

5

Cinquième édition, 2015

Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives

CHC Méthode de l'aménorrhée lactationnelle Stérilisation chirurgicale féminine Progestatifs seuls DIU Pilules pour la contraception d'urgence DIU Méthodes mécaniques Contraceptifs hormonaux combinés CHC Méthodes naturelles de planification familiale Coït interrompu Stérilisation chirurgicale CHC Méthode de l'aménorrhée lactationnelle Stérilisation chirurgicale féminine Progestatifs seuls DIU Pilules pour la contraception d'urgence DIU Méthodes mécaniques Contraceptifs hormonaux combinés CHC Méthodes naturelles de planification familiale Coït interrompu Stérilisation chirurgicale CHC Méthode de l'aménorrhée lactationnelle Stérilisation chirurgicale féminine Progestatifs seuls DIU Pilules pour la contraception d'urgence DIU Méthodes mécaniques Contraceptifs hormonaux combinés CHC Méthodes naturelles de planification familiale Coït interrompu Stérilisation chirurgicale

Guide essentiel OMS de planification familiale



Organisation mondiale de la Santé

Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives

Cinquième édition, 2015



Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives – 5^e éd.

1.Contraception – méthodes. 2.Services de planification familiale. 3.Détermination de l'admissibilité – normes. 4.Assurance de la qualité des soins de santé. 5.Accessibilité des services de santé. 6.Directives. I.Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 978 92 4 254915 7

(Classification NLM : WP 630)

© Organisation mondiale de la Santé 2016

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS (www.who.int) ou peuvent être achetées auprès des Éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; courriel : 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 aux Éditions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html

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 traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets 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 précautions raisonnables 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.

Imprimé en Italie

Table des matières

Remerciements	1
Groupe d'élaboration des lignes directrices	1
Abréviations	3
RÉSUMÉ D'ORIENTATION	5
Introduction	5
Public visé	5
Méthodes d'élaboration des lignes directrices	6
Récapitulatif des recommandations examinées	6
UTILISATION DES RECOMMANDATIONS	13
Information générale	15
Comment utiliser ce document	20
Utilisation des catégories dans la pratique	21
Incidences programmatiques	22
Clients ayant des besoins particuliers	22
Récapitulatif des modifications apportées dans la cinquième édition du document	24
TABLEAUX	27
Contraceptifs hormonaux combinés (CHC)	27
Progestatifs seuls (PS)	78
Pilules pour la contraception d'urgence (PCU)	112
Dispositifs intra-utérins (DIU)	115
DIU au cuivre pour la contraception d'urgence (DIU-U)	141
Anneau vaginal libérant de la progestérone pour les femmes allaitantes (ALP)	142
Méthodes mécaniques (MM)	144
Méthodes naturelles (MN)	158
Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)	162
Coït interrompu (CI)	164
Méthodes de stérilisation chirurgicale (STER)	165
Tableaux récapitulatifs (RECAP)	183
ANNEXES	199

Remerciements

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) aimerait remercier les membres du Groupe d'élaboration des lignes directrices et le Secrétariat pour les Données scientifiques pour leurs contributions tout au long du développement de ces recommandations. L'OMS a tenu trois consultations (13-16 mai 2013, 9-12 mars 2014, et 24-25 septembre 2014) pour finaliser la cinquième édition des *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*. Tous les membres du Groupe d'élaboration des lignes directrices et du Secrétariat pour les Données scientifiques ont participé à au moins une de ces trois consultations. L'OMS est très reconnaissante des suggestions faites par les collègues qui ont évalué les premières versions des lignes directrices en tant que pairs et membres du Groupe de revue externe. Les *noms* des membres de chaque groupe figurent ci-dessous.

Groupe d'élaboration des lignes directrices

Richard Adanu (Université du Ghana, Ghana), Eliana Amaral (Université d'Etat de Campinas, Brésil), Jean-Jacques Amy (Société européenne pour la Contraception et la Santé reproductive, Belgique), Sharon Cameron (Université d'Edimbourg, Royaume-Uni), Tsungai Chipato (Université du Zimbabwe, Zimbabwe), Roger Chou (Université des Sciences de la Santé d'Oregon, Etats-Unis d'Amérique [USA]), Jacqueline Conard (Hôpital Universitaire de Paris – Hôtel Dieu, France), Maria del Carmen Cravioto (Institut national de la Nutrition Salvador Zubiran, Mexique), Marc Dhont (Hopital universitaire de Gand, Belgique), Alison Edelman (Université des Sciences de la Santé d'Oregon, USA), Faysel El-Kak (Université américaine de Beyrouth, Liban), Mohammed Eslami (Ministère de la Santé et de l'Education, République islamique d'Iran), Karima Gholbzouri (Ministère de la Santé, Maroc), Gathari Gichuhi (Jhpiego, Kenya), Anna Glasier (Université d'Edimbourg, Royaume-Uni), Andy Gray (Université de KwaZulu-Natal, Afrique du Sud), Philip Hannaford (Université d'Aberdeen, Royaume-Uni), Caitlin Kennedy (Université John Hopkins, USA), Pisake Lumbiganon (Université de Khon Kaen, Thaïlande), Francesca Martinez (Institut Universitari Dexeus, Espagne), Olav Meirik (Institut chilien de Médecine reproductive, Chili), Suneeta Mittal (Institut de Recherche Fortis Memorial, Inde), Herbert Peterson (Université de Caroline du Nord, USA), Maria Ascuncion Silvestre (Université des Philippines, Philippines), Régine Sitruk-Ware (Population Council, USA), Marja-Riitta Taskinen (Université de Helsinki, Finlande), Tran Son Thach (Université d'Adelaide, Australie),

Carolyn Westhoff (Université Columbia, USA), Wu Shangchun (Institut national de Recherche en Planification familiale, Chine).

Secrétariat pour les Données scientifiques

Erin Berry-Bibee (Centres pour le Contrôle et la Prévention des Maladies des Etats-Unis [CDC]), Remy Coeytaux (Université Duke, USA), Kathryn Curtis (CDC), Tara Jatlaoui (CDC), Kavita Nanda (FHI 360), Chelsea Polis (Agence des Etats-Unis pour le Développement international [USAID]), Halley Riley (CDC), Naomi Tepper (CDC), Rachel Peragallo Urrutia (Université de Caroline du Nord, USA).

Partenaires

- Agence européenne des médicament (EMA) – Peter Arlett, Corinne de Vries, Julie Williams
- Confédération internationale des Sages-femmes (ICM) – Maria Papadopoulou
- Fédération internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) – Hamid Rushwan
- Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) – Sennen Hounton
- Food and Drug Administration (FDA) des Etats-Unis – Lisa Soule
- Instituts nationaux de la Santé des Etats-Unis (NIH) – Alicia Armstrong, Trent MacKay
- USAID – Patricia MacDonald, James Shelton

Groupe de Revue externe

Anna Altshuler (Université de Stanford, USA), Parnian Andalib (Ministère de l'Education, République islamique d'Iran), Paul Blumenthal (Université de Stanford, USA), Vivian Brache (Profamilia, République dominicaine), Caroline Phiri Chibawe (Ministère de la Santé, Zambie), Roy Jacobstein (EngenderHealth, USA), Helle Karro (Université de Tartu, Estonie), Vinit Sharma (UNFPA Bureau régional pour l'Asie et le Pacifique, Thaïlande), Bulbul Sood (Jhpiego, Inde), Elizabeth Sullivan (Université de Sydney, Australie), Nonkosi Tlale (UNFPA, Lesotho), Ilze Viberga (Université de Lettonie, Lettonie), Eliya Zulu (Institut africain pour le Développement de Politiques [AFIDEP], Kenya).

Secrétariat OMS

Siège de l'OMS

Département Médicaments essentiels et Produits de Santé – Nicola Magrini, Lembit Raju

Département VIH/sida – Rachel Baggaley

Département Prise en charge des maladies non transmissibles, handicap, prévention de la violence et du traumatisme – Maria Alarcos Cieza Moreno

Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent – Nigel Rollins

Département Santé reproductive et Recherche – Moazzam Ali, Keri Barnett-Howell (bénévole), Venkatraman Chandra-Mouli, Shannon Carr (bénévole), Monica Dragoman, Mario Festin, Mary Lyn Gaffield, Rajat Khosla, Caron Kim, Sharon Phillips, Maria Rodriguez, Theresa Ryle, Petrus Steyn, Marleen Temmerman, Teodora Wi

Bureaux régionaux de l'OMS

Bureau régional de l'Afrique – Léopold Ouedraogo

Bureau régional de la Méditerranée orientale – Ramez Mahaini (empêché)

Bureau régional de l'Europe – Gunta Lazdane

Bureau régional des Amériques (Organisation panaméricaine de la Santé) – Suzanne Serruya

Bureau régional de l'Asie du Sud-Est – Arvind Mathur

Bureau régional du Pacifique occidental – Wen Chunmei

Coordination générale

Département Santé reproductive et Recherche – Mary Lyn Gaffield. Theresa Ryle a fourni coordination et appui logistique.

Rédaction

La première version des lignes directrices a été écrite par Erin Berry-Bibee, Kathryn Curtis, Monica Dragoman, Mary Lyn Gaffield, Tara Jatlaoui, Caron Kim, Halley Riley et Naomi Tepper. Les versions préliminaires ont été révisées et ont bénéficié de contributions des membres du Groupe d'élaboration des lignes directrices, des pairs évaluateurs et du Secrétariat de l'OMS. Les quatorze revues systématiques qui ont fourni la synthèse des données pour les lignes directrices ont été rédigées par Erin Berry-Bibee, Remy Coeytaux, Kathryn Curtis, Monica Dragoman, Mary Lyn Gaffield, Philip Hannaford, Vic Hasselblad, Tara Jatlaoui, Caron Kim, Evan Myers, Kavita Nanda, Sharon Phillips, Chelsea Polis, Elizabeth Raymond, Halley Riley, Petrus Steyn, Naomi Tepper, Abigail Norris Turner, Rachel Peragallo Urrutia et

Daniel Westreich. Les tableaux GRADE et l'expertise sur la méthodologie GRADE sont à mettre au crédit de Roger Chou. Rochelle Fu a contribué de par sa compétence statistique en méta-analyses. La relecture technique et la révision des épreuves ont été fournies par Jura Editorial Services (jura-eds.com) et Green Ink, Royaume-Uni (greenink.co.uk).

Sources de financement

Le développement de ces lignes directrices a reçu le soutien financier des Instituts nationaux de la Santé des Etats-Unis (NIH) et de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID).

Abréviations

A	adoption	GRADE	Grading Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (grade donné aux recommandations, examen, élaboration et évaluation – méthode d'évaluation de la qualité des preuves scientifiques)
AIV	anneau contraceptif combiné intravaginal		
ALP	anneau vaginal libérant de la progestérone	HbA1c	hémoglobine glyquée
AMPR	acétate de médroxyprogestérone retard	HDL	lipoprotéines de haute densité
AMPR-IM	acétate de médroxyprogestérone retard – voie intramusculaire	IDM	infarctus du myocarde
AMPR-SC	acétate de médroxyprogestérone retard – voie sous-cutanée	IM	intramusculaire
ARV	antirétroviral (médicament)	IMC	indice de masse corporelle
AS	allaitement au sein	INNTI	inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inversée
β-hCG	sous-unité bêta de la gonadotrophine chorionique humaine	INTI	inhibiteur nucléosidique/nucléotidique de la transcriptase inversée
C	continuation	IP	inhibiteur de la protéase
CD4	classe de différenciation 4	IST	infection sexuellement transmissible
CDC	Centres pour le Contrôle et la Prévention des Maladies	LDL	lipoprotéines de basse densité
CHC	contraception hormonale combinée	LED	lupus érythémateux disséminé
CI	coït interrompu	LNG	lévonorgestrel
CIC	contraceptif injectable combiné	MAMA	Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement	MIP	maladie inflammatoire pelvienne
CIRE	Continuous Identification of Research Evidence (système de recensement des données de la recherche)	MM	méthodes mécaniques
CO	contraceptif oral (pilule)	MN	méthodes naturelles
COC	contraceptif oral combiné (pilule)	NA	non applicable
CRPD	United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées)	NET-EN	éнанthate de noréthistérone
CYP3A4	enzyme 3A4 du cytochrome P450	NIC	néoplasie intra-épithéliale du col utérin
DIU	dispositif intra-utérin	NIH	Instituts nationaux de la Santé des Etats-Unis d'Amérique
DIU-Cu	dispositif intra-utérin au cuivre	OMS	Organisation mondiale de la Santé
DIU-LNG	dispositif intra-utérin à diffusion de lévonorgestrel	ONU	Organisation des Nations Unies
DIU-U	dispositif intra-utérin pour la contraception d'urgence	P/PATCH	patch contraceptif combiné
DMO	densité minérale osseuse	PCU	pilule pour la contraception d'urgence
ECR	essai contrôlé randomisé	PICO	population, intervention, comparaison, outcome (population, intervention, comparaison, résultat)
EE	éthinyloestradiol	PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
EMA	Agence européenne des médicaments	PPS	pilule de progestatif seul
EP	embolie pulmonaire	PRISMA	Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses (éléments de rapport préférés pour les revues systématiques et les méta-analyses)
ETG	étonogestrel	PS	progestatif seul
FDA	Food and Drug Administration des États-Unis d'Amérique	PSI	progestatif seul injectable
		SC	sous-cutané
		SI (I)/SI (II)	implants Sino-implant (I) / Sino-implant (II)

STER	stérilisation (masculine et féminine)
TAR	traitement antirétroviral
TEV	thrombo-embolie veineuse
TVP	thrombose veineuse profonde
TVS	thrombose veineuse superficielle
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UPA	acétate d'ulipristal
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
VPH	papillomavirus humain

Résumé d'orientation

Introduction

Le présent document s'inscrit dans le processus visant à améliorer l'accès à des soins de qualité en matière de planification familiale. Les *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, dont la première édition a été publiée en 1996, exposent les éléments d'orientation actuels de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en ce qui concerne l'utilisation sans risque de diverses méthodes contraceptives au regard de certaines pathologies et caractéristiques. Il s'agit de la cinquième édition de cette publication, la dernière d'une série de mises à jour périodiques.

Dans les présentes lignes directrices, la sécurité de chaque méthode contraceptive est définie en fonction d'un certain nombre de facteurs au regard de pathologies ou de caractéristiques présentant un intérêt sur le plan médical ; il est question de savoir avant tout si la méthode contraceptive aggrave la pathologie ou engendre des risques supplémentaires pour la santé, et ensuite si la situation médicale nuit à l'efficacité de la méthode contraceptive. La sécurité de la méthode doit être appréciée en tenant compte des avantages apportés par la prévention d'une grossesse non intentionnelle.

Les méthodes de planification familiale suivantes sont abordées : contraceptifs oraux combinés¹ mini-dosés ($\leq 35 \mu\text{g}$ d'éthinylestradiol) (COC), patch contraceptif combiné (P), anneau contraceptif combiné intravaginal (AIV), contraceptifs injectables combinés (CIC), pilules de progestatif seul (PPS), acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR), énanthate de noréthistérone (NET-EN), implants au lévonorgestrel (LNG) 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), anneau vaginal libérant de la progestérone, méthodes mécaniques (MM), méthodes naturelles (MN), méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA), coït interrompu (CI) et stérilisation féminine et masculine (STER).

Pour chaque pathologie ou caractéristique présentant un intérêt médical, une catégorie a été attribuée aux méthodes contraceptives ; il existe quatre catégories numérotées de 1 à 4. Selon les personnes, il peut s'avérer nécessaire de tenir

compte de plusieurs critères pour déterminer la recevabilité d'un contraceptif. Ces pathologies et caractéristiques comprennent entre autres : âge, nombre de semaines/mois après l'accouchement, situation au regard de l'allaitement maternel, thrombo-embolie veineuse, troubles veineux superficiels, dyslipidémies, infection puerpérale, antécédents de grossesse extra-utérine, antécédents de pathologie cardiovasculaire grave, migraines, pathologie hépatique grave, utilisation d'un inducteur du CYP3A4, utilisation répétée de PCU, viol, obésité, risque accru d'infections sexuellement transmissibles, risque élevé d'infection par le VIH, vivant avec le VIH, prise d'un traitement antirétroviral.

Catégories utilisées dans la présente publication pour définir la recevabilité d'un contraceptif :

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

Public visé

Cette publication est destinée notamment aux décideurs politiques, aux responsables des programmes de planification familiale et à la communauté scientifique. Elle 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. Elle doit servir d'ouvrage de référence et non être considérée comme les directives elles-mêmes.

À l'échelon du 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

¹ Dans ce contexte, "combiné" désigne l'association d'éthinylestradiol et d'un progestatif.

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.

Méthodes d'élaboration des lignes directrices

Le Groupe d'élaboration des lignes directrices, qui s'est réuni à l'initiative de l'OMS les 14 et 15 mai 2013, du 9 au 12 mars 2014 et les 24 et 25 septembre 2014, était constitué de 68 personnes représentant un large éventail d'experts et de professionnels de santé. Il avait pour mission d'examiner et, le cas échéant, de réviser les éléments d'orientation de la quatrième édition des *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* afin de développer la cinquième édition.

Pendant ce processus de révision, le Groupe a examiné en priorité : (a) six thématiques considérées comme importantes pour la discipline et (ou) les thématiques pour lesquelles de nouvelles données susceptibles de justifier une modification de la recommandation existante étaient apparues ; (b) deux thématiques pour lesquelles des recommandations provisoires avaient été publiées à l'issue de la quatrième édition ; (c) les recommandations relatives à la recevabilité des contraceptifs de manière à inclure quatre nouvelles méthodes contraceptives dans la cinquième édition ; et (d) deux thématiques dans le but de clarifier les recommandations de la quatrième édition en ce qui concerne ces sujets, à la demande du Comité d'évaluation des directives. En conséquence, les recommandations relatives à 14 thématiques au total ont été examinées pour la cinquième édition des *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*.

Le Groupe a tenu compte de la qualité globale des données scientifiques disponibles en portant une attention particulière à la solidité et à la cohérence des données, estimées d'après l'approche GRADE (Grading Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) d'évaluation de la qualité des données factuelles.² Afin de formuler des recommandations à l'aide des quatre catégories relatives à la recevabilité d'un contraceptif définies ci-avant, le Groupe a examiné les risques potentiels liés à l'utilisation du contraceptif, les profils de données probantes GRADE, ainsi que les avantages associés à la prévention d'une grossesse non intentionnelle, et a eu recours à une démarche axée sur les valeurs et les préférences, qui a fait de la disponibilité d'un large éventail de

moyens de contraception, une priorité. Le Groupe a pris ses décisions par consensus, ce qui a nécessité des discussions, des débats et des consultations d'experts pour régler toute divergence d'opinions. Pour certaines recommandations, le Groupe a ajouté des notes afin de donner de nouvelles explications ou des éléments d'orientation sur l'interprétation de la classification numérique. Le Groupe a examiné les avantages et risques potentiels de l'utilisation de chaque méthode contraceptive au regard de chacune des pathologies ou caractéristiques personnelles ou physiologiques présentant un intérêt sur le plan médical et qui ont été évaluées (telles que l'âge, l'allaitement au sein ou le tabagisme).

Actualisation des données. Bien souvent, soit aucune nouvelle donnée n'a été recensée depuis la publication de la quatrième édition des *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* (2009), soit les données apparues depuis confirment les résultats des précédents travaux de recherche. En conséquence, dans bien des cas, le Groupe a examiné et confirmé les recommandations publiées dans la quatrième édition, et n'y a apporté aucune modification. Pour les recommandations n'ayant pas fait l'objet de modifications, le Secrétariat de l'OMS a mis à jour les énoncés, les références et les citations se rapportant aux données qui figurent dans les tableaux où sont présentées les méthodes contraceptives dans le document complet.

L'OMS entreprendra un examen des recommandations formulées dans le présent document dans quatre ans. Entre temps, l'OMS continuera de suivre l'ensemble des données étayant ces recommandations et organisera d'autres consultations en fonction des besoins, si jamais de nouvelles données devaient requérir un réexamen des recommandations existantes. Ces mises à jour se justifient particulièrement lorsqu'il s'agit de questions pour lesquelles la base de connaissances est à même d'évoluer rapidement. Ces recommandations provisoires seront disponibles sur les pages web de l'OMS relatives à la santé sexuelle et génésique. L'OMS encourage les recherches visant à apporter des réponses aux questions non résolues, en vue de définir 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.

Récapitulatif des recommandations examinées

Le Groupe d'élaboration des lignes directrices a examiné quatorze thématiques (s'étendant à plus de 575 recommandations) au cours de la révision des *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue*

² De plus amples informations sont disponibles sur le site Web du groupe de travail GRADE : <http://www.gradeworkinggroup.org/index.htm>

de méthodes contraceptives de 2014. La qualité des données disponibles a été évaluée à l'aide de l'approche GRADE et cela a servi de base à la formulation des recommandations (voir la colonne du milieu dans le tableau ci-après). Pour certaines thématiques, nombre de résultats présentant un intérêt et (ou) de méthodes contraceptives ont été étudiés. Dans ce cas, les évaluations GRADE de la qualité des données sont indiquées, sous forme d'évaluation unique ou de fourchette. Le document

complet comprend une explication du processus qui a été suivi pour sélectionner ces thématiques et en faire une priorité. Le Groupe a confirmé l'ensemble des autres recommandations qui n'ont pas fait l'objet d'un examen formel pour la cinquième édition des *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*. Un récapitulatif des modifications apportées entre la quatrième et la cinquième édition de ce document est indiquée ci-dessous.

Thématiques examinées pour les *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, cinquième édition

THÉMATIQUE	RECOMMANDATION	ÉVALUATION GRADE DE LA QUALITÉ DES DONNÉES ^a
1. Recommandations relatives à l'utilisation des contraceptifs hormonaux combinés (CHC) par classe d'âge (Les CHC comprennent les contraceptifs oraux combinés, les contraceptifs injectables combinés, le patch contraceptif combiné et l'anneau contraceptif combiné intravaginal.)		
< 40 ans	Des premières règles jusqu'à l'âge de 40 ans, les femmes peuvent utiliser les CHC sans restriction (Catégorie 1).	Fourchette : faible à très faible
≥ 40 ans	Les femmes âgées de 40 ans et plus peuvent en général utiliser les CHC (Catégorie 2).	
2. Recommandations relatives à l'utilisation des CHC chez les femmes qui allaitent au sein		
< 6 semaines après l'accouchement	Moins de 6 semaines après l'accouchement, les femmes qui allaitent au sein ne devraient pas utiliser de CHC (Catégorie 4).	Fourchette : faible à très faible
De 6 semaines à < 6 mois après l'accouchement	De 6 semaines à < 6 mois après l'accouchement, les femmes qui allaitent au sein (allaitement principalement au sein) ne devraient généralement pas utiliser de CHC (Catégorie 3).	
≥ 6 mois après l'accouchement	À partir de 6 mois après l'accouchement, les femmes qui allaitent au sein peuvent en général utiliser les CHC (Catégorie 2).	
3. Recommandations relatives à l'utilisation des CHC chez les femmes pendant la période post-natale		
< 21 jours après l'accouchement, sans autres facteurs de risque de thrombo-embolie veineuse (TEV)	Moins de 21 jours après l'accouchement, les femmes qui ne présentent pas d'autres facteurs de risque de TEV ne devraient généralement pas utiliser de CHC (Catégorie 3).	Fourchette : faible à très faible
< 21 jours après l'accouchement, avec autres facteurs de risque de TEV	Moins de 21 jours après l'accouchement, les femmes qui présentent d'autres facteurs de risque de TEV ne devraient pas utiliser de CHC (Catégorie 4).	
De 21 à 42 jours après l'accouchement, sans autres facteurs de risque de TEV	Entre 21 et 42 jours après l'accouchement, les femmes qui ne présentent pas d'autres facteurs de risque de TEV peuvent en général utiliser les CHC (Catégorie 2).	
De 21 à 42 jours après l'accouchement, avec autres facteurs de risque de TEV	Entre 21 et 42 jours après l'accouchement, les femmes qui présentent d'autres facteurs de risque de TEV ne devraient généralement pas utiliser de CHC (Catégorie 3).	

THÉMATIQUE	RECOMMANDATION	ÉVALUATION GRADE DE LA QUALITÉ DES DONNÉES ^a
3. Recommandations relatives à l'utilisation des CHC chez les femmes pendant la période post-natale (suite)		
> 42 jours après l'accouchement	Plus de 42 jours après l'accouchement, les femmes peuvent utiliser les CHC sans restriction (Catégorie 1).	Fourchette : faible à très faible
4. Recommandations relatives à l'utilisation des CHC chez les femmes présentant des troubles veineux superficiels		
Varices	Les femmes présentant des varices peuvent utiliser les CHC sans restriction (Catégorie 1).	Très faible
Thrombose veineuse superficielle (TVS)	Les femmes présentant une TVS peuvent en général utiliser les CHC (Catégorie 2).	
5. Recommandations relatives à l'utilisation des CHC chez les femmes atteintes de dyslipidémies avérées		
Dyslipidémies avérées sans autres facteurs de risque cardiovasculaire connus	Les femmes atteintes de dyslipidémies avérées sans autres facteurs de risque cardiovasculaire connus peuvent en général utiliser les CHC (Catégorie 2).	Très faible ; examiné pour plus de clarté, à la demande du Comité d'évaluation des directives
6. Recommandations relatives à l'utilisation des progestatifs seuls (PS) et des dispositifs intra-utérins à diffusion de lévonorgestrel (DIU-LNG) chez les femmes qui allaitent au sein		
6a. Utilisation des PS chez les femmes qui allaitent au sein (les PS comprennent les pilules progestatives seules, les implants et les solutions injectables)		
< 6 semaines après l'accouchement	Moins de 6 semaines après l'accouchement, les femmes qui allaitent au sein peuvent en général utiliser les pilules de progestatif seul (PPS), les implants au lévonorgestrel (LNG) et les implants à l'étonogestrel (ETG) (Catégorie 2). Moins de 6 semaines après l'accouchement, les femmes qui allaitent au sein ne devraient généralement pas utiliser de progestatifs seuls injectables (PSI) (AMPR ou NET-EN) (Catégorie 3).	Fourchette : faible à très faible
De 6 semaines à < 6 mois après l'accouchement	De 6 semaines à < 6 mois après l'accouchement, les femmes qui allaitent au sein peuvent utiliser les PPS, les PSI, les implants au LNG et les implants à l'ETG sans restriction (Catégorie 1).	
≥ 6 mois après l'accouchement	À partir de 6 mois après l'accouchement, les femmes qui allaitent au sein peuvent utiliser les PPS, les PSI, les implants au LNG et les implants à l'ETG sans restriction (Catégorie 1).	
6b. Utilisation des DIU-LNG chez les femmes qui allaitent au sein		
< 48 heures après l'accouchement	Moins de 48 heures après l'accouchement, les femmes qui allaitent au sein peuvent en général utiliser les DIU-LNG (Catégorie 2).	Très faible
De 48 heures à < 4 semaines après l'accouchement	De 48 heures à < 4 semaines après l'accouchement, les femmes qui allaitent au sein ne devraient pas se voir poser un DIU-LNG (Catégorie 3).	
≥ 4 semaines après l'accouchement	À partir de 4 semaines après l'accouchement, les femmes qui allaitent au sein peuvent utiliser les PPS, les PSI, les implants au LNG et les implants à l'ETG sans restriction (Catégorie 1).	
Infection puerpérale	Les femmes qui allaitent au sein (ou non) et qui présentent une infection puerpérale ne devraient pas se voir poser un DIU-LNG (Catégorie 4).	

THÉMATIQUE	RECOMMANDATION	ÉVALUATION GRADE DE LA QUALITÉ DES DONNÉES ^a
7. Recommandations relatives à l'utilisation d'acétate de médroxyprogestérone retard administré par voie sous-cutanée (AMPR-SC) – nouvelle méthode ajoutée aux lignes directrices		
Toutes les recommandations	Les recommandations relatives à l'AMPR-SC seront identiques aux recommandations actuelles relatives à l'AMPR-IM (administré en intramusculaire).	Très faible
8. Recommandations relatives au Sino-implant (II) – nouvelle méthode ajoutée aux lignes directrices		
Toutes les recommandations	Les recommandations relatives au Sino-implant (II) seront identiques aux recommandations actuelles relatives aux implants au LNG.	Fourchette : moyenne à très faible
9. Recommandations relatives aux pilules pour la contraception d'urgence (PCU) : l'acétate d'ulipristal (UPA), une nouvelle méthode ajoutée aux lignes directrices – l'utilisation d'inducteurs du CYP3A4 et l'obésité, comme thématiques nouvelles pour l'utilisation des PCU		
Grossesse	L'utilisation de la PCU ne concerne pas les femmes enceintes.	Très faible
Allaitement au sein	Les femmes qui allaitent au sein peuvent utiliser sans restriction les pilules contraceptives orales combinées (COC) ou le LNG pour une contraception d'urgence (Catégorie 1). Les femmes qui allaitent au sein peuvent en général utiliser l'UPA pour une contraception d'urgence (Catégorie 2).	
Antécédents de grossesse extra-utérine	Les femmes qui ont fait des grossesses extra-utérines dans le passé peuvent utiliser sans restriction les COC, le LNG ou l'UPA pour une contraception d'urgence (Catégorie 1).	
Antécédents de pathologie cardio-vasculaire grave	Les femmes ayant des antécédents de pathologie cardio-vasculaire grave, dont cardiopathie ischémique, accident vasculaire cérébral ou autre pathologie thrombo-embolique, peuvent en général utiliser les COC, le LNG ou l'UPA pour une contraception d'urgence (Catégorie 2).	
Migraines	Les femmes sujettes aux migraines peuvent en général utiliser les COC, le LNG ou l'UPA pour une contraception d'urgence (Catégorie 2).	
Pathologie hépatique grave	Les femmes souffrant d'une pathologie hépatique grave, dont l'ictère (une caractéristique individuelle qui est le signe d'une pathologie hépatique avant qu'un diagnostic n'ait été posé), peuvent en général utiliser les COC, le LNG ou l'UPA pour une contraception d'urgence (Catégorie 2).	
Utilisation d'un inducteur du CYP3A4	Les femmes prenant des inducteurs du CYP3A4 peuvent utiliser sans restriction les COC, le LNG ou l'UPA pour une contraception d'urgence (Catégorie 1).	
Utilisation répétée de la PCU	Il n'existe pas de restriction quant à l'utilisation répétée de COC, LNG ou UPA pour une contraception d'urgence (Catégorie 1).	
Viol	Il n'existe pas de restriction quant à l'utilisation répétée de COC, LNG ou UPA pour une contraception d'urgence en cas de viol (Catégorie 1).	
Obésité	Les femmes obèses peuvent utiliser sans restriction les COC, le LNG ou l'UPA pour une contraception d'urgence (Catégorie 1).	

THÉMATIQUE	RECOMMANDATION	ÉVALUATION GRADE DE LA QUALITÉ DES DONNÉES ^a
10. Recommandations relatives à l'utilisation des dispositifs intra-utérins (DIU) pour les femmes à risque accru d'infections sexuellement transmissibles (IST)		
Adoption du DIU	Bien des femmes présentant un risque accru d'IST peuvent en général commencer à utiliser un DIU au cuivre (DIU-Cu) ou un DIU-LNG (Catégorie 2). Certaines femmes à risque accru (très forte probabilité individuelle) d'IST ne devraient généralement pas se voir poser un DIU avant d'avoir effectué un dépistage et, le cas échéant, suivi un traitement (Catégorie 3).	Aucun nouvel élément d'information n'ayant été recensé, la qualité des données n'a pas été évaluée selon le processus GRADE ; examiné pour plus de clarté, à la demande du Comité d'évaluation des directives
Continuation du DIU	Les femmes présentant un risque accru d'IST peuvent en général continuer à utiliser un DIU-Cu ou un DIU-LNG (Catégorie 2).	
11. Recommandations relatives à l'utilisation d'un anneau vaginal libérant de la progestérone, une nouvelle méthode ajoutée aux lignes directrices		
Allaitement au sein et ≥ 4 semaines après l'accouchement	À partir de 4 semaines après l'accouchement, les femmes qui allaitent au sein activement peuvent utiliser l'anneau vaginal libérant de la progestérone, sans restriction (Catégorie 1).	Faible
12. Recommandations relatives à l'utilisation de la contraception hormonale pour les femmes à risque élevé d'infection par le VIH, les femmes vivant avec le VIH et les femmes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral (TAR)		
12a. Femmes à risque élevé d'infection par le VIH		Fourchette : moyenne à très faible
Les femmes présentant un risque élevé de contracter le VIH peuvent utiliser les méthodes de contraception hormonale suivantes sans restriction : COC, contraceptifs injectables combinés (CIC), patchs et anneaux contraceptifs combinés, PPS, PSI (AMPR et NET-EN), implants au LNG et implants à l'ETG (Catégorie 1).		
Les femmes présentant un risque élevé de contracter le VIH peuvent en général utiliser les DIU-LNG (Catégorie 2).		
12b. Femmes vivant avec une infection à VIH asymptomatique ou légère (stade de l'OMS 1 ou 2)		
Les femmes vivant avec une infection à VIH asymptomatique ou légère (stade de l'OMS 1 ou 2) peuvent utiliser les méthodes de contraception hormonale suivantes sans restriction : COC, CIC, patchs et anneaux contraceptifs combinés, PPS, PSI (AMPR et NET-EN), implants au LNG et implants à l'ETG (Catégorie 1).		Fourchette : moyenne à très faible
Les femmes vivant avec une infection à VIH asymptomatique ou légère (stade de l'OMS 1 ou 2) peuvent en général utiliser le DIU-LNG (Catégorie 2).		
12c. Femmes vivant avec une infection à VIH sévère ou à un stade avancé (stade de l'OMS 3 ou 4)		
Les femmes vivant avec une infection à VIH sévère ou à un stade avancé (stade de l'OMS 3 ou 4) peuvent utiliser les méthodes de contraception hormonale suivantes sans restriction : COC, CIC, patchs et anneaux contraceptifs combinés, PPS, PSI (AMPR et NET-EN), implants au LNG et implants à l'ETG (Catégorie 1).		Fourchette : moyenne à très faible
Les femmes vivant avec une infection à VIH sévère ou à un stade avancé (stade de l'OMS 3 ou 4) ne devraient généralement pas adopter le DIU-LNG (Catégorie 3) avant que leur maladie ne se soit améliorée et ait évolué vers une forme asymptomatique ou légère (stade de l'OMS 1 ou 2).		
Les femmes ayant déjà un DIU-LNG posé qui développent une infection à VIH sévère ou à un stade avancé n'ont pas besoin de se faire retirer leur DIU (Catégorie 2 pour la continuation).		

THÉMATIQUE	RECOMMANDATION	ÉVALUATION GRADE DE LA QUALITÉ DES DONNÉES ^a
12d. Femmes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral (TAR)		
Inhibiteurs de la protéase (p. ex. ritonavir et ARV boostés par le ritonavir)	<p>Les femmes sous inhibiteurs de la protéase (p. ex. ritonavir et ARV boostés par le ritonavir) peuvent en général utiliser les méthodes de contraception suivantes : COC, CIC, patchs et anneaux contraceptifs combinés, PPS, NET-EN, implants au LNG et implants à l'ETG (Catégorie 2).</p> <p>Les femmes sous inhibiteurs de la protéase (p. ex. ritonavir et ARV boostés par le ritonavir) peuvent utiliser l'AMPR sans restriction (Catégorie 1).</p> <p>Les femmes sous inhibiteurs de la protéase peuvent en général utiliser le DIU-LNG (Catégorie 2), sous réserve que leur infection à VIH soit asymptomatique ou légère (stade de l'OMS 1 ou 2). Les femmes vivant avec une infection à VIH sévère ou à un stade avancé (stade de l'OMS 3 ou 4) sous inhibiteurs de la protéase ne devraient généralement pas commencer à utiliser le DIU-LNG (Catégorie 3 pour l'adoption) avant que leur maladie ne se soit améliorée et ait évolué vers une forme asymptomatique ou légère.</p> <p>Les femmes sous inhibiteurs de la protéase qui ont déjà un DIU-LNG posé et qui développent une infection à VIH sévère ou à un stade avancé n'ont pas besoin de faire retirer leur DIU (Catégorie 2 pour la continuation).</p>	Fourchette : faible à très faible
Inhibiteurs nucléosidiques/nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI)	<p>Les femmes prenant un INTI peuvent utiliser les méthodes de contraception hormonale suivantes sans restriction : COC, CIC, patchs et anneaux contraceptifs combinés, PPS, PSI (AMPR et NET-EN), implants au LNG et implants à l'ETG (Catégorie 1).</p> <p>Les femmes prenant des INTI peuvent en général utiliser le DIU-LNG (Catégorie 2), sous réserve que leur infection à VIH soit asymptomatique ou légère (stade de l'OMS 1 ou 2). Les femmes vivant avec une infection à VIH sévère ou à un stade avancé (stade de l'OMS 3 ou 4) et sous INTI ne devraient généralement pas commencer à utiliser le DIU-LNG (Catégorie 3 pour l'adoption) avant que leur maladie ne se soit améliorée et ait évolué vers une forme asymptomatique ou légère.</p> <p>Les femmes prenant des INTI qui ont déjà un DIU-LNG posé et qui développent une infection à VIH sévère ou à un stade avancé n'ont pas besoin de faire retirer leur DIU (Catégorie 2 pour la continuation).</p>	
Inhibiteurs non nucléosidiques/nucléotidiques de la transcriptase inverse (INNTI) contenant éfavirenz ou névirapine	<p>Les femmes prenant un INNTI contenant soit éfavirenz soit névirapine peuvent en général utiliser COC, CIC, patchs et anneaux contraceptifs combinés, PPS, NET-EN, implants au LNG implants à l'ETG (Catégorie 2).</p> <p>Les femmes prenant de l'éfavirenz ou de la névirapine peuvent utiliser l'AMPR sans restriction (Catégorie 1).</p> <p>Les femmes prenant des INNTI peuvent en général utiliser le DIU-LNG (Catégorie 2), sous réserve que leur infection à VIH soit asymptomatique ou légère (stade de l'OMS 1 ou 2). Les femmes vivant avec une infection à VIH sévère ou à un stade avancé (stade de l'OMS 3 ou 4) et sous INNTI ne devraient généralement pas commencer à utiliser le DIU-LNG (Catégorie 3 pour l'adoption) avant que leur maladie ne se soit améliorée et ait évolué vers une forme asymptomatique ou légère.</p> <p>Les femmes prenant des INNTI qui ont déjà un DIU-LNG posé et qui développent une infection à VIH sévère ou à un stade avancé n'ont pas besoin de faire retirer leur DIU (Catégorie 2 pour la continuation).</p>	

THÉMATIQUE	RECOMMANDATION	ÉVALUATION GRADE DE LA QUALITÉ DES DONNÉES ^a
12d. Femmes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral (TAR) (suite)		
INNTI contenant éfavirine et rilpivirine	<p>Les femmes qui prennent les INNTI plus récents, contenant l'éfavirine et la rilpivirine, peuvent utiliser toutes les méthodes de contraception hormonale sans restriction (Catégorie 1).</p> <p>Les femmes prenant des INNTI plus récents peuvent en général utiliser le DIU-LNG (Catégorie 2), sous réserve que leur infection à VIH soit asymptomatique ou légère (stade de l'OMS 1 ou 2). Les femmes vivant avec une infection à VIH sévère ou à un stade avancé (stade de l'OMS 3 ou 4) prenant des INNTI plus récents ne devraient généralement pas commencer à utiliser le DIU-LNG (Catégorie 3 pour l'adoption) avant que leur maladie ne se soit améliorée et ait évolué vers une forme asymptomatique ou légère.</p> <p>Les femmes prenant des INNTI plus récents qui ont déjà un DIU-LNG posé et qui développent une infection à VIH sévère ou à un stade avancé n'ont pas besoin de faire retirer leur DIU (Catégorie 2 pour la continuation).</p>	Fourchette : faible à très faible
Raltégravir (inhibiteur de l'intégrase)	<p>Les femmes sous l'inhibiteur de l'intégrase raltégravir peuvent utiliser les méthodes de contraception hormonale suivantes sans restriction : COC, CIC, patchs et anneaux contraceptifs combinés, PPS, PSI (AMPR et NET-EN), implants au LNG et implants à l'ETG (Catégorie 1).</p> <p>Les femmes sous raltégravir peuvent en général utiliser le DIU-LNG (Catégorie 2), sous réserve que leur infection à VIH soit asymptomatique ou légère (stade de l'OMS 1 ou 2). Les femmes vivant avec une infection à VIH sévère ou à un stade avancé (stade de l'OMS 3 ou 4) qui sont sous raltégravir ne devraient généralement pas commencer à utiliser le DIU-LNG (Catégorie 3 pour l'adoption) avant que leur maladie ne se soit améliorée et ait évolué vers une forme asymptomatique ou légère.</p> <p>Les femmes sous raltégravir qui ont déjà un DIU-LNG posé et qui développent une infection à VIH sévère ou à un stade avancé n'ont pas besoin de faire retirer leur DIU (Catégorie 2 pour la continuation).</p>	

^a L'évaluation GRADE permet de classer la qualité des données dans les catégories très faible, faible, moyenne et bonne. Lorsqu'une fourchette est indiquée, celle-ci met en évidence que l'évaluation GRADE a été effectuée à partir de nombreux résultats et (ou) entre différentes méthodes contraceptives.

