièrement et correctement, du fait de leur taux d'échec généralement plus élevé.				
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	P	S	D	
CEPHALEES (suite)				
b) Migraine	1	1	1	
(i) sans aura				
Age < 35 ans	1	1	1	
Age ≥ 35 ans	1	1	1	
(ii) avec aura (quel que soit l'âge)	1	1	1	
EPILEPSIE	1	1	1	
ETATS DEPRESSIFS				
ETATS DEPRESSIFS	1	1	1	
INFECTIONS ET PATHOLOGIES DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR				
SAIGNEMENTS VAGINAUX INEXPLIQUES (suspicion de pathologie grave)				
Avant évaluation	1	1	1	Explication complémentaire : En cas de grossesse ou de pathologie sous-jacente (par exemple une tumeur pelvienne maligne), il faut procéder à une évaluation avant de définir la catégorie.
ENDOMETRIOSE	1	1	1	
TUMEURS OVARIENNES BENIGNES (y compris les kystes)	1	1	1	
DYSMENORRHEE SEVERE	1	1	1	
MALADIE TROPHOBLASTIQUE				
a) Maladie trophoblastique gestationnelle bénigne	1	1	1	
b) Maladie trophoblastique gestationnelle maligne	1	1	1	
ECTROPION DU COL UTERIN	1	1	1	
NEOPLASIE INTRA-EPITHELIALE DU COL UTERIN (NIC)	1	1	1	Explication complémentaire : Cape cervicale à proscrire. Aucune restriction concernant l'utilisation du diaphragme.

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

METHODES MECANIQUES		En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.		
Il convient d'indiquer aux femmes présentant des pathologies rendant toute grossesse trop risquée que les méthodes de contraception mécanique ne sont peut être pas appropriées si on ne peut les utiliser régulièrement et correctement, du fait de leur taux d'échec généralement plus élevé.				
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	P	S	D	
CANCER DU COL UTERIN* (avant traitement)	1	2	1	Explication complémentaire : Cape cervicale à proscrire. Aucune restriction concernant l'utilisation du diaphragme.
PATHOLOGIE DU SEIN				
a) Grosseur non diagnostiquée	1	1	1	
b) Mastopathie bénigne	1	1	1	
c) Antécédents familiaux de cancer	1	1	1	
d) Cancer				
(i) en cours	1	1	1	
(ii) en rémission depuis 5 ans	1	1	1	
CANCER DE L'ENDOMETRE	1	1	1	
CANCER DE L'OVAIRE	1	1	1	
FIBROMES UTERINS				
a) Sans déformation de la cavité utérine	1	1	1	
b) Avec déformation de la cavité utérine	1	1	1	
ANOMALIES ANATOMIQUES	1	1	NA	Explication complémentaire : L'utilisation du diaphragme est impossible dans certains cas de prolapsus. L'utilisation de la cape cervicale ne convient pas lorsque le col présente une déformation anatomique marquée.
MALADIE INFLAMMATOIRE PELVIENNE (MIP)				
a) Antécédents de MIP (sans facteurs de risque actuels d'IST)				
(i) avec grossesse ultérieure	1	1	1	
(ii) sans grossesse ultérieure	1	1	1	
b) MIP - en cours	1	1	1	

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

METHODES MECANIQUES		En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.		
Il convient d'indiquer aux femmes présentant des pathologies rendant toute grossesse trop risquée que les méthodes de contraception mécaniques ne sont peut être pas appropriées si on ne peut les utiliser régulièrement et correctement, du fait de leur taux d'échec généralement plus élevé.				
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	P	S	D	
IST				
a) Cervicite purulente en cours, ou infection à chlamydia ou gonococcie en cours	1	1	1	
b) Autres IST (à l'exclusion du VIH et de l'hépatite)	1	1	1	
c) Vaginite (y compris Trichomonas vaginalis et vaginose bactérienne)	1	1	1	
d) Risque accru d'IST	1	1	1	
VIH/SIDA				
RISQUE ELEVE DE VIH*	1	4	3	Données : L'utilisation répétée et à forte dose du spermicide nonoxynol-9 est associée à un risque accru de lésions génitales, lesquelles peuvent accroître le risque de contracter l'infection à VIH ¹ .
INFECTION A VIH	1	4	3	
SIDA	1	4	3	
AUTRES INFECTIONS				
SCHISTOSOMIASE				
a) Non compliquée	1	1	1	
b) Fibrose hépatique	1	1	1	
TUBERCULOSE				
a) Non génito-urinaire	1	1	1	
b) Génito-urinaire avérée	1	1	1	
PALUDISME	1	1	1	
ANTECEDENTS DE SYNDROME DE CHOC TOXIQUE*	1	1	3	
INFECTIONS DES VOIES URINAIRES*	1	1	2	

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

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

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

METHODES MECANIQUES		En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.		
Il convient d'indiquer aux femmes présentant des pathologies rendant toute grossesse trop risquée que les méthodes de contraception mécaniques ne sont peut être pas appropriées si on ne peut les utiliser régulièrement et correctement, du fait de leur taux d'échec généralement plus élevé.				
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	P	S	D	
CIRRHOSE				
a) Légère (compensée)	1	1	1	
b) Grave (décompensée)	1	1	1	
TUMEURS HEPATIQUES				
a) Bénigne (adénome)	1	1	1	
b) Maligne (hépatome)	1	1	1	
ANEMIES				
THALASSEMIE	1	1	1	
DREPANOCYTOSE	1	1	1	
ANEMIE FERRIPRIVE	1	1	1	
INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES				
MEDICAMENTS AYANT UNE ACTION SUR LES ENZYMES HEPATIQUES				
a) Rifampicine	1	1	1	
b) Certains anticonvulsivants (phénytoïne, carbamazépine, barbituriques, primidone, topiramole, oxcarbazépine)	1	1	1	
ANTIBIOTIQUES (à l'exclusion de la rifampicine)				
b) Griséofulvine	1	1	1	
b) Autres antibiotique	1	1	1	
TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL	1	1	1	
ALLERGIE AU LATEX	3	1	3	Explication complémentaire : Ne concerne pas les préservatifs/diaphragmes en plastique.

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

Observations complémentaires

OBESITE

Une obésité sévère peut rendre difficile la pose d'un diaphragme ou d'une cape cervicale.

VALVULOPATHIE CARDIAQUE

Le risque d'infection des voies urinaires associé au diaphragme peut être augmenté chez une cliente présentant une endocardite bactérienne sub-aiguë.

CANCER DU COL UTERIN (avant traitement)

L'utilisation répétée et à haute dose de nonoxynol-9 peut provoquer des érosions et irritations vaginales et cervicales.

RISQUE ELEVE DE VIH

Diaphragme : la Catégorie 3 est attribuée, en raison des craintes à propos du spermicide, non à propos du diaphragme.

ANTECEDENTS DE SYNDROME DE CHOC TOXIQUE

On a signalé des cas de syndrome de choc toxique associés à l'utilisation du diaphragme et de l'éponge contraceptive.

INFECTION DES VOIES URINAIRES

Les diaphragmes et les spermicides peuvent augmenter les risques d'infection urinaire.

Bibliographie : méthodes mécaniques

1. Wilkinson D et al. Nonoxynol-9 for preventing vaginal acquisition of HIV infection by women from men. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2002, 4:CD003936.

CARACTERISTIQUES PERSONNELLES ET SANTE GENESIQUE	2
Grossesse	2
Période de la vie.....	2
Allaitement au sein	2
Post-partum	2
Post-abortum	2
INFECTIONS ET PATHOLOGIES DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR	2
Saignements vaginaux irréguliers	2
Ecoulement vaginal	2
DIVERS	2
Emploi de médicaments ayant une incidence sur la régularité du cycle, les hormones et/ou les signes de fécondité	2
Pathologies entraînant une élévation de la température	2
Observations complémentaires	3

METHODES NATURELLES

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

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

Définitions

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

METHODES NATURELLES		Les méthodes naturelles n'offrent aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH.	
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE		EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	SYM	CAL	
CARACTERISTIQUES PERSONNELLES ET ANTECEDENTS GENESIQUE			
GROSSESSE	NA		Observations : Ces méthodes n'ont aucune raison d'être pendant la grossesse.
PERIODE DE LA VIE			Explication complémentaire : Les irrégularités du cycle sont fréquentes après les premières règles et dans la péri-ménopause et peuvent rendre plus compliquée l'utilisation des méthodes naturelles.
a) A partir des premières règles	P	P	
a) Péri-ménopause	P	P	
ALLAITEMENT AU SEIN*			
a) < 6 semaines après l'accouchement	D	D	
b) ≥ 6 semaines)	P	D	
c) Après le retour des règles	P	P	
POST-PARTUM* (chez les femmes qui n'allaitent pas)			
a) < 4 semaines	D	D	
b) ≥ 4 semaines	A	D	
POST-ABORTUM*	P	D	
INFECTIONS ET PATHOLOGIES DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR			
SAIGNEMENTS VAGINAUX IRREGULIERS*	D	D	
ECOULEMENT VAGINAL *	D	A	
DIVERS			
EMPLOI DE MEDICAMENTS AYANT UNE INCIDENCE SUR LA REGULARITE DU CYCLE, LES HORMONES ET/OU LES SIGNES DE FECONDITE*	P/D	P/D	
PATHOLOGIES ENTRAÎNANT UNE ELEVATION DE LA TEMPERATURE*			
a) Maladies chroniques	P	A	
b) Maladies aiguës	D	A	

Observations complémentaires

ALLAITEMENT AU SEIN

Les méthodes naturelles peuvent être moins efficaces en période d'allaitement.

