

UNE SÉLECTION DE RECOMMANDATIONS PRATIQUES RELATIVES À L'UTILISATION DE MÉTHODES CONTRACEPTIVES

Mise à jour 2008

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives – l'un des quatre guides essentiels de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) reposant sur des bases factuelles pour la planification familiale – contiennent des recommandations basées sur des données cliniques concernant la sécurité et l'efficacité d'utilisation des méthodes contraceptives une fois celles-ci jugées médicalement appropriées. Ces lignes directrices s'adressent aux décideurs, aux administrateurs de programme et aux scientifiques chargés d'élaborer des programmes nationaux de planification familiale/de santé sexuelle et génésique en vue de fournir des moyens contraceptifs. La première édition du document a été publiée en 2002 et la deuxième en 2004.

Entre le 1^{er} et le 4 avril 2008, l'OMS a réuni à Genève (Suisse) un groupe d'experts qui a été chargé de réviser la deuxième édition compte tenu des faits nouvellement publiés et des demandes d'utilisateurs des lignes directrices, qui souhaitaient avoir une clarification de certaines recommandations. La réunion a rassemblé 43 participants de 23 pays, y compris des représentants de neuf institutions. Le groupe de travail comprenait : des spécialistes internationaux de la planification familiale, y compris des cliniciens, des épidémiologistes, des décideurs et des administrateurs de programme ; des spécialistes de l'identification et de la synthèse des bases factuelles ; des experts en pharmacologie ; et, enfin, des utilisateurs des lignes directrices. Tous les membres du groupe de travail ont été invités à faire état d'éventuels conflits d'intérêts ; trois experts ont signalé un conflit d'intérêts au sujet du thème de la réunion. Il ne leur a pas été demandé de renoncer à participer à la formulation des recommandations.

MÉTHODE DE TRAVAIL

A l'aide d'un système qui repère en continu les faits nouveaux (« Continuous Identification of Research Evidence » ou système CIRE, www.inforhealth.org/cire/cire_pub.pl),¹ l'OMS a dégagé cinq recommandations formulées dans la deuxième édition pour lesquelles des faits nouveaux étaient désormais disponibles. Des analyses systématiques ont ensuite été faites afin d'évaluer l'ensemble des bases factuelles pour ces recommandations. Pour ces analyses systématiques, on a repéré les études à l'aide du système CIRE ainsi que par des recherches sur PubMed et la *Cochrane Library* entre 1966 et janvier 2008. On a également analysé des listes de références dans des articles repérés par la recherche bibliographique et par des contacts avec des spécialistes sur le terrain. Les analyses systématiques, communiquées au groupe de travail avant la réunion, ont servi de base aux débats pendant la réunion proprement dite. Le groupe est parvenu aux recommandations par consensus.

¹ Mohllajee AP, Curtis KM, Flanagan RG, Rinehart W, Gaffield ML, Peterson HB. Keeping up with evidence: a new system for WHO's evidence-based family planning guidance. *American Journal of Preventive Medicine*, 2005; 28:483–490.

COMMENT UTILISER CE RÉCAPITULATIF

Le présent document récapitule les changements apportés aux recommandations relatives aux questions 6, 9, 11, 18 et 22 dans la deuxième édition d'*Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives*. Les recommandations révisées paraîtront dans la troisième édition des lignes directrices lorsque celles-ci seront publiées. De plus, le présent document comporte une clarification de la recommandation relative à la question 17.

Seules figurent ici les recommandations qui ont été modifiées. Les changements sont indiqués en caractères gras. Pour consulter le texte intégral de chaque question, on se reportera à la deuxième édition des lignes directrices (disponible sur <http://www.who.int/reproductive-health/publications/spr/index.htm>).

Les recommandations contenues dans la troisième édition d'*Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives* sont en principe valables jusqu'en 2011. Le Département Santé et Recherche génésiques au Siège de l'OMS à Genève sera alors chargé d'entreprendre un réexamen des lignes directrices.

Extension à 4 semaines du délai à respecter pour le renouvellement de l'injection d'AMPR

Les modifications ci-après ont été apportées pour tenir compte du cas où une femme se présente tardivement pour le renouvellement de l'injection d'AMPR.

Question 6. Quels sont les délais à respecter pour le renouvellement de l'injection de progestatif seul (PS) – acétate de médroxyprogestérone-retard (AMPR) ou énanate de noréthistérone (NET-EN) ?