Deuxième partie

Utilisation des recommandations

RÉVISION DES RECOMMANDATIONS POUR LA CINQUIÈME ÉDITION

Les recommandations ont été révisées selon la procédure d'élaboration des lignes directrices de l'OMS, dans le cadre de la préparation de la cinquième édition des *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*. La première partie du présent document décrit de façon détaillée les questions sur le modèle PICO (population, intervention, comparaison, résultat) développées par le Groupe d'élaboration des lignes directrices, ainsi que les bases de données utilisées pour présenter les résultats de la recherche, qui ont permis la préparation de revues systématiques. En outre la première partie du document présente les éléments d'évaluation de la qualité des données selon la méthode GRADE (*Grading Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation*), l'évaluation selon cette méthode de la qualité de l'ensemble des données scientifiques, le résumé des données appuyant les recommandations ainsi que d'autres observations complémentaires du Groupe au sujet des recommandations.

Cette première partie est disponible dans sa version anglaise à l'adresse suivante :
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/

2.1 Information générale

Les *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* apportent des éléments d'orientation sur l'utilisation sans risque de diverses méthodes contraceptives en fonction de l'état du client. Le document vise à améliorer l'accès et la qualité des services en matière de planification familiale en présentant aux décideurs politiques, aux responsables des programmes de planification familiale et à la communauté scientifique des recommandations permettant d'élaborer ou de réviser les lignes directrices nationales sur les critères de recevabilité médicale de méthodes contraceptives spécifiques. Le document porte sur les méthodes contraceptives suivantes : tous les contraceptifs hormonaux, les dispositifs intra-utérins, les méthodes mécaniques, les méthodes naturelles, le coït interrompu, la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée, la stérilisation féminine et masculine et la contraception d'urgence. Fondées sur une méthode de recherche rigoureuse, les présentes recommandations ne prétendent pas indiquer la « meilleure » méthode contraceptive à utiliser dans un contexte médical particulier, mais plutôt permettre un examen des multiples méthodes qui peuvent être utilisées sans risque par des personnes présentant certaines affections (p. ex. hypertension) ou caractéristiques (p. ex. âge).

2.1.1 Les soins liés à la santé sexuelle et reproductive en tant que droits humains

Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) définit la santé reproductive comme étant « le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités.¹ » Le Programme d'action mentionne également que la santé en matière de sexualité vise à « améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles, et non à se borner à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles. »

En reconnaissance des principes adoptés dans le cadre de la CIPD et d'autres conférences et sommets internationaux, la Déclaration et le Programme d'action de Beijing définissent les droits en matière de procréation comme suit :

« 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 de leurs enfants et de l'espacement des naissances et d'être informés des moyens de le faire, ainsi que du droit au meilleur état possible de santé en matière de sexualité et de procréation.² »

Dans le cadre des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) adoptés par les États en 2001, la cible 5b fixe l'objectif de « rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici 2015. » Les soins liés à la santé sexuelle et reproductive, notamment l'information et les services en matière de planification familiale, 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. Les traités régionaux et internationaux en matière de droits de l'homme, les constitutions et les lois nationales, fournissent des garanties spécifiques en ce qui concerne l'accès à l'information et aux services en matière de contraception. Ils recommandent notamment que les États garantissent un accès rapide et abordable à l'information et à des services de qualité en matière de santé sexuelle et reproductive, dont la contraception. Ceux-ci doivent être dispensés de manière à assurer un processus de décision éclairé et à respecter la dignité, l'autonomie, la vie privée et la confidentialité, tout en considérant les besoins et les préférences des individus,

1 « Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement ». Dans : *Rapport de la CIPD* (94/10/18). Réseau d'information en matière de populations (POPIN), Division de la Population des Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, avec l'aide du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) (A/CONF.171/13). <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offre/conf13.fre.html> (consulté le 19 mai 2016).

2 « Déclaration et Programme d'action de Beijing ». Dans : *Rapport de la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes*. Beijing, 4-15 septembre 1995. Organisation des Nations Unies ; 1995 : para. 95 (A/CONF.177/20/Rev.1. <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20F.pdf> (consulté le 19 mai 2016).

dans une forme de partenariat entre client et prestataire.³ Une démarche fondée sur les droits humains permet de fournir des contraceptifs en adoptant une vision globale du client, ce qui implique la prise en compte de ses besoins en termes de soins de santé sexuelle et reproductive et l'étude de tous les critères de recevabilité adéquats pour guider le client dans le choix et l'utilisation d'une méthode de planification familiale en toute sécurité.

Il est démontré que le respect, la protection et l'exercice des droits humains produisent des résultats positifs pour la santé. L'accès à une information et à des services respectueux de la vie privée et de la confidentialité, permettant un choix éclairé et comprenant un large éventail de méthodes contraceptives sûres, est susceptible d'accroître la satisfaction des personnes et de favoriser l'utilisation continue de la contraception.^{4,5,6,7}

Il est essentiel, pour la qualité des soins, qu'ils soient dispensés dans le respect des droits de la personne humaine en matière de santé reproductive. L'élaboration de normes internationales pour les critères de recevabilité médicale et les recommandations pratiques quant à l'utilisation des méthodes contraceptives ne représentent qu'un aspect de l'amélioration qualitative des soins de santé reproductive. De nombreux programmes de planification familiale comportent des procédures de dépistage, de traitement et de suivi qui répondent à des normes élevées en matière de santé publique et de pratiques cliniques ; toutefois, ces procédures ne devraient pas servir de critères pour le choix de méthodes contraceptives spécifiques. Parmi ces procédures, il y a le dépistage et le traitement du cancer du col utérin, de l'anémie et des infections sexuellement transmissibles (IST), ainsi que la promotion de l'allaitement maternel et de l'arrêt du tabac. De telles mesures doivent être vivement encouragées lorsque l'on dispose des ressources humaines et matérielles nécessaires,

3 *Garantir les droits de l'homme lors de la fourniture d'informations et de services en matière de contraception*. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2014. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/human-rights-contraception/fr/ (consulté le 19 mai 2016).

4 Koenig, MA. *The impact of quality of care on contraceptive use: evidence from longitudinal data from rural Bangladesh*. Baltimore (MD): Johns Hopkins University; 2003.

5 Arends-Kuening M, Kessy FL. « The impact of demand factors, quality of care and access to facilities on contraceptive use in Tanzania ». *Journal of Biosocial Science*. 2007;39:1–26.

6 RamaRao S, Lacuest M, Costello M, Pangolibay B, Jones H. « The link between quality of care and contraceptive use ». *International Family Planning Perspectives*. 2003;29(2):76–83.

7 Sanogo D, RamaRao S, Johnes H, N'diaye P, M'bow B, Diop CB. « Improving quality of care and use of contraceptives in Senegal ». *African Journal of Reproductive Health*. 2003;7:57–73

mais elles ne devraient pas être considérées comme conditions pour l'acceptation et l'utilisation de méthodes de planification familiale, car elles ne sont pas nécessaires pour déterminer si l'adoption ou l'utilisation continue d'une méthode donnée est médicalement acceptable.

2.1.2 Choix de la méthode contraceptive

Si le présent document s'intéresse surtout aux critères de recevabilité médicale des méthodes contraceptives, il convient de prendre également en compte les critères sociaux, comportementaux et autres critères non médicaux, en particulier les préférences personnelles des clients. Afin de proposer aux clients un choix de méthodes contraceptives dans le respect de leurs droits humains, il faut leur permettre d'effectuer un choix libre et éclairé. Cependant, les choix des femmes leur sont souvent imposés par des tiers, ou sont limités par des facteurs sociaux, économiques et culturels directs ou indirects. De son point de vue, la femme considère qu'elle fait un choix à un moment donné, dans une société et un contexte culturel donnés ; les choix sont complexes, multifactoriels et changeants. En matière de contraception, prendre une décision implique en général d'analyser les avantages et inconvénients de différentes méthodes, or ces paramètres varient en fonction des circonstances, du point de vue et de l'interprétation de chacun. Parmi les facteurs essentiels pour le choix d'une méthode contraceptive, on compte les caractéristiques de l'utilisateur potentiel, les risques de maladie existants, les effets indésirables de différents produits, le coût, la disponibilité et les préférences du patient.

Le présent document ne fournit aucune recommandation quant au produit ou à la marque spécifique de contraceptif à privilégier après avoir choisi une méthode contraceptive. Son objectif est de fournir des éléments d'orientation sur l'adéquation de diverses méthodes contraceptives au regard de pathologies particulières ou de caractéristiques physiologiques ou personnelles présentant un intérêt sur le plan médical. Les décisions concernant la méthode à privilégier devraient également tenir compte de l'évaluation clinique et des préférences de l'utilisateur.

Questions en rapport avec la qualité et l'accessibilité des services, qui influencent le choix de la méthode et son utilisation

Les critères de prestation de services suivants s'appliquent de façon généralisée à l'adoption et au suivi de toutes les méthodes contraceptives :

- Les clients doivent être dûment informés afin de pouvoir choisir une méthode de contraception en toute

connaissance de cause. Cette information doit porter au minimum sur les aspects suivants :

- Efficacité relative de la méthode ;
- Utilisation correcte de la méthode ;
- Fonctionnement ;
- Effets secondaires courants ;
- Risques et bénéfices de cette méthode pour la santé ;
- Signes et symptômes qui nécessitent une nouvelle consultation au dispensaire ;
- Information sur le retour de la fécondité après interruption de la méthode ;
- Information sur la protection contre les IST.

Ces informations doivent être présentées dans une langue et sous une forme facilitant leur compréhension et leur accès par les clients.

- Pour pouvoir proposer des méthodes nécessitant une intervention chirurgicale, une insertion et/ou un retrait par un prestataire de soins qualifié (stérilisation, implants, DIU, diaphragme, cape cervicale), il faut disposer d'un personnel correctement formé et d'installations bien équipées et accessibles, et observer les mesures appropriées de prévention des infections.
- Il convient de maintenir et de stocker du matériel et des fournitures appropriés en quantité suffisante (p. ex. moyens contraceptifs et équipements pour la prévention des infections)

- Il convient de fournir aux prestataires de service des lignes directrices, des fiches clients et autres outils de dépistage.

2.1.3 Efficacité des méthodes

Le choix d'une méthode contraceptive dépend en partie de son efficacité quant à la prévention d'une grossesse non planifiée, laquelle dépend à son tour, dans certains cas, non seulement de la protection apportée par la méthode elle-même, mais aussi de la régularité et de la justesse avec lesquelles elle est employée. Le Tableau 2.1 compare le pourcentage de femmes qui font face à une grossesse non planifiée au cours de la première année d'utilisation de la méthode, lorsque cette méthode est utilisée parfaitement (régulièrement et correctement) ou lorsqu'elle est utilisée de façon typique (oubli occasionnel et/ou usage incorrect). La régularité et la justesse d'utilisation peuvent toutes deux varier considérablement en fonction de caractéristiques du client telles que l'âge, le revenu, le désir d'empêcher ou de retarder une grossesse et l'environnement culturel. Ainsi, l'efficacité des méthodes qui dépendent d'un usage régulier et correct (p. ex. préservatifs et pilules) est très variable. La plupart des hommes et des femmes tendent à atteindre une plus grande efficacité d'utilisation au fur et à mesure qu'ils se familiarisent avec la méthode. Cependant, les aspects programmatiques ont également un effet important sur l'efficacité (régularité et justesse) d'utilisation d'une méthode contraceptive.

Encadré 2.1 Pathologies exposant une femme à un risque accru en cas de grossesse non intentionnelle

<ul style="list-style-type: none"> • Accident vasculaire cérébral • Cancer de l'endomètre ou de l'ovaire • Cancer du sein • Cardiopathies ischémiques • Cirrhose grave (décompensée) • Diabète : insulinodépendant ; accompagné d'une néphropathie/rétinopathie/neuropathie ou autre maladie vasculaire ; ou installé depuis plus de 20 ans. • Drépanocytose • Épilepsie • Hypertension artérielle (systolique > 160 mm Hg ou diastolique > 100 mm Hg)^a 	<ul style="list-style-type: none"> • IST^b • Lupus érythémateux disséminé • Maladie trophoblastique gestationnelle maligne • Mutations thrombogènes • Schistosomiase avec fibrose hépatique • Tuberculose • Tumeurs hépatiques malignes (hépatomes) et carcinome hépatocellulaire • Valvulopathie compliquée • VIH/SIDA (stades 1-4 de l'OMS)^b
---	--

a Dans le présent document, les mesures de la tension artérielle sont données en mm Hg. Pour convertir en kPa, multiplier par 0,1333 (p. ex. 120/80 mm Hg = 16,0/10,7 kPa).

b La double protection est vivement recommandée pour se prémunir contre le VIH/SIDA et les autres IST lorsqu'il existe un risque de transmission des IST/du VIH. Cette protection peut se faire en associant le préservatif à d'autres méthodes, ou à travers l'usage correct et régulier du préservatif seul.

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

Les femmes qui présentent des affections susceptibles de faire de la grossesse non intentionnelle un risque inacceptable pour la santé doivent être averties que le seul recours à des

méthodes mécaniques ou à des méthodes basées sur le comportement ne constitue pas pour elles le meilleur choix en raison du taux d'échec relativement plus élevé de ces méthodes dans leur emploi typique. Ces pathologies figurent dans l'Encadré 2.1.

Tableau 2.1 Pourcentage de femmes ayant une grossesse non intentionnelle durant la première année d'utilisation - typique ou parfaite - de la contraception et pourcentage de celles qui utilisent encore la contraception à la fin de la première année, États-Unis d'Amérique.

Méthode (1)	% de femmes ayant une grossesse non intentionnelle durant la première année d'utilisation		% de femmes qui continuent à utiliser leur contraception à la fin de la première année ³
	Emploi typique ¹ (2)	Emploi parfait ² (3)	(4)
Aucune méthode ⁴	85	85	–
Spermicides ⁵	28	18	42
Méthodes naturelles (MN)	24	–	47
Jours Fixes ^{®6}	–	5	–
Deux Jours ^{®6}	–	4	–
Méthode de l'ovulation ⁶	–	3	–
Méthode sympto-thermique	–	0.4	–
Retrait	22	4	46
Éponge	–	–	36
Femmes uni/multipares	24	20	–
Femmes nullipares	12	9	–
Préservatif ⁷			
Féminin	21	5	41
Masculin	18	2	43
Diaphragme ⁸	12	6	57
Pilule combinée (COC) et pilule de progestatif seul (PPS)	9	0.3	67
Patch Evra	9	0.3	67
NuvaRing [®]	9	0.3	67
Depo-Provera	6	0.2	56
DIU			
T au cuivre (Paragard [®])	0.8	0.6	78
DIU-LNG (Mirena [®])	0.2	0.2	80
Implanon [®]	0.05	0.05	84

Méthode (1)	% de femmes ayant une grossesse non intentionnelle durant la première année d'utilisation		% de femmes qui continuent à utiliser leur contraception à la fin de la première année ³
	Emploi typique ¹ (2)	Emploi parfait ² (3)	(4)
Stérilisation féminine	0.5	0.5	100
Stérilisation masculine	0.15	0.10	100

Contraception d'urgence : les pilules pour la contraception d'urgence ou l'insertion d'un DIU au cuivre après un rapport sexuel non protégé réduisent considérablement le risque de grossesse.⁹

La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) : la MAMA est une méthode de contraception temporaire, très efficace.¹⁰

Source : Trussell J. « Contraceptive efficacy ». In: Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Kowal D, Policar M, editors. *Contraceptive technology: twentieth revised edition*. New York (NY): Ardent Media; 2011.

Notes :

- 1 Chez les couples typiques qui adoptent une méthode contraceptive (pas nécessairement pour la première fois), pourcentage de ceux chez qui survient une grossesse accidentelle au cours de la première année en l'absence d'interruption de la contraception pour toute autre raison. Les estimations de probabilité d'une grossesse au cours de la première année d'utilisation typique des spermicides et du diaphragme sont extraites de l'étude *National Survey of Family Growth* réalisée en 1995, corrigées pour tenir compte de la sous-notification des avortements ; les estimations concernant les méthodes naturelles, le retrait, le préservatif masculin, la pilule et Depo-Provera sont extraites des études *National Survey of Family Growth* réalisées en 1995 et 2002, corrigées pour tenir compte de la sous-notification des avortements. Pour l'origine des estimations relatives aux autres méthodes, se reporter au document source (Trussell J., 2011) cité ci-dessus.
- 2 Chez les couples qui adoptent une méthode contraceptive (pas nécessairement pour la première fois) et l'utilisent de façon parfaite (régulièrement et correctement), pourcentage de grossesses accidentelles survenues au cours de la première année en l'absence d'interruption de la contraception pour toute autre raison. Pour l'origine des estimations relatives à chaque méthode, se reporter au document source (Trussell J., 2011) cité ci-dessus.
- 3 Chez les couples souhaitant éviter une grossesse, pourcentage de ceux qui continuent d'utiliser une méthode pendant une année.
- 4 Les pourcentages de grossesses figurant aux colonnes (2) et (3), sont fondés sur des données se rapportant à des populations n'utilisant pas la contraception, et à des femmes qui interrompent leur contraception pour tomber enceintes. Parmi ces populations, environ 89 % tombent enceintes dans un délai d'un an. Cette estimation a été légèrement abaissée (à 85 %) pour tenir compte du pourcentage d'utilisatrices actuelles de méthodes contraceptives réversibles chez qui surviendrait une grossesse si elles renonçaient à toute contraception.
- 5 Mousses, crèmes, gels, ovules et film vaginal.
- 6 La Méthode de l'ovulation et celle des Deux Jours[®] se fondent sur l'observation de la glaire cervicale. La méthode des Jours Fixes[®] consiste à éviter les rapports sexuels du 8e au 19e jour du cycle. La méthode sympto-thermique permet une double vérification fondée sur l'observation de la glaire cervicale pour déterminer le premier jour de fécondité, et sur l'observation combinée de la glaire cervicale et de la température pour déterminer le dernier jour de fécondité.
- 7 Sans spermicides.
- 8 Avec crème ou gel spermicide.
- 9 À ce jour, Plan B One-Step[®], ella[®] et Next Choice One Dose[®] sont les seuls produits spécifiquement commercialisés pour la contraception d'urgence aux États-Unis. Selon les indications qui figurent sur l'étiquette de Plan B One-Step[®], il faut prendre une dose (= 1 pilule blanche) dans les 72 heures qui suivent un rapport sexuel non protégé. La recherche a démontré que toutes les marques mentionnées dans le présent paragraphe sont efficaces lorsqu'elles sont utilisées dans les 120 heures qui suivent un rapport non protégé. Selon les indications qui figurent sur l'étiquette de Next Choice One Dose[®], il faut prendre une dose (= 1 pilule orange clair) dans les 72 heures qui suivent un rapport non protégé. En outre, la Food and Drug Administration des États-Unis a déclaré que les 19 marques de contraceptifs oraux suivantes sont sûres et efficaces pour la contraception d'urgence : Ogestrel[®] (1 dose = 2 pilules blanches), Nordette[®] (1 dose = 4 pilules orange clair), Cryselle[®], Levora[®], Low-Ogestrel[®], Lo/Ovral[®] ou Quasence[®] (1 dose = 4 pilules blanches), Jolessa[®], Portia[®], Seasonale[®] ou Trivora[®] (1 dose = 4 pilules roses), Seasonique[®] (1 dose = 4 pilules bleu-vert clair), Enpresse[®] (1 dose = 4 pilules oranges), Lessina[®] (1 dose = 5 pilules roses), Aviane[®] ou LoSeasonique[®] (1 dose = 5 pilules oranges), Lutera ou Sronyx[®] (1 dose = 5 pilules blanches), et Lybrel[®] (1 dose = 6 pilules jaunes).
- 10 Toutefois, pour maintenir une protection efficace contre la grossesse, il convient d'utiliser une autre méthode de contraception dans les cas suivants : au retour des menstruations, lorsque la fréquence ou la durée des tétées est réduite, au moment d'introduire l'alimentation au biberon, ou dès que le nourrisson atteint l'âge de 6 mois.

2.1.5 Retour de la fécondité

Parmi les méthodes contraceptives, seules la stérilisation masculine et la stérilisation féminine sont considérées irréversibles (ou permanentes). Toutes les autres méthodes sont réversibles dès lors qu'on interrompt le traitement, et la fécondité revient en général rapidement, sauf dans le cas de l'acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR) et de l'énanate de noréthistérone (NET-EN). Le délai médian de retour de la fécondité pour ces méthodes est de respectivement 10 et 6 mois à compter de la dernière injection, indépendamment de la durée d'utilisation. La stérilisation masculine et la stérilisation féminine doivent être considérées comme des méthodes irréversibles (aucune possibilité de grossesse future), et tout individu ou couple envisageant le recours à ces méthodes doit être conseillé en conséquence. Aucune autre méthode n'entraîne une stérilité définitive.

2.1.6 IST et contraception : la double protection

S'il est indispensable de réguler l'offre de méthodes contraceptives au travers de normes internationales afin d'assurer la qualité des soins dans les services, il faut également tenir compte du profil socioculturel et comportemental de chaque client. À cet égard, les problèmes que pose l'exposition aux infections sexuellement transmissibles (IST), notamment au VIH, méritent une attention particulière puisqu'il est tout aussi important de prévenir la grossesse que d'empêcher la transmission des infections parmi les clients sexuellement actifs et en âge de procréer. Lorsqu'il existe un risque de transmission du VIH ou d'une autre IST⁸, il est important que les prestataires de soins de santé diffusent de l'information sur les pratiques sexuelles plus sûres, afin de prévenir la transmission, et qu'ils recommandent vivement à toutes les personnes à haut risque d'utiliser une double protection, que ce soit en associant le préservatif à d'autres méthodes, ou en utilisant le préservatif seul correctement et régulièrement, à la fois comme méthode contraceptive et comme méthode de prévention des IST (y compris le VIH). Lorsque des hommes et des femmes cherchent à se renseigner sur la contraception, il convient de toujours leur rappeler l'importance du préservatif pour la prévention de la transmission des IST/du VIH, d'encourager et de faciliter l'emploi du préservatif selon les besoins. Lorsqu'ils sont utilisés régulièrement et correctement, les préservatifs constituent l'une des méthodes de prévention les

plus efficaces contre les IST, y compris le HIV. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.

2.2 Comment utiliser ce document

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. Il vise à fournir des éléments d'orientation aux programmes nationaux de planification familiale et de santé reproductive pour la préparation de lignes directrices applicables à la prestation de services en matière de contraception. Il ne doit pas être considéré comme les directives elles-mêmes, mais servir d'ouvrage de référence.

À l'échelon du pays et au sein des programmes, les éléments d'orientation exposés dans le présent document devront être interprétés de façon à tenir compte de la diversité des situations et des contextes dans lesquels les contraceptifs sont proposés. Il est peu probable que la catégorisation prévue dans le document soit modifiée au cours de ce processus. En revanche, des variantes dans son application seront très probablement introduites à l'échelon des pays. En particulier, il faudra tenir compte du niveau de connaissances cliniques et de l'expérience des divers types de prestataires ainsi que des ressources disponibles aux divers points de prestation de services.

Les recommandations sont exposées dans les tableaux pour les méthodes contraceptives retenues dans les lignes directrices pour chaque état. Chaque état a été défini comme représentant soit une pathologie préexistante connue (p. ex. diabète, hypertension), soit une caractéristique individuelle présentant un intérêt sur le plan médical (p. ex. âge, antécédents obstétricaux).

En principe, les structures nationales et institutionnelles de soins de santé et de prestation de services choisiront les moyens de dépistage les plus appropriés pour chaque pathologie au regard de son importance en termes de santé publique. Dans la plupart des cas, l'approche privilégiée sera l'étude des antécédents médicaux des clients. Au besoin, le fournisseur de services de planification familiale pourra consulter un spécialiste de la pathologie sous-jacente.

Adoption et continuation

Les critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue des méthodes contraceptives servent

⁸ Ce risque est propre à chaque contexte. Il peut être lié à un taux élevé de prévalence des IST et du VIH dans la zone géographique en question, et/ou à un comportement à risque individuel tel que la multiplication des partenaires sans utilisation de préservatifs.

de base pour l'évaluation de la recevabilité. Les critères d'évaluation relatifs à la continuation d'une méthode revêtent une importance clinique lorsqu'une femme développe l'état en question pendant qu'elle utilise la méthode. Lorsque la recevabilité médicale pour l'adoption d'une méthode n'est pas la même pour sa continuation, ces différences apparaissent dans la colonne correspondante pour chaque méthode (A = adoption ; C = continuation). Lorsque A et C ne sont pas différents, la même catégorie se rapporte à l'adoption et à la continuation de la méthode.

Au Tableau 2.2 figure un modèle simplifié des tableaux se rapportant à chaque méthode contraceptive (présentés à la section 2.7). La première colonne indique l'état ou la caractéristique (un par ligne) avec des subdivisions pour tenir compte de divers degrés de gravité. Dans la deuxième colonne, l'état est classé en vue de l'adoption et/ou de la continuation de la méthode dans l'une des quatre catégories décrites à la section 2.3. La troisième colonne est dédiée aux explications complémentaires et aux données relatives à la classification.

2.3 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 contre, proposer une méthode à une femme dont l'état est classé dans la catégorie 3 nécessite une évaluation clinique attentive et l'accès à des services cliniques ; pour cette femme, il conviendra de tenir compte de la gravité de l'état ainsi que de la disponibilité, de l'acceptabilité et des aspects pratiques liés aux autres méthodes. Lorsqu'une méthode/un état est classé(e) dans la catégorie 3, l'emploi de la méthode n'est généralement pas recommandé, sauf si des méthodes plus appropriées ne sont pas disponibles ou pas acceptables. Un suivi attentif sera nécessaire.

Lorsque les moyens d'évaluation clinique sont limités, par exemple dans le cadre de services communautaires, on pourra simplifier le système de classification en réduisant le nombre de catégories de 4 à 2. Dans cette version simplifiée, une classification dans les catégories 1 et 2 indique que la femme peut utiliser cette méthode, et une classification dans les catégories 3 et 4 indique qu'une femme ne répond pas aux critères médicaux retenus pour l'utilisation de cette méthode (voir Tableau 2.3).

Catégories en rapport avec les critères de recevabilité médicale pour l'utilisation des méthodes contraceptives

Catégorie 1	état pour lequel l'utilisation de la méthode contraceptive ne donne lieu à aucune restriction
Catégorie 2	état pour lequel les avantages de la méthode l'emportent en général sur les risques théoriques ou avérés
Catégorie 3	état pour lequel les risques théoriques ou avérés de la méthode l'emportent en général sur les avantages
Catégorie 4	état pour lequel l'utilisation de la méthode contraceptive représente un risque inacceptable pour la santé

Tableau 2.2 Modèle des tableaux de méthodes contraceptives

Méthode contraceptive			
État	Catégorie		Explications complémentaires et données
	A = adoption	C = continuation	
État	État classé dans les catégories 1, 2, 3 ou 4		Explications complémentaires et données concernant cette classification
	Des catégories différentes sont utilisées pour les méthodes naturelles et la stérilisation chirurgicale. Elles sont décrites au début des sections correspondantes.		

Tableau 2.3 Interprétation et utilisation des catégories dans la pratique

Catégorie	Lorsque les ressources sont suffisantes pour une évaluation clinique	Lorsque les ressources pour une évaluation clinique sont limitées
1	Utiliser la méthode dans tous les cas	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 appropriées ne soient pas disponibles ou pas acceptables	Non (ne pas utiliser la méthode)
4	Ne pas utiliser la méthode	

2.4 Incidences programmatiques

Lors de l'application pratique des présents critères de recevabilité médicale dans le cadre de programmes, les questions suivantes doivent être prises en compte :

- Choix éclairé
- Éléments ayant trait à la qualité des soins
- Procédés de dépistage essentiels avant la mise à disposition des méthodes
- Formation et compétences du prestataire
- Suivi et orientation vers des spécialistes pour l'usage correct de la contraception.

Il importe de distinguer les pratiques en matière de prestation de services qui sont essentielles pour l'utilisation sûre d'une méthode contraceptive, d'autres pratiques qui, si elles favorisent le maintien d'une bonne santé, ne sont pas liées à l'utilisation particulière de la méthode. La promotion de bonnes pratiques sanitaires sans rapport avec la sécurité des moyens de contraception ne doit être considérée ni comme un préalable, ni comme un obstacle à l'offre d'une méthode contraceptive, mais plutôt comme un complément.

Dans un deuxième temps, il conviendra d'appréhender les recommandations portant sur les critères de recevabilité médicale en regard de la situation de chaque pays, de sorte que les prestataires de services puissent les appliquer à tous les niveaux du système. En principe, les structures nationales et institutionnelles de soins de santé et de prestation de services choisiront les moyens de dépistage les plus appropriés pour chaque pathologie au regard de son importance en termes de santé publique. Dans la plupart des cas, l'approche privilégiée sera l'étude des antécédents médicaux des clients. Au besoin, le fournisseur de services de planification familiale pourra consulter un spécialiste de

la pathologie sous-jacente. Les pays devront déterminer dans quelle mesure et par quels moyens il leur sera possible d'étendre leurs services vers les secteurs plus périphériques du système de santé. Lorsque les moyens sont disponibles, il y aura peut-être lieu de promouvoir une partie du personnel et de moderniser des installations, ou simplement d'augmenter modestement le matériel et les fournitures et réorganiser l'espace. Il faudra également s'attaquer à la perception erronée qu'ont parfois les prestataires et les utilisateurs quant aux risques et aux effets secondaires de certaines 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.

Il n'est pas toujours aisé d'introduire des mesures d'adaptation. Elles sont idéalement mises en œuvre par les personnes les plus familières avec les pathologies, les comportements et la culture qui prévalent au sein de l'environnement concerné. Ces améliorations doivent être apportées dans le cadre d'un choix informé des utilisateurs et dans le respect de la sécurité sanitaire.

2.5 Clients ayant des besoins particuliers

2.5.1 Personnes handicapées

Comme il est indiqué dans la Convention relative aux droits des personnes handicapées⁹ (CRDPH), les personnes handicapées ont droit à tous les services de santé sexuelle et reproductive sur la base de l'égalité avec les autres (Article 25.a) et ce, en vertu de leur droit fondamental au mariage, à la famille et au maintien de leur fécondité (Article 23.1). Il arrive

9 Convention relative aux droits des personnes handicapées. Nations Unies. Droits et dignité des personnes handicapées, 2007. <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf> (consulté le 19 mai 2016).

souvent que les professionnels de santé omettent de proposer des services de soins de santé sexuelle et reproductive aux personnes handicapées, se fondant sur l'idée erronée selon laquelle ces personnes ne sont pas actives sexuellement.¹⁰ Par ailleurs, fournir des services de contraception à des personnes handicapées implique une prise de décision quant à la méthode appropriée, en tenant compte des préférences de la personne, de la nature du handicap et des spécificités des différentes méthodes contraceptives.

Par exemple, certaines méthodes mécaniques pourraient être difficiles à utiliser par les personnes dont la dextérité manuelle est réduite ; les COC ne seront pas la méthode à privilégier pour les femmes souffrant d'une insuffisance veineuse ou ne pouvant mouvoir leurs membres inférieurs, en raison du risque de TVP, même en l'absence de mutations thrombogènes connues. De même, les méthodes ne nécessitant pas la prise quotidienne d'un médicament seront préférables pour les personnes souffrant d'un handicap mental ou de troubles psychiatriques susceptibles d'occasionner des oublis. Enfin, chez les femmes ayant des problèmes d'hygiène intime, il conviendra de prendre en compte l'impact de la méthode contraceptive sur les cycles menstruels.

Dans tous les cas, les décisions médicales doivent reposer sur un choix éclairé et une éducation suffisante en matière de santé sexuelle et reproductive. Si la nature du handicap ne permet pas d'identifier clairement la volonté et les préférences de la personne, les contraceptifs devraient être prescrits uniquement en accord avec les dispositions de l'Article 12 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées. En effet, de tels cas nécessitent une procédure d'aide à la prise de décision, au cours de laquelle sont réunis les personnes de confiance de la personne handicapée, un médiateur dédié et d'autres accompagnateurs pour parvenir à une décision aux côtés de la personne handicapée. Dans la mesure du possible, cette décision devrait refléter la volonté et les préférences de la personne handicapée. Étant donné le nombre de cas de stérilisation involontaire de personnes handicapées, une technique souvent employée dans les institutions pour gérer les cycles menstruels,¹¹ il est particulièrement important de veiller à ce qu'une décision de stérilisation soit prise avec le consentement entier, informé et sans contrainte de la personne handicapée, qu'elle soit seule ou soutenue dans sa décision.

2.5.2 Adolescents

Dans de nombreux pays, les adolescents n'ont pas un accès approprié à l'information et aux services de contraception nécessaires pour protéger leur santé sexuelle et reproductive. Il existe un besoin urgent de mettre en œuvre des programmes qui, d'une part, répondent aux besoins des adolescents en matière de contraception, et d'autre part, aident à lever les obstacles à la prestation de services. Il est admis que les adolescents peuvent utiliser les mêmes méthodes contraceptives que les adultes ; ils doivent avoir accès à un choix étendu de contraceptifs. L'âge ne constitue pas à lui seul une raison médicale de refuser une méthode à un adolescent. Si des inquiétudes ont été exprimées concernant l'utilisation de certaines méthodes contraceptives par les adolescents (p. ex. l'emploi de progestatifs seuls injectables par les jeunes en dessous de 18 ans), ces inquiétudes doivent être pesées en regard des avantages que représente la prévention d'une grossesse non intentionnelle. Il est clair que bon nombre des critères de recevabilité valables pour les clients plus âgés s'appliquent également aux jeunes. Toutefois, certaines pathologies (p. ex. les troubles cardio-vasculaires) qui peuvent limiter l'utilisation de certaines méthodes par les femmes plus âgées ne concernent en général pas les adolescentes, ces affections étant rares dans cette classe d'âge.

Des facteurs politiques et culturels peuvent influencer l'accès des adolescents à l'information et aux services de contraception. Par exemple, lorsque les services de contraception sont disponibles, il se peut que des adolescents (en particulier non mariés) ne puissent pas y accéder en raison de lois et de politiques restrictives. Même dans les cas où les adolescents ont la possibilité d'obtenir des services de contraception, il se peut qu'ils y renoncent par peur que leur dossier ne soit pas tenu confidentiel, ou que les agents de santé portent sur eux un regard réprobateur. Tous les adolescents, qu'ils soient mariés ou non, ont le droit au respect de leur vie privée et à la confidentialité en matière de santé, y compris de soins de santé reproductive. Tous les adolescents doivent avoir accès à des services appropriés de santé sexuelle et reproductive, y compris la contraception, sans qu'il soit nécessaire pour cela d'exiger l'accord parental ou tuteurale en vertu de la loi, des politiques en vigueur ou de la pratique.