< 6 semaines après l'accouchement : Les femmes qui allaitent leur enfant principalement au sein et qui présentent une aménorrhée ont peu de chance de présenter une fonction ovarienne suffisante pour que des signes de fécondité détectables et des changements hormonaux apparaissent au cours des 6 premières semaines suivant l'accouchement. Toutefois, la probabilité d'un retour de règles augmente avec le temps et au fur et à mesure du remplacement du lait maternel par d'autres aliments.

Après le retour des règles : Lorsque la femme remarque des signes de retour de la fécondité (en particulier des sécrétions cervicales), elle peut utiliser une méthode basée sur les symptômes. Lorsqu'elle a eu ses règles à 3 reprises, elle peut utiliser la méthode du calendrier. Avant cela, il faut lui offrir une méthode mécanique si elle envisage d'utiliser par la suite une méthode naturelle.

POST-PARTUM

< 4 semaines : Il est peu probable que les femmes qui n'allaitent pas aient une fonction ovarienne suffisante pour nécessiter l'application d'une méthode naturelle ou présentent des signes de fécondité ou des modifications hormonales dans les 4 semaines suivant l'accouchement. Bien que le risque de grossesse soit faible, il convient d'offrir une méthode appropriée dans le post partum.

≥ 4 semaines : A ce moment là, il est probable que les femmes qui n'allaitent pas auront une fonction ovarienne suffisante pour que des signes de fécondité et/ou des changements hormonaux soient décelables ; dans le post partum, cette probabilité augmente rapidement avec le temps. Les femmes peuvent employer la méthode du calendrier dès qu'elles ont eu leurs règles à 3 reprises durant le post partum. Avant cela, des méthodes appropriées doivent leur être offertes.

POST-ABORTUM

Après un avortement, il est probable que les femmes aient une fonction ovarienne suffisante pour que des signes de fécondité et/ou des changements hormonaux soient décelables ; dans le post abortum, cette probabilité augmente rapidement avec le temps. Ces femmes peuvent utiliser la méthode du calendrier dès qu'elles ont eu au moins une fois leurs règles après l'avortement (par ex. les femmes qui avant cette grossesse avaient la plupart du temps leurs règles tous les 26 à 32 jours, peuvent utiliser la méthode dite des « jours standard »). Avant cela, des méthodes appropriées après un avortement seront proposées.

SAIGNEMENTS VAGINAUX IRREGULIERS

Ils rendent les méthodes naturelles peu fiables. Par conséquent, il convient de recommander des méthodes mécaniques jusqu'à ce que le cycle se régularise et soit compatible avec la bonne utilisation de ces méthodes. Ce trouble doit être évalué et traité comme il convient.

ECOULEMENT VAGINAL

La présence de pertes vaginales rendant difficile la reconnaissance de la glaire cervicale, il convient d'évaluer et de traiter l'infection s'il y a lieu avant d'offrir des méthodes basées sur l'observation des sécrétions cervicales.

EMPLOI DE MEDICAMENTS AYANT UNE INCIDENCE SUR LA REGULARITE DU CYCLE, LES HORMONES ET/OU LES SIGNES DE FECONDITE

Le recours à certains normothymiques tels le lithium, aux antidépresseurs tricycliques et aux anxiolytiques, ainsi qu'à certains antibiotiques et anti inflammatoires peut modifier la régularité du cycle ou les signes de fécondité. La pathologie doit être soigneusement évaluée et une méthode mécanique offerte jusqu'à ce qu'on ait déterminé l'importance de l'effet du médicament, ou jusqu'à arrêt de ces derniers.

PATHOLOGIES PROVOQUANT UNE ELEVATION DE LA TEMPERATURE

Une élévation de la température peut rendre difficile l'interprétation de la température de base, mais n'a aucun effet sur les sécrétions cervicales. Ainsi, le recours à une méthode basée sur l'observation de la température doit être différé jusqu'à atténuation de la pathologie aiguë. Les méthodes basées sur l'observation de la température ne conviennent pas aux femmes qui présentent chroniquement une température élevée. En outre, certaines maladies chroniques interfèrent avec la régularité du cycle, rendant difficile à interpréter la méthode du calendrier.

METHODE DE L'AMENORRHEE LACTATIONNELLE

La méthode de l'aménorrhée lactationnelle n'offre aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH.

Il convient d'indiquer aux femmes qui présentent des pathologies rendant une grossesse trop risquée que la méthode de l'aménorrhée lactationnelle n'est peut être pas appropriée pour elles du fait de son taux d'échec généralement plus élevé.

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

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

L'infection à VIH

L'allaitement au sein doit être favorisé, protégé et soutenu dans l'ensemble des populations pour toutes les femmes VIH négatives ou dont le statut sérologique vis à vis du VIH est inconnu. Lorsqu'il est possible de remplacer l'allaitement au sein par un mode d'alimentation acceptable, réaliste, financièrement abordable, durable et sûr, il est recommandé aux mères infectées par le VIH de ne pas allaiter. Sinon, l'allaitement au sein exclusivement est recommandé dans les premiers mois de vie, et doit ensuite être abandonné dès que cela est possible. Les femmes qui sont séropositives doivent bénéficier d'une information sur les risques et les avantages que présentent les différentes méthodes d'alimentation des nourrissons d'après les évaluations des paramètres locaux, être orientées vers le choix de l'option la plus appropriée dans leur cas, et bénéficier d'un soutien pour mettre en œuvre l'option choisie. Elles doivent également avoir accès au suivi en matière de prise en charge et de soutien, y compris la planification familiale et le soutien nutritionnel.

Les médicaments employés au cours de l'allaitement

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

Les pathologies du nouveau né

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

COÏT INTERROMPU

Le coït interrompu n'offre aucune protection contre le IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant la grossesse ou le post partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH.

Il convient d'indiquer aux femmes qui présentent des pathologies rendant une grossesse trop risquée que le coït interrompu n'est peut être pas une méthode appropriée pour elles du fait de son taux d'échec généralement plus élevé.

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

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

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

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

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

A. Stérilisation féminine chirurgicale	2
CARACTERISTIQUES PERSONNELLES ET SANTE GENESIQUE	2
Grossesse	2
Jeune âge	2
Parité	2
Allaitement au sein	2
Post-partum	2
Post-abortum	3
Antécédents de grossesse extra-utérine	3
Tabagisme	3
Obésité	4
PATHOLOGIES CARDIO-VASCULAIRE	4
Facteurs de risque multiples d'artériopathies cardio-vasculaires	4
Hypertension	4
Antécédents d'hypertension gravidique	4
Thrombose veineuse profonde (TVP)/Embolie pulmonaire (EP)	5
Mutations thrombogéniques avérées.....	5
Thrombose veineuse superficielle	5
Cardiopathie ischémique actuelle et antécédents de cardiopathie ischémique	5
Accident vasculaire cérébral	6
Hyperlipidémies avérées	6
Vulvulopathie cardiaque	6
AFFECTIONS NEUROLOGIQUES	6
Céphalées	6
Epilepsie	6
ETATS DEPRESSIFS	6
Etats dépressifs	6
INFECTIONS ET PATHOLOGIES DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR	6
Saignements vaginaux	6
Saignements vaginaux inexpliqués	7
Endométriose	7
Tumeurs ovariennes bénignes	7
Dysménorrhée sévère	7
Maladie trophoblastique	7
Ectropion du col utérin	7
Néoplasie intra-épithéliale du col utérin (NIC)	7
Cancer du col utérin	7
Pathologie du sein	7
Cancer de l'endomètre	7
Cancer de l'ovaire	8
Fibromes utérins	8
Maladie inflammatoire pelvienne (MIP)	8
IST	8
VIH/SIDA	8
Risque élevé de VIH	8
Infection à VIH	8
SIDA	8
AUTRES INFECTIONS	9
Schistosomiase	9
Tuberculose	9
Paludisme	9

TROUBLES ENDOCRINIENS	9
Diabète	9
Troubles thyroïdiens	9
PATHOLOGIES GASTRO-INTESTINALES	10
Cholécystopathie	10
Antécédents de cholestase	10
Hépatite virale	10
Cirrhose	10
Tumeurs hépatiques	10
ANEMIES	10
Thalassémie	10
Drépanocytose	10
Anémie ferriprive	10
AUTRES PATHOLOGIES NE CONCERNANT QUE LA STERILISATION CHIRURGICALE FEMININE..	11
Infection locale	11
Troubles de la coagulation	11
Pathologies respiratoires	11
Infection généralisée ou gastro-entérite.....	11
Utérus non mobile par suite d'une intervention ou d'une infection	11
Hernie abdominale ou ombilicale.....	11
Hernie diaphragmatique	11
Néphropathie	11
Carences nutritionnelles graves	11
Antécédents de chirurgie pelvienne ou abdominale	11
Stérilisation au cours d'une intervention de chirurgie abdominale.....	12
Stérilisation au cours d'une césarienne	12
B. Stérilisation masculine chirurgicale	13
CARACTERISTIQUES PERSONNELLES ET SANTE GENESIQUE	13
Jeune âge	13
ETATS DEPRESSIFS	13
Etats dépressifs	13
VIH/SIDA	13
Risque élevé de VIH	13
Infection à VIH	13
SIDA	13
TROUBLES ENDOCRINIENS.....	13
Diabète	13
ANEMIES.....	13
Drépanocytose	13
AUTRES PATHOLOGIES NE CONCERNANT QUE LA STERILISATION CHIRURGICALE MASCULINE	13
Infection locales	13
Troubles de la coagulation	13
Antécédents de lésion du scrotum	13
Infection généralisée ou gastro-entérite	14
Varicocèle importante	14
Hydrocèle importante	14
Filariose, éléphantiasis	14
Grosseur intrascrotale	14
Cryptorchidie	14
Hernie inguinale	14
Observations complémentaires	15
Bibliographie : stérilisation	18

METHODES DE STERILISATION CHIRURGICALE

Sachant que la stérilisation est un acte chirurgical visant à rendre infécond de façon permanente, il faut tout particulièrement veiller à ce que chaque client ou cliente choisisse cette méthode délibérément et en connaissance de cause. Il faut porter une attention toute particulière au cas des jeunes, des femmes nullipares, des hommes qui n'ont pas encore été père, et des clients ou clientes souffrant de problèmes de santé mentale, y compris d'états dépressifs. Clients et clientes doivent tous être soigneusement informés du caractère intentionnellement permanent de la stérilisation, et de la possibilité d'utiliser d'autres méthodes hautement efficaces de contraception sur le long terme. C'est d'autant plus important lorsqu'il s'agit de personnes jeunes. Enfin, on tiendra compte de la législation nationale et des normes en vigueur concernant les méthodes de stérilisation.