Injection renouvelée tardivement

- Le renouvellement de l'injection **d'AMPR est encore possible 4 semaines maximum après le délai requis**, sans nécessité d'utiliser un moyen de contraception complémentaire. Pour le NET-EN, le renouvellement de l'injection est encore possible 2 semaines maximum après le délai requis sans nécessité d'utiliser un moyen de contraception complémentaire.
- Au-delà de **4 semaines de retard par rapport au calendrier d'injection d'AMPR** ou de 2 semaines de retard pour l'injection de NET-EN, la femme peut se faire donner son PS si l'on a de bonnes raisons de considérer qu'elle n'est pas enceinte. Elle devra alors s'abstenir de rapports sexuels ou avoir recours à un moyen de contraception complémentaire pendant les 7 jours qui suivent. Elle peut envisager de recourir à la contraception d'urgence, le cas échéant.

Observations

Le groupe de travail a estimé que le risque d'ovulation était minime dans un intervalle de **4 semaines** entre la date normalement prévue pour le renouvellement de l'injection d'AMPR (3 mois) et la date effective de l'injection, l'intervalle étant de 2 semaines pour le renouvellement de l'injection de NET-EN (2 mois).

Les injections d'AMPR doivent être pratiquées tous les 3 mois. Alors que l'injection renouvelée d'AMPR est encore possible 4 semaines maximum après le délai requis sans nécessité d'utiliser un moyen de contraception complémentaire, cela ne veut pas dire que l'intervalle habituel entre chaque injection d'AMPR peut être prolongé de 4 semaines.

Clarification concernant le calendrier de pose d'un DIU après l'accouchement

Les lignes directrices concernant la pose d'un DIU après l'accouchement ont été révisées dans les *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* (4^e édition, sous presse). Les recommandations qui suivent rendent compte de ces changements..

Question 9. Quand une femme peut-elle se faire poser un DIU au cuivre ?

Postpartum et femme qui allaite ou n'allait pas (y compris après une césarienne)

- **Moins de 48 heures après l'accouchement, y compris immédiatement après l'expulsion du placenta, elle peut en général se faire poser un DIU au cuivre.**
- **Si l'accouchement s'est fait par césarienne, un DIU au cuivre peut être posé après l'expulsion du placenta, avant la suture de l'incision utérine.**

Question 11. Quand une femme peut-elle se faire poser un DIU libérant du lévonorgestrel (DIU-LNG) ?

Postpartum et femme qui allaite ou n'allait pas (y compris après une césarienne)

- **Moins de 48 heures après l'accouchement, y compris immédiatement après l'expulsion du placenta, elle peut en général se faire poser un DIU-LNG.**
- **Si l'accouchement s'est fait par césarienne, un DIU-LNG peut être posé après l'expulsion du placenta, avant la suture de l'incision utérine.**

Clarification des recommandations relatives à la question 17 concernant l'oubli de la prise du contraceptif oral combiné

Question 17. Que peut faire une femme qui oublie de prendre son contraceptif oral combiné (COC) ?

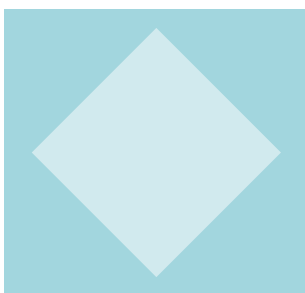
Le groupe de travail s'est penché sur cette question pour répondre aux demandes de clarification émanant du terrain au sujet du libellé des recommandations relatives à l'oubli de la pilule. La clarification ne se fonde pas sur des données nouvelles mais concerne plutôt le texte des recommandations. Dans celles qui concernent la question 17, chaque fois que le texte fait mention de l'oubli d'une pilule active, le texte indique désormais que les pilules sont oubliées **des jours consécutifs, à savoir avec 1 ou 2 jours consécutifs de retard ou avec 3 jours consécutifs de retard ou plus.**

Observations concernant les pilules contenant 75 µg de désogestrel ajoutées à la recommandation relative à l'oubli de la prise de pilule progestative pure

Question 18. Que peut faire une femme qui a oublié de prendre sa pilule progestative pure (PPP) ?

Observations

Les lignes directrices existantes concernent le cas où une femme a plus de 3 heures de retard dans la prise d'une ou de plusieurs pilules. Pour les femmes qui prennent la pilule contenant 75 µg de désogestrel, la ligne directrice existante pour les femmes ayant un cycle régulier et celles qui allaitent et présentent une aménorrhée s'applique lorsqu'elles ont plus de 12 heures de retard dans la prise d'une ou plusieurs pilules.



Possibilités de traitement élargies pour les femmes présentant un « spotting » ou des saignements légers lorsqu'elles utilisent un progestatif seul injectable

Deux anti-inflammatoires non stéroïdiens – l'acide méfénamique et le valdécoxib – ont été ajoutés aux recommandations actuelles pour les femmes qui présentent soit un spotting ou des saignements légers soit des saignements importants ou prolongés en rapport avec l'utilisation d'un progestatif seul injectable.