Les considérations d'ordre social et comportemental sont essentielles pour le choix des méthodes contraceptives chez l'adolescent. Dans certains contextes par exemple, les adolescents sont également exposés à un risque accru d'IST, notamment d'infection par le VIH. Si les adolescents peuvent choisir parmi toutes les méthodes disponibles dans leurs

10 *Rapport mondial sur le handicap*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2011. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44791/2/9789240688193_fre.pdf (consulté le 19 mai 2016).

11 Ibid.

communautés, dans certains cas, il peut être plus adapté d'utiliser des méthodes qui n'exigent pas une discipline quotidienne. Il a aussi été démontré que les adolescents, mariés ou non, tolèrent moins bien les effets secondaires et présentent 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 sexuels et la nécessité de dissimuler une activité sexuelle ainsi que le recours à la contraception. Par exemple, les adolescents sexuellement actifs et non mariés ont des besoins très différents de ceux qui sont mariés et souhaitent différer, espacer ou limiter les grossesses. Un choix plus étendu de méthodes permettra de mieux satisfaire les besoins ; la contraception sera alors mieux acceptée et davantage utilisée. Une éducation adaptée et des conseils prodigués en amont, puis au moment du choix d'une méthode, permettront aux adolescents d'exprimer leurs problèmes particuliers et de prendre des décisions informées et délibérées. Il convient de

tout mettre en œuvre pour éviter que le coût des services et des méthodes limite les possibilités de choix.

2.6 Récapitulatif des modifications apportées dans la cinquième édition du document

Les tableaux suivants mettent en évidence les changements apportés dans la cinquième édition des *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* par rapport à la quatrième édition (voir Tableaux 2.4–2.6). Ces modifications comprennent : des changements dans les catégories entre la cinquième édition et les éditions antérieures ; des recommandations pour de nouveaux états et caractéristiques intégrés dans la cinquième édition ; des changements dans la dénomination de certaines pathologies (pour tenir compte de la pratique clinique actuelle) et des informations détaillées concernant les nouvelles méthodes contraceptives incluses dans la cinquième édition.

Tableau 2.4 Récapitulatif des changements apportés entre la quatrième et la cinquième édition des *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* (les changements sont indiqués en gras)

État/caractéristiques	COC/P/ AIV	CIC	PPS	AMPR NET-EN	LNG/ETG implants	DIU-Cu	DIU-LNG
Allaitement au sein							
a) < 6 semaines après l'accouchement	4	4	2 ^a	3 ^a	2 ^a		
b) De 6 semaines à < 6 mois (allaitement principalement au sein)	3	3	1	1	1		
c) ≥ 6 mois après l'accouchement	2	2	1	1	1		
Post-partum (femmes qui n'allaitent pas)							
a) < 21 jours			1	1	1		
(i) sans autres facteurs de risque de TEV	3 ^a	3 ^a					
(ii) avec autres facteurs de risque de TEV	4 ^a	4 ^a					
b) De 21 à 42 jours			1	1	1		
(i) sans autres facteurs de risque de TEV	2 ^a	2 ^a					
(ii) avec autres facteurs de risque de TEV	3 ^a	3 ^a					
c) ≥ 42 jours	1	1	1	1	1		

État/caractéristiques	COC/P/ AIV	CIC	PPS	AMPR NET-EN	LNG/ETG implants	DIU-Cu		DIU-LNG	
Post-partum (allaitement au sein [AS] ou non, notamment après une césarienne)									
a) < 48 heures y compris pose immédiate après l'expulsion du placenta						1	Pas d'AS = 1; AS = 2		
b) 48 heures à < 4 semaines						3	3		
c) ≥ 4 semaines						1	1		
d) Infection puerpérale						4	4		
Troubles veineux superficiels									
a) Varices	1	1	1	1	1	1	1		
b) Thrombose veineuse superficielle	2 ^a	2 ^a	1	1	1	1	1		
Dyslipidémies avérées sans autres facteurs de risque cardiovasculaire connus	2 ^a	2 ^a	2 ^a	2 ^a	2 ^a	1 ^a		2 ^a	
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 ^a	4	2 ^a
b) Autres IST (à l'exclusion du VIH et de l'hépatite)	1	1	1	1	1	2	2	2	2
c) Vaginite (y compris <i>Trichomonas vaginalis</i> et vaginose bactérienne)	1	1	1	1	1	2	2	2	2
d) Risque accru d'IST	1	1	1	1	1	2/3 ^a	2	2/3 ^a	2
VIH/SIDA						A	C	A	C
Risque élevé de VIH	1	1	1	1 ^a	1	2	2	2	2
Infection à VIH asymptomatique ou légère (stade de l'OMS 1 ou 2)	1 ^a	1 ^a	1 ^a	1 ^a	1 ^a	2	2	2	2
Infection à VIH sévère ou à un stade avancé (stade de l'OMS 3 ou 4)	1 ^a	1 ^a	1 ^a	1 ^a	1 ^a	3	2 ^a	3	2 ^a

État/caractéristiques	COC/P/ AIV	CIC	PPS	AMPR NET-EN	LNG/ETG implants	DIU-Cu		DIU-LNG	
						A	C	A	C
Traitement antirétroviral									
a) Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI)									
Abacavir (ABC)	1	1	1	1	1	2/3 ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a
Ténofovir (TDF)	1	1	1	1	1	2/3 ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a
Zidovudine (AZT)	1	1	1	1	1	2/3 ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a
Lamivudine (3TC)	1	1	1	1	1	2/3 ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a
Didanosine (DDI)	1	1	1	1	1	2/3 ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a
Emtricitabine (FTC)	1	1	1	1	1	2/3 ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a
Stavudine (D4T)	1	1	1	1	1	2/3 ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a
b) Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI)									
Éfavirenz (EFV)	2 ^a	2 ^a	2 ^a	1 = AMPR ; 2 = NET-EN ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a
Étravirine (ETR)	1	1	1	1	1	2/3 ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a
Névirapine (NVP)	2 ^a	2 ^a	2 ^a	1 = AMPR ; 2 = NET-EN ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a
Rilpivirine (RPV)	1	1	1	1	1	2/3 ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a
c) Inhibiteurs de la protéase (IP)									
Atazanavir boosté par le ritonavir (ATV/r)	2 ^a	2 ^a	2 ^a	1 = AMPR ; 2 = NET-EN ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a
Lopinavir boosté par le ritonavir (LPV/r)	2 ^a	2 ^a	2 ^a	1 = AMPR ; 2 = NET-EN ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a
Darunavir boosté par le ritonavir (DRV/R)	2 ^a	2 ^a	2 ^a	1 = AMPR ; 2 = NET-EN ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a
Ritonavir (RTV)	2 ^a	2 ^a	2 ^a	1 = AMPR ; 2 = NET-EN ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a
d) Inhibiteurs de l'intégrase									
Raltégravir (RAL)	1	1	1	1	1	2/3 ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a

^a Pour des explications sur la classification, se reporter au tableau correspondant à chaque méthode contraceptive dans la section 2.7 du document.

Tableau 2.5 Pilules pour la contraception d'urgence (PCU) (les changements sont indiqués en gras)

Pilules pour la contraception d'urgence (PCU) (les changements sont indiqués en gras)

Condition	COC	LNG	UPA
Grossesse	NA ^a	NA ^a	NA^a
Allaitement au sein	1	1	2^a
Antécédents de grossesse extra-utérine	1	1	1
Obésité	1^a	1^a	1^a
Antécédents de pathologie cardio-vasculaire grave (cardiopathie ischémique, accident vasculaire cérébral ou autre pathologie thrombo-embolique)	2	2	2
Migraine	2	2	2
Pathologie hépatique grave (y compris l'ictère)	2	2	2
Inducteurs du CYP3A4 (p. ex. rifampicine, phénytoïne, phénobarbital, carbamazépine, éfavirenz, fosphénytoïne, névirapine, oxcarbazépine, primidone, rifabutine, millepertuis (<i>Hypericum perforatum</i>))	1^a	1^a	1^a
Utilisation répétée de la PCU	1 ^a	1 ^a	1^a
Viol	1	1	1

a Pour des explications sur la classification, se reporter au tableau correspondant à chaque méthode contraceptive dans la section 2.7 du document.

Tableau 2.6 Anneau intravaginal libérant de la progestérone (les changements sont indiqués en gras)

État/caractéristiques	Catégorie
Grossesse	NA
Allaitement au sein et ≥ 4 semaines après l'accouchement	1

2.7 Tableaux

2.7.1 Contraceptifs hormonaux combinés (CHC)

CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINÉS (COC)

Les recommandations formulées dans les présentes lignes directrices se rapportent aux COC minidosés contenant $\leq 35 \mu\text{g}$ d'éthinyl-estradiol combinés à un progestatif.

La thrombose veineuse est rare parmi les femmes en âge de procréer. Tous les COC sont associés à un risque accru de thromboembolie veineuse (TEV) par rapport à leur non-usage. Plusieurs études ont montré différents niveaux de risque de

TEV associés aux COC contenant différents progestatifs (1-19). Les derniers résultats laissent penser que les COC contenant du lévonorgestrel, du noréthistérone et du norgestimate sont associés au niveau de risque le plus bas (20). En termes absolus, cependant, les différences sont très faibles.

Des données limitées n'appuient pas l'hypothèse selon laquelle le faible risque absolu d'accidents artériels associé à l'usage des COC varie en fonction du type de progestatif (5, 6, 20-34).

Les recommandations contenues dans les présentes lignes directrices sont les mêmes pour toutes les formulations de COC, indépendamment de la dose de progestatif qu'elles contiennent.

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS

CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINÉS (CIC)

Les CIC diffusent un estrogène naturel et un progestatif. Ils agissent par inhibition de l'ovulation (35-39). On s'intéressera ici à deux formulations de CIC, administrées toutes les deux à intervalles de 4 semaines :

1. Cyclofem = 25 mg d'acétate de médroxyprogestérone et 5 mg de cypionate d'estradiol
2. Mesigyna = 50 mg d'éнанtate de noréthistérone et 5 mg de valérianate d'estradiol

Les CIC contiennent de l'estradiol, un estrogène naturel. L'estradiol est moins puissant, son effet est de plus courte durée et il est plus rapidement métabolisé que les estrogènes de synthèse utilisés dans d'autres formulations telles que les contraceptifs oraux combinés (COC), le patch contraceptif combiné (P) et l'anneau contraceptif combiné intravaginal (AIV). Ces différences impliquent que pour les utilisatrices de CIC, le type et l'ampleur des effets secondaires de l'estrogène ne sont pas les mêmes que pour les utilisatrices de COC/P/AIV. Effectivement, des études de courte durée 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 (40-42). En outre, les CIC étant administrés par injection, l'effet de premier passage hépatique est évité, minimisant ainsi l'effet de l'estradiol sur le foie.

Il n'en reste pas moins que les CIC sont une méthode contraceptive relativement récente, et il existe peu de données épidémiologiques quant à leurs effets à long terme. Un autre aspect à considérer est que, si l'effet de l'exposition hormonale associée à l'utilisation des COC et des pilules de progestatif seul (PPS) peut cesser immédiatement à l'arrêt de la méthode, cela est différent pour les injectables, dont les effets perdurent un certain temps après la dernière injection.

Dans l'attente de données supplémentaires, le Groupe d'élaboration des lignes directrices a conclu que les données disponibles pour les COC s'appliquent également aux CIC dans de nombreux cas, mais pas dans tous. En conséquence, le Groupe a indiqué pour les CIC des catégories se situant quelque part entre celles des COC et celles des PPS. Toutefois, pour les affections graves (p. ex. cardiopathie ischémique), la classification est la même que pour les COC. Les catégories indiquées doivent donc être considérées comme une appréciation préliminaire, aussi juste que possible, qui sera réévaluée à la lumière de nouvelles données.

PATCH CONTRACEPTIF COMBINÉ (P) ET ANNEAU CONTRACEPTIF COMBINÉ INTRAVAGINAL (AIV)

Le patch contraceptif combiné (P) et l'anneau contraceptif combiné intravaginal (AIV) sont des méthodes contraceptives relativement nouvelles. Les données sont limitées en ce qui concerne l'innocuité de ces méthodes pour les femmes présentant certaines pathologies. En outre, aucune donnée épidémiologique n'étant disponible sur les effets à long terme du P et de l'AIV, le Groupe d'élaboration des lignes directrices n'a pas pu examiner ces aspects. La plupart des études disponibles ont bénéficié du soutien des fabricants de ces méthodes.

D'après les données disponibles, le profil sécuritaire et pharmacocinétique du P présente des caractéristiques comparables à celles des COC de composition hormonale similaire (43-60). Davantage d'effets indésirables, passagers et de courte durée, ont été signalés chez les utilisatrices du P : un inconfort mammaire et des réactions cutanées sur le site d'application. Toutefois, moins de 25 % des utilisatrices ont ressenti ces effets (45, 49, 50, 56-58, 61). Des données limitées laissent penser que le P serait moins efficace pour les femmes de 90 kg ou plus (58, 60).

D'après les données disponibles, l'AIV présente un profil sécuritaire et pharmacocinétique comparable à celui des COC de composition hormonale similaire, et a des effets analogues sur la fonction ovarienne, chez les femmes en bonne santé (61-75). Les données relatives aux femmes obèses (IMC ≥ 30 kg/m²) montrent que la prise de poids chez les femmes de cette catégorie n'est pas différente entre les utilisatrices de l'AIV et celles des COC (76). Des données limitées sur les femmes ayant subi un avortement médical ou chirurgical n'ont permis de constater aucune réaction indésirable grave et aucune infection liée à l'utilisation de l'AIV au cours d'un suivi de trois cycles après l'avortement (77). Des données limitées concernant les femmes présentant des lésions intra-épithéliales squameuses de bas grade ont permis de constater que l'utilisation de l'AIV n'aggravait pas ces lésions (64).

Dans l'attente de données supplémentaires, le Groupe d'élaboration des lignes directrices a conclu que les données disponibles sur les COC s'appliquent également au P et à l'AIV. En conséquence, les catégories seront les mêmes pour les COC, le P et l'AIV. Les catégories indiquées doivent donc être considérées comme une appréciation préliminaire, aussi juste que possible, qui sera réévaluée à la lumière de nouvelles données.

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS (CHC)					
Les CHC n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.					
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A = Adoption, C = Continuation				EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES
	COC	P	AIV	CIC	
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires après le tableau	COC = contraceptifs oraux combinés P = patch contraceptif combiné AIV = anneau contraceptif combiné intravaginal CIC = contraceptifs injectables combinés				
CARACTERISTIQUES PERSONNELLES ET ANTECEDENTS GENESIQUES					
GROSSESSE	NA	NA	NA	NA	NA = non applicable Explication complémentaire : L'utilisation de COC, de P, d'AIV ou de CIC 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 COC, de P, d'AIV ou de CIC pendant la grossesse.
AGE ^{†*} a) Des premières règles à < 40 ans b) ≥ 40 ans	1 2	1 2	1 2	1 2	Données : S'agissant des effets des CHC sur le risque de fracture, les données sont inconsistantes (78-89), bien que 3 études récentes aient conclu à une absence d'effet (90-92). L'utilisation des CHC peut causer une diminution de la densité minérale osseuse (DMO) chez les adolescentes, en particulier celles qui choisissent une formulation à très faible dose (COC contenant <30 µg d'éthinyl-estradiol) (91, 93-105). Avant la ménopause, l'utilisation des CHC a peu ou pas d'effet sur la DMO (90, 93-102, 106-109), alors qu'elle semble préserver la masse osseuse chez les femmes en cours de périménopause (103, 104, 110-117). La DMO est un marqueur de substitution pour le risque de fracture qui n'est peut-être pas applicable aux femmes avant la ménopause et donc ne permettrait pas de prédire avec précision le risque de fracture présent ou futur (postménopause) (118-120).
PARITE a) Nullipare b) Uni/multipare	1 1	1 1	1 1	1 1	

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS (CHC)					
Les CHC n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.					
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE				EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES
	A = Adoption, C = Continuation				
	COC	P	AIV	CIC	
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires après le tableau	COC = contraceptifs oraux combinés P = patch contraceptif combiné AIV = anneau contraceptif combiné intravaginal CIC = contraceptifs injectables combinés				
ALLAITEMENT AU SEIN† a) < 6 semaines après l'accouchement b) De 6 semaines à < 6 mois après c) ≥ 6 mois après l'accouchement	4	4	4	4	Données : Les études cliniques montrent des résultats contradictoires concernant les effets des COC sur le maintien de l'allaitement ou de son caractère exclusif chez les femmes utilisant les COC durant l'allaitement. Les données sur leur effet sur la croissance ou la maladie du nourrisson ne sont pas cohérentes (121-126). On n'a pas mis en évidence d'effets indésirables pour la santé ni de manifestations liées à l'estrogène exogène chez les nourrissons exposés aux contraceptifs combinés à travers le lait maternel ; cependant, les études n'ont pas été conçues de manière adéquate pour déterminer s'il existe un risque d'apparition d'effets graves ou subtiles à long terme.

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS (CHC)

Les CHC n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.

ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE				EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES
	A = Adoption, C = Continuation				
	COC	P	AIV	CIC	
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires après le tableau	COC = contraceptifs oraux combinés P = patch contraceptif combiné AIV = anneau contraceptif combiné intravaginal CIC = contraceptifs injectables combinés				

POST-PARTUM (CHEZ LES FEMMES QUI N'ALLAIENT PAS)[†]

Bien que le risque de thrombo-embolie veineuse soit le même chez toutes les femmes, qu'elles allaitent ou non, l'utilisation des CHC n'est en général pas recommandée pendant les 6 premiers mois du post partum chez les femmes qui allaitent au sein.

a) < 21 jours					Explications complémentaires : Jusqu'à 6 semaines après l'accouchement, les femmes qui présentent d'autres facteurs de risques de TEV tels qu'une immobilisation, une transfusion lors de l'accouchement, un IMC >30 kg/m ² , une hémorragie du post-partum, immédiatement après une césarienne, une prééclampsie ou encore le tabagisme, l'utilisation des CHC peut encore accroître le risque de TEV. Données : Le risque de TEV est élevé au cours de la grossesse et pendant le post-partum. Il est très prononcé pendant les 3 semaines qui suivent l'accouchement et retrouve ensuite quasiment son niveau de référence vers le 42 ^e jour du post-partum (127-131). L'utilisation des CHC, qui augmentent le risque de TEV chez les femmes en bonne santé et en âge de procréer, peut constituer un risque supplémentaire au cours de cette période (132). Le risque de grossesse au cours des 21 premiers jours du post-partum est très faible, mais augmente ensuite chez les femmes qui n'allaitent pas ; il est fréquent d'observer une ovulation avant le retour des menstruations (133).
(i) sans autres facteurs de risque de TEV	3	3	3	3	
(ii) avec autres facteurs de risque de TEV	4	4	4	4	
b) De 21 à 42 jours					
(i) sans autres facteurs de risque de TEV	2	2	2	2	
(ii) avec autres facteurs de risque de TEV	3	3	3	3	
c) > 42 jours	1	1	1	1	

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS (CHC)					
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE				EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES
	A = Adoption, C = Continuation				
	COC	P	AIV	CIC	
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires après le tableau	COC = contraceptifs oraux combinés P = patch contraceptif combiné AIV = anneau contraceptif combiné intravaginal CIC = contraceptifs injectables combinés				
POST-ABORTUM a) Avortement au premier trimestre b) Avortement au deuxième trimestre c) Immédiatement après un avortement septique	1	1	1	1	Explication complémentaire : La contraception par les COC, le patch, l'anneau ou les CIC peut débuter immédiatement après l'avortement. Données : Les femmes qui ont commencé à prendre des COC immédiatement après un avortement médical ou chirurgical au premier trimestre n'ont pas présenté plus d'effets secondaires ni de saignements vaginaux indésirables ni de modifications importantes sur le plan clinique des paramètres de la coagulation que celles ayant utilisé un placebo, un DIU, une méthode non hormonale de contraception, ou ayant retardé la prise de COC (134-141). Les données limitées relatives aux femmes ayant utilisé un anneau juste après un avortement médical ou chirurgical au premier trimestre n'ont pas permis de mettre en évidence des manifestations indésirables graves ni d'infection liées à l'utilisation de l'AIV pendant les trois cycles du suivi après un avortement (77).
ANTECEDENTS DE GROSSESSE EXTRA-UTERINE*	1	1	1	1	
ANTECEDENTS DE CHIRURGIE PELVIENNE	1	1	1	1	
TABAGISME a) Age < 35 ans b) Age ≥ 35 ans (i) < 15 cigarettes/jour (ii) ≥ 15 cigarettes/jour	2 3 4	2 3 4	2 3 4	2 2 3	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 le nombre de cigarettes fumées chaque jour (30, 31, 142-151).

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS (CHC)					
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE				EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES
	A = Adoption, C = Continuation				
	COC	P	AIV	CIC	
<p>† Recommandations révisées pour la 5^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i>, voir information détaillée après le tableau.</p> <p>* Voir explications complémentaires après le tableau</p>	<p>COC = contraceptifs oraux combinés P = patch contraceptif combiné AIV = anneau contraceptif combiné intravaginal CIC = contraceptifs injectables combinés</p>				
<p>OBESITE</p> <p>a) Indice de masse corporelle (IMC) ≥ 30 kg/m²</p> <p>b) Des premières règles à < 18 ans et IMC ≥ 30 kg/m²</p>	2	2	2	2	<p>Données : Les femmes obèses qui utilisent des COC sont plus exposées au risque de TEV que les femmes obèses qui n'en utilisent pas. Le risque absolu de TEV chez les femmes en bonne santé et en âge de procréer reste faible. Les données limitées dont on dispose laissent penser que les femmes obèses qui utilisent des COC ne sont pas plus exposées au risque d'infarctus aigu du myocarde ou d'accident vasculo-cérébral que les femmes obèses qui n'en utilisent pas (146, 147, 151-156). Des données limitées indiquent également que les femmes obèses ne sont pas plus susceptibles de prendre du poids au bout de trois cycles d'utilisation de l'AIV ou des COC que les femmes en surpoids ou de poids normal. Une prise de poids comparable a été observée sur une période de trois mois entre le groupe prenant des COC et celui utilisant l'AIV, pour toutes les catégories d'IMC (76). Dans l'ensemble, les données montrent que l'efficacité des contraceptifs est maintenue chez les utilisatrices de CHC obèses (157-172) ; cependant, les données ne sont pas concordantes pour les utilisatrices de COC ayant un IMC très élevé (161, 167, 171). On n'a trouvé aucune association entre le risque de grossesse et l'IMC parmi les utilisatrices du patch (161, 167, 171). Selon une étude, l'efficacité du patch a diminué chez les femmes pesant > 90 kg (172).</p>

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS (CHC)					
Les CHC n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.					
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE				EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES
	A = Adoption, C = Continuation				
	COC	P	AIV	CIC	
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires après le tableau	COC = contraceptifs oraux combinés P = patch contraceptif combiné AIV = anneau contraceptif combiné intravaginal CIC = contraceptifs injectables combinés				
MESURE DE LA TENSION ARTERIELLE NON DISPONIBLE	NA	NA	NA	NA	NA = non applicable Explication complémentaire : Il est souhaitable de pouvoir mesurer la tension artérielle avant de débuter une contraception par les COC, le P, l'AIV ou les CIC. 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, le P, l'AIV et les CIC constituent quelques-unes des rares méthodes largement disponibles. En pareil cas, les femmes ne doivent pas se voir refuser les COC, le P, l'AIV ou les CIC 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, hypertension et dyslipidémies avérées)	3/4	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, l'utilisation de COC, de P, d'AIV ou de CIC peut 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.

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS (CHC)					
Les CHC n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.					
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE				EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES
	A = Adoption, C = Continuation				
	COC	P	AIV	CIC	
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires après le tableau	COC = contraceptifs oraux combinés P = patch contraceptif combiné AIV = anneau contraceptif combiné intravaginal CIC = contraceptifs injectables combinés				
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	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 (26, 32, 33, 173, 174).
b) Hypertension bien contrôlée, lorsque la tension artérielle PEUT être mesurée	3	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 COC, du P, de l'AIV ou de CIC 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)					Données : Chez les hypertendues, les utilisatrices de COC présentaient un risque accru d'accident vasculaire cérébral, d'infarctus aigu du myocarde et d'artériopathie périphérique, par rapport à celles qui ne les utilisaient pas (14, 26, 31, 33, 142, 144, 150, 151, 173-185). L'interruption des COC chez les femmes présentant une hypertension permet de mieux contrôler la tension artérielle (186).
(i) systolique 140-159 ou diastolique 90-99 mm Hg	3	3	3	3	
(ii) systolique ≥ 160 ou diastolique ≥ 100 mm Hg	4	4	4	4	
d) Pathologie vasculaire	4	4	4	4	

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS (CHC)					
Les CHC n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.					
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE				EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES
	A = Adoption, C = Continuation				
	COC	P	AIV	CIC	
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires après le tableau	COC = contraceptifs oraux combinés P = patch contraceptif combiné AIV = anneau contraceptif combiné intravaginal CIC = contraceptifs injectables combinés				
ANTECEDENTS D'HYPERTENSION GRAVIDIQUE (lorsque la tension artérielle mesurée du moment est normale)	2	2	2	2	Données : Les femmes ayant des antécédents d'hypertension gravidique et utilisant des COC présentaient un risque accru d'infarctus du myocarde et de thromboembolie 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 thromboembolie veineuse au sein de ce groupe restait faible (32, 33, 151, 174, 176, 187-192).
THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE (TVP)/EMBOLIE PULMONAIRE (EP)* a) Antécédents de TVP/EP b) TVP/EP aiguë c) TVP/EP et traitement par anticoagulants d) Antécédents familiaux de TVP/EP (parents au premier degré) e) Chirurgie majeure (i) avec immobilisation prolongée (ii) sans immobilisation prolongée f) Chirurgie mineure sans immobilisation	4 4 4 2 4 2 1	4 4 4 2 4 2 1	4 4 4 2 4 2 1	4 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 antithrombine)	4	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. 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 (3, 155, 193-214)

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS (CHC)

Les CHC n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.

ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A = Adoption, C = Continuation				EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES
	COC	P	AIV	CIC	
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires après le tableau	COC = contraceptifs oraux combinés P = patch contraceptif combiné AIV = anneau contraceptif combiné intravaginal CIC = contraceptifs injectables combinés				
TROUBLES VEINEUX SUPERFICIELS † a) Varices	1	1	1	1	Données : Une étude a suggéré que parmi les femmes présentant des varices, les taux de thromboembolie veineuse (TEV) et de thrombose veineuse superficielle (TVS) sont plus élevés chez celles qui utilisent des contraceptifs oraux que chez celles qui n'en utilisent pas. Cependant, la signification statistique n'a pu être établie et le nombre de cas était limité (215).
b) Thrombophlébite superficielle	2	2	2	2	Explication complémentaire : La TVS peut être associée à un risque plus élevé de TEV. Données : Une étude a montré que parmi les femmes atteintes de TVS, le risque de TEV est plus élevé chez celles qui utilisent des contraceptifs oraux que chez celles qui n'en utilisent pas (216).
CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE ACTUELLE ET ANTECEDENTS DE CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE	4	4	4	4	
ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL (antécédents d'accident vasculaire cérébral)	4	4	4	4	

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS (CHC)					
Les CHC n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.					
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE				EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES
	A = Adoption, C = Continuation				
	COC	P	AIV	CIC	
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires après le tableau	COC = contraceptifs oraux combinés P = patch contraceptif combiné AIV = anneau contraceptif combiné intravaginal CIC = contraceptifs injectables combinés				
DYSLIPIDEMIES AVEREES SANS AUTRE FACTEUR DE RISQUE CARDIOVASCULAIRE CONNU[†]	2	2	2	2	<p>Explications complémentaires : Il n'est pas recommandé de procéder à un dépistage systématique compte tenu de la rareté de cette pathologie et du coût élevé du dépistage. Un taux élevé de cholestérol total, de lipoprotéines de basse densité (LDL) et de triglycérides, ainsi qu'une baisse du taux de lipoprotéines de haute densité (HDL) constituent des facteurs de risque connus de maladie cardiovasculaire. Les femmes présentant de graves troubles lipidiques génétiques sont exposées au cours de leur vie à un risque beaucoup plus important de maladies cardiovasculaires pouvant justifier une évaluation clinique approfondie.</p> <p>Données : Des données limitées sur le risque d'accidents cardiovasculaires chez les utilisatrices de CHC présentant une dyslipidémie n'ont pas fourni des résultats cohérents. Une étude a suggéré un risque accru d'infarctus du myocarde chez les utilisatrices de COC présentant une hypercholestérolémie, par comparaison à des non-utilisatrices ne présentant pas d'hypercholestérolémie (217) ; une étude a suggéré un risque accru de TEV et d'accident vasculaire cérébral chez les utilisatrices de COC présentant une dyslipidémie, par comparaison à des utilisatrices de COC ne présentant pas de dyslipidémie (22) ; enfin une étude n'a pas permis de constater une aggravation des anomalies lipidiques parmi les utilisatrices de CHC présentant une dyslipidémie par comparaison aux non-utilisatrices présentant une dyslipidémie (218). Aucun risque de pancréatite n'a été identifié.</p>

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS (CHC)

Les CHC n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.

ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A = Adoption, C = Continuation				EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES
	COC	P	AIV	CIC	
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires après le tableau	COC = contraceptifs oraux combinés P = patch contraceptif combiné AIV = anneau contraceptif combiné intravaginal CIC = contraceptifs injectables combinés				
VALVULOPATHIE CARDIAQUE*					
a) Non compliquée	2	2	2	2	
b) Compliquée (hypertension pulmonaire, risque de fibrillation auriculaire, antécédents d'endocardite bactérienne sub-aiguë)	4	4	4	4	
MALADIES RHUMATISMALES					
LUPUS ERYTHEMATEUX DISSEMINÉ (LED)					
Les sujets atteints de LED sont exposés à un risque accru de cardiopathie ischémique, d'accident vasculaire cérébral et de thrombose veineuse. Les catégories attribuées à ces pathologies dans les présentes lignes directrices doivent être les mêmes pour les femmes atteintes de LED qui présentent ces pathologies. Pour toutes les catégories de LED, les classifications se fondent sur l'hypothèse qu'il n'y a pas d'autre facteur de risque de maladie cardio-vasculaire ; en présence de tels facteurs de risque, ces classifications doivent être modifiées. Les données disponibles indiquent que de nombreuses femmes atteintes de LED peuvent être considérées comme de bonnes candidates pour la plupart des méthodes contraceptives, y compris les contraceptifs hormonaux (219-236).					
a) Anticorps antiphospholipides positifs (ou inconnus)	4	4	4	4	Données : Les anticorps antiphospholipides sont associés à un risque accru de thrombose artérielle et veineuse (237-239).
b) Thrombopénie grave	2	2	2	2	
c) Traitement immunosuppresseur	2	2	2	2	
d) Aucun des facteurs ci-dessus	2	2	2	2	

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS (CHC)									
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE								EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES
	A = Adoption, C = Continuation								
	COC		P		AIV		CIC		
<p>† Recommandations révisées pour la 5^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i>, voir information détaillée après le tableau.</p> <p>* Voir explications complémentaires après le tableau</p>	<p>COC = contraceptifs oraux combinés P = patch contraceptif combiné AIV = anneau contraceptif combiné intravaginal CIC = contraceptifs injectables combinés</p>								
AFFECTIONS NEUROLOGIQUES									
CEPHALEES*	A	C	A	C	A	C	A	C	<p>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. Le risque d'accident vasculaire cérébral augmente avec l'âge, l'hypertension et le tabagisme.</p> <p>Données : Chez les migraineuses, celles qui présentaient également des symptômes neurologiques focaux (avec aura) avaient un risque d'accident vasculaire cérébral plus important que celles qui n'en présentaient pas (240-242). Chez les migraineuses, 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 (142, 154, 181, 182, 240-246).</p>
a) Non migraineuses (légères ou sévères)	1	2	1	2	1	2	1	2	
b) Migraine									
(i) sans aura									
Age < 35 ans	2	3	2	3	2	3	2	3	
Age ≥ 35 ans	3	4	3	4	3	4	3	4	
(ii) avec aura (quel que soit l'âge)	4	4	4	4	4	4	4	4	
EPILEPSIE	1		1		1		1		<p>Explication complémentaire : Si une femme prend des anticonvulsivants, se reporter à la dernière section du tableau, 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.</p>

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS (CHC)					
Les CHC n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.					
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A = Adoption, C = Continuation				EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES
	COC	P	AIV	CIC	
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires après le tableau	COC = contraceptifs oraux combinés P = patch contraceptif combiné AIV = anneau contraceptif combiné intravaginal CIC = contraceptifs injectables combinés				
ETATS DEPRESSIFS					
ETATS DEPRESSIFS	1	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. Données : Il n'a pas été constaté d'accroissement des symptômes dépressifs chez les femmes dépressives utilisatrices de COC, par rapport aux bases de départ ou aux non utilisatrices souffrant de dépression (247-256).
INFECTIONS ET PATHOLOGIES DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR					
SAIGNEMENTS VAGINAUX*					
a) Saignements irréguliers peu abondants	1	1	1	1	
b) Saignements abondants ou prolongés (y compris saignements réguliers et irréguliers).	1	1	1	1	Explication complémentaire : Des saignements abondants inhabituels doivent amener à soupçonner une maladie sous-jacente grave. Données : Une revue Cochrane a identifié un essai contrôlé randomisé évaluant l'efficacité des COC par comparaison avec le naproxène et le danazol pour le traitement des femmes présentant une ménorragie. Ces dernières n'ont pas fait état d'une aggravation de leur affection ni d'aucune manifestation indésirable liée à l'utilisation des COC (257).

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS (CHC)					
Les CHC n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.					
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE				EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES
	A = Adoption, C = Continuation				
	COC	P	AIV	CIC	
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires après le tableau	COC = contraceptifs oraux combinés P = patch contraceptif combiné AIV = anneau contraceptif combiné intravaginal CIC = contraceptifs injectables combinés				
SAIGNEMENTS VAGINAUX INEXPLIQUES* (suspicion de pathologie grave) Avant évaluation	2	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.
ENDOMETRIOSE	1	1	1	1	Données : Une revue Cochrane a identifié un essai contrôlé randomisé évaluant l'efficacité de l'utilisation des COC par comparaison avec un analogue de la gonadolibérine (LH-RH) pour le traitement des symptômes d'une endométriose. Les femmes souffrant d'une endométriose n'ont pas fait état d'une aggravation de leur affection ni d'aucune manifestation indésirable liée à l'utilisation des COC (258).
TUMEURS OVARIENNES BENIGNES (y compris les kystes)	1	1	1	1	
DYSMENORRHEE SEVERE	1	1	1	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 (259, 260).

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS (CHC)					
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE				EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES
	A = Adoption, C = Continuation				
	COC	P	AIV	CIC	
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires après le tableau	COC = contraceptifs oraux combinés P = patch contraceptif combiné AIV = anneau contraceptif combiné intravaginal CIC = contraceptifs injectables combinés				
MALADIE TROPHOBLASTIQUE GESTATIONNELLE a) Taux de β -hCG en diminution ou indécélables b) Taux de β -hCG durablement élevés ou maladie maligne	1	1	1	1	Données : Après évacuation d'une grossesse molaire, la prise en compte de l'ensemble des données disponibles a permis de constater que l'utilisation de COC n'augmentait pas le risque de maladie trophoblastique postmolaire et certaines utilisatrices ont enregistré une régression plus rapide des concentrations d'hCG que les non-utilisatrices (261-268). Des données limitées laissent à penser que l'utilisation des COC pendant un traitement chimiothérapeutique ne modifie pas sensiblement la régression ni le traitement de la maladie trophoblastique postmolaire lorsqu'on la compare avec l'utilisation d'une méthode contraceptive non hormonale ou de l'AMPR au cours du traitement (269).
ECTROPION DU COL UTERIN*	1	1	1	1	
NEOPLASIE INTRA-EPITHELIALE DU COL UTERIN (NIC)	2	2	2	2	Données : Chez les femmes souffrant d'une infection à papillomavirus (VPH) persistante, l'utilisation prolongée de COC (≥ 5 ans) est susceptible d'accroître le risque de cancer in situ et de cancer invasif (64, 270). Des données limitées sur les femmes présentant des lésions intra-épithéliales squameuses de bas grade ont permis de constater que l'utilisation de l'anneau vaginal n'aggravait pas l'affection (64).
CANCER DU COL UTERIN* (avant traitement)	2	2	2	2	
PATHOLOGIE DU SEIN* a) Grosseur non diagnostiquée b) Mastopathie bénigne	2	2	2	2	Explication complémentaire : Il faut procéder à une évaluation dès que possible.

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS (CHC)					
Les CHC n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.					
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE				EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES
	A = Adoption, C = Continuation				
	COC	P	AIV	CIC	
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires après le tableau	COC = contraceptifs oraux combinés P = patch contraceptif combiné AIV = anneau contraceptif combiné intravaginal CIC = contraceptifs injectables combinés				
c) Antécédents familiaux de cancer	1	1	1	1	Données : Les femmes qui possèdent les gènes de sensibilité au cancer du sein (par exemple le <i>BRCA1</i> et <i>BRCA2</i>) ont un risque de cancer du sein au départ plus élevé que celles qui ne les possèdent pas. Ce risque de cancer du sein est également plus élevé au départ chez les femmes ayant des antécédents familiaux de cancer du sein que chez celles qui n'en ont pas. Cependant, les données actuelles ne laissent pas à penser que le risque accru de cancer du sein chez les femmes ayant des antécédents familiaux de cancer ou possédant les gènes de sensibilité à ce cancer soit modifié par l'utilisation des COC (175, 271-293).
d) Cancer du sein					
(i) en cours	4	4	4	4	
(ii) en rémission depuis 5 ans	3	3	3	3	
CANCER DE L'ENDOMETRE*	1	1	1	1	
CANCER DE L'OVAIRE*	1	1	1	1	
FIBROMES UTERINS*					
a) Sans déformation de la cavité utérine	1	1	1	1	
b) Avec déformation de la cavité utérine	1	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	1	
(ii) sans grossesse ultérieure	1	1	1	1	
b) MIP en cours	1	1	1	1	

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS (CHC)						
Les CHC n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.						
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE				EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES	
	A = Adoption, C = Continuation					
	COC	P	AIV	CIC		
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires après le tableau	COC = contraceptifs oraux combinés P = patch contraceptif combiné AIV = anneau contraceptif combiné intravaginal CIC = contraceptifs injectables combinés					
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) c) Vaginite (y compris <i>Trichomonas vaginalis</i> et vaginose bactérienne) d) Risque accru d'IST	1	1	1	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 (289-369).	
VIH/SIDA[†]						
RISQUE ELEVE D'INFECTION PAR LE VIH	1	1	1	1		Données : Huit études ont évalué l'utilisation des COC et ont été considérées comme « instructives, mais comportant d'importantes limitations » (370). Sept de ces études n'ont permis de constater aucune association statistiquement significative entre l'utilisation des COC et l'infection par le VIH (371-378) ; toutefois, une étude menée parmi les professionnels du sexe au Kenya a fait état d'une telle association (379).