Les méthodes transcervicales de stérilisation féminine ne sont pas traitées dans ces recommandations.

Il n'existe aucune raison médicale qui empêche formellement une personne de se faire stériliser. Il peut néanmoins y avoir des états ou des circonstances qui imposent certaines précautions, notamment lorsque la recommandation est P (prudence), D (différer), ou S (spécial). Pour certains de ces états ou circonstances, les risques théoriques ou démontrés doivent l'emporter sur les bénéfices d'une éventuelle stérilisation, en particulier s'agissant de la stérilisation féminine. Lorsque les risques liés à la stérilisation l'emportent sur les bénéfices, il faut préférer d'autres méthodes de contraception sur le long terme hautement efficaces. La décision à cet égard doit être prise au cas par cas, en fonction des risques et des avantages de la stérilisation, par rapport aux risques de grossesse, et compte tenu de la disponibilité ainsi que de l'acceptabilité d'autres méthodes hautement efficaces.

La classification des états et caractéristiques en quatre catégories différentes repose sur un examen approfondi des données cliniques et épidémiologiques en rapport avec l'acceptabilité médicale. La stérilisation doit être pratiquée uniquement par des prestataires bien formés dans un service clinique approprié, avec utilisation du matériel et des fournitures adéquats. Afin de garantir au maximum la sécurité du client ou de la cliente, il convient de respecter les principes directeurs relatifs à la prestation de service appropriée, notamment les protocoles de prévention des infections.

Définitions

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

A. Stérilisation féminine chirurgicale

STERILISATION FEMININE CHIRURGICALE	La stérilisation n'offre aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant le post partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.	
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE	EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
CARACTERISTIQUES PERSONNELLES ET ANTECEDENTS GENESIQUE		
GROSSESSE	D	
JEUNE AGE*	P	Explication complémentaire : Toutes les femmes doivent être informées du caractère irréversible de la stérilisation et de la possibilité d'utiliser d'autres méthodes à long terme très efficaces. C'est d'autant plus important lorsqu'il s'agit de femmes jeunes. Données : Les études montrent que jusqu'à 20% des femmes stérilisées lorsqu'elles étaient jeunes regrettent par la suite cette décision, et que le jeune âge constitue l'élément prédictif de regret le plus important qui puisse être identifié avant stérilisation (notamment demande de renseignements sur les interventions possibles pour revenir à l'état initial, et demande d'intervention pour retrouver la fécondité). ¹⁻¹⁹
PARITE*		
a) Nullipare	A	
b) Uni/multipare	A	
ALLAITEMENT AU SEIN	A	
POST-PARTUM*		
a) < 7 jours	A	
entre 7 et 42 jours	D	
≥ 42 jours	A	
b) Pré-éclampsie/ éclampsie		
(i) pré-éclampsie bénigne	A	
(ii) pré-éclampsie/ éclampsie grave	D	
c) Rupture prolongée des membranes : 24 heures ou plus	D	
d) Infection puerpérale, fièvre du per-partum ou fièvre puerpérale	D	
e) Hémorragie grave de l'ante partum ou du post-partum	D	

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

STERILISATION FEMININE CHIRURGICALE		La stérilisation n'offre aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant le post partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.	
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE	EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES	
POST-PARTUM* (suite)			
f) Lésion grave de l'appareil génital : déchirure cervicale ou vaginale au moment de l'accouchement	D		
g) Rupture ou perforation utérines	S	Explication complémentaire : Si l'on procède à une chirurgie exploratoire ou à une laparoscopie et que la patiente est stable, on pourra simultanément réparer la lésion et procéder à la ligature des trompes, pour autant qu'il n'y ait pas de risque supplémentaire.	
POST-ABORTUM*			
a) Non compliqué	A		
b) Infection ou fièvre post-abortum	D		
c) Hémorragie grave post-abortum	D		
d) Lésion grave de l'appareil génital : déchirure cervicale ou vaginale au moment de l'accouchement	D		
e) Perforation utérine	S	Explication complémentaire : Si l'on procède à une chirurgie exploratoire ou à une laparoscopie, on pourra simultanément réparer la lésion et procéder à la ligature des trompes, pour autant qu'il n'y ait pas de risque supplémentaire.	
f) Hématométrie aiguë	D		
ANTECEDENTS DE GROSSESSE EXTRA-UTERINE	A		
TABAGISME			
a) Age < 35 ans	A		
b) Age ≥ 35 ans			
(i) <15 cigarettes/jour	A		
(ii) ≥15 cigarettes/jour	A		

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

STERILISATION FEMININE CHIRURGICALE	La stérilisation n'offre aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant le post partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.	
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE	EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
OBESITE Indice de masse corporelle (IMC) ≥ 30 kg/m ²	P	Explication complémentaire : L'intervention peut être plus difficile. Risque accru d'infection ou de réouverture de la plaie. La fonction respiratoire peut être altérée chez les femmes obèses, et une anesthésie générale sera alors nécessaire. Données : Les femmes obèses étaient plus susceptibles d'avoir des complications lors de l'intervention. ²⁰⁻²³
PATHOLOGIES CARDIO-VASCULAIRE		
FACTEURS DE RISQUE MULTIPLES D'ARTERIOPATHIES CARDIO-VASCULAIRE* (par ex. âge, tabagisme, diabète et hypertension)	S	
HYPERTENSION		
Pour l'ensemble des catégories d'hypertension, les classifications partent du principe qu'il n'existe aucun autre facteur de risque cardio-vasculaire. La présence de facteurs de risque multiples peut accroître le risque de pathologie cardiovasculaire de manière significative. Une seule mesure de la tension artérielle ne suffit pas pour qu'une femme soit considérée comme hypertendue.		
a) Hypertension, bien contrôlée b) Tension artérielle élevée (mesurée correctement) (i) systolique 140–159 ou diastolique 90–99 (ii) systolique ≥ 160 ou diastolique ≥ 100 c) Pathologie vasculaire	P P S	Explication complémentaire : La tension artérielle doit être contrôlée avant l'intervention. Il y a un risque accru lié à l'anesthésie et une augmentation du risque d'arythmie cardiaque lorsque l'hypertension n'est pas contrôlée. En pareil cas, il est tout particulièrement nécessaire de surveiller attentivement la tension artérielle pendant l'opération.
ANTECEDENTS D'HYPERTENSION GRAVIDIQUE. (lorsque la tension artérielle mesurée du moment est normale)	A	

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

STERILISATION FEMININE CHIRURGICALE		La stérilisation n'offre aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant le post partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.	
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE	EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES	
ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL (antécédents d'accident vasculaire cérébral)	P		
HYPERLIPIDEMIES AVEREES	A	Explication complémentaire : Le dépistage systématique n'est pas opportun, compte tenu de la rareté de ces pathologies, et du coût élevé du dépistage.	
VALVULOPATHIE CARDIAQUE			
a) Non compliquée	P	Explication complémentaire : Administrer des antibiotiques à titre prophylactique.	
b) Compliquée (hypertension pulmonaire, risque de fibrillation auriculaire, antécédents d'endocardite bactérienne sub-aiguë)	S	Explication complémentaire : Haut risque de complications anesthésiques et chirurgicales. En cas de fibrillation auriculaire instable ou d'endocardite bactérienne subaiguë, reporter l'intervention.	
AFFECTIONS NEUROLOGIQUES			
CEPHALEES			
a) Non migraineuses (légères ou sévères)	A		
b) Migraine			
(i) sans aura			
Age < 35 ans	A		
Age ≥ 35 ans	A		
(ii) avec aura (quel que soit l'âge)	A		
EPILEPSIE	P		
ETATS DEPRESSIFS			
ETATS DEPRESSIFS	P		
INFECTIONS ET PATHOLOGIES DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR			
SAIGNEMENTS VAGINAUX			
a) Saignements irréguliers peu abondants	A		
b) Saignements abondants ou prolongés (réguliers et irréguliers)	A		

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

STERILISATION FEMININE CHIRURGICALE		La stérilisation n'offre aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant le post partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE	EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
SAIGNEMENTS VAGINAUX INEXPLIQUES (suspicion de pathologie grave) Avant évaluation	D	Explication complémentaire : Une évaluation est nécessaire avant la stérilisation.
ENDOMETRIOSE	S	
TUMEURS OVARIENNES BENIGNES (y compris les kystes)	A	
DYSMENORRHEE SEVERE	A	
MALADIE TROPHOBLASTIQUE a) Maladie trophoblastique gestationnelle bénigne b) Maladie trophoblastique gestationnelle maligne	A D	
ECTROPION DU COL UTERIN	A	
NEOPLASIE INTRA-EPITHELIALE DU COL UTERIN (NIC)	A	
CANCER DU COL UTERIN* (avant traitement)	D	
PATHOLOGIE DU SEIN a) Grosseur non diagnostiquée b) Mastopathie bénigne c) Antécédents familiaux de cancer d) Cancer (i) en cours (ii) cancer en rémission depuis 5 ans	A A A P A	
CANCER DE L'ENDOMETRE*	D	