Question 22. Que peut-on faire en cas d'anomalies du cycle chez l'utilisatrice d'un progestatif seul injectable (PSI) – acétate de médroxyprogestérone-retard (AMPR) ou énantate de noréthistérone (NET-EN) ?

Spotting ou saignements légers

- **Si l'on ne trouve aucun problème gynécologique et si ces saignements sont pour la femme intolérables, un traitement de brève durée avec des anti-inflammatoires non stéroïdiens pourrait être utile.** Si elle décide d'abandonner le progestatif injectable, il faut l'aider à choisir une autre méthode.

Saignements importants ou prolongés (plus de 8 jours ou deux fois plus longs que ses règles normales)

- Si le saignement devient une menace pour la santé de la femme ou s'il est intolérable pour elle, interrompre les injections. Il faut l'aider à choisir une autre méthode. **En attendant, un traitement de brève durée à l'éthinylestradiol ou avec des anti-inflammatoires non stéroïdiens pourrait être utile.**

Observations

Le groupe de travail a examiné les quelques données disponibles sur les possibilités de traitement des saignements légers ou importants et déterminé que les médicaments ci-après pourraient être utiles pour le traitement de brève durée (c'est-à-dire 5 à 7 jours) :

Spotting ou saignements légers

- **Anti-inflammatoires non stéroïdiens**
Acide méfénamique
Valdécoxib

Saignements importants ou prolongés

- **Anti-inflammatoires non stéroïdiens**
Acide méfénamique
Valdécoxib
- **Médicaments à base hormonale**
Ethinylestradiol

Question 6:

- Steiner MJ, Kwok C, Stanback J, Byamugisha JK, Chipato T, Magwali T et al. Injectable contraception: what should the longest interval be for re-injections? *Contraception*, 2008; 77:410–414.
- Jain J, Dutton C, Nicosia A, Wajszczuk C, Bode FR, Mishell DR, Jr. Pharmacokinetics, ovulation suppression and return to ovulation following a lower dose subcutaneous formulation of Depo-Provera. *Contraception*, 2004; 70:11–18.
- Toh YC, Jain J, Rahny MH, Bode FR, Ross D. Suppression of ovulation by a new subcutaneous depot medroxyprogesterone acetate (104 mg/0.65 mL) contraceptive formulation in Asian women. *Clinical Therapeutics*, 2004; 26:1845–1854.
- Fotherby K, Koetsawang S, Mathrubutham M. Pharmacokinetic study of different doses of Depo Provera. *Contraception*, 1980; 22:527–536.
- Banerjee SK, Baweja R, Bhatt RV, Chatterjee A, Choudhury SD, Coyaji B, et al. Comparative evaluation of contraceptive efficacy of norethisterone oenanthate (200 mg) injectable contraceptive given every two or three monthly. Indian Council of Medical Research Task Force on Hormonal Contraception. *Contraception*, 1984; 30:561–574.
- Fotherby K, Yong-En S, Howard G, Elder MG, Muggeridge J. Return of ovulation and fertility in women using norethisterone oenanthate. *Contraception*, 1984; 29:447–455.
- Zalanyi S, Landgren BM, Johannisson E. Pharmacokinetics, pharmacodynamic and endometrial effects of a single dose of 200 mg norethisterone enanthate. *Contraception*, 1984; 30:225–237.
- Fotherby K, Hamawi A, Howard G, Bye PG, Elder M. Pharmacokinetics of different doses of norethisterone oenanthate. *Contraception*, 1984; 29:325–333.
- Werawatgoompa S, Vaivanijkul B, Leepipatpaiboon S, Channiyom K, Virutamasen P, Dusitsin N. The effect of injectable norethisterone oenanthate on ovarian hormones in Thai women. *Contraception*, 1980; 21:299–309.
- Goebelsmann U, Stanczyk FZ, Brenner PF, Goebelsmann AE, Gentschein EKE, Mishell DR, Jr. Serum norethindrone (NET) concentrations following intramuscular NET enanthate injection. Effect upon serum LH, FSH, estradiol and progesterone. *Contraception*, 1979; 19:283–313.
- Fotherby K, Howard G, Shrimanker K, Elder M, Bye PGT. Occurrence of ovulation in women receiving the injectable contraceptive norethisterone oenanthate. *Contraception*, 1978; 18:535–542.
- Schwallie PC, Assenzo JR. The effect of depo-medroxyprogesterone acetate on pituitary and ovarian function, and the return of fertility following its discontinuation: a review. *Contraception*, 1974; 10:181–202.
- Van Der Pas MT, Delbeke L, Van Dets H. Comparative performance of two copper-wired IUDs (ML Cu 250 and T Cu 200): immediate postpartum and interval insertion. *Contraceptive Delivery Systems*, 1980; Jan:27–35.
- Thiery M, van Kets H, van der Pas H, van Os W, Dombrowicz N. The ML Cu250; clinical experience in Belgium and The Netherlands. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1982; 89(Suppl 4):51–53.
- Brenner PF. A clinical-trial of the Delta-T intrauterine-device: immediate postpartum insertion. *Contraception*, 1983; 28:135–147.
- Chi IC, Wilkens L, Rogers S. Expulsions in immediate postpartum insertions of Lippes Loop D and Copper T IUDs and their counterpart Delta devices – an epidemiological analysis. *Contraception*, 1985; 32:119–134.
- Morrison C, Waszak C, Katz K, Diabate F, Mate EM. Clinical outcomes of two early postpartum IUD insertion programs in Africa. *Contraception*, 1996; 53:17–21.
- El-Shafei MM, Mashali A, Hassan EO, El-Boghadi, El-Lakkany N. Postpartum and postabortion intrauterine device insertion unmet needs of safe reproductive health: Three years experience of a Mansoura University Hospital. *Egyptian Society of Obstetrics and Gynecology*, 2000; 26:253–262.
- Muller ALL, Ramos JGL, Martins-Costa SH, Dias RSP, Valerio EG, Hammes LS et al. Transvaginal ultrasonographic assessment of the expulsion rate of intrauterine devices inserted in the immediate postpartum period: a pilot study. *Contraception*, 2005; 72:192–195.
- Zhou SW, Chi IC. Immediate postpartum IUD insertions in a Chinese hospital – a two year follow-up. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 1991; 35:157–164.
- Bonilla Rosales F, Aguilar Zamudio ME, Cazares Montero M de L, Hernandez Ortiz ME, Luna Ruiz MA. Factors for expulsion of intrauterine device TCu380A applied immediately postpartum and after a delayed period. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 2005; 43:5–10.
- Lara R, Sanchez RA, Aznar R. [Application of intrauterine device through the incision of the cesarean section]. *Ginecología y Obstetricia de Mexico*, 1989; 57:23–27.
- Welkovic S, Costa LO, Faundes A, de Alentar Ximenes R, Costa CF. Post-partum bleeding and infection after post-placental IUD insertion. *Contraception*, 2001; 63:155–158.
- Celen S, Moroy P, Sucak A, Aktulay A, Danisman N. Clinical outcomes of early postplacental insertion of intrauterine contraceptive devices. *Contraception*, 2004; 69:279–282.
- Eroglu K, Akkuzu G, Vural G, Dilbaz B, Akin A, Taskin L et al. Comparison of efficacy and complications of IUD insertion in immediate postplacental/early postpartum period with interval period: 1 year follow-up. *Contraception*, 2006; 74:376–381.
- Mishell DR, Jr., Roy S. Copper intrauterine contraceptive device event rates following insertion 4 to 8 weeks post partum. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1982; 143:29–35.