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS (CHC)					
Les CHC n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.					
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE				EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES
	A = Adoption, C = Continuation				
	COC	P	AIV	CIC	
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires après le tableau	COC = contraceptifs oraux combinés P = patch contraceptif combiné AIV = anneau contraceptif combiné intravaginal CIC = contraceptifs injectables combinés				
Infection à VIH asymptomatique ou légère (stade de l'OMS 1 ou 2)	1	1	1	1	Explications complémentaires pour l'infection à VIH asymptomatique ou légère (stade de l'OMS 1 ou 2) et l'infection à VIH sévère ou à un stade avancé (stade de l'OMS 3 ou 4) : Il peut exister un risque d'interactions médicamenteuses entre les contraceptifs hormonaux et les médicaments antirétroviraux (ARV). À ce sujet, se reporter à la dernière section du tableau, sur les interactions médicamenteuses. Données concernant l'infection à VIH asymptomatique ou légère (stade de l'OMS 1 ou 2) et l'infection à VIH sévère ou à un stade avancé (stade de l'OMS 3 ou 4) : Sur huit études disponibles, sept n'établissent aucune association entre l'utilisation des COC et la progression du VIH (mesurée par la numération des CD4 < 200 cells/mm ³), l'initiation d'un traitement antirétroviral (TAR) ou la mortalité (380-386). Un essai contrôlé randomisé, avec une mesure de résultat composite, a établi un risque accru de baisse du nombre de CD4 ou de décès chez les utilisatrices de COC, par comparaison aux utilisatrices du DIU au cuivre (387, 388). Deux études observationnelles prospectives ont directement évalué les effets de différentes méthodes contraceptives hormonales sur la transmission du VIH de la femme à l'homme en mesurant les séroconversions survenues chez les partenaires masculins de femmes utilisant des contraceptifs hormonaux. L'une de ces études a établi une estimation ponctuelle élevée, mais non statistiquement significative, pour les COC (378). L'autre étude n'a pas non plus établi d'association statistiquement significative pour les COC (389). Les études qui ont indirectement évalué les effets de différentes méthodes contraceptives hormonales sur la transmission du VIH de la
Infection à VIH sévère ou à un stade avancé (stade de l'OMS 3 ou 4)	1	1	1	1	

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS (CHC)					
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE				EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES
	A = Adoption, C = Continuation				
	COC	P	AIV	CIC	
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires après le tableau	COC = contraceptifs oraux combinés P = patch contraceptif combiné AIV = anneau contraceptif combiné intravaginal CIC = contraceptifs injectables combinés				
					femme à l'homme en mesurant les excréctions virales génitales comme étant un signe d'infectivité ont obtenu des résultats mitigés. La plupart des études indirectes qui cherchent à établir si différentes méthodes contraceptives hormonales ont un effet sur la charge virale plasmatique n'ont pas permis de constater d'effets (381, 390-404).
AUTRES INFECTIONS					
SCHISTOSOMIASE					
a) Non compliquée	1	1	1	1	Données : Chez les femmes présentant une schistosomiase non compliquée, l'utilisation de COC n'avait pas d'effets secondaires sur la fonction hépatique (405-411).
b) Fibrose hépatique (en cas d'atteinte grave, voir Cirrhose)	1	1	1	1	
TUBERCULOSE					
a) Non génito-urinaire	1	1	1	1	Explication complémentaire : Si une femme prend de la rifampicine, se reporter à la dernière section du tableau, 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	1	
PALUDISME	1	1	1	1	

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS (CHC)					
Les CHC n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.					
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE				EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES
	A = Adoption, C = Continuation				
	COC	P	AIV	CIC	
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires après le tableau	COC = contraceptifs oraux combinés P = patch contraceptif combiné AIV = anneau contraceptif combiné intravaginal CIC = contraceptifs injectables combinés				
TROUBLES ENDOCRINIENS					
DIABETE					
a) Antécédents de diabète gestationnel	1	1	1	1	Données : L'apparition d'un diabète non insulino-dépendant chez des femmes ayant des antécédents de diabète gestationnel n'est pas favorisée par l'utilisation des COC (412-419). De la même façon, l'utilisation des COC ne semble pas modifier les concentrations lipidiques (420-422).
b) Sans complication vasculaire					Données : Chez les femmes présentant un diabète insulino ou non insulino-dépendant, l'utilisation des COC a un effet limité sur les besoins quotidiens en insuline et aucun effet sur le contrôle du diabète à long terme (par exemple concentrations d'hémoglobine A1c) ou sur son évolution vers la rétinopathie. Les modifications du profil lipidique et des marqueurs hémostatiques sont limitées et la plupart restent dans des valeurs normales (419, 422-430).
(i) non insulino-dépendant	2	2	2	2	
(ii) insulino-dépendant	2	2	2	2	
c) Néphropathie/rétinopathie/neuropathie	3/4	3/4	3/4	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	3/4	3/4	3/4	Explication complémentaire : La catégorie doit être appréciée en fonction de la gravité de la pathologie.
TROUBLES THYROIIDIENS					
a) Goitre simple	1	1	1	1	
b) Hyperthyroïdie	1	1	1	1	
c) Hypothyroïdie	1	1	1	1	

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS (CHC)									
Les CHC n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.									
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE				EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES				
	A = Adoption, C = Continuation								
	COC	P	AIV	CIC					
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires après le tableau	COC = contraceptifs oraux combinés P = patch contraceptif combiné AIV = anneau contraceptif combiné intravaginal CIC = contraceptifs injectables combinés								
GASTROINTESTINAL CONDITIONS									
CHOLECYSTOPATHIE*									
a) Symptomatique									
(i) traitée par cholécystectomie	2	2	2	2					
(ii) traitée médicalement	3	3	3	2					
(iii) en cours	3	3	3	2					
b) Asymptomatique	2	2	2	2					
ANTECEDENTS DE CHOLESTASE*									
a) En rapport avec la grossesse	2	2	2	2					
b) Liés à une utilisation passée de COC	3	3	3	2					
HEPATITE VIRALE									
	A	C	A	C	A	C	A	C	
a) Aiguë ou poussée	3/4	2	3/4	2	3/4	2	3	2	Explication complémentaire : La catégorie doit être évaluée en fonction de la gravité de l'affection. Données : Les données laissent à penser que chez les femmes atteintes d'une hépatite chronique, l'utilisation des COC n'augmente pas la fréquence ni la gravité de la fibrose cirrhotique, pas plus qu'elle n'augmente le risque de carcinome hépatocellulaire (431, 432). Pour les femmes porteuses, l'utilisation des COC ne semble pas déclencher une insuffisance hépatique ni un dysfonctionnement grave (408, 433, 434). Concernant l'utilisation des COC au cours d'une hépatite évolutive, les données restent limitées (435, 436).
b) Chez le sujet porteur	1	1	1	1	1	1	1	1	
c) Chronique	1	1	1	1	1	1	1	1	
CIRRHOSE									
a) Légère (compensée)	1	1	1	1					
b) Grave (décompensée)	4	4	4	3					

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS (CHC)					
Les CHC n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.					
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE				EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES
	A = Adoption, C = Continuation				
	COC	P	AIV	CIC	
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires après le tableau	COC = contraceptifs oraux combinés P = patch contraceptif combiné AIV = anneau contraceptif combiné intravaginal CIC = contraceptifs injectables combinés				
TUMEURS HEPATIQUES*					
a) Bénignes					Données : Il existe des données limitées et directes indiquant que l'utilisation des contraceptifs hormonaux n'influe pas sur la progression ou la régression des lésions hépatiques chez les femmes présentant une hyperplasie nodulaire en foyer (437-439).
(i) hyperplasie nodulaire focale	2	2	2	2	
(ii) adénome hépatocellulaire	4	4	4	3	
b) Maligne (hépatome)	4	4	4	3/4	
ANEMIES					
THALASSEMIE*	1	1	1	1	
DREPANOCYTOSE	2	2	2	2	
ANEMIE FERRIPRIVE*	1	1	1	1	
INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES					
TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL (TAR)†					Données : Il n'a pas été démontré que les inhibiteurs nucléosidiques/nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI) présentent un risque significatif d'interactions avec les méthodes contraceptives hormonales (440, 441).
a) Inhibiteurs nucléosidiques / nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI)					
Abacavir (ABC)	1	1	1	1	
Tenofovir (TDF)	1	1	1	1	
Zidovudine (AZT)	1	1	1	1	
Lamivudine (3TC)	1	1	1	1	
Didanosine (DDI)	1	1	1	1	
Emtricitabine (FTC)	1	1	1	1	
Stavudine (D4T)	1	1	1	1	

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS (CHC)

Les CHC n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.

ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE				EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES
	A = Adoption, C = Continuation				
	COC	P	AIV	CIC	
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires après le tableau	COC = contraceptifs oraux combinés P = patch contraceptif combiné AIV = anneau contraceptif combiné intravaginal CIC = contraceptifs injectables combinés				
b) Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) Efavirens (EFV) Etravirine (ETR) Névirapine (NVP) Rilpivirine (RPV)	2	2	2	2	Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) Explications complémentaires : Les médicaments antirétroviraux (ARV) sont susceptibles soit d'augmenter soit de diminuer le niveau des hormones stéroïdiennes chez les utilisatrices de contraceptifs hormonaux. Les données pharmacocinétiques font état d'éventuelles interactions médicamenteuses entre certains ARV (en particulier certains INNTI et inhibiteurs de la protéase boostés par le ritonavir) et certains contraceptifs hormonaux. Ces interactions peuvent réduire l'efficacité du contraceptif hormonal. Données : Trois études cliniques, dont une étude à grande échelle, ont montré que l'utilisation d'ARV contenant de la névirapine n'augmente pas le taux d'ovulation ou de grossesse chez les femmes qui utilisent des COC (442-445). En ce qui concerne les ARV contenant de l'éfavirenz, une étude pharmacocinétique a démontré une baisse significative et régulière du niveau d'hormones contraceptives chez les utilisatrices de COC, et une petite étude clinique a montré des taux d'ovulation plus élevés chez les femmes qui prennent des COC et des ARV contenant de l'éfavirenz (445-447). L'étravirine et la rilpivirine n'interagissent pas avec les COC (448, 449).

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS (CHC)					
Les CHC n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.					
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE				EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES
	A = Adoption, C = Continuation				
	COC	P	AIV	CIC	
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires après le tableau	COC = contraceptifs oraux combinés P = patch contraceptif combiné AIV = anneau contraceptif combiné intravaginal CIC = contraceptifs injectables combinés				
c) Inhibiteurs de la protéase (IP) Atazanavir boosté par le ritonavir (ATV/r) Lopinavir boosté par le ritonavir (LPV/r) Darunavir boosté par le ritonavir (DRV/r) Ritonavir (RTV)	2	2	2	2	Inhibiteurs de la protéase (IP) Données : Des données pharmacocinétiques suggèrent une baisse des concentrations en progestatif lorsque les COC sont utilisés en combinaison avec le ritonavir et les IP boostés par le ritonavir (450, 451). Chez les femmes utilisant le patch, l'administration combinée a eu pour effet d'accroître les concentrations en progestatif (452). Une étude a permis de constater des taux de progestatif plus élevés chez les utilisatrices de PPS prenant également des IP (453).
d) Inhibiteurs de l'intégrase Raltégravir (RAL)	1	1	1	1	Inhibiteurs de l'intégrase Données : Il n'a pas été établi d'interactions entre le raltégravir (inhibiteur de l'intégrase) et les COC (440, 441, 454, 455).
TRAITEMENT ANTICONVULSIVANT a) Certains anticonvulsivants (phénytoïne, carbamazépine, les barbituriques, primidone, topiramate, oxcarbazépine)	3	3	3	2	Explication complémentaire : Bien que l'interaction de certains anticonvulsivants avec les COC, le P, ou l'AIV ne soit pas nocive pour les femmes, elle est susceptible de réduire l'efficacité de ces méthodes. Il convient d'encourager l'utilisation d'autres contraceptifs chez les femmes qui sont des utilisatrices au long cours de ces médicaments. Lorsqu'on choisit un COC, il convient d'utiliser une préparation contenant au minimum 30 µg d'EE. Données : L'utilisation de certains anticonvulsivants peut diminuer l'efficacité des COC (456-459).

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS (CHC)					
Les CHC n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.					
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE				EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES
	A = Adoption, C = Continuation				
	COC	P	AIV	CIC	
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires après le tableau	COC = contraceptifs oraux combinés P = patch contraceptif combiné AIV = anneau contraceptif combiné intravaginal CIC = contraceptifs injectables combinés				
b) Lamotrigine	3	3	3	3	Explication complémentaire : La recommandation relative à la lamotrigine ne s'applique pas lorsque cette dernière est déjà prise en même temps que d'autres médicaments qui inhibent (valproate de sodium) ou favorisent (carbamazépine) fortement son métabolisme, puisqu'en pareil cas l'effet modéré du contraceptif associé a peu de chances d'être visible. Données : Les études pharmacocinétiques montrent que les concentrations de lamotrigine diminuent de façon non négligeable au cours de la prise des COC et augmentent nettement pendant l'intervalle sans pilule (460-464). Dans un essai, certaines des femmes qui utilisaient des COC et de la lamotrigine ont présenté une majoration des crises convulsives (464).
TRAITEMENT ANTIMICROBIEN					
a) Antibiotiques à large spectre	1	1	1	1	Données : La plupart des antibiotiques à large spectre ne modifient pas l'efficacité contraceptive des COC (465-501), du P (502) ou de l'AIV (503).
b) Antifongiques	1	1	1	1	Données : Les études sur les antifongiques ont montré qu'ils ne présentaient aucune interaction pharmacocinétique ayant une importance clinique avec les COC (504-513) ou l'AIV (514).
c) Antiparasitaires	1	1	1	1	Données : Les études sur les antiparasitaires ont montré qu'ils ne présentaient aucune interaction pharmacocinétique ayant une importance clinique avec les COC (411, 515-519).

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS (CHC)					
Les CHC n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.					
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE				EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES
	A = Adoption, C = Continuation				
	COC	P	AIV	CIC	
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires après le tableau	COC = contraceptifs oraux combinés P = patch contraceptif combiné AIV = anneau contraceptif combiné intravaginal CIC = contraceptifs injectables combinés				
d) Rifampicine ou rifabutine	3	3	3	2	<p>Explication complémentaire : Bien que l'interaction d'un traitement par la rifampicine et la rifabutine avec les COC, le P, l'AIV ou les CIC ne soit pas nocive pour les femmes, il est probable qu'elle réduise l'efficacité de tous ces contraceptifs. Il faut donc encourager les femmes qui sont des utilisatrices au long cours de l'un quelconque de ces médicaments à utiliser d'autres contraceptifs. Lorsqu'on choisit un COC, il convient d'utiliser une préparation contenant au minimum 30 µg d'EE.</p> <p>Données : La prise en compte de l'ensemble des données disponibles laisse à penser que la rifampicine réduit l'efficacité des COC (520-535). Les données relatives à la rifabutine sont limitées, mais ses effets sur le métabolisme des COC sont moins marqués que ceux de la rifampicine et de petites études n'ont montré aucun signe d'ovulation (363, 522, 535).</p>

OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES

AGE

Âge ≥ 40 ans : le risque de maladie cardiovasculaire augmente avec l'âge et peut également augmenter avec l'utilisation des contraceptifs hormonaux combinés (CHC). En l'absence d'autres affections cliniques défavorables, les CHC peuvent être utilisés jusqu'à la ménopause.

ANTECEDENTS DE GROSSESSE EXTRA-UTERINE

Le risque de grossesse extra-utérine est accru chez les femmes ayant des antécédents. Les CHC offrent une protection contre la grossesse en général, y compris la grossesse extra-utérine.

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

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

VALVULOPATHIE CARDIAQUE

Chez les femmes atteintes de valvulopathie, l'utilisation des CHC peut accroître le risque de thrombose artérielle ; les femmes souffrant d'une valvulopathie compliquée présentent un risque maximal.

CEPHALEES

L'aura est un symptôme neurologique focal spécifique. Pour de plus amples informations sur ce sujet et d'autres critères de diagnostic, voir : Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd edition. Cephalalgia. 2004; 24 (Suppl 1):1-150.¹²

SAIGNEMENTS VAGINAUX

Les saignements menstruels irréguliers sont courants 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 CHC.

ECTROPION DU COL UTERIN

L'ectropion du col utérin n'est pas un facteur de risque du cancer du col utérin. Il n'est pas nécessaire de restreindre l'utilisation des CHC.

CANCER DU COL UTERIN (avant traitement)

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

PATHOLOGIE DU SEIN

Cancer du sein : le cancer du sein est une tumeur sensible à l'action des hormones, et chez les femmes actuellement ou récemment atteintes d'un cancer du sein, le pronostic peut être aggravé par l'utilisation des CHC.

CANCER DE L'ENDOMETRE

Les COC réduisent le risque de cancer de l'endomètre. En attendant un traitement, les femmes peuvent utiliser les COC, les CIC, le P ou l'AIV. 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, les CIC, le P ou 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 ignore si les CIC, le P ou l'AIV réduisent le risque de MIP chez les femmes présentant 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.

¹² Disponible sur le site: http://ihs-classification.org/en/02_klassifikation

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS

CHOLECYSTOPATHIE

Les COC, les CIC, le P et l'AIV peuvent augmenter quelque peu le risque d'une maladie de la vésicule biliaire. Il se peut également qu'ils aggravent une affection existante de la vésicule biliaire. 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 présager un risque accru de cholestase lié à l'utilisation de COC.

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

TUMEURS HEPATIQUES

Il n'existe pas de données concernant l'utilisation de contraceptifs hormonaux chez les femmes présentant un adénome hépatocellulaire. Chez les femmes en bonne santé, l'utilisation des COC est associée au développement et à la progression d'adénomes hépatocellulaires.

THALASSEMIE

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

ANEMIE FERRIPRIVE

L'utilisation de contraceptifs hormonaux combinés peut diminuer le volume des pertes menstruelles.

Bibliographie

1. Effect of different progestagens in low oestrogen oral contraceptives on venous thromboembolic disease. World Health Organization Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *Lancet*. 1995;346(8990):1582-8.
2. Bergendal A, Persson I, Odeberg J, Sundstrom A, Holmstrom M, Schulman S, et al. Association of venous thromboembolism with hormonal contraception and thrombophilic genotypes. *Obstet Gynecol*. 2014;124(3):600-9.
3. Bloemenkamp KW, Rosendaal FR, Helmerhorst FM, Buller HR, Vandenbroucke JP. Enhancement by factor V Leiden mutation of risk of deep-vein thrombosis associated with oral contraceptives containing a third-generation progestagen. *Lancet*. 1995;346(8990):1593-6.
4. Dinger J, Assmann A, Mohner S, Minh TD. Risk of venous thromboembolism and the use of dienogest- and drospirenone-containing oral contraceptives: results from a German case-control study. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2010;36(3):123-9.
5. Dinger J, Bardenheuer K, Heinemann K. Cardiovascular and general safety of a 24-day regimen of drospirenone-containing combined oral contraceptives: final results from the international active surveillance study of women taking oral contraceptives. *Contraception*. 2014.
6. Dinger JC, Heinemann LA, Kuhl-Habich D. The safety of a drospirenone-containing oral contraceptive: final results from the European Active Surveillance Study on oral contraceptives based on 142,475 women-years of observation. *Contraception*. 2007;75(5):344-54.
7. Farmer RD, Lawrenson RA, Thompson CR, Kennedy JG, Hambleton IR. Population-based study of risk of venous thromboembolism associated with various oral contraceptives. *Lancet*. 1997;349(9045):83-8.
8. Farmer RD, Lawrenson RA, Todd JC, Williams TJ, MacRae KD, Tyrer F, et al. A comparison of the risks of venous thromboembolic disease in association with different combined oral contraceptives. *Br J Clin Pharmacol*. 2000;49(6):580-90.
9. Herings RM, Urquhart J, Leufkens HG. Venous thromboembolism among new users of different oral contraceptives. *Lancet*. 1999;354(9173):127-8.
10. Jick H, Jick SS, Gurewich V, Myers MW, Vasilakis C. Risk of idiopathic cardiovascular death and nonfatal venous thromboembolism in women using oral contraceptives with differing progestagen components. *Lancet*. 1995;346(8990):1589-93.

11. Jick H, Kaye JA, Vasilakis-Scaramozza C, Jick SS. Risk of venous thromboembolism among users of third generation oral contraceptives compared with users of oral contraceptives with levonorgestrel before and after 1995: cohort and case-control analysis. *BMJ*. 2000;321(7270):1190-5.
12. Jick SS, Hernandez RK. Risk of non-fatal venous thromboembolism in women using oral contraceptives containing drospirenone compared with women using oral contraceptives containing levonorgestrel: case-control study using United States claims data. *BMJ*. 2011;342:d2151.
13. Jick SS, Kaye JA, Russmann S, Jick H. Risk of nonfatal venous thromboembolism in women using a contraceptive transdermal patch and oral contraceptives containing norgestimate and 35 microg of ethinyl estradiol. *Contraception*. 2006;73(3):223-8.
14. Lidegaard O, Edstrom B, Kreiner S. Oral contraceptives and venous thromboembolism: a five-year national case-control study. *Contraception*. 2002;65(3):187-96.
15. Parkin L, Sharples K, Hernandez RK, Jick SS. Risk of venous thromboembolism in users of oral contraceptives containing drospirenone or levonorgestrel: nested case-control study based on UK General Practice Research Database. *BMJ*. 2011;342:d2139.
16. Todd J, Lawrenson R, Farmer RD, Williams TJ, Leydon GM. Venous thromboembolic disease and combined oral contraceptives: a re-analysis of the MediPlus database. *Hum Reprod*. 1999;14(6):1500-5.
17. van Hylckama V, Helmerhorst FM, Vandenbroucke JP, Doggen CJ, Rosendaal FR. The venous thrombotic risk of oral contraceptives, effects of oestrogen dose and progestogen type: results of the MEGA case-control study. *BMJ*. 2009;339:b2921.
18. Vasilakis-Scaramozza C, Jick H. Risk of venous thromboembolism with cyproterone or levonorgestrel contraceptives. *Lancet*. 2001;358(9291):1427-9.
19. Ziller M, Ziller V, Haas G, Rex J, Kostev K. Risk of venous thrombosis in users of hormonal contraceptives in German gynaecological practices: a patient database analysis. *Arch Gynecol Obstet*. 2014;289(2):413-9.
20. Lidegaard O, Nielsen LH, Skovlund CW, Skjeldestad FE, Lokkegaard E. Risk of venous thromboembolism from use of oral contraceptives containing different progestogens and oestrogen doses: Danish cohort study, 2001-9. *BMJ*. 2011;343:d6423.
21. Dunn N, Thorogood M, Faragher B, de Caestecker L, MacDonald TM, McCollum C, et al. Oral contraceptives and myocardial infarction: results of the MICA case-control study. *BMJ*. 1999;318(7198):1579-83.
22. Gronich N, Lavi I, Rennert G. Higher risk of venous thrombosis associated with drospirenone-containing oral contraceptives: a population-based cohort study. *CMAJ*. 2011;183(18):E1319-25.
23. Heinemann LA, Lewis MA, Thorogood M, Spitzer WO, Guggenmoos-Holzmann I, Bruppacher R. Case-control study of oral contraceptives and risk of thromboembolic stroke: results from International Study on Oral Contraceptives and Health of Young Women. *BMJ*. 1997;315(7121):1502-4.
24. Kemmeren JM, Algra A, Grobbee DE. Third generation oral contraceptives and risk of venous thrombosis: meta-analysis. *BMJ*. 2001;323(7305):131.
25. Lewis MA. The Transnational Study on Oral Contraceptives and the Health of Young Women. Methods, results, new analyses and the healthy user effect. *Hum Reprod Update*. 1999;5(6):707-20.
26. Lewis MA, Heinemann LA, Spitzer WO, MacRae KD, Bruppacher R. 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.
27. Lidegaard O. The influence of thrombotic risk factors when oral contraceptives are prescribed. A control-only study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1997;76(3):252-60.
28. Lidegaard O, Kreiner S. Cerebral thrombosis and oral contraceptives. A case-control study. *Contraception*. 1998;57(5):303-14.
29. Lidegaard O, Lokkegaard E, Jensen A, Skovlund CW, Keiding N. Thrombotic stroke and myocardial infarction with hormonal contraception. *N Engl J Med*. 2012;366(24):2257-66.
30. Rosenberg L, Palmer JR, Rao RS, Shapiro S. Low-dose oral contraceptive use and the risk of myocardial infarction. *Arch Intern Med*. 2001;161:1065-70.
31. Tanis BC, van den Bosch MA, Kemmeren JM, Cats VM, Helmerhorst FM, Algra A, et al. Oral contraceptives and the risk of myocardial infarction. *N Engl J Med*. 2001;345:1787-93.
32. World Health Organization. Ischaemic stroke and combined oral contraceptives: results of an international, multicentre, case-control study. WHO Collaborative Study on Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *Lancet*. 1996;348:498-505.
33. World Health Organization. Acute myocardial infarction and combined oral contraceptives: results of an international multicentre case-control study. WHO Collaborative Study on Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *Lancet*. 1997;349:1202-9.

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS

34. Yang L, Kuper H, Sandin S, Margolis KL, Chen Z, Adami HO, et al. Reproductive history, oral contraceptive use, and the risk of ischemic and hemorrhagic stroke in a cohort study of middle-aged Swedish women. *Stroke*. 2009;40(4):1050-8.
35. Aedo AR, Landgren BM, Johannisson E, Diczfalusy E. Pharmacokinetics and pharmacodynamic investigations with monthly injectable contraceptive preparations. *Contraception*. 1985;31:453-69.
36. Fotherby K, Benagiano G, Topozada HK, Abdel-Rahman A, Navaroli F AB, Ramos-Cordero R, et al. A preliminary pharmacological trial of the monthly injectable contraceptive Cycloprovera. *Contraception*. 1982;25:261-72.
37. Garza-Flores J. Pharmacokinetics of once-a-month injectable contraceptives. *Contraception*. 1994;49:347-59.
38. Garza-Flores J, Rodriguez V, Perez-Palacios G, Virutamasen P, Tang-Keow P, Kongsayreepong R, 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.
39. World Health Organization Task Force on Long-Acting Systemic Agents for Fertility Regulation. 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;37:455-66.
40. Haiba NA, el-Habashy MA, Said SA, Darwish EA, Abdel-Sayed WS, Nayel SE. Clinical evaluation of two monthly injectable contraceptives and their effects on some metabolic parameters. *Contraception*. 1989;39:619-32.
41. Kesseru EV, Aydinlik S, Etchepareborda JJ, Kaufmann J. 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.
42. Meng Y-X, Jiang HY, Chen AJ, Lu FY, Yang H, Zhang MY, et al. Hemostatic changes in women using a monthly injectable contraceptive for one year. *Contraception*. 1990;37:1-20.
43. Abrams LS, Skee D, Natarajan J, Wong FA, Lasseter KC. Multiple-dose pharmacokinetics of a contraceptive patch in healthy women participants. *Contraception*. 2001;64:287-94.
44. Audet M-C, Moreau M, Koltun WD, Waldbaum AS, Shangold GA, Fisher AC, et al. Evaluation of contraceptive efficacy and cycle control of a transdermal contraceptive patch vs. an oral contraceptive: a randomized trial. *JAMA*. 2001;285:2347-54.
45. Boonyarangkul A, Taneepanichskul S. Comparison of cycle control and side effects between transdermal contraceptive patch and an oral contraceptive in women older than 35 years. *J Med Assoc Thai*. 2007;90(9):1715-9.
46. Burkman RT. The transdermal contraceptive patch: a new approach to hormonal contraception. *Int J Fertil*. 2002;47(2):69-76.
47. Cole JA, Norman H, Doherty M, Walker AM. Venous thromboembolism, myocardial infarction, and stroke among transdermal contraceptive system users. *Obstet Gynecol*. 2007;109(2):339-46.
48. Devineni D, Skee D, Vaccaro N, Masserella J, Janssens L, LaGuardia KD, et al. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of a transdermal contraceptive patch and an oral contraceptive. *J Clin Pharmacol*. 2007;47:497-509.
49. Dittrich R, Parker L, Rosen JB, Shangold GA, Creasy GW, Fisher AC. Transdermal contraception: evaluation of three transdermal norelgestromin/ethinyl estradiol doses in a randomized, multicenter, dose-response study. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186:15-20.
50. Helmerhorst FM, Cronje HS, Hedon B, Shangold GA, Fisher AC, Creasy GW. Comparison of efficacy, cycle control, compliance and safety in users of a contraceptive patch vs. an oral contraceptive. *Int J Gynaecol Obstet*. 2000;70(suppl 1):78.
51. Jick S, Kaye J, Li L, Jick H. Further results on the risk of nonfatal venous thromboembolism in users of the contraceptive transdermal patch compared to users of oral contraceptives containing norgestimate and 35 µg of ethinyl estradiol. *Contraception*. 2007;76:4-7.
52. Jick SS, Jick H. Cerebral venous sinus thrombosis in users of four hormonal contraceptives: levonorgestrel-containing oral contraceptives, norgestimate-containing oral contraceptives, desogestrel-containing oral contraceptives and the contraceptive patch. *Contraception*. 2006;74:290-2.
53. Jick SS, Jick H. The contraceptive patch in relation to ischemic stroke and acute myocardial infarction. *Pharmacotherapy*. 2007;27(2):218-20.
54. Jick SS, Kaye J, Russmaann S, Jick H. Risk of nonfatal venous thromboembolism in women using a contraceptive transdermal patch and oral contraceptives containing norgestimate and 35 microg of ethinyl estradiol. *Contraception*. 2006;73:223-8.
55. Pierson RA, Archer DF, Moreau M, Shangold GA, Fisher AC, Creasy GW. Ortho Evra versus oral contraceptives: follicular development and ovulation in normal cycles and after an intentional dosing error. *Fertil Steril*. 2003;80(1):34-42.

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS

56. Radowicki S, Skorzeqška K, Szlendak K. Safety evaluation of a transdermal contraceptive system with an oral contraceptive. *Ginekol Pol.* 2005;76:884-9 (in Polish).
57. Smallwood GH, Meador ML, Lenihan JP, Shangold GA, Fisher AC, Creasy GW. Efficacy and safety of a transdermal contraceptive system. *Obstet Gynecol.* 2001;98:799-805.
58. Urdl W, Apter D, Alperstein A, Koll P, Schonian S, Bringer J, et al. Contraceptive efficacy, compliance and beyond: factors related to satisfaction with once-weekly transdermal compared with oral contraception. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2005;121:202-10.
59. White T, Ozel B, Jain JK, Stanczyk FZ. Effects of transdermal and oral contraceptives on estrogen-sensitive hepatic proteins. *Contraception.* 2006;74:293-6.
60. Ziemann M, Guillebaud JG, E W, Shangold GA, Fisher AC, Creasy GW. Contraceptive efficacy and cycle control with the Ortho Evra/Evra transdermal system: the analysis of pooled data. *Fertil Steril.* 77:s13-s8.
61. van den Heuvel MW, van Bragt AJM, Alnabawy AKM, Kaptein MCJ. Comparison of ethylestradiol pharmacokinetics in three hormonal contraceptive formulations: the vaginal ring, the transdermal patch and an oral contraceptive. *Contraception.* 2005;72:168-74.
62. Ahrendt HJ, Nisand I, Bastianelli C, Gómez MA, Gemzell-Danielsson K, Urdl W, et al. Efficacy, acceptability and tolerability of the combined contraceptive ring, NuvaRing, compared with an oral contraceptive containing 30 microg of ethinyl estradiol and 3 mg of drospirene. *Contraception.* 2006;74:451-7.
63. Bjarnadottir RI, Tuppurainen M, Killick SR. Comparison of cycle control with a combined contraceptive vaginal ring and oral levonorgestrel/ethinyl estradiol. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186:389-95.
64. Dieben TO, Roumen FJ, Apter D. Efficacy, cycle control, and user acceptability of a novel combined contraceptive vaginal ring. *Obstet Gynecol.* 2002;100:585-93.
65. Duijkers I, Killick SR, Bigrigg A, Dieben TO. A comparative study on the effects of a contraceptive vaginal ring NuvaRing and an oral contraceptive on carbohydrate metabolism and adrenal and thyroid function. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2004;9:131-40.
66. Duijkers I, Klipping C, Verhoeven CH, Dieben TO. Ovarian function with the contraceptive vaginal ring or an oral contraceptive: a randomized study. *Hum Reprod.* 2004;19:2668-73.
67. Elkind-Hirsch KE, Darensbourg C, Ogden B, Ogden LF, Hindelang P. Contraceptive vaginal ring use for women has less adverse metabolic effects than an oral contraceptive. *Contraception.* 2007;76:348-56.
68. Magnúsdóttir EM, Bjarnadóttir RI, Ónundarson PT, Guðmundsdóttir BR, Geirsson RT, Magnúsdóttir SD, et al. The contraceptive vaginal ring (NuvaRing) and hemostasis: a comparative study. *Contraception.* 2004;69:461-7.
69. Massai R, Makarainen L, Kuukankorpi A, Klipping C, Duijkers I, Dieben T. The combined contraceptive vaginal ring (NuvaRing) and bone mineral density in healthy premenopausal women. *Hum Reprod.* 2005.
70. Milsom I, Lete I, Bjertnaes A, Rokstad K, Lindh I, Gruber CJ, et al. Effects on cycle control and bodyweight of the combined contraceptive ring, NuvaRing, versus an oral contraceptive containing 30 microg ethinyl estradiol and 3 mg drospirenone. *Hum Reprod.* 2006;21:2304-11.
71. Oddsson K, Leifels-Fischer B, de Melo NR, Wiel-Masson D, Benedetto C, Verhoeven CH, et al. Efficacy and safety of a contraceptive vaginal ring (NuvaRing) compared with a combined oral contraceptive: a 1-year randomized trial. *Contraception.* 2005;71:176-82.
72. Sabatini R, Cagiano R. Comparison profiles of cycle control, side effects and sexual satisfaction of three hormonal contraceptives. *Contraception.* 2006;74:220-3.
73. Timmer CJ, Mulders TM. Pharmacokinetics of etonogestrel and ethinylestradiol released from a combined contraceptive vaginal ring. *Clin Pharmacokinet.* 2000;39:233-42.
74. Tuppurainen M, Klimscheffskij R, Venhola M, Dieben TO. The combined contraceptive vaginal ring (NuvaRing) and lipid metabolism: a comparative study. *Contraception.* 2004;69:389-94.
75. Veres S, Miller L, Burington B. A comparison between the vaginal ring and oral contraceptives. *Obstet Gynecol.* 2004;104:555-63.
76. O'Connell KJ, Osborne LM, Westoff C. Measured and reported weight change for women using a vaginal contraceptive ring vs. a low-dose oral contraceptive. *Contraception.* 2005;72:323-7.
77. Fine PM, Tryggstad J, Meyers NJ, Sangi-Hagheykar H. Safety and acceptability with the use of a contraceptive vaginal ring after surgical or medical abortion. *Contraception.* 2007;75:367-71.
78. Vestergaard P, Rejnmark L, Mosekilde L. Fracture risk in very young women using combined oral contraceptives. *Contraception.* 2008;78(5):358-64.
79. Vestergaard P, Rejnmark L, Mosekilde L. Oral contraceptive use and risk of fractures. *Contraception.* 2006;73(6):571-6.
80. Vessey M, Mant J, Painter R. Oral contraception and other factors in relation to hospital referral for fracture. Findings in a large cohort study. *Contraception.* 1998;57(4):231-5.