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

STERILISATION FEMININE CHIRURGICALE		La stérilisation n'offre aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant le post partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE	EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
CANCER DE L'OVAIRE*	D	
FIBROMES UTERINS*		
a) Sans déformation de la cavité utérine	P	
b) Avec déformation de la cavité utérine	P	
MALADIE INFLAMMATOIRE PELVIENNE (MIP)*		Explication complémentaire : Un examen pelvien approfondi s'impose afin d'exclure toute infection récurrente ou persistante et de déterminer si l'utérus est mobile.
a) Antécédents de MIP (sans facteurs de risque actuels d'IST)		
(i) avec grossesse ultérieure	A	
(ii) sans grossesse ultérieure	P	
b) MIP - en cours	D	
IST*		Explication complémentaire : S'il n'y a plus de symptômes après traitement, la stérilisation est possible.
a) Cervicite purulente en cours, ou infection à chlamydia, ou gonococcie en cours	D	
b) Autres IST (à l'exclusion du VIH et de l'hépatite)	A	
c) Vaginite (y compris Trichomonas vaginalis et vaginose bactérienne)	A	
d) Risque accru d'IST	A	
VIH/SIDA		
RISQUE ELEVE DE VIH	A	Explication complémentaire : Aucun dépistage systématique ne s'impose. Pour toute intervention chirurgicale, il convient d'observer scrupuleusement les mesures de prévention des infections, et notamment les précautions universelles. L'utilisation du préservatif est recommandée après la stérilisation.
INFECTION A VIH	A	
SIDA	S	Explication complémentaire : La présence d'une maladie opportuniste peut amener à reporter l'intervention.

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

STERILISATION FEMININE CHIRURGICALE		La stérilisation n'offre aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant le post partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE	EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
AUTRES INFECTIONS		
SCHISTOSOMIASE		
a) Non compliquée	A	
b) Fibrose hépatique	P	Explication complémentaire : Il peut être nécessaire d'évaluer la fonction hépatique.
TUBERCULOSE		
a) Non génito-urinaire	A	
b) Génito-urinaire avérée	S	
PALUDISME	A	
TROUBLES ENDOCRINIENS		
DIABETE*		Explication complémentaire : Si la glycémie n'est pas bien contrôlée, il est recommandé de transférer la patiente vers un établissement de catégorie supérieure.
a) Antécédents de diabète gestationnel	A	
b) Sans complication vasculaire		Explication complémentaire : Baisse possible du pouvoir cicatrisant et risque accru d'infection de la plaie. Il est recommandé d'utiliser des antibiotiques à titre prophylactique.
(i) non-insulino dépendant	P	
(ii) insulino dépendant	P	Données: Les femmes diabétiques étaient plus susceptibles d'avoir des complications lors de l'intervention. ²²
c) Néphropathie/ rétinopathie/ neuropathie	S	
d) Autre pathologie vasculaire ou diabète installé depuis plus de 20 ans	S	
TROUBLES THYROÏDIENS*		
a) Goitre simple	A	
b) Hyperthyroïdie	S	
c) Hypothyroïdie	P	

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

STERILISATION FEMININE CHIRURGICALE		La stérilisation n'offre aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant le post partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.	
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE	EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES	
PATHOLOGIES GASTRO-INTESTINALES			
CHOLECYSTOPATHIE			
a) Symptomatique			
(i) traitée par cholécystectomie	A		
(ii) traitée médicalement	A		
(iii) en cours	D		
b) Asymptomatique	A		
ANTECEDENTS DE CHOLESTASE			
a) En rapport avec la grossesse	A		
b) Liés à une utilisation passée de COC	A		
HEPATITE VIRALE*			
a) Evolutive	D		
b) Chez le sujet porteur	A		Explication complémentaire : Pour toute intervention chirurgicale, il convient d'observer scrupuleusement les mesures de prévention des infections, et notamment les précautions universelles.
CIRRHOSE			
a) Légère (compensée)	P		
b) Grave (décompensée)	S		Explication complémentaire : La fonction hépatique et la coagulation risquent d'être altérées. Il convient d'évaluer la fonction hépatique.
TUMEURS HEPATIQUES			
a) Bénigne (adénome)	P		
b) Maligne (hépatome)	P		Explication complémentaire : La fonction hépatique et la coagulation risquent d'être altérées. Il convient d'évaluer la fonction hépatique.
ANEMIES			
THALASSEMIE		P	
DREPANOCYTOSE*		P	
ANEMIE FERRIPRIVE*			
a) Hb < 7 g/dl	D		
b) Hb ≥ 7 à < 10 g/dl	P		Explication complémentaire : Il convient d'identifier la maladie sous jacente. Chez les femmes anémiées, le taux d'hémoglobine préopératoire et les pertes de sang pendant l'opération sont des facteurs importants. Si la perfusion périphérique est insuffisante, il peut y avoir un retard à la cicatrisation de la plaie.

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

STERILISATION FEMININE CHIRURGICALE		La stérilisation n'offre aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH (y compris pendant le post partum), il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/le VIH.
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE	EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
AUTRES PATHOLOGIES NE CONCERNANT QUE LA STERILISATION CHIRURGICALE FEMININE		
INFECTION LOCALE Infection cutanée abdominale	D	Explication complémentaire : Risque accru d'infection postopératoire.
TROUBLES DE LA COAGULATION*	S	
PATHOLOGIES RESPIRATOIRES*		
a) Aiguë (bronchite, pneumonie)	D	Explication complémentaire : La stérilisation sera retardée en attendant la guérison. Il y a augmentation du risque anesthésique et autres risques péri-opératoires.
b) Chronique		
(i) asthme	S	
(ii) bronchite	S	
(iii) emphysème	S	
(iv) infection pulmonaire	S	
INFECTION GENERALISEE OU GASTRO-ENTERITE*	D	
UTERUS NON MOBILE PAR SUITE D'UNE INTERVENTION OU D'UNE INFECTION*	S	
HERNIE ABDOMINALE OU OMBILICALE	S	Explication complémentaire : Dans la mesure du possible, on réparera la hernie et on procédera à la ligature des trompes lors de la même intervention.
HERNIE DIAPHRAGMATIQUE*	P	
NEPHROPATHIE*	P	
CARENCES NUTRITIONELLES GRAVES*	P	
ANTECEDENTS DE CHIRURGIE PELVIENNE OU ABDOMINALE	P	Données : Les femmes présentant ce type d'antécédents étaient plus susceptibles d'avoir des complications à l'occasion de la stérilisation. ^{21, 22, 24-26}

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

B. Stérilisation masculine chirurgicale

STERILISATION MASCULINE CHIRURGICALE		La stérilisation n'offre aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH, il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH.
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE	EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
CARACTERISTIQUES PERSONNELLES ET ANTECEDENTS GENESIQUE		
JEUNE AGE	P	Explication complémentaire : Les jeunes hommes, comme tous les hommes, doivent être informés que la stérilisation les rend inféconds de façon permanente, et qu'il existe d'autres méthodes utilisables sur le long terme et hautement efficaces. Données : La vasectomie chez les hommes l'ayant subie dans leur jeune âge était plus probablement réversible que chez ceux l'ayant subie à un âge plus avancé. ¹⁸
ETAT DEPRESSIFS		
ETAT DEPRESSIFS	P	
VIH/SIDA		
RISQUE ELEVE DE VIH	A	Explication complémentaire : Aucun dépistage systématique ne s'impose. Pour toute intervention chirurgicale, il convient d'observer scrupuleusement les mesures de prévention des infections, et notamment les précautions universelles. L'utilisation du préservatif est recommandée après la stérilisation.
INFECTION A VIH	A	
SIDA	S	Explication complémentaire : La présence d'une maladie opportuniste peut amener à reporter l'intervention.
TROUBLES ENDOCRINIENS		
DIABETE*	P	
ANEMIES		
DREPANOCYTOSE	A	
AUTRES PATHOLOGIES NE CONCERNANT QUE LA STERILISATION CHIRURGICALE MASCULINE		
INFECTION LOCALES*		
a) infection cutanée du scrotum	D	
b) IST évolutive	D	
c) balanite	D	
d) épидидymite ou orchite	D	
TROUBLES DE LA COAGULATION*	S	
ANTECEDENTS DE LESION DU SCROTUM	P	

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

STERILISATION MASCULINE CHIRURGICALE		La stérilisation n'offre aucune protection contre les IST/VIH. En cas de risque d'IST/VIH, il est recommandé d'utiliser correctement et régulièrement des préservatifs, seuls ou associés à une autre méthode contraceptive. Il est prouvé que les préservatifs masculins en latex protègent contre les IST/VIH.
ETAT/ CARACTERISTIQUES	CATEGORIE	EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
INFECTION GENERALISEE OU GASTRO-ENTERITE*	D	
VARICOCELE IMPORTANTE*	P	
HYDROCELE IMPORTANTE*	P	
FILARIOSE; ELEPHANTIASIS*	D	
GROSSEUR INTRASCROTALE*	D	
CRYPTORCHIDIE	P	Explication complémentaire : En cas de cryptorchidie bilatérale, et lorsque la fécondité est avérée, il faut une intervention chirurgicale étendue pour localiser les canaux déférents ; l'intervention est alors classée dans la catégorie S. En cas de cryptorchidie unilatérale, et lorsque la fécondité est avérée, on peut procéder à la vasectomie sur le côté normal et contrôler le spermogramme en routine. S'il y a une présence persistante de spermatozoïdes, il faudra effectuer une intervention plus étendue afin de localiser l'autre canal ; elle sera alors classée dans la catégorie S.
HERNIE INGUINALE*	S	

* Voir explications complémentaires en fin de tableau

Observations complémentaires

A. Stérilisation féminine chirurgicale

PARITE

Nullipare : les femmes nullipares, comme toutes les femmes, doivent être informées du caractère définitif de la stérilisation et de la possibilité d'utiliser d'autres méthodes de contraception sur le long terme hautement efficaces.