Question 18:

- Korver T, Klipping C, Heger-Mahn D, Duijkers I, van Osta G, Dieben T. Maintenance of ovulation inhibition with the 75-µg desogestrel-only contraceptive pill (Cerazette®) after scheduled 12-h delays in tablet intake. *Contraception*, 2005; 71:8–13.

Question 22:

- Tantiwattanakul P, Taneepanichskul S. Effect of mefenamic acid on controlling irregular uterine bleeding in DMPA users. *Contraception*, 2004; 70:277–279.
- Nathirojanakun P, Taneepanichskul S, Sappakitumjorn N. Efficacy of a selective COX-2 inhibitor for controlling irregular uterine bleeding in DMPA users. *Contraception*, 2006; 73:584–587.

© Organisation mondiale de la Santé 2009

Pour plus d'informations, veuillez contacter :

Département de Santé et Recherche génésiques,
Organisation mondiale de la Santé
Avenue Appia 20, CH-1211 Genève 27, Suisse
Mél: reproductivehealth@who.int

Conflits d'intérêts : Le Dr A. Glasier travaille dans un centre bénéficiaire d'un financement pour la recherche octroyé par quatre sociétés qui fabriquent divers produits contraceptifs. Le Dr J. Shelton possède des parts dans un laboratoire pharmaceutique qui fabrique des antirétroviraux. Le Dr E. Weisberg reçoit de quatre fabricants de contraceptifs un financement pour des recherches sur les contraceptifs. Elle est également membre du conseil consultatif d'un fabricant de vaccin contre le papillomavirus humain et d'un conseil consultatif pour la formation à la contraception financée par un fabricant de contraceptifs.