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS

81. Michaelsson K, Baron JA, Farahmand BY, Persson I, Ljunghall S. Oral-contraceptive use and risk of hip fracture: a case-control study. *Lancet*. 1999;353(9163):1481-4.
82. Memon S, Iversen L, Hannaford PC. Is the oral contraceptive pill associated with fracture in later life? New evidence from the Royal College of General Practitioners Oral Contraception Study. *Contraception*. 2011;84(1):40-7.
83. Meier C, Brauchli YB, Jick SS, Kraenzlin ME, Meier CR. Use of depot medroxyprogesterone acetate and fracture risk. *J Clin Endocrinol Metab*. 2010;95(11):4909-16.
84. La Vecchia C, Tavani A, Gallus S. Oral contraceptives and risk of hip fractures. *Lancet*. 1999;354(9175):335-6.
85. Cooper C, Hannaford P, Croft P, Kay CR. Oral contraceptive pill use and fractures in women: a prospective study. *Bone*. 1993;14(1):41-5.
86. Barad D, Kooperberg C, Wactawski-Wende J, Liu J, Hendrix SL, Watts NB. Prior oral contraception and postmenopausal fracture: a Women's Health Initiative observational cohort study. *Fertil Steril*. 2005;84(2):374-83.
87. Michaelsson K, Baron JA, Farahmand BY, Ljunghall S. Influence of parity and lactation on hip fracture risk. *Am J Epidemiol*. 2001;153(12):1166-72.
88. O'Neill TW, Marsden D, Adams JE, Silman AJ. Risk factors, falls, and fracture of the distal forearm in Manchester, UK. *J Epidemiol Community Health*. 1996;50(3).
89. Mallmin H, Ljunghall S, Persson I, Bergstrom R. Risk factors for fractures of the distal forearm: a population-based case-control study. *Osteoporosis Int*. 1994;4(6):298-304.
90. Berenson AB, Radecki CM, Grady JJ, Rickert VI, Thomas A. A prospective, controlled study of the effects of hormonal contraception on bone mineral density. *Obstet Gynecol*. 2001;98(4):576-82.
91. Berenson AB, Rahman M, Breitkopf CR, Bi LX. Effects of depot medroxyprogesterone acetate and 20-microgram oral contraceptives on bone mineral density. *Obstet Gynecol*. 2008;112(4):788-99.
92. Cromer BA, Bonny AE, Stager M, Lazebnik R, Rome E, Ziegler J, et al. Bone mineral density in adolescent females using injectable or oral contraceptives: a 24-month prospective study. *Fertil Steril*. 2008;90(6):2060-7.
93. Burr DB, Yoshikawa T, Teegarden D, Lyle R, McCabe G, McCabe LD, et al. Exercise and oral contraceptive use suppress the normal age-related increase in bone mass and strength of the femoral neck in women 18-31 years of age. *Bone*. 2000;27(6):855-63.
94. Cobb KL, Kelsey JL, Sidney S, Ettinger B, Lewis CE. Oral contraceptives and bone mineral density in white and black women in CARDIA. *Coronary Risk Development in Young Adults*. *Osteoporosis Int*. 2002;13(11):893-900.
95. Elgan C, Dykes AK, Samsioe G. Bone mineral density changes in young women: a two year study. *Gynecol Endocrinol*. 2004;19(4):169-77.
96. Elgan C, Samsioe G, Dykes AK. Influence of smoking and oral contraceptives on bone mineral density and bone remodeling in young women: a 2-year study. *Contraception*. 2003;67(6):439-47.
97. Endrikat J, Mih E, Dusterberg B, Land K, Gerlinger C, Schmidt W, et al. A 3-year double-blind, randomized, controlled study on the influence of two oral contraceptives containing either 20 microg or 30 microg ethinylestradiol in combination with levonorgestrel on bone mineral density. *Contraception*. 2004;69(3):179-87.
98. Mazess RB, Barden HS. Bone density in premenopausal women: effects of age, dietary intake, physical activity, smoking, and birth-control pills. *Am J Clin Nutr*. 1991;53(1):132-42.
99. Nappi C, Di Spiezio SA, Acunzo G, Bifulco G, Tommaselli GA, Guida M, et al. Effects of a low-dose and ultra-low-dose combined oral contraceptive use on bone turnover and bone mineral density in young fertile women: a prospective controlled randomized study. *Contraception*. 2003;67(5):355-9.
100. Paoletti AM, Orru M, Lello S, Floris S, Ranuzzi F, Etzi R, et al. Short-term variations in bone remodeling markers of an oral contraception formulation containing 3 mg of drospirenone plus 30 microg of ethinyl estradiol: observational study in young postadolescent women. *Contraception*. 2004;70(4):293-8.
101. Recker RR, Davies KM, Hinders SM, Heaney RP, Stegman MR, Kimmel DB. Bone gain in young adult women. *JAMA*. 1992;268(17):2403-8.
102. Reed SD, Scholes D, LaCroix AZ, Ichikawa LE, Barlow WE, Ott SM. Longitudinal changes in bone density in relation to oral contraceptive use. *Contraception*. 2003;68(3):177-82.
103. Gambacciani M, Cappagli B, Ciaponi M, Benussi C, Genazzani AR. Hormone replacement therapy in perimenopause: effect of a low dose oral contraceptive preparation on bone quantitative ultrasound characteristics. *Menopause*. 1999;6(1):43-8.
104. Gambacciani M, Cappagli B, Lazzarini V, Ciaponi M, Fruzzetti F, Genazzani AR. Longitudinal evaluation of perimenopausal bone loss: Effects of different low dose oral contraceptive preparations on bone mineral density. *Maturitas*. 2006;54(2):176-80.

105. Gambacciani M, Ciaponi M, Cappagli B, Benussi C, Genazzani AR. Longitudinal evaluation of perimenopausal femoral bone loss: effects of a low-dose oral contraceptive preparation on bone mineral density and metabolism. *Osteoporos Int.* 2000;11(6):544-8.
106. Sordal T, Grob P, Verhoeven C. Effects on bone mineral density of a monophasic combined oral contraceptive containing norgestrel/17beta-estradiol in comparison to levonorgestrel/ethinylestradiol. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2012;91(11):1279-85.
107. Nappi C, Di Spiezio SA, Greco E, Tommaselli GA, Giordano E, Guida M. Effects of an oral contraceptive containing drospirenone on bone turnover and bone mineral density. *Obstet Gynecol.* 2005;105(1):53-60.
108. Gargano V, Massaro M, Morra I, Formisano C, Di CC, Nappi C. Effects of two low-dose combined oral contraceptives containing drospirenone on bone turnover and bone mineral density in young fertile women: a prospective controlled randomized study. *Contraception.* 2008;78(1):10-5.
109. Berenson AB, Breitkopf CR, Grady JJ. Effects of hormonal contraception on bone mineral density after 24 months of use. *Obstet Gynecol.* 2004;103:899-906.
110. Gambacciani M, Ciaponi M, Cappagli B, Benussi C, Genazzani AR. Longitudinal evaluation of perimenopausal femoral bone loss: effects of a low-dose oral contraceptive preparation on bone mineral density and metabolism. *Osteoporos Int.* 2000;11(6):544-8.
111. Gambacciani M, Spinetti A, Cappagli B, Taponeco F, Maffei S, Piaggese L, et al. Hormone replacement therapy in perimenopausal women with a low dose oral contraceptive preparation: effects on bone mineral density and metabolism. *Maturitas.* 1994;19(2):125-31.
112. Gambacciani M, Spinetti A, Taponeco F, Cappagli B, Piaggese L, Fioretti P. Longitudinal evaluation of perimenopausal vertebral bone loss: effects of a low-dose oral contraceptive preparation on bone mineral density and metabolism. *Obstet Gynecol.* 1994;83(3):392-6.
113. Hansen M, Overgaard K, Riis B, Christiansen C. Potential risk factors for development of postmenopausal osteoporosis – examined over a 12-year period. *Osteoporos Int.* 1991;1(2):95-102.
114. Shargil AA. Hormone replacement therapy in perimenopausal women with a triphasic contraceptive compound: a three-year prospective study. *Int J Fertil.* 1985;30(1).
115. Taechakraichana N, Jaisamrarn U, Panyakhamlerd K, Chaikittisilpa S, Limpaphayom K. Difference in bone acquisition among hormonally treated postmenopausal women with normal and low bone mass. *J Med Assoc Thai.* 2001;84 Suppl 2:S586-S92.
116. Taechakraichana N, Limpaphayom K, Ninlagarn T, Panyakhamlerd K, Chaikittisilpa S, Dusitsin N. A randomized trial of oral contraceptive and hormone replacement therapy on bone mineral density and coronary heart disease risk factors in postmenopausal women. *Obstet Gynecol.* 2000;95(1):87-94.
117. Volpe A, Amram A, Cagnacci A, Battaglia C. Biochemical aspects of hormonal contraception: effects on bone metabolism. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 1997;2(2):123-6.
118. Cohen A, Shane E. Treatment of premenopausal women with low bone mineral density. *Curr Osteoporos Rep.* 2008;6(1):39-46.
119. Grimes D, Schulz K. Surrogate end points in clinical research: hazardous to your health. *Obstet Gynecol.* 2005;105:1114-8.
120. Schonau E. The peak bone mass concept: is it still relevant? *Pediatric Nephrol.* 2004;19:825-31.
121. Bahamondes L, Bahamondes MV, Modesto W, Tilley IB, Magalhaes A, Pinto e Silva JL, et al. Effect of hormonal contraceptives during breastfeeding on infant's milk ingestion and growth. *Fertil Steril.* 2013;100(2):445-50.
122. Espey E, Ogburn T, Leeman L, Singh R, Ostrom K, Schrader R. Effect of progestin compared with combined oral contraceptive pills on lactation: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2012;119(1):5-13.
123. Kamal I, Hefnawi F, Ghoneim M, Abdallah M, Abdel Razeq S. Clinical, biochemical, and experimental studies on lactation. V. Clinical effects of steroids on the initiation of lactation. *Am J Obstet Gynecol.* 1970;108(4):655-8.
124. Kamal I, Hefnawi F, Ghoneim M, Talaat M, Younis N, Tagui A, et al. Clinical, biochemical, and experimental studies on lactation. II. Clinical effects of gestagens on lactation. *Am J Obstet Gynecol.* 1969;105(3):324-34.
125. Kapp N, Curtis KM. Combined oral contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review. *Contraception.* 2010;82(1):10-6.
126. Koetsawang S, Bhiraleus P, Chiemprajert T. Effects of oral contraceptives on lactation. *Fertil Steril.* 1972;23(1):24-8.
127. Jackson E, Curtis KM, Gaffield ME. Risk of venous thromboembolism during the postpartum period: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2011;117(3):691-703.
128. Kamel H, Navi BB, Sriram N, Hovsepian DA, Devereux RB, Elkind MS. Risk of a thrombotic event after the 6-week postpartum period. *N Engl J Med.* 2014;370(14):1307-15.
129. Sultan AA, Tata LJ, West J, Fiaschi L, Fleming KM, Nelson-Piercy C, et al. Risk factors for first venous thromboembolism around pregnancy: a population-based cohort study from the United Kingdom. *Blood.* 2013;121(19):3953-61.

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS

130. Sultan AA, West J, Tata LJ, Fleming KM, Nelson-Piercy C, Grainge MJ. Risk of first venous thromboembolism in and around pregnancy: a population-based cohort study. *Br J Haematol.* 2012;156(3):366-73.
131. Tepper NK, Boulet SL, Whiteman MK, Monsour M, Marchbanks PA, Hooper WC, et al. Postpartum venous thromboembolism: incidence and risk factors. *Obstet Gynecol.* 2014;123(5):987-96.
132. Petersen JF, Bergholt T, Nielsen AK, Paidas MJ, Lokkegaard EC. Combined hormonal contraception and risk of venous thromboembolism within the first year following pregnancy. Danish nationwide historical cohort 1995-2009. *Thromb Haemost.* 2014;112(1):73-8.
133. Jackson E, Glasier A. Return of ovulation and menses in postpartum nonlactating women: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2011;117(3):657-62.
134. Lahteenmaki P. Influence of oral contraceptives on immediate postabortal pituitary-ovarian function. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1978;76:1-38.
135. Lahteenmaki P, Rasi V, Luukkainen T, Myllyä G. Coagulation factors in women using oral contraceptives or intrauterine contraceptive devices immediately after abortion. *Am J Obstet Gynecol.* 1981;141:175-9.
136. Martin CW, Brown AH, Baird DT. A pilot study of the effect of methotrexate or combined oral contraceptive on bleeding patterns after induction of abortion with mifepristone and a prostaglandin pessary. *Contraception.* 1998;58:99-103.
137. Niswonger JW, London GD, Anderson GV, Wolfe L. Oral contraceptives during immediate postabortal period. *Obstet Gynecol.* 1968;32(3):325-7.
138. Peterson WF. Contraceptive therapy following therapeutic abortion. *Obstet Gynecol.* 1974;44(6):853-7.
139. Tang OS, Xu J, Cheng L, Lee SW, Ho PC. The effect of contraceptive pills on the measured blood loss in medical termination of pregnancy by mifepristone and misoprostol: a randomized placebo controlled trial. *Hum Reprod.* 2002;17(1):99-102.
140. Tang OS, Gao PP, Cheng L, Lee SW, Ho PC. A randomized double-blind placebo-controlled study to assess the effect of oral contraceptive pills on the outcome of medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Hum Reprod.* 1999;14(3):722-5.
141. Gaffield ME, Kapp N, Ravi A. Use of combined oral contraceptives post abortion. *Contraception.* 2009;80(4):355-62.
142. Gillum LA, Mamidipudi SK, Johnston SC. Ischaemic stroke risk with oral contraceptives: a meta-analysis. *JAMA.* 2000;284:72-8.
143. Jick SS, Walker AM, Stergachis A, Jick H. Oral contraceptives and breast cancer. *Br J Cancer.* 1989;59:618-21.
144. Khader YS, Rice J, John L, Abueita O. Oral contraceptives use and the risk of myocardial infarction: a meta-analysis. *Contraception.* 2003;68(1):11-7.
145. Lawson DH, Davidson JF, Jick H. Oral contraceptive use and venous thromboembolism: absence of an effect of smoking. *Br Med J.* 1977;2:729-30.
146. Lidegaard O, Edstrom B, Kreiner S. Oral contraceptives and venous thromboembolism. A case-control study. *Contraception.* 1998;57:291-301.
147. Nightingale AL, Lawrenson RA, Simpson EL, Williams TJ, MacRae KD, Farmer RD. The effects of age, body mass index, smoking and general health on the risk of venous thromboembolism in users of combined oral contraceptives. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2000;5:265-74.
148. Petitti D, Wingerd J, Pellegrin F, Ramcharan S. Risk of vascular disease in women. Smoking, oral contraceptives, noncontraceptive estrogens, and other factors. *JAMA.* 1979;242:1150-4.
149. Straneva P, Hinderliter A, Wells E, Lenahan H, Girdler S. Smoking, oral contraceptives, and cardiovascular reactivity to stress. *Obstet Gynecol.* 2000;95:78-83.
150. Van den bosch MA, Kemmeren JM, Tanis BC, Mali WP, Helmerhorst FM, Rosendaal FR, et al. The RATIO study: oral contraceptives and the risk of peripheral arterial disease in young women. *J Thromb Haemost.* 2003;1:439-44.
151. World Health Organization. Venous thromboembolic disease and combined oral contraceptives: results of international multicentre case-control study. *Lancet.* 1995;346:1575-82.
152. Abdollahi M, Cushman M, Rosendaal FR. Obesity: risk of venous thrombosis and the interaction with coagulation factor levels and oral contraceptive use. *Thromb Haemost.* 2003;89(3):493-8.
153. Pomp ER, le CS, Rosendaal FR, Doggen CJ. Risk of venous thrombosis: obesity and its joint effect with oral contraceptive use and prothrombotic mutations. *Br J Haematol.* 2007;139(2):289-96.
154. Schwartz SM, Petitti DB, Siscovick DS, Longstreth WT, Jr., Sidney S, Raghunathan TE, et al. Stroke and use of low-dose oral contraceptives in young women: a pooled analysis of two US studies. *Stroke.* 1998;29(11):2277-84.
155. Sidney S, Petitti DB, Soff GA, Cundiff DL, Tolan KK, Quesenberry CP, Jr. Venous thromboembolic disease in users of low-estrogen combined estrogen-progestin oral contraceptives. *Contraception.* 2004;70(1):3-10.
156. Sidney S, Siscovick DS, Petitti DB, Schwartz SM, Quesenberry CP, Psaty BM, et al. Myocardial infarction and use of low-dose oral contraceptives: a pooled analysis of 2 US studies. *Circulation.* 1998;98(11):1058-63.

157. Brunner Huber LR, Hogue CJ, Stein AD, Drews C, Ziemann M. Body mass index and risk for oral contraceptive failure: a case-cohort study in South Carolina. *Ann Epidemiol.* 2006;16(8):637-43.
158. Brunner Huber LR, Toth JL. Obesity and oral contraceptive failure: findings from the 2002 National Survey of Family Growth. *Am J Epidemiol.* 2007;166(11):1306-11.
159. Brunner LR, Hogue CJ. The role of body weight in oral contraceptive failure: results from the 1995 national survey of family growth. *Ann Epidemiol.* 2005;15(7):492-9.
160. Burkman RT, Fisher AC, Wan GJ, Barnowski CE, LaGuardia KD. Association between efficacy and body weight or body mass index for two low-dose oral contraceptives. *Contraception.* 2009;79(6):424-7.
161. Dinger J, Minh TD, Buttman N, Bardenheuer K. Effectiveness of oral contraceptive pills in a large U.S. cohort comparing progestogen and regimen. *Obstet Gynecol.* 2011;117(1):33-40.
162. Dinger JC, Cronin M, Mohner S, Schellschmidt I, Minh TD, Westhoff C. Oral contraceptive effectiveness according to body mass index, weight, age, and other factors. *Am J Obstet Gynecol.* 2009;201(3):263 e1-9.
163. Holt VL, Cushing-Haugen KL, Daling JR. Body weight and risk of oral contraceptive failure. *Obstet Gynecol.* 2002;99(5 Pt 1):820-7.
164. Holt VL, Scholes D, Wicklund KG, Cushing-Haugen KL, Daling JR. Body mass index, weight, and oral contraceptive failure risk. *Obstet Gynecol.* 2005;105(1):46-52.
165. Jick SS, Hagberg KW, Kaye JA, Jick H. The risk of unintended pregnancies in users of the contraceptive patch compared to users of oral contraceptives in the UK General Practice Research Database. *Contraception.* 2009;80(2):142-51.
166. Kaunitz AM, Portman D, Westhoff CL, Archer DF, Mishell DR, Jr., Rubin A, et al. Low-dose levonorgestrel and ethinyl estradiol patch and pill: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2014;23(2 Pt 1):295-303.
167. McNicholas C, Zhao Q, Secura G, Allsworth JE, Madden T, Peipert JF. Contraceptive failures in overweight and obese combined hormonal contraceptive users. *Obstet Gynecol.* 2013;121(3):585-92.
168. Schramm GA, Schrah G. The efficacy and safety of an oral contraceptive containing chlormadinone acetate: results of a pooled analysis of noninterventional trials in adult and adolescent women. *Contraception.* 2011;84(4):390-401.
169. Urdl W, Apter D, Alperstein A, Koll P, Schonian S, Bringer J, et al. Contraceptive efficacy, compliance and beyond: factors related to satisfaction with once-weekly transdermal compared with oral contraception. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2005;121(2):202-10.
170. Vessey M. Oral contraceptive failures and body weight: findings in a large cohort study. *J Fam Plann Reprod Health Care.* 2001;27(2):90-1.
171. Westhoff CL, Hait HI, Reape KZ. Body weight does not impact pregnancy rates during use of a low-dose extended-regimen 91-day oral contraceptive. *Contraception.* 2012;85(3):235-9.
172. Ziemann M, Guillebaud J, Weisberg E, Shangold GA, Fisher AC, Creasy GW. Contraceptive efficacy and cycle control with the Ortho Evra/Evra transdermal system: the analysis of pooled data. *Fertil Steril.* 2002;77(2 Suppl 2):S13-8.
173. Heinemann LA, Lewis MA, Spitzer WO, Thorogood M, Guggenmoos-Holzmann I, Bruppacher R. Thromboembolic stroke in young women. A European case-control study on oral contraceptives. *Contraception.* 1998;57:29-37.
174. World Health Organization. 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.
175. 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.
176. Croft P, Hannaford P. Risk factors for acute myocardial infarction in women: evidence from the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *BMJ.* 1989;298:165-8.
177. D'Avanzo B, La Vecchia C, Negri E, Parazzini F, Franceschi S. Oral contraceptive use and risk of myocardial infarction: an Italian case-control study. *J Epidemiol Community Health.* 1994;48:324-8.
178. Dunn NR, Faragher B, Thorogood M, de Caestecker L, MacDonald TM, McCollum C, et al. Risk of myocardial infarction in young female smokers. *Heart (British Cardiac Society).* 1999;82:581-3.
179. Hannaford P, Croft P, Kay CR. Oral contraception and stroke: evidence from the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *Stroke.* 1994;25:935-42.
180. Kemmeren JM, Tanis BC, van den Bosch MA, Bollen EL, Helmerhorst FM, van der Graaf Y, 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.
181. Lidegaard O. Oral contraception and risk of a cerebral thromboembolic attack: results of a case-control study. *BMJ.* 1993;306(6883):956-63.

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS

182. Lidegaard O. Oral contraceptives, pregnancy and the risk of cerebral thromboembolism: the influence of diabetes, hypertension, migraine and previous thrombotic disease. *Br J Obstet Gynaecol.* 1995;102(2):153-9.
183. Lubianca JN, Faccin CS, Fuchs FD. Oral contraceptives: a risk factor for uncontrolled blood pressure among hypertensive women. *Contraception.* 2003;67:19-24.
184. Narkiewicz K, Graniero GR, D'Este D, Mattarei M, Zonzin P, Palatini P. Ambulatory blood pressure in mild hypertensive women taking oral contraceptives: a case-control study. *Am J Hypertens.* 1995;8:249-53.
185. Siritho S, Thrift AG, McNeil JJ, You RX, Davis SM, Donnan GA, 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.
186. Lubianca JN, Moreira LB, Gus M, Fuchs FD. Stopping oral contraceptives: an effective blood pressure-lowering intervention in women with hypertension. *J Hum Hypertens.* 2005;19:451-5.
187. Aberg H, Karlsson L, Melander S. Studies on toxæmia of pregnancy with special reference to blood pressure. II. Results after 6-11 years' follow-up. *Upsala J Med Sci.* 1978;83:97-102.
188. Carmichael SM, Taylor MM, Ayers CR. Oral contraceptives, hypertension, and toxemia. *Obstet Gynecol.* 1970;35:371-6.
189. Meinel H, Ihle R, Laschinski M. [Effect of hormonal contraceptives on blood pressure following pregnancy-induced hypertension] *Zentralblatt für Gynäkologie.* 1987;109:527-31 (in German).
190. Pritchard JA, Pritchard SA. Blood pressure response to estrogen-progestin oral contraceptive after pregnancy-induced hypertension. *Am J Obstet Gynecol.* 1977;129:733-9.
191. Sibai BM, Taslimi MM, el-Nazer A, Amon E, Mabie BC, Ryan GM. Maternal-perinatal outcome associated with the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets in severe preeclampsia-eclampsia. *Obstet Gynecol.* 1986;155:501-9.
192. Sibai BM, Ramadan MK, Chari RS, Friedman SA. Pregnancies complicated by HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets): subsequent pregnancy outcome and long-term prognosis. *Am J Obstet Gynecol.* 1995;172:125-9.
193. Anderson BS, Olsen J, Nielsen GL, Steffensen FH, Sørensen HT, Baech J, et al. Third generation oral contraceptives and heritable thrombophilia as risk factors of non-fatal venous thromboembolism. *Thromb Haemost.* 1998;79:28-31.
194. Aznar J, Mira Y, Vaya A, Corella D, Ferrando F, Villa P, et al. Factor V Leiden and prothrombin G20210A mutations in young adults with cryptogenic ischemic stroke. *Thromb Haemost.* 2004;91:1031-4.
195. Bennet L, Odeberg H. Resistance to activated protein C, highly prevalent amongst users of oral contraceptives with venous thromboembolism. *J Intern Med.* 1998;244:27-32.
196. Bloemenkamp KW, Rosendaal FR, Helmerhorst FM, Vandenbroucke JP. Higher risk of venous thrombosis during early use of oral contraceptives in women with inherited clotting defects [comment]. *Arch Intern Med.* 2000;160:49-52.
197. de Bruijn SF, Stam J, Koopman MM, Vandenbroucke JP. 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. *BMJ.* 1998;316:589-92.
198. Emmerich J, Rosendaal FR, Cattaneo M, Margaglione M, De Stefano V, Cumming T, 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. *Thromb Haemost.* 2001;86:809-16.
199. Gadelha T, Andre C, Juca AA, Nucci M. Prothrombin 20210A and oral contraceptive use as risk factors for cerebral venous thrombosis. *Cerebrovasc Dis.* 2005;19:49-52.
200. Legnani C, Palareti G, Guazzaloca G, Cosmi B, Lunghi B, Bernardi F, et al. Venous thromboembolism in young women: role of thrombophilic mutations and oral contraceptive use. *Eur Heart J.* 2002;23:984-90.
201. Martinelli I, Battaglia C, Burgo I, Di Domenico S, Mannucci PM. Oral contraceptive use, thrombophilia and their interaction in young women with ischemic stroke. *Haematologica.* 2006;91:844-7.
202. Martinelli I, Battaglioli T, Bucciarelli P, Passamonti SM, Mannucci PM. Risk factors and recurrence rate of primary deep vein thrombosis of the upper extremities. *Circulation.* 2004;110:566-70.
203. Martinelli I, Sacchi E, Landi G, Taioli E, Duca F, Mannucci PM. High risk of cerebral-vein thrombosis in carriers of a prothrombin-gene mutation and in users of oral contraceptives. [comment]. *N Engl J Med.* 1998;338:1793-7.
204. Martinelli I, Taioli E, Bucciarelli P, Akhavan S, Mannucci PM. Interaction between the G20210A mutation of the prothrombin gene and oral contraceptive use in deep vein thrombosis. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 1999;19:700-3.
205. Middeldorp S, Meinardi JR, Koopman MM, van Pampus EC, Hamulyák K, van Der Meer J, et al. A prospective study of asymptomatic carriers of the factor V Leiden mutation to determine the incidence of venous thromboembolism. [comment]. *Ann Intern Med.* 2001;135:322-7.

206. Pabinger I, Schneider B. Thrombotic risk of women with hereditary antithrombin III-, protein C- and protein S-deficiency taking oral contraceptive medication. The GTH Study Group on Natural Inhibitors. *Thromb Haemost.* 1994;71:548-52.
207. Pezzini A, Grassi M, Iacoviello L, Del Zotto E, Archetti S, Giossi A, et al. Inherited thrombophilia and stratification of ischaemic stroke risk among users of oral contraceptives. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2007;78:271-6.
208. Santamaria A, Mateo J, Oliver A, Menéndez B, Souto JC, Borrell M, 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.
209. Slioter AJ, Rosendaal FR, Tanis BC, Kemmeren JM, van der Graaf Y, Algra A. Prothrombotic conditions, oral contraceptives, and the risk of ischemic stroke. *Journal of Thromb Haemost.* 2005;3:1213-7.
210. Spannagl M, Heinemann LA, Schramm W. Are factor V Leiden carriers who use oral contraceptives at extreme risk of venous thromboembolism? *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2000;5:105-12.
211. van Boven HH, Vandenbroucke JP, Briët E, Rosendaal FR. Gene-gene and gene-environment interactions determine risk of thrombosis in families with inherited antithrombin deficiency. *Blood.* 1999;94:2590-4.
212. van Vlijmen EF, Brouwer JL, Veeger NJ, Eskes TK, de Graeff PA, van der Meer J. Oral contraceptives and the absolute risk of venous thromboembolism in women with single or multiple thrombophilic defects: results from a retrospective family cohort study. *Arch Intern Med.* 2007;167:282-9.
213. Vandenbroucke JP, Koster T, Briët E, Reitsma PH, Bertina RM, Rosendaal FR. Increased risk of venous thrombosis in oral-contraceptive users who are carriers of factor V Leiden mutation. [comment]. *Lancet.* 1994;344:1453-7.
214. Vaya AM. Prothrombin G20210A mutation and oral contraceptive use increase upper-extremity deep vein thrombotic risk. *Thromb Haemost.* 2003;89:452-7.
215. Oral contraceptives, venous thrombosis, and varicose veins. Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *J R Coll Gen Pract.* 1978;28(192):393-9.
216. Roach RE, Lijfering WM, van Hylckama Vlieg A, Helmerhorst FM, Rosendaal FR, Cannegieter SC. The risk of venous thrombosis in individuals with a history of superficial vein thrombosis and acquired venous thrombotic risk factors. *Blood.* 2013;122(26):4264-9.
217. Tanis BC, van den Bosch MA, Kemmeren JM, Cats VM, Helmerhorst FM, Algra A, et al. Oral contraceptives and the risk of myocardial infarction. *N Engl J Med.* 2001;345(25):1787-93.
218. Runnebaum B, Grunwald K, Rabe T. The efficacy and tolerability of norgestimate/ethinyl estradiol (250 micrograms of norgestimate/35 micrograms of ethinyl estradiol): results of an open, multicenter study of 59,701 women. *Am J Obstet Gynecol.* 1992;166(6 Pt 2):1963-8.
219. Somers E, Magder LS, Petri M. Antiphospholipid antibodies and incidence of venous thrombosis in a cohort of patients with systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol.* 2002;29:2531-6.
220. Schaedel ZE, Dolan G, Powell MC. The use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in the management of menorrhagia in women with hemostatic disorders. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193:1361-3.
221. Sarabi ZS, Chang E, Bobba R, Ibanez D, Gladman D, Urowitz M, et al. Incidence rates of arterial and venous thrombosis after diagnosis of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.* 2005;53:609-12.
222. Sanchez-Guerrero J, Uribe AG, Jimenez-Santana L, Mestanza-Peralta M, Lara-Reyes P, Seuc AH, et al. A trial of contraceptive methods in women with systemic lupus erythematosus. *N Engl J Med.* 2005;353:2539-49.
223. Petri M, Kim MY, Kalunian KC, Grossman J, Hahn BH, Sammaritano LR, et al. Combined oral contraceptives in women with systemic lupus erythematosus. *N Engl J Med.* 2005;353:2550-8.
224. Petri M. Lupus in Baltimore: evidence-based 'clinical pearls' from the Hopkins Lupus Cohort. *Lupus.* 2005;14:970-3.
225. Mintz G, Gutierrez G, Delezé M, Rodríguez E. Contraception with progestogens in systemic lupus erythematosus. *Contraception.* 1984;30:29-38.
226. McDonald J, Stewart J, Urowitz MB, Gladman DD. Peripheral vascular disease in patients with systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis.* 1992;51:56-60.
227. McAlindon T, Giannotta L, Taub N, D'Cruz D, Hughes G. Environmental factors predicting nephritis in systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis.* 1993;52:720-4.
228. Manzi S, Meilahn EN, Rairie JE, Conte CG, Medsger TA Jr, Jansen-McWilliams L, et al. Age-specific incidence rates of myocardial infarction and angina in women with systemic lupus erythematosus: comparison with the Framingham Study. *Am J Epidemiol.* 1997;145:408-15.
229. Jungers P, Dougados M, Pelissier C, Kuttent F, Tron F, Lesavre P, et al. Influence of oral contraceptive therapy on the activity of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.* 1982;25:618-23.

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS

230. Julkunen HA, Kaaja R, Friman C. Contraceptive practice in women with systemic lupus erythematosus. *Br J Rheumatol.* 1993;32:227-30.
231. Julkunen HA. Oral contraceptives in systemic lupus erythematosus: side-effects and influence on the activity of SLE. *Scand J Rheumatol.* 1991;20:427-33.
232. Esdaile JM, Abrahamowicz M, Grodzicky T, Li Y, Panaritis C, du Berger R, et al. Traditional Framingham risk factors fail to fully account for accelerated atherosclerosis in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.* 2001;44:2331-7.
233. Chopra N, Koren S, Greer WL, Fortin PR, Rauch J, Fortin I, et al. Factor V Leiden, prothrombin gene mutation, and thrombosis risk in patients with antiphospholipid antibodies. *J Rheumatol.* 2002;29:1683-8.
234. Bernatsky S, Ramsey-Goldman R, Gordon C, Joseph L, Boivin JF, Rajan R, et al. Factors associated with abnormal Pap results in systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford).* 2004;43:1386-9.
235. Bernatsky S, Clarke A, Ramsey-Goldman R, Joseph L, Boivin JF, Rajan R, et al. Hormonal exposures and breast cancer in a sample of women with systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford).* 2004;43:1178-81.
236. Petri M. Musculoskeletal complications of systemic lupus erythematosus in the Hopkins Lupus Cohort: an update. *Arthritis Care Res.* 1995;8:137-45.
237. Choojitarom K, Verasertriyom O, Totemchokchayakarn K, Nantiruj K, Sumethkul V, Janwityanujit S. Lupus nephritis and Raynaud's phenomenon are significant risk factors for vascular thrombosis in SLE patients with positive antiphospholipid antibodies. *Clin Rheumatol.* 2008;27(3):345-51.
238. Urowitz MB, Bookman AA, Koehler BE, Gordon DA, Smythe HA, Ogryzlo MA. The bimodal mortality pattern of systemic lupus erythematosus. *Am J Med.* 1976;60:221-5.
239. Wahl DG, Guillemin F, de Maistre E, Perret C, Lecompte T, Thibaut G. Risk for venous thrombosis related to antiphospholipid antibodies in systemic lupus erythematosus – a meta-analysis. *Lupus.* 1997;6:467-73.
240. 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(9014):1503-6.
241. 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(7175):13-8.
242. Tzourio C, Tehindrazanarivelo A, Iglesias S, Alperovitch A, Chedru F, nglejan-Chatillon J, et al. Case-control study of migraine and risk of ischaemic stroke in young women. *BMJ.* 1995;310(6983):830-3.
243. Oral contraceptives and stroke in young women. Associated risk factors. *JAMA.* 1975;231(7):718-22.
244. Etminan M, Takkouche B, Isorna FC, Samii A. Risk of ischaemic stroke in people with migraine: systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMJ.* 2005;330(7482):63.
245. Lidegaard O. Oral contraceptives, pregnancy, and the risk of cerebral thromboembolism: the influence of diabetes, hypertension, migraine and previous thrombotic disease. (Letter). *Br J Obstet Gynaecol.* 1996;103:94-.
246. Nightingale AL, Farmer RD. Ischemic stroke in young women: a nested case-control study using the UK General Practice Research Database. *Stroke.* 2004;35(7):1574-8.
247. Cromer BA, Smith RD, Blair JM, Dwyer J, Brown RT. 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(5):687-94.
248. Deijen JB, Duyn KJ, Jansen WA, Kliitsie JW. Use of a monophasic, low-dose oral contraceptive in relation to mental functioning. *Contraception.* 1992;46(4):359-67.
249. Duke JM, Sibbritt DW, Young AF. Is there an association between the use of oral contraception and depressive symptoms in young Australian women? *Contraception.* 2007;75(1):27-31.
250. Gupta N, O'Brien R, Jacobsen LJ, Davis A, Zuckerman A, Supran S, et al. Mood changes in adolescents using depo-medroxyprogesterone acetate for contraception: a prospective study. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;14(2):71-6.
251. Herzberg BN, Draper KC, Johnson AL, Nicol GC. Oral contraceptives, depression, and libido. *Br Med J.* 1971;3(773):495-500.
252. Koke SC, Brown EB, Miner CM. Safety and efficacy of fluoxetine in patients who receive oral contraceptive therapy. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;187:551-5.
253. O'Connell K, Davis AR, Kerns J. Oral contraceptives: side effects and depression in adolescent girls. *Contraception.* 2007;75(4):299-304.
254. Westoff C, Truman C, Kalmuss D, Cushman L, Davidson A, Rulin M, et al. Depressive symptoms and Depo-Provera. *Contraception.* 1998;57(4):237-40.
255. Westoff C, Truman C, Kalmuss D, Cushman L, Rulin M, Heartwell S, et al. Depressive symptoms and Norplant contraceptive implants. *Contraception.* 1998;57(4):241-5.

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS

256. Young EA, Kornstein SG, Harvey AT, Wisniewski SR, Barkin J, Fava M, et al. Influences of hormone-based contraception on depressive symptoms in premenopausal women with major depression. *Psychoneuroendocrinology*. 2000;27(7):843-53.
257. Iyer V, Farquhar C, Jepson R. Oral contraceptive pills for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(2):CD000154.
258. Davis L, Kennedy SS, Moore J, Prentice A. Modern combined oral contraceptives for pain associated with endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(3):CD001019.
259. Hendrix SL, Alexander NJ. Primary dysmenorrhea treatment with a desogestrel-containing low-dose oral contraceptive. *Contraception*. 2002;66:393-9.
260. Proctor ML, Roberts H, Farquhar CM. Combined oral contraceptive pill (OCP) as treatment for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;CD002120.
261. Adewole IF, Oladokun A, Fawole AO, Olawuyi JF, Adeleye JA. Fertility regulatory methods and development of complications after evacuation of complete hydatidiform mole. *J Obstet Gynecol*. 2000;20:68-9.
262. Berkowitz RS, Goldstein DP, Marean AR, Bernstein M. Oral contraceptives and post-molar trophoblastic disease. *Obstet Gynecol*. 1981;58:474-7.
263. Curry SL, Schlaerth JB, Kohorn EI, Boyce JB, Gore H, Twiggs LB, et al. Hormonal contraception and trophoblastic sequelae after hydatidiform mole (a Gynecologic Oncology Group Study). *Am J Obstet Gynecol*. 1989;160:805-9.
264. Deicas RE, Miller DS, Rademaker AW, Lurain JR. The role of contraception in the development of postmolar trophoblastic tumour. *Obstet Gynecol*. 1991;78:221-6.
265. Goldberg GL, Cloete K, Bloch B, Wiswedel K, Altaras MM. Medroxyprogesterone acetate in non-metastatic gestational trophoblastic disease. *Br J Obstet Gynaecol*. 1987;94:22-5.
266. Ho Yuen B, Burch P. Relationship of oral contraceptives and the intrauterine contraceptive devices to the regression of concentration of the beta subunit of human chorionic gonadotropin and invasive complications after molar pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 1983;145:214-7.
267. Morrow P, Nakamura R, Schlaerth J, Gaddis O, Eddy G. The influence of oral contraceptives on the postmolar human chorionic gonadotropin regression curve. *Am J Obstet Gynecol*. 1985;151:906-14.
268. Gaffield ME, Kapp N, Curtis KM. Combined oral contraceptive and intrauterine device use among women with gestational trophoblastic disease. *Contraception*. 2009;80(4):363-71.
269. Eddy GL, Schlaerth JB, Natlick RH, Gaddis O, Nakamura RM, Morrow CP. Postmolar trophoblastic disease in women using hormonal contraception with and without estrogen. *Obstet Gynecol*. 1983;62:736-40.
270. Smith JS. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. *Lancet*. 2003;361:1159-67.
271. Black MM, Barclay THC, Polednak A, Kwon CS, Leis HP, Pilnik S. Family history, oral contraceptive useage, and breast cancer. *Cancer*. 1983;51:2147-51.
272. Brinton LA, Hoover R, Szklo M, Fraumeni JF. Oral contraceptives and breast cancer. *Int J Epidemiol*. 1982;11(4):316-22.
273. Brohet RM, Goldgar DE, Easton DF, Antoniou A, Andrieu N, Chang-Claude J, et al. Oral contraceptives and breast cancer risk in the International BRCA1/2 Carrier Cohort Study: a report from EMBRACE, GENEPSO, GEO-HEBON, and the IBCCS Collaborating Group. *J Clin Oncol*. 2007;25(25):3831-6.
274. Claus EB, Stowe M, Carter D. Oral contraceptives and the risk of ductal breast carcinoma in situ. *Breast Cancer Research and Treatment*. 2003;81:129-36.
275. Grabrick DM, Hartmann LC, Cerhan JR, Vierkant PA, Therneau TM, Vachon CM, et al. Risk of breast cancer with oral contraceptive use in women with a family history of breast cancer [comment]. *JAMA*. 2000;284:1791-8.
276. Gronwald J, Byrski T, Huzarski T, Cybulski C, Sun P, Tulman A, et al. Influence of selected lifestyle factors on breast and ovarian cancer risk in BRCA1 mutation carriers from Poland. *Breast Cancer Res Treat*. 2006;95:105-9.
277. Haile RW, Thomas DC, McGuire V, Felberg A, John EM, Milne RL, et al. BRCA1 and BRCA2 mutation carriers, oral contraceptive use, and breast cancer before age 50. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2006;15(10):1863-70.
278. Harris NV, Weiss NS, Francis AM, Polissar L. Breast cancer in relation to patterns of oral contraceptive use. *Am J Epidemiol*. 1982;116:643-51.
279. Hennekens CH, Speizer FE, Lipnick RJ, Rosner BA, Bain C, Belanger C, et al. A case-control study of oral contraceptive use and breast cancer. *J Natl Cancer Inst*. 1984;72(1):39-42.
280. Jernstrom H, Loman N, Johannsson OT, Borg A, Olsson H. Impact of teenage oral contraceptive use in a population-based series of early-onset breast cancer cases who have undergone BRCA mutation testing. *Eur J Cancer*. 2005;41:2312-20.
281. Marchbanks PA, McDonald JA, Wilson HG, Folger SG, Mandel MG, Daling JR, et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer. *N Engl J Med*. 2002;346:2025-32.