POST-PARTUM

< 7 jours après l'accouchement : la stérilisation peut être effectuée sans risque immédiatement après l'accouchement.

De 7 à < 42 jours : Risque accru de complications tant que l'involution utérine n'est pas complètement terminée.

Pré-éclampsie/éclampsie : Augmentation du risque anesthésique.

Rupture prolongée des membranes, 24 heures ou plus : Augmentation du risque d'infection postopératoire.

Infection puerpérale, fièvre du per-partum ou fièvre puerpérale : Augmentation du risque d'infection postopératoire.

Hémorragie grave de l'ante-partum ou du post-partum : La patiente peut être anémiée et ne pas être en mesure de supporter une perte de sang supplémentaire.

Lésion grave de l'appareil reproducteur : Déchirure cervicale ou vaginale au moment de l'accouchement: Il peut y avoir une perte de sang et une anémie importantes. L'intervention risque d'être plus douloureuse.

Rupture ou perforation utérines : Il peut y avoir des pertes de sang importantes ou des lésions abdominales internes.

POST-ABORTUM

Infection ou fièvre post-abortum : Augmentation du risque d'infection postopératoire.

Hémorragie grave post-abortum : La patiente peut être anémiée et ne pas être en mesure de supporter une perte de sang supplémentaire.

Lésion grave de l'appareil reproducteur : déchirure cervicale ou vaginale au moment de l'accouchement: Il peut y avoir une perte de sang et une anémie importantes. L'intervention risque d'être plus douloureuse.

Perforation utérine : il peut y avoir des pertes de sang importantes ou des lésions abdominales internes.

Hématométrie aiguë : La patiente peut être anémiée et ne pas être en mesure de supporter une perte de sang supplémentaire.

FACTEURS DE RISQUE MULTIPLES D'ARTÉRIOPATHIE CARDIO-VASCULAIRE

Quand il y a présence concomitante de plusieurs facteurs de risque, la patiente peut avoir un risque élevé de complications associées à l'anesthésie et à l'intervention chirurgicale.

CARDIOPATHIE ISCHÉMIQUE EN COURS ET ANTECEDENTS DE CARDIOPATHIE ISCHÉMIQUE

La femme présente un risque élevé de complications anesthésiques et opératoires.

CANCER DU COL UTERIN (avant traitement)

En général, le traitement entraîne la stérilité.

CANCER DE L'ENDOMETRE

En général, le traitement entraîne la stérilité.

CANCER DE L'OVAIRE

En général, le traitement entraîne la stérilité.

FIBROMES UTERINS

En fonction de la taille et de la localisation des fibromes, il peut être difficile de localiser les trompes et de mobiliser l'utérus.

MALADIE INFLAMMATOIRE PELVIENNE (MIP)

Une MIP peut accroître le risque d'infection ou d'adhérences postopératoires.

IST

Risque accru d'infection postopératoire.

DIABETE

Risque d'hypoglycémie ou d'acidocétose.

TROUBLES TYROÏDIENS

La femme présente un risque élevé de complications anesthésiques et opératoires.

HEPATITE VIRALE

La femme présente un risque élevé de complications anesthésiques et opératoires.

DREPANOCYTOSE

Il y a un risque accru de complications pulmonaires, cardiaques ou neurologiques, et une majoration possible du risque d'infection de la plaie.

TROUBLES DE LA COAGULATION

Les patientes qui présentent des troubles de la coagulation ont un risque accru de complications hématologiques postopératoires.

PATHOLOGIES RESPIRATOIRES

En cas de laparoscopie, il peut y avoir des complications cardio-respiratoires aiguës induites par le pneumopéritoine, ou par la position de Trendelenburg.

INFECTION GENERALISEE OU GASTRO-ENTERITE

Il y a des risques accrus d'infection postopératoire, de complications par déshydratation et de complications anesthésiques.

UTERUS NON MOBILE PAR SUITE D'UNE INTERVENTION CHIRURGICALE OU D'UNE INFECTION

La mobilité réduite de l'utérus et des intestins rend difficile la laparoscopie et la minilaparotomie, et augmente le risque de complications.

HERNIE DIAPHRAGMATIQUE

En cas de laparoscopie, il peut y avoir des complications cardio-respiratoires aiguës induites par le pneumopéritoine, ou par la position de Trendelenburg.

NEPHROPATHIE

Des troubles de la coagulation peuvent apparaître. Il peut y avoir un risque accru d'infection et de choc hypovolémique. Risque d'anémie, de troubles hydro-électrolytiques et d'anomalies du métabolisme et de l'excrétion des médicaments.

CARENCES NUTRITIONNELLES GRAVES

Il peut y avoir un risque accru d'infection de la plaie et de retard de la cicatrisation.

STERILISATION AU COURS D'UNE CESARIENNE

La stérilisation simultanée n'accroît pas le risque de complications chez une patiente stable du point de vue chirurgical.

B. Stérilisation masculine chirurgicale

TROUBLES DE LA COAGULATION

Ces troubles s'accompagnent d'un risque accru d'hématomes postopératoires, lesquels augmentent les risques d'infection.

DIABETE

Les diabétiques sont davantage exposés à des risques d'infection postopératoire de la plaie. Si des signes d'infection apparaissent, prescrire un traitement antibiotique.

INFECTIONS LOCALES

Il y a un risque accru d'infection postopératoire.

INFECTION GENERALISEE OU GASTRO-ENTERITE

Il y a un risque accru d'infection postopératoire.

VARICOCELE IMPORTANTE

Il peut être difficile, voire impossible, de localiser les canaux déférents. On réduira les risques de complications en procédant simultanément à la résection de la varicocèle et à la vasectomie.

HYDROCELE IMPORTANTE

Il peut être difficile, voire impossible, de localiser les canaux déférents. On réduira les risques de complications en procédant simultanément à la résection de la varicocèle et à la vasectomie.

FILARIOSE ET ELEPHANTIASIS

Lorsque le scrotum est atteint, l'éléphantiasis peut rendre impossible la palpation du cordon spermatique et des testicules.

GROSSEUR INTRASCROTALE

Peut indiquer une maladie sous-jacente.

HERNIE INGUINALE

La vasectomie peut être réalisée en même temps que la réparation de la hernie.

Bibliographie : stérilisation

1. Abraham S et al. The characteristics, perceptions and personalities of women seeking a reversal of their tubal sterilization. *Medical Journal of Australia*, 1986, 145:4-7.
2. Allyn DP et al. Presterilization counseling and women's regret about having been sterilized. *Journal of Reproductive Medicine*, 1986, 31:1027-32.
3. Boring CC, Rochat RW, Becerra J. Sterilization regret among Puerto Rican women. *Fertility & Sterility*, 1988, 49:973-81.
4. Clarkson SE, Gillett WR. Psychological aspects of female sterilisation--assessment of subsequent regret. *New Zealand Medical Journal*, 1985, 98:748-50.
5. Grubb GS et al. Regret after decision to have a tubal sterilization. *Fertility & Sterility*, 1985, 44:248-53.
6. Hardy E et al. Risk factors for tubal sterilization regret, detectable before surgery. *Contraception*, 1996, 54:159-62.
7. Henshaw SK, Singh S. Sterilization regret among U.S. couples. *Family Planning Perspectives*, 1986, 18:238-40.
8. Hillis SD et al. Poststerilization regret: findings from the United States Collaborative Review of Sterilization. *Obstetrics & Gynecology*, 1999, 93:889-95.
9. Jamieson DJ et al. A comparison of women's regret after vasectomy versus tubal sterilization. *Obstetrics & Gynecology*, 2002, 99:1073-9.
10. Kariminia A, Saunders DM, Chamberlain M. Risk factors for strong regret and subsequent IVF request after having tubal ligation. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2002, 42:526-9.
11. Leader A et al. A comparison of definable traits in women requesting reversal of sterilization and women satisfied with sterilization. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1983, 145:198-202.
12. Loaiza E. Sterilization regret in the Dominican Republic: looking for quality-of-care issues. *Studies in Family Planning*, 1995, 26:39-48.
13. Marcil-Gratton N. Sterilization regret among women in metropolitan Montreal. *Family Planning Perspectives*, 1988, 20:222-7.
14. Platz-Christensen JJ et al. Evaluation of regret after tubal sterilization. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1992, 38:223-6.
15. Ramsay IN, Russell SA. Who requests reversal of female sterilisation? A retrospective study from a Scottish unit. *Scottish Medical Journal*, 1991, 36:44-6.
16. Schmidt JE et al. Requesting information about and obtaining reversal after tubal sterilization: findings from the U.S. Collaborative Review of Sterilization. *Fertility & Sterility*, 2000, 74:892-8.
17. Thranov I et al. Regret among 547 Danish sterilized women. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 1988, 16:41-8.
18. Trussell J, Guilbert E, Hedley A. Sterilization failure, sterilization reversal, and pregnancy after sterilization reversal in Quebec. *Obstetrics & Gynecology*, 2003, 101:677-84.
19. Wilcox LS et al. Risk factors for regret after tubal sterilization: 5 years of follow-up in a prospective study. *Fertility & Sterility*, 1991, 55:927-33.
20. Chi I, Mumford SD, Laufe LE. Technical failures in tubal ring sterilization: incidence, perceived reasons, outcome, and risk factors. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1980, 138:307-12.
21. Chi I, Kennedy KI. Early readmission following elective laparoscopic sterilization: a brief analysis of a rare event. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1984, 148:322-7.
22. Jamieson DJ et al. Complications of interval laparoscopic tubal sterilization: findings from the United States Collaborative Review of Sterilization. *Obstetrics & Gynecology*, 2000, 96:997-1002.
23. White MK, Ory HW, Goldenberg LA. A case-control study of uterine perforations documented at laparoscopy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1977, 129:623-5.
24. Baggish MS et al. Complications of laparoscopic sterilization. Comparison of 2 methods. *Obstetrics & Gynecology*, 1979, 54:54-9.
25. Chi I, Feldblum PJ, Balogh SA. Previous abdominal surgery as a risk factor in interval laparoscopic sterilization. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1983, 145:841-6.
26. Feldblum PJ et al. Technical failures in female sterilization using the tubal ring: a case-control analysis. *Contraception*, 1986, 34:505-12.