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS

282. Milne RL, Knight JA, John EM, Dite GS, Balbuena R, Ziogas A, et al. Oral contraceptive use and risk of early-onset breast cancer in carriers and noncarriers of BRCA1 and BRCA2 mutations. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2005;14(2):350-6.
283. Narod S, Dube MP, Klijn J, Lubinski J, Lynch HT, Ghadirian P, et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. *J Natl Cancer Inst.* 2002;94(23):1773-9.
284. Rosenberg L, Palmer JR, Rao RS, Zauber AG, Stom BL, Warshauer ME, et al. Case-control study of oral contraceptive use and risk of breast cancer. *Am J Epidemiol.* 1996;143:25-37.
285. Silvera SAN, Miller AB, Rohan TE. Oral contraceptive use and risk of breast cancer among women with a family history of breast cancer: a prospective cohort study. *Cancer Causes Control.* 2005;16:1059-63.
286. Ursin G, Henderson BE, Haile RW, Pike MC, Zhou N, Diep A, et al. Does oral contraceptive use increase the risk of breast cancer in women with BRCA1/BRCA2 mutations more than in other women? *Cancer Res.* 1997;57:3678-81.
287. Ursin G, Ross RK, Sullivan-Halley J, Hanisch R, Henderson B, Bernstein L. Use of oral contraceptives and risk of breast cancer in young women. *Breast Cancer Res Treat.* 1998;50:175-84.
288. Gaffield ME, Culwell KR, Ravi A. Oral contraceptives and family history of breast cancer. *Contraception.* 2009;80(4):372-80.
289. The Italian MEGIC Group. Determinants of cervical Chlamydia trachomatis infection in Italy. *Genitourin Med.* 1993;69(2):123-5.
290. Ackers JP, Lumsden WH, Catterall RD, Coyle R. Antitrichomonal antibody in the vaginal secretions of women infected with *T. vaginalis*. *Br J Ven Dis.* 1975;51(5):319-23.
291. 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. *Sex Transm Dis.* 1996;23(4):283-8.
292. Addiss DG, Vaughn ML, Holzhueter MA, Bakken LL, Davis JP. Selective screening for Chlamydia trachomatis infection in nonurban family planning clinics in Wisconsin. *Fam Plann Perspect.* 1987;19(6):252-6.
293. Arya OP, Mallinson H, Goddard AD. Epidemiological and clinical correlates of chlamydial infection of the cervix. *Br J Ven Dis.* 1981;57(2):118-24.
294. Green J, de Gonzalez A, Smith JS, Franceschi S, Appleby P, Plummer M, et al. Human papillomavirus infection and use of oral contraceptives. *Br J Cancer.* 2003;88(11):1713-20.
295. Gertig DM, Kapiga SH, Shao JF, Hunter DJ. Risk factors for sexually transmitted diseases among women attending family planning clinics in Dar-es-Salaam, Tanzania. *Genitourin Med.* 1997;73(1):39-43.
296. Fraser JJ, Jr., Rettig PJ, Kaplan DW. Prevalence of cervical Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae in female adolescents. *Pediatrics.* 1983;71(3):333-6.
297. Fouts AC, Kraus SJ. Trichomonas vaginalis: reevaluation of its clinical presentation and laboratory diagnosis. *J Infect Dis.* 1980;141(2):137-43.
298. Fish AN, Fairweather DV, Oriel JD, Ridgway GL. Chlamydia trachomatis infection in a gynaecology clinic population: identification of high-risk groups and the value of contact tracing. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1989;31(1):67-74.
299. Evans DL, Demetriou E, Shalaby H, Waner JL. Detection of Chlamydia trachomatis in adolescent females using direct immunofluorescence. *Clin Pediatr.* 1988;27(5):223-8.
300. Evans BA, Kell PD, Bond RA, MacRae KD, Slomka MJ, Brown DW. Predictors of seropositivity to herpes simplex virus type 2 in women. *Int J STD AIDS.* 2003;14(1):30-6.
301. Edwards D, Phillips D, Stancombe S. Chlamydia trachomatis infection at a family planning clinic. *N Z Med J.* 1985;98(778):333-5.
302. Crowley T, Horner P, Hughes A, Berry J, Paul I, Caul O. Hormonal factors and the laboratory detection of Chlamydia trachomatis in women: implications for screening? *Int J STD AIDS.* 1997;8(1):25-31.
303. Cottingham J, Hunter D. Chlamydia trachomatis and oral contraceptive use: a quantitative review. *Genitourin Med.* 1992;68(4):209-16.
304. Chacko M, Lovchik J. Chlamydia trachomatis infection in sexually active adolescents: prevalence and risk factors. *Pediatrics.* 1984;73(6):836-40.
305. Ceruti M, Canestrelli M, Condemi V, Piantelli G, De Paolis P, Amone F, et al. Methods of contraception and rates of genital infections. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 1994;21(2):119-23.
306. Burns DC, Darougar S, Thin RN, Lothian L, Nicol CS. Isolation of Chlamydia from women attending a clinic for sexually transmitted disease. *Br J Ven Dis.* 1975;51(5):314-8.
307. Bro F, Juul S. Predictors of Chlamydia trachomatis infection in women in general practice. *Fam Pract.* 1990;7(2):138-43.
308. Bramley M, Kinghorn G. Do oral contraceptives inhibit Trichomonas vaginalis? *Sex Transm Dis.* 1979;6(4):261-3.

309. Bontis J, Vavilis D, Panidis D, Theodoridis T, Konstantinidis T, Sidiropoulou A. Detection of Chlamydia trachomatis in asymptomatic women: relationship to history, contraception, and cervicitis. *Adv Contracept*. 1994;10(4):309-15.
310. Blum M, Pery J, Kitai E. The link between contraceptive methods and Chlamydia trachomatis infection. *Adv Contracept*. 1988;4(3):233-9.
311. Bhattacharyya MN, Jephcott AE. Diagnosis of gonorrhea in women – Influence of the contraceptive pill. *J Am Ven Dis Assoc*. 1976;2(3):21-4.
312. Berger GS, Keith L, Moss W. Prevalence of gonorrhoea among women using various methods of contraception. *Br J Ven Dis*. 1975;51(5):307-9.
313. Barnes RC, Katz BP, Rolfs RT, Batteiger B, Caine V, Jones RB. Quantitative culture of endocervical Chlamydia trachomatis. *J Clin Microbiol*. 1990;28(4):774-80.
314. Barbone F, Austin H, Louv WC, Alexander WJ. A follow-up study of methods of contraception, sexual activity, and rates of trichomoniasis, candidiasis, and bacterial vaginosis. *Am J Obstet Gynecol*. 1990;163(2):510-4.
315. Baeten JM, Nyange PM, Richardson BA, Lavreys L, Chohan B, Martin HL, Jr., et al. Hormonal contraception and risk of sexually transmitted disease acquisition: results from a prospective study. *Am J Obstet Gynecol*. 2001;185(2):380-5.
316. Avonts D, Sercu M, Heyerick P, Vandermeeren I, Meheus A, Piot P. Incidence of uncomplicated genital infections in women using oral contraception or an intrauterine device: a prospective study. *Sex Transm Dis*. 1990;17(1):23-9.
317. Austin H, Louv WC, Alexander WJ. A case-control study of spermicides and gonorrhea. *JAMA*. 1984;251(21):2822-4.
318. Masse R, Laperriere H, Rousseau H, Lefebvre J, Remis RS. Chlamydia trachomatis cervical infection: prevalence and determinants among women presenting for routine gynecologic examination. *CMAJ*. 1991;145(8):953-61.
319. Magder LS, Klontz KC, Bush LH, Barnes RC. Effect of patient characteristics on performance of an enzyme immunoassay for detecting cervical Chlamydia trachomatis infection. *J Clin Microbiol*. 1990;28(4):781-4.
320. Magder LS, Harrison HR, Ehret JM, Anderson TS, Judson FN. Factors related to genital Chlamydia trachomatis and its diagnosis by culture in a sexually transmitted disease clinic. *Am J Epidemiol*. 1988;128(2):298-308.
321. Macaulay ME, Riordan T, James JM, Leventhall PA, Morris EM, Neal BR, et al. A prospective study of genital infections in a family-planning clinic. 2. Chlamydia infection – the identification of a high-risk group. *Epidemiol Infect*. 1990;104(1):55-61.
322. Lycke E, Lowhagen GB, Hallhagen G, Johannisson G, Ramstedt K. The risk of transmission of genital Chlamydia trachomatis infection is less than that of genital Neisseria gonorrhoeae infection. *Sex Transm Dis*. 1980;7(1):6-10.
323. Lowe TL, Kraus SJ. Quantitation of Neisseria gonorrhoeae from women with gonorrhoea. *J Infect Dis*. 1976;133(6):621-6.
324. Louv WC, Austin H, Perlman J, Alexander WJ. Oral contraceptive use and the risk of chlamydial and gonococcal infections. *Am J Obstet Gynecol*. 1989;160(2):396-402.
325. Lefevre JC, Averous S, Bauriaud R, Blanc C, Bertrand MA, Lareng MB. Lower genital tract infections in women: comparison of clinical and epidemiologic findings with microbiology. *Sex Transm Dis*. 1988;15(2):110-3.
326. Lavreys L, Chohan B, Ashley R, Richardson BA, Corey L, Mandaliya K, et al. Human herpesvirus 8: seroprevalence and correlates in prostitutes in Mombasa, Kenya. *J Infect Dis*. 2003;187(3):359-63.
327. Kinghorn GR, Waugh MA. Oral contraceptive use and prevalence of infection with Chlamydia trachomatis in women. *Br J Ven Dis*. 1981;57(3):187-90.
328. Keith L, Berer GS, Moss W. Cervical gonorrhoea in women using different methods of contraception. *J Am Ven Dis Assoc*. 1976;3(1):17-9.
329. Johannisson G, Karamustafa A, Brorson J. Influence of copper salts on gonococci. *Br J Ven Dis*. 1976;52(3):176-7.
330. Jick H, Hannan MT, Stergachis A, Heidrich F, Perera DR, Rothman KJ. Vaginal spermicides and gonorrhoea. *JAMA*. 1982;248(13):1619-21.
331. Jaffe LR, Siqueira LM, Diamond SB, Diaz A, Spielsinger NA. Chlamydia trachomatis detection in adolescents: a comparison of direct specimen and tissue culture methods. *J Adol Health Care*. 1986;7(6):401-4.
332. Jacobson DL, Peralta L, Farmer M, Graham NM, Gaydos C, Zenilman J. Relationship of hormonal contraception and cervical ectopy as measured by computerized planimetry to chlamydial infection in adolescents. *Sex Transm Dis*. 2000;27(6):313-9.
333. Hiltunen-Back E, Haikala O, Kautiainen H, Paavonen J, Reunala T. A nationwide sentinel clinic survey of Chlamydia trachomatis infection in Finland. *Sex Transm Dis*. 2001;28(5):252-8.
334. Hilton AL, Richmond SJ, Milne JD, Hindley F, Clarke SK. Chlamydia A in the female genital tract. *Br J Ven Dis*. 1974;50(1):1-10.
335. Hewitt AB. Oral contraception among special clinic patients. With particular reference to the diagnosis of gonorrhoea. *Br J Ven Dis*. 1970;46(2):106-7.

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS

336. Herrmann B, Espinoza F, Villegas RR, Smith GD, Ramos A, Egger M. Genital chlamydial infection among women in Nicaragua: validity of direct fluorescent antibody testing, prevalence, risk factors and clinical manifestations. *Genitourin Med.* 1996;72(1):20-6.
337. Hart G. Factors associated with genital chlamydial and gonococcal infection in females. *Genitourin Med.* 1992;68(4):217-20.
338. Harrison HR, Costin M, Meder JB, Bownds LM, Sim DA, Lewis M, et al. Cervical Chlamydia trachomatis infection in university women: relationship to history, contraception, ectopy, and cervicitis. *Am J Obstet Gynecol.* 1985;153(3):244-51.
339. Hanna NF, Taylor-Robinson D, Kalodiki-Karamanolis M, Harris JR, McFadyen IR. The relation between vaginal pH and the microbiological status in vaginitis. *Br J Obstet Gynaecol.* 1985;92(12):1267-71.
340. Handsfield HH, Jasman LL, Roberts PL, Hanson VW, Kothenbeutel RL, Stamm WE. Criteria for selective screening for Chlamydia trachomatis infection in women attending family planning clinics. *JAMA.* 1986;255(13):1730-4.
341. Han Y, Morse DL, Lawrence CE, Murphy D, Hipp S. Risk profile for Chlamydia infection in women from public health clinics in New York State. *J Community Health.* 1993;18(1):1-9.
342. Griffiths M, Hindley D. Gonococcal pelvic inflammatory disease, oral contraceptives, and cervical mucus. *Genitourin Med.* 1985;61(1):67.
343. Ruijs GJ, Kauer FM, van Gijssel PM, Schirm J, Schroder FP. Direct immunofluorescence for Chlamydia trachomatis on urogenital smears for epidemiological purposes. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1988;27(4):289-97.
344. Ripa KT, Svensson L, Mardh PA, Westrom L. Chlamydia trachomatis cervicitis in gynecologic outpatients. *Obstet Gynecol.* 1978;52(6):698-702.
345. Reed BD, Huck W, Zazove P. Differentiation of Gardnerella vaginalis, Candida albicans, and Trichomonas vaginalis infections of the vagina. *J Fam Pract.* 1989;28(6):673-80.
346. Rahm VA, Odland V, Pettersson R. Chlamydia trachomatis in sexually active teenage girls. Factors related to genital chlamydial infection: a prospective study. *Genitourin Med.* 1991;67(4):317-21.
347. Pereira LH, Embil JA, Haase DA, Manley KM. Cytomegalovirus infection among women attending a sexually transmitted disease clinic: association with clinical symptoms and other sexually transmitted diseases. *Am J Epidemiol.* 1990;131(4):683-92.
348. Park BJ, Stergachis A, Scholes D, Heidrich FE, Holmes KK, Stamm WE. Contraceptive methods and the risk of Chlamydia trachomatis infection in young women. *Am J Epidemiol.* 1995;142(7):771-8.
349. Paavonen J, Vesterinen E. Chlamydia trachomatis in cervicitis and urethritis in women. *Scand J Infect Dis Suppl.* 1982;32:45-54.
350. Oriel JD, Powis PA, Reeve P, Miller A, Nicol CS. Chlamydial infections of the cervix. *Br J Ven Dis.* 1974;50(1):11-6.
351. Oriel JD, Johnson AL, Barlow D, Thomas BJ, Nayyar K, Reeve P. Infection of the uterine cervix with Chlamydia trachomatis. *J Infect Dis.* 1978;137(4):443-51.
352. Oh MK, Feinstein RA, Soileau EJ, Cloud GA, Pass RF. Chlamydia trachomatis cervical infection and oral contraceptive use among adolescent girls. *J Adol Health Care.* 1989;10(5):376-81.
353. Nayyar KC, O'Neill JJ, Hambling MH, Waugh MA. Isolation of Chlamydia trachomatis from women attending a clinic for sexually transmitted diseases. *Br J Ven Dis.* 1976;52(6):396-8.
354. Morrison CS, Bright P, Wong EL, Kwok C, Yacobson I, Gaydos CA, et al. Hormonal contraceptive use, cervical ectopy, and the acquisition of cervical infections. *Sex Transm Dis.* 2004;31(9):561-7.
355. McCormack WM, Reynolds GH. Effect of menstrual cycle and method of contraception on recovery of Neisseria gonorrhoeae. *JAMA.* 1982;247(9):1292-4.
356. Woolfitt JM, Watt L. Chlamydial infection of the urogenital tract in promiscuous and non-promiscuous women. *Br J Ven Dis.* 1977;53(2):93-5.
357. Wolinska WH, Melamed MR. Herpes genitalis in women attending Planned Parenthood of New York City. *Acta Cytol.* 1970;14(5):239-42.
358. Winter L, Goldy AS, Baer C. Prevalence and epidemiologic correlates of Chlamydia trachomatis in rural and urban populations. *Sex Transm Dis.* 1990;17(1):30-6.
359. Winer RL, Lee SK, Hughes JP, Adam DE, Kiviat NB, Koutsky LA. Genital human papillomavirus infection: incidence and risk factors in a cohort of female university students. *Am J Epidemiol.* 2003;157(3):218-26.
360. Willmott FE, Mair HJ. Genital herpesvirus infection in women attending a venereal diseases clinic. *Br J Vener Dis.* 1978;54(5):341-3.
361. Vaccarella S, Herrero R, Dai M, Snijders PJ, Meijer CJ, Thomas JO, et al. Reproductive factors, oral contraceptive use, and human papillomavirus infection: pooled analysis of the IARC HPV prevalence surveys. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2006;15(11):2148-53.
362. Tait IA, Rees E, Hobson D, Byng RE, Tweedie MC. Chlamydial infection of the cervix in contacts of men with nongonococcal urethritis. *Br J Ven Dis.* 1980;56(1):37-45.
363. Svensson L, Westrom L, Mardh PA. Chlamydia trachomatis in women attending a gynaecological outpatient clinic with lower genital tract infection. *Br J Ven Dis.* 1981;57(4):259-62.

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS

364. Staerfelt F, Gundersen TJ, Halsos AM, Barlinn C, Johansen AG, Norregaard KM, et al. A survey of genital infections in patients attending a clinic for sexually transmitted diseases. *Scand J Infect Dis Suppl.* 1983;40:53-7.
365. Smith JS, Herrero R, Munoz N, Eluf-Neto J, Ngelangel C, Bosch FX, et al. Prevalence and risk factors for herpes simplex virus type 2 infection among middle-age women in Brazil and the Philippines. *Sex Transm Dis.* 2001;28(4):187-94.
366. Shafer MA, Beck A, Blain B, Dole P, Irwin CE, Jr., Sweet R, et al. Chlamydia trachomatis: important relationships to race, contraception, lower genital tract infection, and Papanicolaou smear. *J Pediatr.* 1984;104(1):141-6.
367. Sessa R, Latino MA, Magliano EM, Nicosia R, Pustorino R, Santino I, et al. Epidemiology of urogenital infections caused by Chlamydia trachomatis and outline of characteristic features of patients at risk. *J Med Microbiol.* 1994;41(3):168-72.
368. Sellors JW, Karwalajtys TL, Kaczorowski J, Mahony JB, Lytwyn A, Chong S, et al. Incidence, clearance and predictors of human papillomavirus infection in women. *CMAJ.* 2003;168(4):421-5.
369. Schachter J, Stoner E, Moncada J. Screening for chlamydial infections in women attending family planning clinics. *West J Med.* 1983;138(3):375-9.
370. Polis CB, Phillips SJ, Curtis KM, Westreich DJ, Steyn PS, Raymond E, et al. Hormonal contraceptive methods and risk of HIV acquisition in women: a systematic review of epidemiological evidence. *Contraception.* 2014;90(4):360-90.
371. Wand H, Ramjee G. The effects of injectable hormonal contraceptives on HIV seroconversion and on sexually transmitted infections. *AIDS.* 2012;26(3):375-80.
372. Reid SE, Dai JY, Wang J, Sicalwe BN, Akpomimie G, Cowan FM, et al. Pregnancy, contraceptive use, and HIV acquisition in HPTN 039: relevance for HIV prevention trials among African women. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2010;53(5):606-13.
373. Myer L, Denny L, Wright TC, Kuhn L. Prospective study of hormonal contraception and women's risk of HIV infection in South Africa. *Int J Epidemiol.* 2007;36(1):166-74.
374. Morrison CS, Skoler-Karpoff S, Kwok C, Chen PL, van de Wijgert J, Gehret-Plagianos M, et al. Hormonal contraception and the risk of HIV acquisition among women in South Africa. *AIDS.* 2012;26(4):497-504.
375. Morrison CS, Richardson BA, Mmiro F, Chipato T, Celentano DD, Luoto J, et al. Hormonal contraception and the risk of HIV acquisition. *AIDS.* 2007;21(1):85-95.
376. Morrison CS, Chen PL, Kwok C, Richardson BA, Chipato T, Mugerwa R, et al. Hormonal contraception and HIV acquisition: reanalysis using marginal structural modeling. *AIDS.* 2010;24(11):1778-81.
377. McCoy SI, Zheng W, Montgomery ET, Blanchard K, van der Straten A, de Bruyn G, et al. Oral and injectable contraception use and risk of HIV acquisition among women in sub-Saharan Africa. *AIDS.* 2013;27(6):1001-9.
378. Heffron R, Donnell D, Rees H, Celum C, Mugo N, Were E, et al. Use of hormonal contraceptives and risk of HIV-1 transmission: a prospective cohort study. *Lancet Infect Dis.* 2012;12(1):19-26.
379. Baeten JM, Benki S, Chohan V, Lavreys L, McClelland RS, Mandaliya K, et al. Hormonal contraceptive use, herpes simplex virus infection, and risk of HIV-1 acquisition among Kenyan women. *AIDS.* 2007;21(13):1771-7.
380. Stringer EM, Giganti M, Carter RJ, El-Sadr W, Abrams EJ, Stringer JS. Hormonal contraception and HIV disease progression: a multicountry cohort analysis of the MTCT-Plus Initiative. *AIDS.* 2009;23 Suppl 1:S69-77.
381. Polis CB, Wawer MJ, Kiwanuka N, Laeyendecker O, Kagaayi J, Lutalo T, et al. Effect of hormonal contraceptive use on HIV progression in female HIV seroconverters in Rakai, Uganda. *AIDS.* 2010;24(12):1937-44.
382. Morrison CS, Chen PL, Nankya I, Rinaldi A, Van Der Pol B, Ma YR, et al. Hormonal contraceptive use and HIV disease progression among women in Uganda and Zimbabwe. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2011;57(2):157-64.
383. Kilmarx PH, Limpakarnjanarat K, Kaewkungwal J, Srismith R, Saisorn S, Uthairavit W, et al. Disease progression and survival with human immunodeficiency virus type 1 subtype E infection among female sex workers in Thailand. *J Infect Dis.* 2000;181(5):1598-606.
384. Heffron R, Mugo N, Ngure K, Celum C, Donnell D, Were E, et al. Hormonal contraceptive use and risk of HIV-1 disease progression. *AIDS.* 2013;27(2):261-7.
385. Allen S, Stephenson R, Weiss H, Karita E, Priddy F, Fuller L, et al. Pregnancy, hormonal contraceptive use, and HIV-related death in Rwanda. *J Womens Health (Larchmt).* 2007;16(7):1017-27.
386. Survival and progression of HIV disease in women attending GUM/HIV clinics in Britain and Ireland. Study Group for the MRC Collaborative Study of HIV Infection in Women. *Sex Transm Infect.* 1999;75(4):247-52.
387. Stringer EM, Levy J, Sinkala M, Chi BH, Matongo I, Chintu N, et al. HIV disease progression by hormonal contraceptive method: secondary analysis of a randomized trial. *AIDS.* 2009;23(11):1377-82.
388. Stringer EM, Kaseba C, Levy J, Sinkala M, Goldenberg RL, Chi BH, et al. A randomized trial of the intrauterine contraceptive device vs hormonal contraception in women who are infected with the human immunodeficiency virus. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;197(2):144-8.

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS

389. Lutalo T, Musoke R, Kong X, Makumbi F, Serwadda D, Nalugoda F, et al. Effects of hormonal contraceptive use on HIV acquisition and transmission among HIV-discordant couples. *AIDS*. 2013;27 Suppl 1:S27-34.
390. Richardson BA, Otieno PA, Mbori-Ngacha D, Overbaugh J, Farquhar C, John-Stewart GC. Hormonal contraception and HIV-1 disease progression among postpartum Kenyan women. *AIDS*. 2007;21(6):749-53.
391. Kreiss J, Willerford DM, Hensel M, Emonyi W, Plummer F, Ndinya-Achola J, et al. Association between cervical inflammation and cervical shedding of human immunodeficiency virus DNA. *J Infect Dis*. 1994;170(6):1597-601.
392. Graham SM, Masese L, Gitau R, Jalalian-Lechak Z, Richardson BA, Peshu N, et al. Antiretroviral adherence and development of drug resistance are the strongest predictors of genital HIV-1 shedding among women initiating treatment. *J Infect Dis*. 2010;202(10):1538-42.
393. Clemetson DB, Moss GB, Willerford DM, Hensel M, Emonyi W, Holmes KK, et al. Detection of HIV DNA in cervical and vaginal secretions. Prevalence and correlates among women in Nairobi, Kenya. *JAMA*. 1993;269(22):2860-4.
394. Clark RA, Theall KP, Amedee AM, Dumestre J, Wenthold L, Kissinger PJ. Lack of association between genital tract HIV-1 RNA shedding and hormonal contraceptive use in a cohort of Louisiana women. *Sex Transm Dis*. 2007;34(11):870-2.
395. Cejtin HE, Jacobson L, Springer G, Watts DH, Levine A, Greenblatt R, et al. Effect of hormonal contraceptive use on plasma HIV-1-RNA levels among HIV-infected women. *AIDS*. 2003;17(11):1702-4.
396. Kovacs A, Wasserman SS, Burns D, Wright DJ, Cohn J, Landay A, et al. Determinants of HIV-1 shedding in the genital tract of women. *Lancet*. 2001;358:1593-601.
397. Kumwenda JJ, Mkanani B, Taulo F, Nkhoma C, Kafulafula G, Li Q, et al. Natural history and risk factors associated with early and established HIV type 1 infection among reproductive-age women in Malawi. *Clin Infect Dis*. 2008;46(12):1913-20.
398. Lavreys L, Baeten JM, Kreiss JK, Richardson BA, Chohan BH, Hassan W, et al. Injectable contraceptive use and genital ulcer disease during the early phase of HIV-1 infection increase plasma virus load in women. *J Infect Dis*. 2004;189(2):303-11.
399. Morrison CS, Demers K, Kwok C, Bulime S, Rinaldi A, Munjoma M, et al. Plasma and cervical viral loads among Ugandan and Zimbabwean women during acute and early HIV-1 infection. *AIDS*. 2010;24(4):573-82.
400. Mostad SB, Overbaugh J, DeVange DM, Welch MJ, Chohan B, Mandaliya K, 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.
401. Roccio M, Gardella B, Maserati R, Zara F, Iacobone D, Spinillo A. Low-dose combined oral contraceptive and cervicovaginal shedding of human immunodeficiency virus. *Contraception*. 2011;83(6):564-70.
402. Sagar M, Lavreys L, Baeten JM, Richardson BA, Mandaliya K, Ndinya-Achola JO, et al. Identification of modifiable factors that affect the genetic diversity of the transmitted HIV-1 population. *AIDS*. 2004;18(4):615-9.
403. Seck K, Samb N, Tempesta S, Mulanga-Kabeya C, Henzel D, Sow PS, et al. Prevalence and risk factors of cervicovaginal HIV shedding among HIV-1 and HIV-2 infected women in Dakar, Senegal. *Sex Transm Infect*. 2001;77(3):190-3.
404. Tanton C, Weiss HA, Le Goff J, Chagalucha J, Rusizoka M, Baisley K, et al. Correlates of HIV-1 genital shedding in Tanzanian women. *PLoS One*. 2011;6(3):e17480.
405. Tagy AH, Saker ME, Moussa AA, Kolgah A. 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.
406. Sy FS, Osteria TS, Opiniano V, Gler S. Effect of oral contraceptive on liver function tests of women with schistosomiasis in the Philippines. *Contraception*. 1986;34:283-94.
407. Shaaban MM, Ghaneimah SA, Mohamed MA, Abdel-Chani S, Mostafa SA. Effective of oral contraception on serum bile acid. *Int J Gynaecol Obstet*. 1984;22:111-5.
408. Shaaban MM, Hammad WA, Falthalla MF, Ghaneimah SA, El-Sharkawy MM, Salim TH, et al. Effects of oral contraception on liver function tests and serum proteins in women with active schistosomiasis. *Contraception*. 1982;26:75-82.
409. Gad-el-Mawla N, el-Roubi O, Sabet S, Abdallah A. Plasma lipids and lipoproteins in bilharzial females during oral contraceptive therapy. *J Egypt Med Assoc*. 1972;55:137-47.
410. Gad-el-Mawla N, Abdallah A. Liver function in bilharzial females receiving contraceptive pills. *Acta Hepato-Splenol*. 1969;16:308-10.
411. el Raghy I, Back DJ, Osman F, Orme ML, Fathalla M. Contraceptive steroid concentrations in women with early active schistosomiasis: lack of effect of antischistosomal drugs. *Contraception*. 1986;33:373-7.

412. Beck P, Wells SA. Comparison of the mechanisms underlying carbohydrate intolerance in subclinical diabetic women during pregnancy and during post-partum oral contraceptive steroid treatment. *J Clin Endocrinol Metab.* 1969;29(6):807-18.
413. Kjos SL, Peters RK, Xiang A, Thomas D, Schaefer U, Buchanan TA. Contraception and the risk of type 2 diabetes mellitus in Latina women with prior gestational diabetes mellitus. *JAMA.* 1998;280(6):533-8.
414. Kung AW, Ma JT, Wong VC, Li DF, Ng MM, Wang CC, et al. Glucose and lipid metabolism with triphasic oral contraceptives in women with history of gestational diabetes. *Contraception.* 1987;35(3):257-69.
415. Radberg T, Gustafson A, Skryten A, Karlsson K. Metabolic studies in gestational diabetic women during contraceptive treatment: effects on glucose tolerance and fatty acid composition of serum lipids. *Gynecol Obstet Invest.* 1982;13(1):17-29.
416. Skouby SO, Andersen O, Saurbrey N, Kuhl C. Oral contraception and insulin sensitivity: in vivo assessment in normal women and women with previous gestational diabetes. *J Clin Endocrinol Metab.* 1987;64(3):519-23.
417. Skouby SO, Molsted-Pedersen L, Kuhl C. Low dosage oral contraception in women with previous gestational diabetes. *Obstet Gynecol.* 1982;59(3):325-8.
418. Xiang AH, Kawakubo M, Kjos SL, Buchanan TA. Long-acting injectable progestin contraception and risk of type 2 diabetes in Latino women with prior gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care.* 2006;29(3):613-7.
419. Skouby SO, Andersen O, Kuhl C. Oral contraceptives and insulin receptor binding in normal women and those with previous gestational diabetes. *Am J Obstet Gynecol.* 1986;155(4):802-7.
420. Kjos SL, Shoupe D, Douyan S, Friedman RL, Bernstein GS, Mestman JH, et al. Effect of low-dose oral contraceptives on carbohydrate and lipid metabolism in women with recent gestational diabetes: results of a controlled, randomized, prospective study. *Am J Obstet Gynecol.* 1990;163(6 Pt 1):1822-7.
421. Radberg T, Gustafson A, Skryten A, Karlsson K. Metabolic studies in women with previous gestational diabetes during contraceptive treatment: effects on serum lipids and high density lipoproteins. *Acta Endocrinol (Copenh).* 1982;101(1):134-9.
422. Skouby SO, Kuhl C, Molsted-Pedersen L, Petersen K, Christensen MS. Triphasic oral contraception: metabolic effects in normal women and those with previous gestational diabetes. *Am J Obstet Gynecol.* 1985;153(5):495-500.
423. Beck P, Arnett DM, Alsever RN, Eaton RP. Effect of contraceptive steroids on arginine-stimulated glucagon and insulin secretion in women. II. Carbohydrate and lipid physiology in insulin-dependent diabetics. *Metabolism.* 1976;25(1):23-31.
424. Diab KM, Zaki MM. Contraception in diabetic women: comparative metabolic study of norplant, depot medroxyprogesterone acetate, low dose oral contraceptive pill and CuT380A. *J Obstet Gynecol Res.* 2000;26(1):17-26.
425. Garg SK, Chase P, Marshall G, Hoops SL, Holmes DL, Jackson WE. Oral contraceptives and renal and retinal complications in young women with insulin-dependent diabetes mellitus. *JAMA.* 1994;271(14):1099-102.
426. Grigoryan OR, Grodnitskaya EE, Andreeva EN, Shestakova MV, Melnichenko GA, Dedov II. Contraception in perimenopausal women with diabetes mellitus. *Gynecol Endocrinol.* 2006;22(4):198-206.
427. Margolis KL, Adami H-O, Luo J, Ye W, Weiderpass E. A prospective study of oral contraceptive use and risk of myocardial infarction among Swedish women. *Fertil Steril.* 2007;88(2):310-6.
428. Petersen KR, Skouby SO, Jespersen J. Balance of coagulation activity with fibrinolysis during use of oral contraceptives in women with insulin-dependent diabetes mellitus. *Int J Fertil.* 1995;40(Suppl 2):105-11.
429. Radberg T, Gustafson A, Skryten A, Karlsson K. Oral contraception in diabetic women. A cross-over study on seum and high density lipoprotein (HDL) lipids and diabetes control during progestogen and combined estrogen/progestogen contraception. *Horm Metab Res.* 1982;14:61-5.
430. Petersen KR, Skouby SO, Sidelmann J, Jespersen J. Assessment of endothelial function during oral contraception on women with insulin-dependent diabetes mellitus. *Metabolism.* 1994;43(11):1379-83.
431. Di Martino V, Lebray P, Myers RP, Pannier E, Paradis V, Charlotte F, et al. Progression of liver fibrosis in women infected with hepatitis C: long-term benefit of estrogen exposure. *Hepatology.* 2004;40(6):1426-33.
432. Libbrecht L, Craninx M, Nevens F, Desmet V, Roskams T. Predictive value of liver cell dysplasia for development of hepatocellular carcinoma in patients with non-cirrhotic and cirrhotic chronic viral hepatitis. *Histopathology.* 2001;39(1):66-73.
433. Eisalo A, Kontinen A, Hietala O. Oral contraceptives after liver disease. *Br Med J.* 1971;3(5774):561-2.
434. Wang P, Lai Z, Tang J, Xu W, Mi X, Ma F. Safety of hormonal steroid contraceptive use for hepatitis B virus carrier women. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2000;9(3):245-6.

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS

435. Schweitzer IL, Weiner JM, McPeak CM, Thursby MW. Oral contraceptives in acute viral hepatitis. *JAMA*. 1975;233(9):979-80.
436. Kapp N, Tilley IB, Curtis KM. The effects of hormonal contraceptive use among women with viral hepatitis or cirrhosis of the liver: a systematic review. *Contraception*. 2009;80(4):381-6.
437. Mathieu D, Kobeiter H, Maison P, Rahmouni A, Cherqui D, Zafrani ES, et al. Oral contraceptive use and focal nodular hyperplasia of the liver. *Gastroenterology*. 2000;118(3):560-4.
438. Kapp N, Curtis KM. Hormonal contraceptive use among women with liver tumors: a systematic review. *Contraception*. 2009;80(4):387-90.
439. D'halluin V, Vilgrain V, Pelletier G, Rocher L, Belghiti J, Erlinger S, et al. [Natural history of focal nodular hyperplasia. A retrospective study of 44 cases]. *Gastroenterol Clin Biol*. 2001;25(11):1008-10 (in French).
440. Aweeka FT, Rosenkranz SL, Segal Y, Coombs RW, Bardeguez A, Thevanayagam L, et al. The impact of sex and contraceptive therapy on the plasma and intracellular pharmacokinetics of zidovudine. *AIDS*. 2006;20(14):1833-41.
441. Kearney BP, Mathias A. Lack of effect of tenofovir disoproxil fumarate on pharmacokinetics of hormonal contraceptives. *Pharmacotherapy*. 2009;29(8):924-9.
442. Stuart GS, Moses A, Corbett A, Phiri G, Kumwenda W, Mkandawire N, et al. Combined oral contraceptives and antiretroviral PK/PD in Malawian women: pharmacokinetics and pharmacodynamics of a combined oral contraceptive and a generic combined formulation antiretroviral in Malawi. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2011;58(2):e40-3.
443. Nanda K, Delany-Moretlwe S, Dube K, Lendvay A, Kwok C, Molife L, et al. Nevirapine-based antiretroviral therapy does not reduce oral contraceptive effectiveness. *AIDS*. 2013;27 Suppl 1:S17-25.
444. Mildvan D, Yarrish R, Marshak A, Hutman HW, McDonough M, Lamson M, et al. Pharmacokinetic interaction between nevirapine and ethinyl estradiol/norethindrone when administered concurrently to HIV-infected women. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2002;29(5):471-7.
445. Landolt NK, Phanuphak N, Ubolyam S, Pinyakorn S, Kriengsinyot R, Ahluwalia J, et al. Efavirenz, in contrast to nevirapine, is associated with unfavorable progesterone and antiretroviral levels when coadministered with combined oral contraceptives. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2013;62(5):534-9.
446. Sevinsky H, Eley T, Persson A, Garner D, Yones C, Nettles R, et al. The effect of efavirenz on the pharmacokinetics of an oral contraceptive containing ethinyl estradiol and norgestimate in healthy HIV-negative women. *Antivir Ther*. 2011;16(2):149-56.
447. Carten ML, Kiser JJ, Kwara A, Mawhinney S, Cu-Uvin S. Pharmacokinetic interactions between the hormonal emergency contraception, levonorgestrel (Plan B), and Efavirenz. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2012;2012:137192.
448. Scholler-Gyure M, Kakuda TN, Woodfall B, Aharchi F, Peeters M, Vandermeulen K, et al. Effect of steady-state etravirine on the pharmacokinetics and pharmacodynamics of ethinylestradiol and norethindrone. *Contraception*. 2009;80(1):44-52.
449. Crauwels HM, van Heeswijk RP, Buelens A, Stevens M, Hoetelmans RM. Lack of an effect of rilpivirine on the pharmacokinetics of ethinylestradiol and norethindrone in healthy volunteers. *Int J Clin Pharmacol Ther*. 2014;52(2):118-28.
450. Sekar VJ, Lefebvre E, Guzman SS, Felicione E, De Pauw M, Vangeneugden T, et al. Pharmacokinetic interaction between ethinyl estradiol, norethindrone and darunavir with low-dose ritonavir in healthy women. *Antivir Ther*. 2008;13(4):563-9.
451. Kasserra C, Li J, March B, O'Mara E. Effect of vicriviroc with or without ritonavir on oral contraceptive pharmacokinetics: a randomized, open-label, parallel-group, fixed-sequence crossover trial in healthy women. *Clin Ther*. 2011;33(10):1503-14.
452. Vogler MA, Patterson K, Kamemoto L, Park JG, Watts H, Aweeka F, et al. Contraceptive efficacy of oral and transdermal hormones when co-administered with protease inhibitors in HIV-1-infected women: pharmacokinetic results of ACTG trial A5188. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2010;55(4):473-82.
453. Atrio J, Stanczyk FZ, Neely M, Cherala G, Kovacs A, Mishell DR, Jr. Effect of protease inhibitors on steady-state pharmacokinetics of oral norethindrone contraception in HIV-infected women. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2014;65(1):72-7.
454. Song I, Mark S, Borland J, Chen S, Wajima T, Peppercorn A, et al. Dolutegravir has no effect on the pharmacokinetics of methadone or oral contraceptives with norgestimate and ethinyl estradiol. Atlanta (GA): 20th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; 3-6 March 2013.
455. Anderson MS, Hanley WD, Moreau AR, Jin B, Bieberdorf FA, Kost JT, et al. Effect of raltegravir on estradiol and norgestimate plasma pharmacokinetics following oral contraceptive administration in healthy women. *Br J Clin Pharmacol*. 2011;71(4):616-20.
456. Rosenfeld WE, Doose DR, Walker SA, Nayak RK. Effect of topiramate on the pharmacokinetics of an oral contraceptive containing norethindrone and ethinyl estradiol in patients with epilepsy. *Epilepsia*. 1997;38:317-23.

457. Fattore C, Cipolla G, Gatti G, Limido GL, Sturm Y, Bernasconi C, et al. Induction of ethinylestradiol and levonorgestrel metabolism by oxcarbazepine in healthy women. *Epilepsia*. 1999;40:783-7.
458. Doose DR, Wang S, Padmanabhan M, Schwabe S, Jacobs D, Bialer M. Effects of topiramate or carbamazepine on the pharmacokinetics of an oral contraceptive containing norethindrone and ethinyl estradiol in healthy obese and nonobese female subjects. *Epilepsia*. 2003;44:540-9.
459. Back DJ, Bates M, Bowden A, Breckenridge AM, Hall MJ, Jones H, et al. The interaction of Phenobarbital and other anticonvulsants with oral contraceptive steroid therapy. *Contraception*. 1980;22:495-503.
460. Sabers A, Ohman I, Christensen J, Tomson T. Oral contraceptives reduce lamotrigine plasma levels. *Neurology*. 2003;61:570-1.
461. Sabers A, Buchholt JM, Uldall P, Hansen EL. Lamotrigine plasma levels reduced by oral contraceptives. *Epilepsy Research*. 2001;47:151-4.
462. Reimers A, Helde G, Brodtkorb E. Ethinyl estradiol, not progestogens, reduces lamotrigine serum concentrations. *Epilepsia*. 2005;46(9):1414-7.
463. Contin M, Albani F, Ambrosetto G, Avoni P, Bisulli F, Riva R, et al. Variation in lamotrigine plasma concentrations with hormonal contraceptive monthly cycles in patients with epilepsy. *Epilepsia*. 2006;47(9):1573-5.
464. Christensen J, Petrenaitė V, Atterman J, Sidenius P, Ohman I, Tomson T, et al. Oral contraceptives induce lamotrigine metabolism: evidence from a double-blind, placebo-controlled trial. *Epilepsia*. 2007;48(3):484-9.
465. Bainton R. Interaction between antibiotic therapy and contraceptive medication. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1986;61:453-5.
466. Bacon JF, Shenfield GM. Pregnancy attributable to interaction between tetracycline and oral contraceptives. *Br Med J*. 1980;280:293.
467. Back DJ, Tjia J, Martin C, Millar E, Mant T, Morrison P, et al. The lack of interaction between temafloxacin and combined oral contraceptive steroids. *Contraception*. 1991;43:317-23.
468. Back DJ, Grimmer SF, Orme ML, Proudlove C, Mann RD, Breckenridge AM. Evaluation of the Committee on Safety of Medicines yellow card reports on oral contraceptive-drug interactions with anticonvulsants and antibiotics. *Br J Clin Pharmacol*. 1988;25:527-32.
469. Back DJ, Breckenridge AM, MacIver M, Orme ML, Rowe PH, Staiger C, et al. The effects of ampicillin on oral contraceptive steroids in women. *Br J Clin Pharmacol*. 1982;14:43-8.
470. Bollen M. Use of antibiotics when taking the oral contraceptive pill. [comment]. *Aust Fam Physician*. 1995;24:928-9.
471. Kakouris H, Kovacs GT. Pill failure and nonuse of secondary precautions. *Br J Fam Plann*. 1992;18:41-4.
472. Joshi JV, Joshi UM, Sankholi GM, Krishna U, Mandlekar A, Chowdhury V, et al. A study of interaction of low-dose combination oral contraceptive with ampicillin and metronidazole. *Contraception*. 1980;22:643-52.
473. Hughes BR, Cunliffe WJ. Interactions between the oral contraceptive pill and antibiotics. [comment]. *Br J Dermatol*. 1990;122:717-8.
474. Hetenyi G. Possible interactions between antibiotics and oral contraceptives. *Therapia Hungarica (English edition)*. 1989;37:86-9.
475. Hempel E, Zorn C, Graf K. [Effect of chemotherapy agents and antibiotics on hormonal contraception]. *Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung (Jena)*. 1978;72:924-6 (in German).
476. Hempel E, Böhm W, Carol W, Klinger G. [Enzyme induction by drugs and hormonal contraception]. *Zentralblatt für Gynäkologie*. 1973;95:1451-7 (in German).
477. Helms SE, Bredle DL, Zajic J, Jarjoura D, Brodell RT, Krishnarao I. Oral contraceptive failure rates and oral antibiotics. *J Am Acad Dermatol*. 1997;36:705-10.
478. Grimmer SF, Allen WL, Back DJ, Breckenridge AM, Orme ML, Tjia J. The effect of cotrimoxazole on oral contraceptive steroids in women. *Contraception*. 1983;28:53-9.
479. Friedman CI, Huneke AL, Kim MH, Powell J. The effect of ampicillin on oral contraceptive effectiveness. *Obstet Gynecol*. 1980;55:33-7.
480. 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.
481. DeSano EA Jr, Hurley SC. Possible interactions of antihistamines and antibiotics with oral contraceptive effectiveness. *Fertil Steril*. 1982;37:853-4.
482. de Groot AC, Eshuis H, Stricker BH. [Inefficiency of oral contraception during use of minocycline]. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 1990;134:1227-9 (in Dutch).
483. 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). *Adv Contracept*. 1996;12:101-9.
484. Cote J. Interaction of griseofulvin and oral contraceptives. [comment]. *J Am Acad Dermatol*. 1990;22:124-5.
485. Bromham DR. Knowledge and use of secondary contraception among patients requesting termination of pregnancy. *BMJ*. 1993;306:556-7.

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS

486. Young LK, Farquhar C, McCowan LM, Roberts HE, Taylor J. The contraceptive practices of women seeking termination of pregnancy in an Auckland clinic. *N Z Med J*. 1994;107:189-92.
487. Wermeling DP, Chandler MH, Sides GD, Collins D, Muse KN. Dirithromycin increases ethinyl estradiol clearance without allowing ovulation. *Obstet Gynecol*. 1995;86:78-84.
488. van Dijke CP, Weber JC. Interaction between oral contraceptives and griseofulvin. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1984;288:1125-6.
489. Sparrow MJ. Pill method failures in women seeking abortion – fourteen years experience. *N Z Med J*. 1998;111:386-8.
490. Sparrow MJ. Pregnancies in reliable pill takers. *N Z Med J*. 1989;102:575-7.
491. Sparrow MJ. Pill method failures. *N Z Med J*. 1987;100:102-5.
492. Silber TJ. Apparent oral contraceptive failure associated with antibiotic administration. *J Adol Health Care*. 1983;4:287-9.
493. Scholten PC, Droppert RM, Zwinkels MG, Moesker HL, Nauta JJ, Hoepelman IM. No interaction between ciprofloxacin and an oral contraceptive. *Antimicrob Agents Chemother*. 1998;42:3266-8.
494. Pillans PI, Sparrow MJ. Pregnancy associated with a combined oral contraceptive and itraconazole. [comment]. *N Z Med J*. 1993;106:436.
495. Neely JL, Abate M, Swinker M, D'Angio R. The effect of doxycycline on serum levels of ethinyl estradiol, noretindrone, and endogenous progesterone. *Obstet Gynecol*. 1991;77:416-20.
496. Murphy AA, Zacur HA, Charache P, Burkman RT. The effect of tetracycline on levels of oral contraceptives. *Am J Obstet Gynecol*. 1991;164:28-33.
497. Maggiolo F, Puricelli G, Dottorini M, Caprioli S, Bianchi W, Suter F. The effects of ciprofloxacin on oral contraceptive steroid treatments. *Drugs Exp Clin Res*. 1991;17:451-4.
498. London BM, Lookingbill DP. Frequency of pregnancy in acne patients taking oral antibiotics and oral contraceptives. *Arch Dermatol*. 1994;130:392-3.
499. Lequeux A. [Pregnancy under oral contraceptives after treatment with tetracycline]. *Louvain Medical*. 1980;99:413-4 (in French).
500. Kovacs GT, Riddoch G, Duncombe P, Welberry L, Chick P, Weisberg E, et al. Inadvertent pregnancies in oral contraceptive users. *Med J Aust*. 1989;150:549-51.
501. Kakouris H, Kovacs GT. How common are predisposing factors to pill failure among pill users? *Br J Fam Plann*. 1994;20:33-5.
502. Abrams LS, Skee D, Natarajan J, Wong FA. Pharmacokinetic overview of Ortho Evra/Evra. *Fertil Steril*. 2002;77(supplement 2):s3-s12.
503. Dogterom P, van den Heuvel MW, Thomsen T. Absence of pharmacokinetic interactions of the combined contraceptive vaginal ring NuvaRing with oral amoxicillin or doxycycline in two randomized trials. *Clin Pharmacokinet*. 2005;44:429-38.
504. van Puijenbroek EP, Feenstra J, Meyboom RH. [Pill cycle disturbance in simultaneous use of itraconazole and oral contraceptives]. *Ned Tijdschr Geneesk*. 1998;142:146-9 (in Dutch).
505. Sinofsky FE, Pasquale SA. The effect of fluconazole on circulating ethinyl estradiol levels in women taking oral contraceptives. *Am J Obstet Gynecol*. 1998;178:300-4.
506. Rieth H, Sauerbrey N. [Interaction studies with fluconazole, a new tirazole antifungal drug]. *Wiener Medizinische Wochenschrift*. 1989;139:370-4 (in German).
507. Meyboom RH, van Puijenbroek EP, Vinks MH, Lastdrager CJ. Disturbance of withdrawal bleeding during concomitant use of itraconazole and oral contraceptives. *N Z Med J*. 1997;110:300.
508. McDaniel PA, Cladroney RD. Oral contraceptives and griseofulvin interactions. *DICP*. 1986;20:384.
509. Lunell NO, Pschera H, Zador G, Carlstrom K. Evaluation of the possible interaction of the antifungal triazole SCH 39304 with oral contraceptives in normal health women. *Gynecol Obstet Invest*. 1991;32:91-7.
510. 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 (English edition)*. 1986;34:167-70.
511. Hilbert J, Messig M, Kuye O. Evaluation of interaction between fluconazole and an oral contraceptive in healthy women. *Obstet Gynecol*. 2001;98:218-23.
512. Devenport MH, Crook D, Wynn V, Lees LJ. Metabolic effects of low-dose fluconazole in healthy female users and non-users of oral contraceptives. *Br J Clin Pharmacol*. 1989;27:851-9.
513. van Puijenbroek EP, Egberts ACG, Meyboom RHB, Leufkens HGM. Signalling possible drug-drug interactions in a spontaneous reporting system: delay of withdrawal bleeding during concomitant use of oral contraceptives and itraconazole. *Br J Clin Pharmacol*. 1999;47:689-93.
514. Verhoeven CH, van den Heuvel MW, Mulders TM, Dieben TO. The contraceptive vaginal ring, NuvaRing, and antimycotic co-medication. *Contraception*. 2004;69:129-32.

515. Wanwimolruk S, Kaewwichit S, Tanthayaphinant O, Suwannarach C, Oranratnachai A. Lack of effect of oral contraceptive use on the pharmacokinetics of quinine. *Br J Clin Pharmacol*. 1991;31:179-81.
516. McGready R, Stepniewska K, Seaton E, Cho T, Cho D, Ginsberg A, et al. Pregnancy and use of oral contraceptives reduces the biotransformation of proguanil to cycloguanil. *Eur J Clin Pharmacol*. 2003;59:553-7.
517. Karbwang J, Looareesuwan S, Back DJ, Migasana S, Bunnag D. Effect of oral contraceptive steroids on the clinical course of malaria infection and on the pharmacokinetics of mefloquine in Thai women. *Bull World Health Organ*. 1988;66:763-7.
518. Croft AM, Herxheimer A. Adverse effects of the antimalaria drug, mefloquine: due to primary liver damage with secondary thyroid involvement? *BMC Public Health*. 2002;2:6.
519. Back DJ, Breckenridge AM, Grimmer SF, Orme ML, Purba HS. Pharmacokinetics of oral contraceptive steroids following the administration of the antimalarial drugs primaquine and chloroquine. *Contraception*. 1984;30:289-95.
520. Gupta KC, Ali MY. Failure of oral contraceptive with rifampicin. *Med J Zambia*. 1981;15:23.
521. Bolt HM, Bolt M, Kappus H. Interaction of rifampicin treatment with pharmacokinetics and metabolism of ethinyloestradiol in man. *Acta Endocrinol (Copenh)*. 1977;85:189-97.
522. Barditch-Crovo P, Trapnell CB, Ette E, Zacur HA, Coresh J, Rocco LE, et al. The effects of rifampicin and rifabutin on the pharmacokinetics and pharmacodynamics of a combination oral contraceptive. *Clin Pharmacol Ther*. 1999;65:428-38.
523. Back DJ, Breckenridge AM, Crawford FE, Hall JM, MacIver M, Orme ML, et al. The effect of rifampicin on the pharmacokinetics of ethynylestradiol in women. *Contraception*. 1980;21:135-43.
524. Back DJ, Breckenridge AM, Crawford FE, MacIver M, Orme ML, Park BK, et al. The effect of rifampicin on norethisterone pharmacokinetics. *Eur J Clin Pharmacol*. 1979;15:193-7.
525. Joshi JV, Joshi UM, Sankholi GM, Gupta K, Rao AP, Hazari K, et al. A study of interaction of a low-dose combination oral contraceptive with anti-tubercular drugs. *Contraception*. 1980;21:617-29.
526. Hirsch A, Tillement JP, Chretien J. Effets contrariants de la rifampicine sur les contraceptifs oraux: a propos de trois grossesses non desirées chez trois malades. *Revue française des maladies respiratoires*. 1975;2:174-82 (in French).
527. Hirsch A. [Letter: Sleeping pills]. *La Nouvelle presse médicale*. 1973;2:2957 (in French).
528. Kropp R. [Rifampicin and oral contraceptives (author's transl)]. *Praxis der Pneumologie vereinigt mit Der Tuberkulosearzt*. 1974;28:270-2 (in German).
529. Szoka PR, Edgren RA. Drug interactions with oral contraceptives: compilation and analysis of an adverse experience report database. *Fertil Steril*. 1988;49:s31-s8.
530. Skolnick JL, Stoler BS, Katz DB, Anderson WH. Rifampicin, oral contraceptives, and pregnancy. *JAMA*. 1976;236:1382.
531. Reimers D, Jezek A. [the simultaneous use of rifampicin and other antitubercular agents with oral contraceptives]. *Praxis der Pneumologie vereinigt mit Der Tuberkulosearzt*. 1971;25:255-62 (in German).
532. Piguet B, Muglioni JF, Chaline G. [Letter: Oral contraception and rifampicin]. *La Nouvelle presse médicale*. 1975;4:115-6 (in French).
533. Nocke-Finke L, Breuer H, Reimers D. [Effects of rifampicin on the menstrual cycle and on oestrogen excretion in patients taking oral contraceptives]. *Deutsche medizinische Wochenschrift*. 1973;98:1521-3 (in German).
534. Meyer B, Muller F, Wessels P, Maree J. A model to detect interactions between roxithromycin and oral contraceptives. *Clin Pharmacol Ther*. 1990;47:671-4.
535. LeBel M, Masson E, Guilbert E, Colborn D, Paquet F, Allard S, et al. Effects of rifabutin and rifampicin on the pharmacokinetics of ethinylestradiol and norethindrone. *J Clin Pharmacol*. 1998;38:1042-50.

PROGESTATIFS SEULS

2.7.2 Progestatifs seuls (PS)

PILULES DE PROGESTATIF SEUL (PPS)

Les PPS contiennent uniquement un progestatif et pas d'œstrogène.

PROGESTATIF SEUL INJECTABLE (PSI)

Ces solutions injectables comprennent l'acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR) et l'énanatate de noréthistérone (NET-EN).

Les PSI agissent par inhibition de la croissance folliculaire et de l'ovulation. L'épaississement de la glaire cervicale est un mode d'action additionnel. Trois formulations sont examinées dans le présent document :

1. AMPR-IM = 150 mg d'AMPR - voie intramusculaire, administré à trois mois d'intervalle ;
2. AMPR-SC = 104 mg d'AMPR - voie sous-cutanée, administré à trois mois d'intervalle ;
3. NET-EN = 200 mg de NET-EN - voie intramusculaire, administré à deux mois d'intervalle.

Les données disponibles en rapport avec l'âge, l'obésité, l'endométriose et le VIH parmi les utilisatrices d'AMPR-SC semblent compatibles avec les recommandations existantes pour l'AMPR-IM (1-12). De plus, l'AMPR-SC et l'AMPR-IM paraissent équivalents sur le plan thérapeutique, avec des profils de sécurité similaires lorsqu'ils sont employés par des femmes en bonne santé (3, 5, 11). Dans l'attente de données complémentaires, le Groupe d'élaboration des lignes directrices a conclu que les données scientifiques disponibles pour l'AMPR-IM s'appliquent à l'AMPR-SC et en conséquence, l'AMPR-SC et l'AMPR-IM devraient avoir les mêmes catégories. Les recommandations formulées doivent être considérées comme une appréciation préliminaire, aussi juste que possible, qui sera réévaluée à la lumière de nouvelles données.

IMPLANTS AVEC PROGESTATIF SEUL

Les implants avec progestatif seul sont un type de méthode contraceptive à longue durée d'action et réversible. Ces implants sous-cutanés libèrent le progestatif à un rythme régulier et agissent de la même manière que d'autres PS, par inhibition de l'ovulation et épaississement de la glaire cervicale. Les différents types d'implants examinés dans le présent document sont :

1. Lévonorgestrel (LNG) : les implants au LNG sont Norplant[®], Jadelle[®] et Sino-implant (II)[®].
 - a. Norplant est un implant composé de six bâtonnets, chaque bâtonnet contenant 36 mg de LNG. Il a été approuvé pour une durée d'utilisation de cinq ans (ce produit n'est plus en fabrication).
 - b. Jadelle est un implant composé de deux bâtonnets, chaque bâtonnet contenant 75 mg de LNG. Il a été approuvé pour une durée d'utilisation de cinq ans.
 - c. Sino-implant (II) est un implant composé de deux bâtonnets, chaque bâtonnet contenant 75 mg de LNG. Il a été approuvé pour une durée d'utilisation de quatre ans.
2. Étonogestrel (ETG) : les implants à l'ETG sont Implanon[®] et Nexplanon[®]. Tous deux sont des implants composés d'un seul bâtonnet contenant 68 mg d'ETG. Ils ont été approuvés pour une durée d'utilisation de trois ans.

Aucune étude comportant un groupe de comparaison n'a été identifiée qui ait permis d'apporter des données directes sur l'utilisation de Sino-implant (II) par des femmes présentant les états examinés pour les *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*. Des données provenant de trois études sur des femmes en bonne santé ont permis de constater que Sino-implant (II) a un profil sécuritaire et pharmacocinétique similaire à celui des autres implants au LNG, ne présentant pas de différences significatives quant aux événements graves tels que la grossesse extra-utérine ou l'arrêt de la méthode en raison de problèmes médicaux (13-15). On a donc repris les données de sécurité provenant d'études sur d'autres implants au LNG chez les femmes souffrant de pathologies, étant donné que Sino-implant (II) est semblable aux autres implants au LNG dans sa formulation chimique, sa qualité et son taux journalier de libération de progestatif. Le Groupe a émis les mêmes recommandations pour le Sino-Implant (II) que pour les autres implants au LNG.

PROGESTATIFS SEULS

PROGESTATIFS SEULS (PS)				
Les PS n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.				
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	A = Adoption, C = Continuation			
	PPS	AM/EN	LNG/ETG	
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires en fin de tableau	PPS = Pilules de progestatif seul AM/EN = Acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR)/éнанtate de noréthistérone (NET-EN) LNG/ETG = Implants au lévonorgestrel et implants à l'étonogestrel			
CARACTERISTIQUES PERSONNELLES ET ANTECEDENTS GENESIQUES				
GROSSESSE	NA	NA	NA	NA = non applicable 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				Données : La plupart des études ont permis de constater que les femmes présentent une diminution de la densité minérale osseuse (DMO) lorsqu'elles utilisent l'AMPR mais que celle-ci est rétablie après l'arrêt de l'AMPR. Des données limitées font état d'une faible association avec les fractures, mais une étude importante soulève la possibilité que les femmes qui choisissent l'AMPR présentent un risque accru de fracture avant même le début du traitement (16). On ignore si les femmes adultes ayant utilisé l'AMPR pendant longtemps peuvent retrouver leur DMO de référence avant la ménopause et si les adolescentes peuvent atteindre le pic de la masse osseuse après l'arrêt de l'AMPR. On ignore quel rapport il y a entre les modifications de la DMO chez les femmes en âge de procréer et le risque de fracture future. Quant aux effets des PS autres que l'AMPR sur la DMO, les études n'en n'ont pas trouvé (5, 12, 16-60).
a) Des premières règles à < 18 ans	1	2	1	
b) 18 à 45 ans	1	1	1	
c) > 45 ans	1	2	1	
PARITE				
a) Nullipare	1	1	1	
b) Uni/multipare	1	1	1	

PROGESTATIFS SEULS

PROGESTATIFS SEULS (PS)				
Les PS n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.				
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	A = Adoption, C = Continuation			
	PPS	AM/EN	LNG/ETG	
<p>† Recommandations révisées pour la 5^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i>, voir information détaillée après le tableau.</p> <p>* Voir explications complémentaires en fin de tableau</p>	<p>PPS = Pilules de progestatif seul</p> <p>AM/EN = Acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR)/énantate de noréthistérone (NET-EN)</p> <p>LNG/ETG = Implants au lévonorgestrel et implants à l'étonogestrel</p>			
<p>ALLAITEMENT AU SEIN†</p> <p>a) < 6 semaines après l'accouchement</p> <p>b) De 6 semaines à < 6 mois après l'accouchement (allaitement principalement au sein)</p> <p>c) ≥ 6 mois après l'accouchement</p>	2	3	2	<p>Explication complémentaire : Il est théoriquement possible qu'il existe un risque pour le nouveau-né qui serait exposé à l'AMPR/NET-EN au cours des 6 premières semaines du post-partum. Toutefois, dans beaucoup de situations, les risques de morbidité et de mortalité durant la grossesse sont élevés et l'accès aux services est limité. Dans ce genre de situation, l'AMPR et le NET-EN peuvent faire partie des quelques méthodes largement disponibles et accessibles aux femmes qui allaitent immédiatement après l'accouchement.</p> <p>Données : Des preuves directes démontrent que les PS n'ont aucun effet négatif sur l'allaitement au sein (61-109) et qu'ils n'ont en général pas d'effets nocifs sur la croissance, la santé et le développement du nourrisson (74, 76, 89, 99) ; cependant, ces études n'ont pas été conçues pour déterminer s'il existe un risque d'effets à long terme. Des études sur les animaux ont montré que la progestérone exerce un effet sur le développement du cerveau; on ignore si des effets comparables se produisent chez l'homme du fait de son exposition aux progestatifs (110-112).</p>
<p>POST-PARTUM (chez les femmes qui n'allaitent pas)</p> <p>a) < 21 jours</p> <p>b) ≥ 21 jours</p>	1	1	1	
<p>POST-ABORTUM</p> <p>a) Avortement au premier trimestre</p> <p>b) Avortement au deuxième trimestre</p> <p>c) Immédiatement après un avortement septique</p>	1	1	1	<p>Explications complémentaires : Les PS peuvent être utilisés immédiatement après un avortement.</p> <p>Données : Des données limitées portent à croire à l'absence d'effets indésirables lorsque la contraception par implant au LNG ou par NET-EN est commencée après un avortement au premier trimestre (113-116).</p>
<p>ANTECEDENTS DE GROSSESSE EXTRA-UTERINE*</p>	2	1	1	

PROGESTATIFS SEULS (PS)				
Les PS n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.				
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	A = Adoption, C = Continuation			
	PPS	AM/EN	LNG/ETG	
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires en fin de tableau	PPS = Pilules de progestatif seul AM/EN = Acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR)/énantate de noréthistérone (NET-EN) LNG/ETG = Implants au lévonorgestrel et implants à l'étonogestrel			
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				
a) Indice de masse corporelle (IMC) ≥ 30 kg/m ²	1	1	1	Explications complémentaires : Des données font état d'une différence dans la prise de poids entre les adolescentes de poids normal et les adolescentes obèses qui utilisent l'AMPR, mais ces différences n'existent pas pour les utilisatrices de NET-EN. Cependant, le NET-EN est classé dans la catégorie 2 en raison des données indiquant des effets potentiels du NET-EN sur la DMO des adolescentes (voir la ligne « Âge »). Données : Chez les femmes adultes, aucune association n'a été établie entre le poids de référence et une prise de poids avec utilisation de l'AMPR, en comparaison avec les non-utilisatrices. Les données sont mitigées en ce qui concerne les adolescentes utilisant l'AMPR. Certaines études font état d'une prise de poids plus importante chez les adolescentes obèses que chez les adolescentes de poids normal. D'autres études n'ont observé aucune association. Des différences méthodologiques peuvent expliquer les écarts au niveau des résultats. On dispose de peu de données sur d'autres PS et d'autres effets indésirables (10, 117-133).
b) Des premières règles à < 18 ans et IMC ≥ 30 kg/m ²	1	2	1	

PROGESTATIFS SEULS

PROGESTATIFS SEULS (PS)				
Les PS n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.				
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	A = Adoption, C = Continuation			
	PPS	AM/EN	LNG/ETG	
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires en fin de tableau	PPS = Pilules de progestatif seul AM/EN = Acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR)/énantate de noréthistérone (NET-EN) LNG/ETG = Implants au lévonorgestrel et implants à l'étonogestrel			
MESURE DE LA TENSION ARTERIELLE NON DISPONIBLE	NA	NA	NA	NA = non applicable Explications complémentaires : Il est souhaitable de pouvoir mesurer la tension artérielle avant de débiter 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, hypertension et dyslipidémies avérées)	2	3	2	Explications complémentaires : 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.

PROGESTATIFS SEULS (PS)				
Les PS n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.				
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	A = Adoption, C = Continuation			
	PPS	AM/EN	LNG/ETG	
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires en fin de tableau	PPS = Pilules de progestatif seul AM/EN = Acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR)/énantate de noréthistérone (NET-EN) LNG/ETG = Implants au lévonorgestrel et implants à l'étonogestrel			
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)	2	2	2	Explications complémentaires : Il est souhaitable de pouvoir mesurer la tension artérielle avant de débiter 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	Explications complémentaires : 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 PS 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)				Données : Certains faits laissent penser que parmi les hypertendues, celles qui utilisent des PS sous forme de pilules (PPS) ou d'injections (PSI) auraient un risque légèrement plus important de problèmes cardio-vasculaires par rapport à celles qui n'emploient pas ces méthodes (134).
i) systolique 140-159 ou diastolique 90-99 mm Hg	1	2	1	
(ii) systolique ≥ 160 ou diastolique ≥ 100 mm Hg	2	3	2	
d) Pathologie vasculaire	2	3	2	
ANTECEDENTS D'HYPERTENSION GRAVIDIQUE (lorsque la tension artérielle mesurée du moment est normale)	1	1	1	

PROGESTATIFS SEULS

PROGESTATIFS SEULS (PS)				
Les PS n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.				
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	A = Adoption, C = Continuation			
	PPS	AM/EN	LNG/ETG	
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires en fin de tableau	PPS = Pilules de progestatif seul AM/EN = Acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR)/énantate de noréthistérone (NET-EN) LNG/ETG = Implants au lévonorgestrel et implants à l'étonogestrel			
THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE (TVP)/EMBOLIE PULMONAIRE (EP)*				
a) Antécédents de TVP/EP	2	2	2	Données : Il n'y a pas de données directes relatives à l'utilisation des PS chez les femmes présentant une DVP/EP soumises à un traitement anticoagulant. Bien que les données relatives au risque de thrombose veineuse lié à l'utilisation des PS soient contradictoires chez des femmes par ailleurs en bonne santé, tout risque légèrement accru l'est nettement moins que celui associé au COC (134-136).
b) TVP/EP aiguë	3	3	3	
c) TVP/EP et traitement par anticoagulants	2	2	2	Données : Il n'y a pas de données directes relatives à l'utilisation des PS chez les femmes présentant une DVP/EP soumises à un traitement anticoagulant. Bien que les données relatives au risque de thrombose veineuse lié à l'utilisation des PS soient contradictoires chez des femmes par ailleurs en bonne santé, tout risque légèrement accru l'est nettement moins que celui associé au COC (134-136). Des données limitées indiquent que des injections intramusculaires d'AMPR chez les femmes suivant un traitement anticoagulant au long cours n'entraînent pas un risque important d'hématome au point d'injection, ni n'augmentent le risque de saignement vaginal abondant ou irrégulier (137, 138).
d) Antécédents familiaux de TVP/EP (premier degré de parenté)	1	1	1	
e) Chirurgie majeure				
(i) avec immobilisation prolongée	2	2	2	
(ii) sans immobilisation prolongée	1	1	1	
f) Chirurgie mineure sans immobilisation	1	1	1	

PROGESTATIFS SEULS (PS)					
Les PS n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.					
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES	
	A = Adoption, C = Continuation				
	PPS	AM/EN	LNG/ETG		
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires en fin de tableau	PPS = Pilules de progestatif seul AM/EN = Acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR)/énantate de noréthistérone (NET-EN) LNG/ETG = Implants au lévonorgestrel et implants à l'étonogestrel				
MUTATIONS THROMBOGENIQUES AVEREES (par ex. : Facteur V Leiden ; mutation du Facteur II ; déficit en protéine S, protéine C, ou en antithrombine)	2	2	2	Explications complémentaires : Le dépistage systématique n'est pas opportun, compte tenu de la rareté de ces pathologies et du coût élevé du dépistage.	
TROUBLES VEINEUX					
a) Varices	1	1	1		
b) Thrombophlébite superficielle	1	1	1		
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
DYSLIPIDEMIES AVEREES SANS AUTRE FACTEUR DE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE CONNU	2	2	2	Explications complémentaires : 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.	
VALVULOPATHIE CARDIAQUE					
a) Non compliquée	1	1	1		
b) Compliquée (hypertension pulmonaire, risque de fibrillation auriculaire, antécédents d'endocardite bactérienne sub-aiguë)	1	1	1		
MALADIES RHUMATISMALES					
LUPUS ERYTHEMATEUX DISSEMINÉ (LED)*					

PROGESTATIFS SEULS

PROGESTATIFS SEULS (PS)												
Les PS n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.												
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES								
	A = Adoption, C = Continuation											
	PPS	AM/EN	LNG/ETG									
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires en fin de tableau	PPS = Pilules de progestatif seul AM/EN = Acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR)/énantate de noréthistérone (NET-EN) LNG/ETG = Implants au lévornorgestrel et implants à l'étonogestrel											
Les sujets atteints de LED sont exposés à un risque accru de cardiopathie ischémique, d'accident vasculaire cérébral et de thrombose veineuse. Les catégories attribuées à ces pathologies dans les présentes lignes directrices doivent être les mêmes pour les femmes atteintes de LED qui présentent ces pathologies. Pour toutes les catégories de LED, les classifications se fondent sur l'hypothèse qu'il n'y a pas d'autre facteur de risque de maladie cardio-vasculaire ; en présence de tels facteurs de risque, ces classifications doivent être modifiées. Les données disponibles indiquent que de nombreuses femmes atteintes de LED peuvent être considérées comme de bonnes candidates pour la plupart des méthodes contraceptives, y compris les contraceptifs hormonaux (139-156).												
		A	C									
a) Anticorps antiphospholipides positifs (ou inconnus)	3	3	3	3	Données : Les anticorps antiphospholipides sont associés à un risque plus élevé de thrombose artérielle et veineuse (157-159).							
b) Thrombopénie grave	2	3	2	2								
c) Traitement immunosuppresseur	2	2	2	2								
d) Aucun des facteurs ci-dessus	2	2	2	2								
AFFECTIONS NEUROLOGIQUES												
CEPHALEES*	I	C	I	C	I	C						
a) Non migraineuses (légères ou sévères)	1	1	1	1	1	1						
b) Migraine	Explications complémentaires : 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. Le risque d'accident vasculaire cérébral augmente avec l'âge, l'hypertension et le tabagisme.											
(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	1	Explications complémentaires : Si une femme prend des anticonvulsivants, se reporter à la dernière section du tableau, sur les interactions médicamenteuses. Certains anticonvulsivants réduisent l'efficacité des PS.							

PROGESTATIFS SEULS

PROGESTATIFS SEULS (PS)				
Les PS n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.				
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	A = Adoption, C = Continuation			
	PPS	AM/EN	LNG/ETG	
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires en fin de tableau	PPS = Pilules de progestatif seul AM/EN = Acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR)/énantate de noréthistérone (NET-EN) LNG/ETG = Implants au lévonorgestrel et implants à l'étonogestrel			
ETATS DEPRESSIFS				
ETATS DEPRESSIFS	1	1	1	Explications complémentaires : 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'accroissement des symptômes dépressifs chez les femmes dépressives utilisatrices de PS, par rapport aux bases de départ (160-163).
INFECTIONS ET PATHOLOGIES DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR				
SAIGNEMENTS VAGINAUX*				
a) Saignements irréguliers peu abondants	2	2	2	
b) Saignements abondants ou prolongés (y compris saignements réguliers ou irréguliers)	2	2	2	Explications complémentaires : Des saignements anormalement abondants doivent faire soupçonner une pathologie sous-jacente grave.
SAIGNEMENTS VAGINAUX INEXPLIQUES* (suspicion de pathologie grave)				Explications complémentaires : 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.
Avant évaluation	2	3	3	
ENDOMETRIOSE	1	1	1	
TUMEURS OVARIENNES BENIGNES (y compris les kystes)	1	1	1	
DYSMENORRHEE SEVERE	1	1	1	

PROGESTATIFS SEULS

PROGESTATIFS SEULS (PS)				
Les PS n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.				
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	A = Adoption, C = Continuation			
	PPS	AM/EN	LNG/ETG	
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires en fin de tableau	PPS = Pilules de progestatif seul AM/EN = Acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR)/énantate de noréthistérone (NET-EN) LNG/ETG = Implants au lévonorgestrel et implants à l'étonogestrel			
MALADIE TROPHOBLASTIQUE GESTATIONNELLE				
a) Taux de β -hCG en diminution ou indécélables	1	1	1	
b) Taux de β -hCG durablement élevés ou maladie 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 in situ et de cancer invasif (164).
CANCER DU COL UTERIN* (avant traitement)	1	2	2	
PATHOLOGIE DU SEIN*				Explications complémentaires : Procéder à une évaluation dès que possible.
a) Grosseur non diagnostiquée	2	2	2	
b) Mastopathie bénigne	1	1	1	
c) Antécédents familiaux de cancer	1	1	1	
d) Cancer du sein				
(i) en cours	4	4	4	
(ii) cancer en rémission depuis 5 ans	3	3	3	
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	

PROGESTATIFS SEULS (PS)				
Les PS n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.				
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	A = Adoption, C = Continuation			
	PPS	AM/EN	LNG/ETG	
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires en fin de tableau	PPS = Pilules de progestatif seul AM/EN = Acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR)/énantate de noréthistérone (NET-EN) LNG/ETG = Implants au lévonorgestrel et implants à l'étonogestrel			
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) c) Vaginite (y compris <i>Trichomonas vaginalis</i> et Vaginose bactérienne) d) Risque accru d'IST	1 1 1	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 (165-172).