CARACTERISTIQUES PERSONNELLES ET SANTE GENESIQUE	1
Grossesse	1
Age	1
Parité	1
Allaitement au sein	1
Post-partum	1
Post-abortum	1
Antécédents de grossesse extra-utérine	1
Antécédents de chirurgie pelvienne	2
Tabagisme	2
Obésité	2
Mesure de la tension artérielle non disponible	2
PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE	2
Facteurs de risque multiples d'artériopathies cardio-vasculaires	2
Hypertension	3
Antécédents d'hypertension gravidique	3
Thrombose veineuse profonde (TVP)/Embolie pulmonaire (EP)	3
Mutations thrombogéniques avérées	3
Thrombose veineuse superficielle	4
Cardiopathie ischémique actuelle et antécédents de cardiopathie ischémique	4
Accident vasculaire cérébral	4
Hyperlipidémies avérées	4
Vulvulopathie cardiaque	4
AFFECTIONS NEUROLOGIQUES	4
Céphalées	4
Epilepsie	5
ETATS DEPRESSIFS	5
Etats dépressifs	5
INFECTIONS ET PATHOLOGIES DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR	5
Saignements vaginaux	5
Saignements vaginaux inexplicables	5
Endométriose	5
Tumeurs ovariennes bénignes	5
Dysménorrhée sévère	5
Maladie trophoblastique	5
Ectropion du col utérin	5
Néoplasie intra-épithéliale du col utérin (NIC)	5
Cancer du col utérin	5
Pathologie du sein	6
Cancer de l'endomètre	6
Cancer de l'ovaire	6
Fibromes utérins	6
Anomalies anatomiques	6
Maladie inflammatoire pelvienne (MIP)	6
IST	7
VIH/SIDA	7
Risque élevé de VIH	7
Infection à VIH	7
SIDA	7

AUTRES INFECTIONS	7
Schistosomiase	7
Tuberculose	7
Paludisme	7
TROUBLES ENDOCRINIENS	7
Diabète	7
Troubles thyroïdiens	8
PATHOLOGIES GASTRO-INTESTINALES	8
Cholécystopathie	8
Antécédents de cholestase	8
Hépatite virale	9
Cirrhose	9
Tumeurs hépatiques	9
ANEMIES	9
Thalassémie	9
Drépanocytose	9
Anémie ferriprive	9
INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES	9
Médicaments ayant une action sur les enzymes hépatiques	9
Antibiotiques	9
Traitement antirétroviral	9

TABLEAUX RECAPITULATIFS								
ETAT/ CARACTERISTIQUES	COC	CIC	P/AIV	PPP	AMPR NET- EN	Implants LNG/ ETG	DIU- Cu	DIU- LNG
A = Adoption, C = Continuation								
CARACTERISTIQUES PERSONNELLES ET ANTECEDENTS GENESIQUES								
GROSSESSE	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	4*	4*
AGE	Des premières règles à <40 ans=1 ≥40 ans=2	Des premières règles à <40 ans=1 ≥40 ans=2	Des premières règles à <18 ans=1 18-45 ans=1 >45 ans=1	Des premières règles à <18 ans=1 18-45 ans=1 >45 ans=2	Des premières règles à <18 ans=1 18-45 ans=1 >45 ans=1	Des premières règles à <20 ans=2 ≥20 ans=1	Des premières règles à <20 ans=1 ≥20 ans=1	Des premières règles à <20 ans=1 ≥20 ans=1
PARITE								
a) Nullipare	1	1	1	1	1	1	2	2
b) Uni/multipare	1	1	1	1	1	1	1	1
ALLAITEMENT AU SEIN								
a) < 6 semaines après l'accouchement	4	4	4	3*	3*	3*		
b) De 6 semaines à 6 mois (allaitement principalement au sein)	3	3	3	1	1	1		
c) ≥ 6 mois après l'accouchement	2	2	2	1	1	1		
POST-PARTUM (femmes n'allaitant pas)								
a) < 21 jours	3	3	3	1	1	1		
b) ≥ 21 jours	1	1	1	1	1	1		
POST-PARTUM (allaitement ou non, y compris après césarienne)								
a) < 48 heures							2	3
b) ≥ de 48 heures à < 4 semaines							3	3
c) ≥ 4 semaines							1	1
d) Septicémie puerpérale							4	4
POST-ABORTUM								
a) Avortement au premier trimestre	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*
b) Avortement au deuxième trimestre	1	1	1	1	1	1	2	2
c) Immédiatement après un avortement septique	1	1	1	1	1	1	4	4

* Veuillez consulter les tableaux dans le texte pour y trouver l'explication de cette classification

TABLEAUX RECAPITULATIFS								
ETAT/ CARACTERISTIQUES	COC	CIC	P/AIV	PPP	AMPR NET- EN	Implants LNG/ ETG	DIU- Cu	DIU- LNG
A = Adoption, C = Continuation								
ANTECEDENTS DE GROSSESSE EXTRA-UTERINE	1	1	1	2	1	1	1	1
ANTECEDENTS DE CHIRURGIE PELVIENNE (y compris après césarienne) (voir également la section sur le post-partum)	1	1	1	1	1	1	1	1
TABAGISME								
a) Age < 35 ans	2*	2	2	1	1	1	1	1
b) Age ≥ 35 ans								
(i) <15 cigarettes/jour	3*	2	3	1	1	1	1	1
(ii) ≥15 cigarettes/jour	4*	3	4	1	1	1	1	1
OBESITE Indice de masse corporelle (IMC) ≥30 kg/m ²	2	2	2	1	1	1	1	1
MESURE DE LA TENSION ARTERIELLE NON DISPONIBLE	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*
PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE								
FACTEURS DE RISQUE MULTIPLES D'ARTERIOPATHIE CARDIO-VASCULAIRE (par ex : âge, tabagisme, diabète et hypertension)	3/4*	3/4*	3/4*	2*	3*	2*	1	2
HYPERTENSION								
a) Antécédents d'hypertension lorsque la tension artérielle NE PEUT PAS être mesurée (y compris hypertension gravidique)	3*	3*	3*	2*	2*	2*	1	2
b) Hypertension bien contrôlée, lorsque la tension artérielle peut être mesurée	3*	3*	3*	1*	2*	1*	1	1

* Veuillez consulter les tableaux dans le texte pour y trouver l'explication de cette classification

TABLEAUX RECAPITULATIFS								
ETAT/ CARACTERISTIQUES	COC	CIC	P/AIV	PPP	AMPR NET- EN	Implants LNG/ ETG	DIU- Cu	DIU- LNG
A = Adoption, C = Continuation								
HYPERTENSION (suite)								
c) Tension artérielle élevée (mesurée correctement)								
(i) systolique 140–159 ou diastolique 90–99	3	3	3	1	2	1	1	1
(ii) systolique >160 ou diastolique >100	4	4	4	2	3	2	1	2
d) Pathologie vasculaire	4	4	4	2	3	2	1	2
ANTECEDENTS D'HYPERTENSION GRAVIDIQUE (lorsque la tension artérielle mesurée du moment est normale)	2	2	2	1	1	1	1	1
THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE (TVP)/EMBOLIE PULMONAIRE (EP)								
a) Antécédents de VP/EP	4	4	4	2	2	2	1	2
b) TVP/EP en cours	4	4	4	3	3	3	1	3
c) Antécédents familiaux (parents au premier degré)	2	2	2	1	1	1	1	1
d) Chirurgie majeure								
(i) avec immobilisation prolongée	4	4	4	2	2	2	1	2
(ii) sans immobilisation prolongée	2	2	2	1	1	1	1	1
e) Chirurgie mineure sans immobilisation	1	1	1	1	1	1	1	1
MUTATIONS TROMBOGENIQUES AVEREES (e.g. Factor V Leiden ; mutation du Facteur II ; déficit en protéine S, en protéine C ou en antithrombine)	4*	4*	4*	2*	2*	2*	1*	2*

* Veuillez consulter les tableaux dans le texte pour y trouver l'explication de cette classification

TABLEAUX RECAPITULATIFS																	
ETAT/ CARACTERISTIQUES	COC		CIC		P/AIV		PPP		AMPR NET- EN		Implants LNG/ ETG		DIU- Cu		DIU- LNG		
A = Adoption, C = Continuation																	
THROMBOSE VEINEUSE SUPERFICIELLE																	
a) Varices	1		1		1		1		1		1		1		1		
b) Thrombophébite superficielle	2		2		2		1		1		1		1		1		
CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE EN COURS ET ANTECEDENTS DE CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE																	
	4		4		4		A	C	3		A	C	1		A	C	
							2	3			2	3			2	3	
ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL (antécédents d'accident vasculaire cérébral)																	
	4		4		4		A	C	3		A	C	1			2	
							2	3			2	3					
HYPERLIPIDEMIE AVEREE Il N'EST PAS nécessaire de procéder à un dépistage pour garantir l'innocuité des méthodes contraceptives																	
	2/3*		2/3*		2/3*		2*		2*		2*		1*		2*		
VALVULOPATHIE CARDIAQUE																	
a) Non compliquée	2		2		2		1		1		1		1		1		
b) Compliquée (hypertension pulmonaire, fibrillation auriculaire, antécédents d'endocardite bactérienne sub-aiguë)	4		4		4		1		1		1		2*		2*		
AFFECTIONS NEUROLOGIQUES																	
CEPHALEES																	
a) Non-migraineuses (légères ou sévères)	A	C	A	C	A	C	A	C	A	C	A	C	1*		A	C	
	1*	2*	1*	2*	1*	2*	1*	1*	1*	1*	1*	1*			1*	1*	1*
b) Migraine	(i) sans aura																
	Age < 35 ans																
	2*	3*	2*	3*	2*	3*	1*	2*	2*	2*	2*	2*	2*	2*	1*	2*	2*
	3*	4*	3*	4*	3*	4*	1*	2*	2*	2*	2*	2*	2*	2*	1*	2*	2*
(ii) avec aura (quel que soit l'âge)																	
4*	4*	4*	4*	4*	4*	2*	3*	2*	3*	2*	3*	2*	3*	1*	2*	3*	

* Veuillez consulter les tableaux dans le texte pour y trouver l'explication de cette classification

TABLEAUX RECAPITULATIFS								
ETAT/ CARACTERISTIQUES	COC	CIC	P/AIV	PPP	AMPR NET- EN	Implants LNG/ ETG	DIU- Cu	DIU- LNG
A = Adoption, C = Continuation								
EPILEPSIE	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1	1
ETATS DEPRESSIFS								
ETATS DEPRESSIFS	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*
INFECTIONS ET PATHOLOGIES DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR								
SAIGNEMENTS VAGINAUX								A C
a) Saignements irréguliers peu abondants	1	1	1	2	2	2	1	1 1
b) Saignements abondants ou prolongés (réguliers ou irréguliers)	1*	1*	1*	2*	2*	2*	2*	1* 2*
SAIGNEMENTS VAGINAUX INEXPLIQUÉS (suspicion de pathologie grave)							A C	A C
Avant évaluation	2*	2*	2*	2*	3*	3*	4* 2*	4* 2*
ENDOMETRIOSE	1	1	1	1	1	1	2	1
TUMEURS OVARIENNES BENIGNES (y compris les kystes)	1	1	1	1	1	1	1	1
DYSMENORRHEE SEVERE	1	1	1	1	1	1	2	1
MALADIE TROPHOBLASTIQUE								
a) Maladie trophoblastique gestationnelle bénigne	1	1	1	1	1	1	3	3
b) Maladie trophoblastique gestationnelle maligne	1	1	1	1	1	1	4	4
ECTROPION DU COL UTERIN	1	1	1	1	1	1	1	1
NEOPLASIE INTRAEPITHELIALE DU COL UTERIN (NIC)	2	2	2	1	2	2	1	2
CANCER DU COL UTERIN (avant traitement)							A C	A C
	2	2	2	1	2	2	4 2	4 2

* Veuillez consulter les tableaux dans le texte pour y trouver l'explication de cette classification

TABLEAUX RECAPITULATIFS										
ETAT/ CARACTERISTIQUES	COC	CIC	P/AIV	PPP	AMPR NET- EN	Implants LNG/ ETG	DIU- Cu	DIU- LNG		
A = Adoption, C = Continuation										
PATHOLOGIE DU SEIN										
a) Grosseur non diagnostiquée	2*	2*	2*	2*	2*	2*	1	2		
b) Mastopathie bénigne	1	1	1	1	1	1	1	1		
c) Antécédents familiaux de cancer	1	1	1	1	1	1	1	1		
d) Cancer										
(i) en cours	4	4	4	4	4	4	1	4		
(ii) en rémission depuis 5 ans	3	3	3	3	3	3	1	3		
CANCER DE L'ENDOMETRE										
							A	C	A	C
	1	1	1	1	1	1	4	2	4	2
CANCER DE L'OVAIRE										
							A	C	A	C
	1	1	1	1	1	1	3	2	3	2
FIBROMES UTERINS										
a) Sans déformation de la cavité utérine	1	1	1	1	1	1	1	1		
b) Avec déformation de la cavité utérine	1	1	1	1	1	1	4	4		
ANOMALIES ANATOMIQUES										
a) Avec déformation de la cavité utérine							4	4		
b) Sans déformation de la cavité utérine							2	2		
MALADIE INFLAMMATOIRE PELVIENNE (MIP)										
a) Antécédents de MIP (sans facteurs de risque actuels d'IST)							A	C	A	C
(i) sans grossesse ultérieure	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
(ii) sans grossesse ultérieure	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
b) MIP – en cours	1	1	1	1	1	1	4	2*	4	2*

* Veuillez consulter les tableaux dans le texte pour y trouver l'explication de cette classification

TABLEAUX RECAPITULATIFS											
ETAT/ CARACTERISTIQUES	COC	CIC	P/AIV	PPP	AMPR NET- EN	Implants LNG/ ETG	DIU- Cu		DIU- LNG		
A = Adoption, C = Continuation											
IST							A	C	A	C	
a) Cervicite purulente en cours, ou infection à chlamydia ou gonococcie en cours	1	1	1	1	1	1	4	2*	4	2*	
b) Autres IST (à l'exception de l'infection à VIH et de l'hépatite)	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	
c) Vaginite (y compris trichomonas vaginalis et vaginose bactérienne)	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	
d) Risque accru d'IST	1	1	1	1	1	1	2/3*	2	2/3*	2	
VIH/SIDA											
RISQUE ELEVE D'INFECTION A VIH							A	C	A	C	
	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	
INFECTION A VIH	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	
SIDA Etat clinique correct sous traitement ARV	1*	1*	1*	1*	1*	1*	3	2*	3	2*	
	Voir TRAITEMENTS ANTIRÉTROVIRAUX ci-après							2	2	2	2
AUTRES INFECTIONS											
SCHISTOSOMIASE											
a) Non compliquée	1	1	1	1	1	1	1		1		
b) Fibrose hépatique	1	1	1	1	1	1	1		1		
TUBERCULOSE											
a) Non génito-urinaire	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1	1	1	1	
b) Génito-urinaire avérée	1*	1*	1*	1	1	1	4	3	4	3	
PALUDISME	1	1	1	1	1	1	1		1		
TROUBLES ENDOCRINIENS											
DIABETE											
a) Antécédents de diabète gestionnel	1	1	1	1	1	1	1		1		

* Veuillez consulter les tableaux dans le texte pour y trouver l'explication de cette classification

TABLEAUX RECAPITULATIFS								
ETAT/ CARACTERISTIQUES	COC	CIC	P/AIV	PPP	AMPR NET- EN	Implants LNG/ ETG	DIU- Cu	DIU- LNG
A = Adoption, C = Continuation								
DIABETE (suite)								
b) Sans complications vasculaires								
(i) non insulino-dépendant	2	2	2	2	2	2	1	2
(ii) insulino-dépendant	2	2	2	2	2	2	1	2
c) Néphropathie/ rétinopathie/ neuropathie	3/4*	3/4*	3/4*	2	3	2	1	2
d) Autres complications vasculaires ou diabète installé depuis plus de 20 ans	3/4*	3/4*	3/4*	2	3	2	1	2
TROUBLES THYROÏDIENS								
a) Goitre simple	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Hyperthyroïdie	1	1	1	1	1	1	1	1
c) Hypothyroïdie	1	1	1	1	1	1	1	1
PATHOLOGIES GASTRO-INTESTINALES								
CHOLECYSTOPATHIE								
a) Symptomatique								
(i) traitée par cholécystectomie	2	2	2	2	2	2	1	2
(ii) traitée médicalement	3	2	3	2	2	2	1	2
(iii) en cours	3	2	3	2	2	2	1	2
b) Asymptomatique	2	2	2	2	2	2	1	2
ANTECEDENTS DE CHOLESTASE								
a) En rapport avec la grossesse	2	2	2	1	1	1	1	1
b) Liés à une utilisation antérieure de COC	3	2	3	2	2	2	1	2

* Veuillez consulter les tableaux dans le texte pour y trouver l'explication de cette classification

TABLEAUX RECAPITULATIFS								
ETAT/ CARACTERISTIQUES	COC	CIC	P/AIV	PPP	AMPR NET- EN	Implants LNG/ ETG	DIU- Cu	DIU- LNG
A = Adoption, C = Continuation								
HEPATITE VIRALE								
a) Evolutive	4	3/4*	4*	3	3	3	1	3
b) Chez le sujet porteur	1	1	1	1	1	1	1	1
CIRRHOSE								
a) Légère (compensée)	3	2	3	2	2	2	1	2
b) Sévère (décompensée)	4	3	4	3	3	3	1	3
TUMEUR HEPATIQUE								
a) Bénigne (adénome)	4	3	4	3	3	3	1	3
b) Maligne (hépatome)	4	3/4	4	3	3	3	1	3
ANEMIES								
THALASSEMIE	1	1	1	1	1	1	2	1
DREPANOCYTOSE	2	2	2	1	1	1	2	1
ANEMIE FERRIPRIVE	1	1	1	1	1	1	2	1
INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES								
MEDICAMENTS AYANT UNE ACTION SUR LES ENZYMES HEPATIQUES								
a) Rifampicine	3*	2*	3*	3*	2*	3*	1	1
b) Certains anticonvulsivants (phénytoïne, carbamazépine, barbituriques, primidone, topiramole, oxcarbazépine)	3*	2*	3*	3*	2	3	1	1
ANTIBIOTIQUES (à l'exception de la rifampicine)								
a) Griséofulvine	2	1	2	2	1	2	1	1
b) Autres antibiotiques	1	1	1	1	1	1	1	1
TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL								
							A	C
	2*	2*	2*	2*	2*	2*	2/3*	2
							A	C
							2/3*	2

* Veuillez consulter les tableaux dans le texte pour y trouver l'explication de cette classification

Annexe 1. COC et traitements antirétroviraux

Des données limitées issues d'études courtes pour la plupart non publiées, suggèrent que la pharmacocinétique des COC en dose unique peut être modifiée par divers traitements antirétroviraux (ARV). Toutefois, aucune étude comparative des événements cliniques caractéristiques n'a été effectuée, et on ignore la valeur clinique significative de ces modifications, en particulier lorsque les COC n'ont pas pu atteindre l'état d'équilibre. Le tableau ci-après résume les données disponibles à ce jour, concernant les effets des antirétroviraux sur les taux d'hormones stéroïdiennes contraceptives, ainsi que les effets des contraceptifs hormonaux sur les concentrations d'ARV.

Tableau 1. Interactions médicamenteuses COC-ARV/modification de la pharmacocinétique

ARV	Taux d'hormones contraceptives stéroïdiennes	Concentration ARV
Inhibiteurs de la Protéase		
Nelfinavir	↓	Aucune donnée
Ritonavir	↓	Aucune donnée
Lopinavir/ritonavir	↓	Aucune donnée
Atazanavir	↑	Aucune donnée
Amprénavir	↑	↓
Indinavir	↑	Aucune donnée
Saquinavir	Aucune donnée	Pas de modification
Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse		
Névirapine	↓	Pas de modification
Efavirenz	↑	Pas de modification
Délavirdine	?↑	Aucune donnée

Références bibliographiques :

Ouellet D et al. Effect of ritonavir on the pharmacokinetics of ethinyl oestradiol in healthy female volunteers. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1998, 46(2):111-6.

Mildvan D et al. Pharmacokinetic interaction between nevirapine and ethinyl estradiol/norethindrone when administered concurrently to HIV-infected women. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes: JAIDS*, 2002, 29(5):471-7.

Tackett D et al. Atazanavir: a summary of two pharmacokinetic drug interaction studies in healthy subjects (abstract). Presented at the 10th Retrovirus Conference, Boston, MA, February 10-14, 2003. Available on line at <http://www.retroconference.org/2003/Abstract/Abstract.aspx?AbstractID=649>. (Accessed July 31, 2003).

Mayer K et al. Efficacy, effect of oral contraceptives, and adherence in HIV infected women receiving Fortovase (saquinavir) soft gel capsule (SQV-SGC; FTV) thrice (TID) and twice (BID) daily regimens (abstract). Presented at the XIII International AIDS Conference, Durban, 2000. Disponible en ligne sur le site : <http://www.iac2000.org/abdetail.asp?ID=TuPeB3226>. (Accessed July 31, 2003).

Merck & Co., Inc. Indinavir prescribing information, 2002.

Abbot Laboratories. Ritonavir prescribing information, 2001.

Abbot Laboratories. Lopinavir/ritonavir prescribing information, 2003.

Agouron Pharmaceuticals, Inc. Nelfinavir prescribing information, 2003.

GlaxoSmithKline. Amprenavir prescribing information, 2002.
Pharmacia & Upjohn Co. Delavirdine prescribing information, 2001.
DuPont Pharmaceuticals Co. Efavirenz prescribing information, 2001.
Bristol-Myers Squibb Company. Atazanavir prescribing information, 2003.

Annexe 2. Liste des participants

Réunion d'un Groupe d'Experts, en vue d'actualiser les critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives.

Salle C, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 21–24 octobre 2003

Dr Halida Akhter
Managing Director
Health Promotion Limited (HPL)
H-310, Rd-3 Baitul Aman
Housing Society, Shyamoli
Dhaka, 1207
Bangladesh

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

Dr Tsungai Chipato
Department of OB/GYN
University of Zimbabwe
P.O. Box A 178
Harare
Zimbabwe

Dr Maria del Carmen Cravioto
Department of Reproductive Biology
National Institute of Nutrition,
Salvador Zubiran, Vaso de Quiroga 15
Delegacion Tlalpan
C. P. 14000
Mexico, D.F.
Mexique

Dr Juan Diaz
Medical Advisor for Latin
America and the Caribbean
The Population Council
Cidade Universitaria
Caixa postal 6509
13084-970 Campinas SP
Sao Paulo
Brésil

Dr Soledad Diaz
Consultorio de Planificacion Familiar
Instituto Chileno de Medicina Reproductiva
José Victorino Latarría 29
Depto 101, Correo 22, Casilla 96
Santiago
Chili

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

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

Dr John Guillebaud
White Leas Mead
14 Hidscope Road
Cumnor Hill
Oxford OX2 9JJ
Royaume-Uni

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

Dr Ezzeldin Othman Hassan
The National Egyptian Fertility Care Foundation
2(A) Mahrouky Street Mohandessen
POB 147 Orman
Giza
Egypte

Dr Mihai Horga
Directorate of Family and Social Asst.
Ministry of Health & Family
1-3 Cristian Popisteanu St.
70109 Bucharest
Roumanie

Dr Douglas Huber
Management Sciences for Health
165 Allandale Road
Boston, MA 02130-3400
Etats-Unis d'Amérique

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

Dr Roy Jacobstein
EngenderHealth
440 Ninth Avenue
New York, NY 1001
Etats-Unis d'Amérique

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

Dr Liliana Kapetanovic-Milosevic
Pharmaco-Toxico-Clinical Evaluation Unit
Agence Française de Sécurité Sanitaire des
Produits de Santé
143/147 boulevard Anatole France
93285 Saint-Denis Cedex
France

Dr Robert Leke
WHO Centre for Research in Human
Reproduction
Faculty of Medicine & Biological Sciences
University of Yaoundé 1, BP 1935
Yaoundé
Cameroun

Dr Enriquito R. Lu
STARH/FP Program
Tifa Building, 5th Floor, Suite 503
Jl Kuningan Barat 26
Jakarta 12710
Indonésie

Dr Trent MacKay
Contraception and Reproductive Health
Branch, NICHD, NIH
6100 Executive Boulevard, Suite 8B13
Rockville, MD 20892
Etats-Unis d'Amérique

Dr Maurizio Macaluso
Women's Health and Fertility Branch
CDC
Koger Rhodes Building Mailstop K-34
4770 Buford Highway, NE
Atlanta, GA 30341-3717
Etats-Unis d'Amérique

Dr Olav Meirik
Instituto Chileno de Medicina Reproductiva
Jose Ramon Gutierrez 295, Depto 3
Santiago
Chili

Dr Suneeta Mittal
Head, Department of OB/GYN
Director-in-Charge, WHO CCR in Human
Reproduction
All India Institute of Medical Sciences
Ansari Nagar
New Delhi, 110 029
Inde

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

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

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

Dr Fred Sai
P. O. Box 9983
Kotoka Airport, 4404
Accra
Ghana

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

Dr James Shelton
Office of Population
Bureau of Science and Technology
USAID
1300 Pennsylvania Avenue, G/PHN
Washington, D.C. 20523
Etats-Unis d'Amérique

Dr Connie Smith
Westside Contraceptive Services
Westminster PCT
Raymede Clinic
St Charles Hospital
Exmoor Street
London W10 6DZ
Royaume-Uni

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

Dr Bulbul Sood
Program Management Specialist, CEDPA
50 M Shantipath, Gate No 3,
Niti Marg, Chanakyapuri,
New Delhi-110021
Inde

Dr Marcel Vekemans
IntraHealth International
1700 Airport Road, Suite 300 CB# 8100,
Chapel Hill, NC 27514
Etats-Unis d'Amérique

Dr Edith Weisberg
Sydney Centre for Reproductive Health Research
328-336 Liverpool Road
Ashfield, NSW 2131
Australie

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

CONSEILLERS A TITRE TEMPORAIRE

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

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

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

Dr Jennifer Smith
1 bis Montée de Garillan
69005 Lyon
France

SECRETARIAT

Ms Kathryn Church, RHR
Dr MaryLyn Gaffied, RHR
Ms Sarah Johnson, RHR
Ms Catherine Hamill, RHR
Mme Gloria Lamptey, RHR
Dr Herbert Peterson, RHR
Dr Paul Van Look, RHR
Dr Effy Vayena, RHR

OBSERVATEURS

Dr Vanessa E. Cullins
Vice President for Medical Affairs
Planned Parenthood Federation of America
434 West 33rd Street
New York, N.Y. 10001
Etats-Unis d'Amérique

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