PROGESTATIFS SEULS

PROGESTATIFS SEULS (PS)				
Les PS n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.				
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	A = Adoption, C = Continuation			
	PPS	AM/EN	LNG/ETG	
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires en fin de tableau	PPS = Pilules de progestatif seul AM/EN = Acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR)/énantate de noréthistérone (NET-EN) LNG/ETG = Implants au lévonorgestrel et implants à l'étonogestrel			
VIH/SIDA				
RISQUE ELEVE D'INFECTION PAR LE VIH	1	1	1	Voir les explications complémentaires et les données, ci-dessous.
Explications complémentaires : Les études disponibles sur l'association entre les progestatifs seuls injectables (PSI) et l'infection par le VIH ont d'importantes limitations méthodologiques qui rendent leur interprétation difficile. Certaines études suggèrent que l'utilisation de PSI peut augmenter le risque d'infection par le VIH ; d'autres études n'ont pas permis d'établir cette association. L'impact d'une telle association en termes de santé publique dépend en général du contexte local, notamment du taux d'utilisation de contraceptifs injectables, du taux de mortalité maternelle et de la prévalence du VIH. Ces facteurs doivent être pris en compte au moment de l'adaptation des lignes directrices aux contextes locaux. Les groupes d'experts de l'OMS continuent de suivre en permanence toutes les nouvelles données qui paraissent. Lors de la réunion du Groupe d'élaboration des lignes directrices en mars 2014, de même que lors de la consultation technique de janvier-février 2012 pour la révision des recommandations concernant l'usage des contraceptifs hormonaux par des femmes présentant un risque élevé de VIH ou infectées par le VIH, il a été convenu que les données épidémiologiques ne justifiaient pas de modifier les <i>Critères de recevabilité médicale</i> . Étant donné l'importance de cette question, les femmes présentant un risque accru d'infection par le VIH devraient être informées que les PSI peuvent accroître, ou ne pas accroître, leur risque de contracter le VIH. Les femmes et les couples présentant un risque élevé d'infection par le VIH, qui envisagent d'utiliser des PSI, devraient également être informés à ce sujet et avoir accès à des mesures de prévention du VIH telles que les préservatifs masculins et féminins.				
Données: Cinq études ont évalué les solutions injectables NET-EN et ont été considérées comme « instructives, mais comportant d'importantes limitations » (173). Quatre d'entre elles n'ont pas fait état d'une association statistiquement significative avec l'acquisition du VIH (174-177), tandis que la cinquième a établi une telle association (178). Neuf études ont évalué les AMPR (ou, si le résultat n'était pas disponible pour l'AMPR spécifiquement, ont évalué des injectables non spécifiés) et ont également été considérées comme « instructives, mais comportant d'importantes limitations » (173). Les résultats de ces études sont contradictoires : trois d'entre elles ont constaté une hausse significative du risque (178-180) ; une étude a constaté une hausse significative du risque en se fondant sur un modèle statistique, mais n'a pas pu confirmer la signification statistique de cette association en utilisant un autre modèle statistique (181, 182) ; et cinq études n'ont pas constaté de hausse significative du risque (174-177, 183). Deux études ont évalué les implants, dont une a été considérée « peu susceptible d'apporter des réponses à la question principale » (173, 184). Aucune de ces études n'a fait état d'une augmentation statistiquement significative du risque d'infection par le HIV, mais les intervalles de confiance étaient larges (184, 185).				

PROGESTATIFS SEULS (PS)				
Les PS n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.				
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	A = Adoption, C = Continuation			
	PPS	AM/EN	LNG/ETG	
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires en fin de tableau	PPS = Pilules de progestatif seul AM/EN = Acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR)/énantate de noréthistérone (NET-EN) LNG/ETG = Implants au lévonorgestrel et implants à l'étonogestrel			
INFECTION À VIH ASYMPTOMATIQUE OU LÉGÈRE (STADE DE L'OMS 1 OU 2)	1	1	1	Explications complémentaires pour l'infection à VIH asymptomatique ou légère (stade de l'OMS 1 ou 2) et l'infection à VIH sévère ou à un stade avancé (stade de l'OMS 3 ou 4) : Il peut exister des interactions médicamenteuses entre les contraceptifs hormonaux et les médicaments antirétroviraux (ARV). À ce sujet, se reporter à la dernière section du tableau, sur les interactions médicamenteuses.
INFECTION À VIH SÉVÈRE OU À UN STADE AVANCÉ (STADE DE L'OMS 3 OU 4)	1	1	1	Données concernant l'infection à VIH asymptomatique ou légère (stade de l'OMS 1 ou 2) et l'infection à VIH sévère ou à un stade avancé (stade de l'OMS 3 ou 4) : Sur six études disponibles, cinq n'établissent aucune association entre l'utilisation des PSI et la progression du VIH (telle que mesurée par la numération des CD4 <200 cellules/mm ³), l'initiation d'un traitement antirétroviral (TAR) ou la mortalité (186-190). Un essai randomisé, avec une mesure de résultat composite, a établi un risque accru de baisse du nombre de CD4 ou de décès chez les utilisatrices de contraceptifs oraux (COC, PPS), par comparaison aux utilisatrices du DIU au cuivre. Cependant, l'interprétation de cette étude est rendue difficile par des changements de méthodes entre les groupes et de sérieuses lacunes dans le suivi (188, 191). Une étude n'a établi aucune différence dans l'initiation d'un TAR ou dans la numération des CD4 entre les utilisatrices et les non-utilisatrices de DIU-LNG (192). Deux études observationnelles prospectives ont directement évalué les effets de différentes méthodes contraceptives hormonales sur la transmission du VIH de la femme à l'homme en mesurant les séroconversions survenues chez les partenaires masculins de femmes infectées par le VIH et utilisant des contraceptifs hormonaux. L'une de ces études a établi une association statistiquement significative entre l'utilisation de PSI et la transmission du VIH de la femme à

PROGESTATIFS SEULS

PROGESTATIFS SEULS (PS)				
Les PS n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.				
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	A = Adoption, C = Continuation			
	PPS	AM/EN	LNG/ETG	
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires en fin de tableau	PPS = Pilules de progestatif seul AM/EN = Acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR)/énantate de noréthistérone (NET-EN) LNG/ETG = Implants au lévonorgestrel et implants à l'étonogestrel			
				l'homme (180), tandis qu'une autre étude n'a pas établi d'association statistiquement significative entre l'utilisation de l'AMPR et la transmission du VIH de la femme à l'homme (184). Les études qui ont indirectement évalué les effets de différents contraceptifs hormonaux sur la transmission du VIH de la femme à l'homme en mesurant les excréctions virales génitales comme étant un signe d'infectivité ont obtenu des résultats mitigés. La plupart des études indirectes qui cherchent à établir si différentes méthodes contraceptives hormonales ont un effet sur la charge virale plasmatique n'ont pas permis de constater d'effets (189, 193-207).
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 (208).
b) Fibrose hépatique (en cas d'atteinte grave, voir cirrhose)	1	1	1	
TUBERCULOSE				
a) Non génito-urinaire	1	1	1	Explications complémentaires : Si une femme prend de la rifampicine, se reporter à la dernière section du tableau, sur les interactions médicamenteuses. Il est probable que la rifampicine réduise l'efficacité de certains PS.
b) Génito-urinaire avérée	1	1	1	
PALUDISME	1	1	1	

PROGESTATIFS SEULS (PS)				
Les PS n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.				
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	A = Adoption, C = Continuation			
	PPS	AM/EN	LNG/ETG	
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires en fin de tableau	PPS = Pilules de progestatif seul AM/EN = Acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR)/énantate de noréthistérone (NET-EN) LNG/ETG = Implants au lévonorgestrel et implants à l'étonogestrel			
TROUBLES ENDOCRINIENS				
DIABETE*				
a) Antécédents de diabète gestationnel	1	1	1	Données : Dans deux petites études, les PS n'ont eu aucun effet indésirable sur les lipides sériques de femmes ayant des antécédents de diabète Gestationnel (209-210). Les données limitées dont on dispose concernant l'apparition d'un diabète non insulino-dépendant chez les utilisatrices de PS ayant des antécédents de diabète gestationnel sont contradictoires (211-214).
b) Sans complication vasculaire				Données : Chez les femmes présentant un diabète insulino ou non insulino-dépendant, des données limitées sur l'utilisation de méthodes faisant appel aux progestatifs seuls (PS, AMPR, implant de LNG) laissent à penser que ces méthodes ont peu d'effet sur le contrôle du diabète à court ou à long terme (par exemple concentrations d'HbA1c), les marqueurs hémostatiques ou le profil lipidique (215-218).
(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 THYROIIDIENS				
a) Simple goitre	1	1	1	
b) Hyperthyroïdie	1	1	1	
c) Hypothyroïdie	1	1	1	

PROGESTATIFS SEULS

PROGESTATIFS SEULS (PS)				
Les PS n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.				
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	A = Adoption, C = Continuation			
	PPS	AM/EN	LNG/ETG	
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires en fin de tableau	PPS = Pilules de progestatif seul AM/EN = Acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR)/énantate de noréthistérone (NET-EN) LNG/ETG = Implants au lévonorgestrel et implants à l'étonogestrel			
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	
ANTECEDENTS DE CHOLESTASE*				
a) En rapport avec la grossesse	1	1	1	
b) Liés à une utilisation passée de COC	2	2	2	
HEPATITE VIRALE				
a) Aiguë ou poussée	1	1	1	
b) Chez le sujet porteur	1	1	1	
c) Chronique	1	1	1	
CIRRHOSE				
a) Légère (compensée)	1	1	1	
b) Grave (décompensée)	3	3	3	

PROGESTATIFS SEULS (PS)				
Les PS n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.				
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	A = Adoption, C = Continuation			
	PPS	AM/EN	LNG/ETG	
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires en fin de tableau	PPS = Pilules de progestatif seul AM/EN = Acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR)/énantate de noréthistérone (NET-EN) LNG/ETG = Implants au lévonorgestrel et implants à l'étonogestrel			
TUMEURS HEPATIQUES*				
a) Bénignes				Données : Il existe des données limitées et directes indiquant que l'utilisation de contraceptifs hormonaux n'influe pas sur la progression ou la régression des lésions hépatiques chez les femmes présentant une hyperplasie nodulaire en foyer (219-221).
(i) hyperplasie nodulaire focale	2	2	2	
(ii) adénome hépatocellulaire	3	3	3	
b) Maligne (hépatome)	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 (222-229).
ANEMIE FERRIPRIVE*	1	1	1	

PROGESTATIFS SEULS

PROGESTATIFS SEULS (PS)				
Les PS n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.				
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	A = Adoption, C = Continuation			
	PPS	AM/EN	LNG/ETG	
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires en fin de tableau	PPS = Pilules de progestatif seul AM/EN = Acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR)/énantate de noréthistérone (NET-EN) LNG/ETG = Implants au lévornorgestrel et implants à l'étonogestrel			
INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES				
TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL (TAR)				
a) Inhibiteurs nucléosidiques/nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI)				INTI
Abacavir (ABC)	1	1	1	Données : Il n'a pas été démontré que les inhibiteurs nucléosidiques/nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI) présentent un risque significatif d'interactions avec les méthodes contraceptives hormonales (230, 231).
Tenofovir (TDF)	1	1	1	
Zidovudine (AZT)	1	1	1	
Lamivudine (3TC)	1	1	1	
Didanosine (DDI)	1	1	1	
Emtricitabine (FTC)	1	1	1	
Stavudine (D4T)	1	1	1	
b) Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI)				INNTI
Efavirenz (EFV)	2	AMPR = 1 NET-EN = 2	2	Explications complémentaires : Les médicaments antirétroviraux (ARV) sont susceptibles soit d'augmenter soit de diminuer le niveau des hormones stéroïdiennes chez les utilisatrices de contraceptifs hormonaux. Les données pharmacocinétiques font état d'éventuelles interactions médicamenteuses entre certains ARV (en particulier certains INNTI et inhibiteurs de la protéase boostés par le ritonavir) et certains contraceptifs hormonaux. Ces interactions peuvent réduire l'efficacité du contraceptif hormonal. Données : Une analyse rétrospective des dossiers médicaux de femmes utilisant des ARV contenant de l'éfavirenz a fait état d'une augmentation du taux d'échec contraceptif chez les utilisatrices d'implants au LNG (232). En tenant compte principalement des données pharmacocinétiques, l'efficacité de l'AMPR n'est vraisemblablement pas affectée par les INNTI, et vice versa (233, 234).
Etravirine (ETR)	1	1	1	
Névirapine (NVP)	2	AMPR = 1 NET-EN = 2	2	
Rilpivirine (RPV)	1	1	1	

PROGESTATIFS SEULS

PS

PROGESTATIFS SEULS (PS)				
Les PS n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.				
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	A = Adoption, C = Continuation			
	PPS	AM/EN	LNG/ETG	
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires en fin de tableau	PPS = Pilules de progestatif seul AM/EN = Acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR)/énantate de noréthistérone (NET-EN) LNG/ETG = Implants au lévonorgestrel et implants à l'étonogestrel			
c) Inhibiteurs de la protéase (IP) Atazanavir boosté par le ritonavir (ATV/r) Lopinavir boosté par le ritonavir (LPV/r) Darunavir boosté par le ritonavir (DRV/r) Ritonavir (RTV)	2	AMPR = 1 NET-EN = 2	2	Inhibiteur de la protéase (IP) Explications complémentaires : Les médicaments antirétroviraux (ARV) sont susceptibles soit d'augmenter soit de diminuer le niveau des hormones stéroïdiennes chez les utilisatrices de contraceptifs hormonaux. Les données pharmacocinétiques font état d'éventuelles interactions médicamenteuses entre certains ARV (en particulier certains INNTI et inhibiteurs de la protéase boostés par le ritonavir) et certains contraceptifs hormonaux. Ces interactions peuvent réduire l'efficacité du contraceptif hormonal. Données : Les données pharmacocinétiques font état d'une baisse des concentrations en progestatif lorsque les COC sont utilisés en combinaison avec le ritonavir et les IP boostés par le ritonavir (235, 236). Chez les femmes utilisant le patch, l'administration combinée a eu l'effet d'accroître les concentrations en progestatif (237). Une étude a permis de constater des taux de progestatif plus élevés chez les utilisatrices de PPS prenant également des IP (238). Si l'on se base principalement sur les données pharmacocinétiques, l'efficacité de l'AMPR n'est vraisemblablement pas affectée par les IP, et vice versa (233, 234).
d) Inhibiteurs de l'intégrase Raltégravir (RAL)	1	1	1	Inhibiteurs de l'intégrase Données : Il n'a pas été établi d'interactions entre le raltégravir (inhibiteur de l'intégrase) et les COC contenant de la norelgestromine (239, 240).

PROGESTATIFS SEULS

PROGESTATIFS SEULS (PS)				
Les PS n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.				
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	A = Adoption, C = Continuation			
	PPS	AM/EN	LNG/ETG	
<p>† Recommandations révisées pour la 5^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i>, voir information détaillée après le tableau.</p> <p>* Voir explications complémentaires en fin de tableau</p>	<p>PPS = Pilules de progestatif seul AM/EN = Acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR)/énantate de noréthistérone (NET-EN) LNG/ETG = Implants au lévonorgestrel et implants à l'étonogestrel</p>			
TRAITEMENT ANTICONVULSIVANT				
a) Certains anticonvulsivants (phénytoïne, carbamazépine, les barbituriques, primidone, topiramate, oxcarbazépine)	3	AMPR = 1 NET-EN = 2	2	<p>Explications complémentaires : Bien que l'interaction de certains anticonvulsivants avec les PPS, le NET-EN et les implants de LNG/ETG ne soit pas nocive pour les femmes, elle est susceptible de réduire l'efficacité de ces méthodes. On ignore si le fait d'augmenter la dose de PPS permet de répondre à cette préoccupation. Il convient d'encourager l'utilisation d'autres contraceptifs chez les femmes qui sont des utilisatrices au long cours de l'un quelconque de ces médicaments. L'utilisation de l'AMPR entre dans la catégorie 1 parce que son efficacité n'est pas diminuée par l'utilisation de certains anticonvulsivants.</p> <p>Données : L'utilisation de certains anticonvulsivants peut diminuer l'efficacité des PS (241-243).</p>
b) Lamotrigine	1	1	1	<p>Données : Aucune interaction médicamenteuse n'a été signalée chez les femmes atteintes d'épilepsie qui prennent de la lamotrigine et utilisent des PS (244).</p>
TRAITEMENT ANTIMICROBIEN				
a) Antibiotiques à large spectre	1	1	1	
b) Antifongiques	1	1	1	
c) Antiparasitaires	1	1	1	

PROGESTATIFS SEULS (PS)				
Les PS n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.				
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	A = Adoption, C = Continuation			
	PPS	AM/EN	LNG/ETG	
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires en fin de tableau	PPS = Pilules de progestatif seul AM/EN = Acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR)/énantate de noréthistérone (NET-EN) LNG/ETG = Implants au lévonorgestrel et implants à l'étonogestrel			
d) Rifampicine ou rifabutine	3	AMPR = 1 NET-EN = 2	2	Explications complémentaires : Bien que l'interaction de la rifampicine ou de la rifabutine avec les PPS, le NET-EN et les implants de LNG/ETG ne soit pas nocive pour les femmes, elle est susceptible de réduire l'efficacité de ces méthodes. On ne sait pas encore si le fait d'augmenter la dose de PPS permet de répondre à cette préoccupation. Il convient donc d'encourager l'utilisation d'autres contraceptifs chez les femmes qui sont des utilisatrices au long cours de l'un quelconque de ces médicaments. L'utilisation de l'AMPR entre dans la catégorie 1 parce que son efficacité n'est pas diminuée par le traitement par la rifampicine ou la rifabutine.

PROGESTATIFS SEULS

OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES

ANTECEDENTS DE GROSSESSE EXTRA-UTERINE

Le risque absolu de grossesse extra-utérine est plus élevé avec les PPS qu'avec d'autres PS, mais moins élevé qu'en l'absence de toute méthode. La pilule à 75 µg de désogestrel inhibe l'ovulation dans la plupart des cycles, ce qui suggère un faible risque de grossesse extra-utérine.

HYPERTENSION

Pathologie vasculaire : des risques existent en rapport avec les effets hypo-estrogéniques et la baisse des lipoprotéines de haute densité (HDL), en particulier chez les utilisatrices de l'AMPR et du NET-EN. En revanche, ces effets sont peu préoccupants en ce qui concerne les PPS 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)

L'utilisation de l'AMPR peut être bénéfique pour les femmes sous traitement anticoagulant qui ont des antécédents de kystes ovariens hémorragiques.

CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE EXISTANTE ET ANTECEDENTS DE CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE

Des risques existent en rapport avec les effets hypo-estrogéniques et la baisse des HDL, en particulier chez les utilisatrices de l'AMPR et du NET-EN. En revanche, ces effets sont peu préoccupants en ce qui concerne les PPS 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

Des risques existent en rapport avec les effets hypo-estrogéniques et la baisse des HDL, en particulier chez les utilisatrices de l'AMPR et du NET-EN. En revanche, ces effets sont peu préoccupants en ce qui concerne les PPS 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.

LUPUS ERYTHEMATEUX DISSEMINE (LED)

Une thrombopénie sévère augmente le risque de saignement. Les PS peuvent être utiles dans le traitement de la ménorragie chez les femmes présentant une thrombopénie sévère.

Toutefois, étant donné les saignements abondants ou irréguliers que l'on observe au début d'un traitement par AMPR et leur irréversibilité jusqu'à 11 à 13 semaines après l'injection, cette méthode doit être utilisée avec précaution chez les femmes présentant une thrombopénie sévère.

CEPHALEES

L'aura est un symptôme neurologique focal spécifique. Pour de plus amples informations sur ce sujet et d'autres critères de diagnostic, voir : Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2e édition. Cephalalgia. 2004;24(Suppl 1):1-150¹³.

Il se peut que l'utilisation du NET-EN, de l'AMPR et des implants cause une augmentation des céphalées graves. Les effets de l'AMPR et du NET-EN peuvent persister pendant un certain temps après arrêt de la méthode.

SAIGNEMENTS VAGINAUX

Les cycles menstruels irréguliers sont courants chez les femmes en bonne santé. Il n'est pas rare que l'utilisation de PS provoque une irrégularité du cycle menstruel. L'utilisation des implants peut provoquer une irrégularité du cycle menstruel en particulier au cours des 3 à 6 premiers mois, mais cette irrégularité peut persister plus longtemps. Une aménorrhée est plus susceptible de se produire chez les utilisatrices d'ETG que chez les utilisatrices de LNG.

SAIGNEMENTS VAGINAUX INEXPLIQUES

Les PS peuvent provoquer une irrégularité du cycle menstruel, laquelle peut 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)

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

¹³ Disponible sur le site: http://ihs-classification.org/en/02_klassifikation

PATHOLOGIE DU SEIN

Cancer du sein : le cancer du sein est une tumeur sensible à l'action des hormones, et chez les femmes actuellement ou récemment atteintes d'un 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 présentant 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

Néphropathie, rétinopathie, neuropathie, autres maladies vasculaires, ou diabète d'une durée de >20 ans : des risques sont associés aux effets hypo-estrogéniques et à la baisse des lipoprotéines de haute densité (HDL), 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 l'arrêt de la méthode. Certains PS peuvent accroître le risque de thrombose, mais de manière sensiblement moins marquée qu'avec les COC.

ANTECEDENTS DE CHOLESTASE

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

TUMEURS HEPATIQUES

Il n'existe pas de données concernant l'utilisation des contraceptifs hormonaux chez les femmes présentant un adénome hépatocellulaire. Étant donné que chez les femmes en bonne santé, l'utilisation des COC est associée à l'apparition ou à la progression d'adénomes hépatocellulaires, on ignore si d'autres contraceptifs hormonaux ont des effets analogues.

ANEMIE FERRIPRIVE

Les changements du cycle menstruel liés à l'utilisation des PS ont peu d'effet sur le taux d'hémoglobine.

PROGESTATIFS SEULS

Bibliographie

1. Arias RD, Jain JK, Brucker C, Ross D, Ray A. Changes in bleeding patterns with depot medroxyprogesterone acetate subcutaneous injection 104 mg. *Contraception*. 2006;74(3):234-8.
2. Crosignani PG, Luciano A, Ray A, Bergqvist A. Subcutaneous depot medroxyprogesterone acetate versus leuprolide acetate in the treatment of endometriosis-associated pain. *Hum Reprod*. 2006;21(1):248-56.
3. Goldstein J, Cushman M, Badger GJ, Johnson JV. Effect of depomedroxyprogesterone acetate on coagulation parameter: a pilot study. *Fertil Steril*. 2007;87(6):1267-70.
4. Jain J, Jakimiuk AJ, Bode FR, Ross D, Kaunitz AM. Contraceptive efficacy and safety of DMPA-SC. *Contraception*. 2004;70(4):269-75.
5. Kaunitz AM, Darney PD, Ross D, Wolter KD, Speroff L. Subcutaneous DMPA vs. intramuscular DMPA: a 2-year randomized study of contraceptive efficacy and bone mineral density. *Contraception*. 2009;80(1):7-17.
6. Polis CB, Nakigozi GF, Nakawooya H, Mondo G, Makumbi F, Gray RH, et al. Preference for Sayana(R) Press versus intramuscular Depo-Provera among HIV-positive women in Rakai, Uganda: a randomized crossover trial. *Contraception*. 2013.
7. Schlaff WD, Carson SA, Luciano A, Ross D, Bergqvist A. Subcutaneous injection of depot medroxyprogesterone acetate compared with leuprolide acetate in the treatment of endometriosis-associated pain. *Fertil Steril*. 2006;85(2):314-25.
8. Segall-Gutierrez P, Du J, Niu C, Ge M, Tilley I, Mizraji K, et al. Effect of subcutaneous depo-medroxyprogesterone acetate (DMPA-SC) on serum androgen markers in normal-weight, obese, and extremely obese women. *Contraception*. 2012;86(6):739-45.
9. Segall-Gutierrez P, Taylor D, Liu X, Stanczyk F, Azen S, Mishell DR, Jr. Follicular development and ovulation in extremely obese women receiving depo-medroxyprogesterone acetate subcutaneously. *Contraception*. 2010;81(6):487-95.
10. Segall-Gutierrez P, Xiang AH, Watanabe RM, Trigo E, Stanczyk FZ, Liu X, et al. Deterioration in cardiometabolic risk markers in obese women during depot medroxyprogesterone acetate use. *Contraception*. 2012;85(1):36-41.
11. Westhoff C, Jain JK, Milsom I, Ray A. Changes in weight with depot medroxyprogesterone acetate subcutaneous injection 104 mg/0.65 mL. *Contraception*. 2007;75(4):261-7.
12. Segall-Gutierrez P, Agarwal R, Ge M, Lopez C, Hernandez G, Stanczyk FZ. A pilot study examining short-term changes in bone mineral density among class 3 obese users of depot-medroxyprogesterone acetate. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2013;18(3):199-205.
13. Fan H, Han L, Jiang J, Wu M, Chen B, Meng F, et al. A Multicenter Comparative Clinical Study of Sino-Levonorgestrel-Releasing Implants – No. I and No. II with Norplant. *J Reprod Contracept*. 2004;15(2):101-7.
14. Fang K, Guan Y, Fan H, Gao E, Yang D, Xue L, et al. A multicentre study of CLa implant and Sino-implant: expanded application (two-year follow-up). *Reprod Contracept*. 1997;8(2):101-10.
15. Qi L, Liu J, Yu L, Ye L, Sun L, Liu K. Multicenter clinical study of two Sino-subdermal implants. *Chinese J Fam Plann*. 2002;5(79).
16. Lanza LL, McQuay LJ, Rothman KJ, Bone HG, Kaunitz AM, Harel Z, et al. Use of depot medroxyprogesterone acetate contraception and incidence of bone fracture. *Obstet Gynecol*. 2013;121(3):593-600.
17. Bahamondes L, Monteiro-Dantas C, Espejo-Arce X, Dos Santos Fernandes AM, Lui-Filho JF, Perrotti M, et al. A prospective study of the forearm bone density of users of etonorgestrel- and levonorgestrel-releasing contraceptive implants. *Hum Reprod*. 2006;21(2):466-70.
18. Bahamondes MV, Monteiro I, Castro S, Espejo-Arce X, Bahamondes L. Prospective study of the forearm bone mineral density of long-term users of the levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Hum Reprod*. 2010;25(5):1158-64.
19. Banks E, Berrington A, Casabonne D. Overview of the relationship between use of progestogen-only contraceptives and bone mineral density. *BJOG*. 2001;108(12):1214-21.
20. Beerthuisen R, van Beek A, Massai R, Makarainen L, Hout J, Bennink HC. Bone mineral density during long-term use of the progestagen contraceptive implant Implanon compared to a non-hormonal method of contraception. *Hum Reprod*. 2000;15(1):118-22.
21. Beksinska ME, Kleinschmidt I, Smit JA, Farley TM. Bone mineral density in adolescents using norethisterone enanthate, depot-medroxyprogesterone acetate or combined oral contraceptives for contraception. *Contraception*. 2007;75(6):438-43.
22. Beksinska ME, Kleinschmidt I, Smit JA, Farley TM. Bone mineral density in a cohort of adolescents during use of norethisterone enanthate, depot-medroxyprogesterone acetate or combined oral contraceptives and after discontinuation of norethisterone enanthate. *Contraception*. 2009;79(5):345-9.
23. Berenson AB, Breitkopf CR, Grady JJ. Effects of hormonal contraception on bone mineral density after 24 months of use. *Obstet Gynecol*. 2004;103:899-906.

24. Berenson AB, Rahman M, Breitkopf CR, Bi LX. Effects of depot medroxyprogesterone acetate and 20-microgram oral contraceptives on bone mineral density. *Obstet Gynecol.* 2008;112(4):788-99.
25. Busen NH, Britt RB, Rianon N. Bone mineral density in a cohort of adolescent women using depot medroxyprogesterone acetate for one to two years. *J Adolesc Health.* 2003;32(4):257-9.
26. Caird LE, Reid-Thomas V, Hannan WJ. Oral progestogen-only contraception may protect against loss of bone mass in breast-feeding women. *Clin Endocrinol (Oxf).* 1994;41:739-45.
27. Clark MK, Sowers M, Levy B, Nichols S. Bone mineral density loss and recovery during 48 months in first-time users of depot medroxyprogesterone acetate. *Fertil Steril.* 2006;86(5):1466-74.
28. Cromer BA, Lazebnik R, Rome E. Double-blinded randomized controlled trial of estrogen supplementation in adolescent girls who receive depot medroxyprogesterone acetate for contraception. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192:42-7.
29. Cromer BA, Blair JM, Mahan JD, Zibners L, Naumovski Z. A prospective comparison of bone density in adolescent girls receiving depot medroxyprogesterone acetate (Depo-Provera), levonorgestrel (Norplant), or oral contraceptives. *J Pediatr.* 1996;129(5):671-6.
30. Cromer BA, Bonny AE, Stager M, Lazebnik R, Rome E, Ziegler J, et al. Bone mineral density in adolescent females using injectable or oral contraceptives: a 24-month prospective study. *Fertil Steril.* 2008;90(6):2060-7.
31. Cromer BA, Stager M, Bonny A, Lazebnik R, Rome E, Ziegler J, et al. Depot medroxyprogesterone acetate, oral contraceptives and bone mineral density in a cohort of adolescent girls. *J Adolesc Health.* 2004;35(6):434-41.
32. Cundy T, Cornish J, Evans MC. Recovery of bone density in women who stop using medroxyprogesterone acetate. *BMJ Case Rep.* 1994;308:247-8.
33. Cundy T, Ames R, Horne A, Clearwater J, Roberts H, Gamble G, et al. A randomized controlled trial of estrogen replacement therapy in long-term users of depot medroxyprogesterone acetate. *J Clin Endocrinol Metab.* 2003;88(1):78-81.
34. Cundy T, Cornish J, Roberts H, Reid IR. Menopausal bone loss in long-term users of depot medroxyprogesterone acetate contraception. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186(5):978-83.
35. Di X, Li Y, Zhang C, Jiang J, Gu S. Effects of levonorgestrel-releasing subdermal contraceptive implants on bone density and bone metabolism. *Contraception.* 1999;60(3):161-6.
36. Diaz S, Reyes MV, Zepeda A. Norplant(R) implants and progesterone vaginal rings do not affect maternal bone turnover and density during lactation and after weaning. *Hum Reprod.* 1999;14:2499-505.
37. Gai L, Zhang J, Zhang H, Gai P, Zhou L, Liu Y. The effect of depot medroxyprogesterone acetate (DMPA) on bone mineral density (BMD) and evaluating changes in BMD after discontinuation of DMPA in Chinese women of reproductive age. *Contraception.* 2011;83(3):218-22.
38. Harel Z, Johnson CC, Gold MA, Cromer B, Peterson E, Burkman R, et al. Recovery of bone mineral density in adolescents following the use of depot medroxyprogesterone acetate contraceptive injections. *Contraception.* 2010;81(4):281-91.
39. Kaunitz AM, Miller PD, Rice VM. Bone mineral density in women aged 25-35 years receiving depot medroxyprogesterone acetate: recovery following discontinuation. *Contraception.* 2006;74:90-9.
40. Kaunitz AM, Arias R, McClung M. Bone density recovery after depot medroxyprogesterone acetate injectable contraception use. *Contraception.* 2008;77(2):67-76.
41. Lappe JM, Stegman MR, Recker RR. The impact of lifestyle factors on stress fractures in female Army recruits. *Osteoporos Int.* 2001;12:35-42.
42. Lara-Torre E, Edwards CP, Perlman S. Bone mineral density in adolescent females using depot medroxyprogesterone acetate. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2004;17:17-21.
43. Lopez LM, Chen M, Mullins S, Curtis KM, Helmerhorst FM. Steroidal contraceptives and bone fractures in women: evidence from observational studies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;8:CD009849.
44. Lopez LM, Grimes DA, Schulz KF, Curtis KM. Steroidal contraceptives: effect on bone fractures in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(7):CD006033.
45. Meier C, Brauchli YB, Jick SS, Kraenzlin ME, Meier CR. Use of depot medroxyprogesterone acetate and fracture risk. *J Clin Endocrinol Metab.* 2010;95(11):4909-16.
46. Merki-Feld GS, Neff M, Keller PJ. A 2-year prospective study on the effects of depot medroxyprogesterone acetate on bone mass-response to estrogen and calcium therapy in individual users. *Contraception.* 2003;67(2):79-86.
47. Monteiro-Dantas C, Espejo-Arce X, Lui-Filho JF, Fernandes AM, Monteiro I, Bahamondes L. A three-year longitudinal evaluation of the forearm bone density of users of etonogestrel- and levonorgestrel-releasing contraceptive implants. *Reprod Health.* 2007;4:11.
48. Naessen T, Olsson SE, Gudmundson J. Differential effects on bone density of progestogen-only methods for contraception in premenopausal women. *Contraception.* 1995;52:35-9.

PROGESTATIFS SEULS

49. Pitts SA, Feldman HA, Dorale A, Gordon CM. Bone mineral density, fracture, and vitamin D in adolescents and young women using depot medroxyprogesterone acetate. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2012;25(1):23-6.
50. Sanches L, Marchi NM, Castro S, Juliato CT, Villarroel M, Bahamondes L. Forearm bone mineral density in postmenopausal former users of depot medroxyprogesterone acetate. *Contraception.* 2008;78(5):365-9.
51. Scholes D, LaCroix AZ, Ichikawa LE, Barlow WE, Ott SM. Injectable hormone contraception and bone density: results from a prospective study. *Epidemiology.* 2002;13(5):581-7.
52. Scholes D, LaCroix AZ, Ichikawa LE, Barlow WE, Ott SM. Change in bone mineral density among adolescent women using and discontinuing depot medroxyprogesterone acetate contraception. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2005;159(2):139-44.
53. Tang OS, Tang G, Yip PS, Li B. Further evaluation on long-term depot-medroxyprogesterone acetate use and bone mineral density: a longitudinal cohort study. *Contraception.* 2000;62(4):161-4.
54. Vestergaard P, Rejnmark L, Mosekilde L. The effects of depot medroxyprogesterone acetate and intrauterine device use on fracture risk in Danish women. *Contraception.* 2008;78(6):459-64.
55. Viola AS, Castro S, Marchi NM, Bahamondes MV, Viola CF, Bahamondes L. Long-term assessment of forearm bone mineral density in postmenopausal former users of depot medroxyprogesterone acetate. *Contraception.* 2011;84(2):122-7.
56. Walsh JS, Eastell R, Peel NF. Depot medroxyprogesterone acetate use after peak bone mass is associated with increased bone turnover but no decrease in bone mineral density. *Fertil Steril.* 2010;93(3):697-701.
57. Wetmore CM, Ichikawa L, LaCroix AZ, Ott SM, Scholes D. Association between caffeine intake and bone mass among young women: potential effect modification by depot medroxyprogesterone acetate use. *Osteoporos Int.* 2008;19(4):519-27.
58. Wong AY, Tang LC, Chin RK. Levonorgestrel-releasing intrauterine system (Mirena) and Depot medroxyprogesterone acetate (Depoprovera) as long-term maintenance therapy for patients with moderate and severe endometriosis: a randomised controlled trial. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2010;50(3):273-9.
59. Yang KY, Kim YS, Ji YI, Jung MH. Changes in bone mineral density of users of the levonorgestrel-releasing intrauterine system. *J Nippon Med Sch.* 2012;79(3):190-4.
60. Zhang MH, Zhang W, Zhang AD, Yang Y, Gai L. Effect of depot medroxyprogesterone acetate on bone mineral density in adolescent women. *Chin Med J (Engl).* 2013;126(21):4043-7.
61. Progestogen-only contraceptives during lactation: I. Infant growth. World Health Organization Task force for Epidemiological Research on Reproductive Health; Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. *Contraception.* 1994;50(1):35-53.
62. Abdel-Aleem H, Abol-Oyoun el SM, Shaaban MM, el-Saeed M, Shoukry M, Makhlof A, et al. The use of norgestrel acetate subdermal contraceptive implant, uniplant, during lactation. *Contraception.* 1996;54(5):281-6.
63. Abdulla KA, Elwan SI, Salem HS, Shaaban MM. Effect of early postpartum use of the contraceptive implants, NORPLANT, on the serum levels of immunoglobulins of the mothers and their breastfed infants. *Contraception.* 1985;32(3):261-6.
64. Affandi B, Karmadibrata S, Prihartono J, Lubis F, Samil RS. Effect of Norplant on mothers and infants in the postpartum period. *Adv Contracept.* 1986;2(4):371-80.
65. Bahamondes L, Bahamondes MV, Modesto W, Tilley IB, Magalhaes A, Pinto e Silva JL, et al. Effect of hormonal contraceptives during breastfeeding on infant's milk ingestion and growth. *Fertil Steril.* 2013;100(2):445-50.
66. Baheiraei A, Ardsetani N, Ghazizadeh S. Effects of progestogen-only contraceptives on breast-feeding and infant growth. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001;74(2):203-5.
67. Bjarnadottir RI, Gottfredsdottir H, Sigurdardottir K, Geirsson RT, Dieben TO. Comparative study of the effects of a progestogen-only pill containing desogestrel and an intrauterine contraceptive device in lactating women. *BJOG.* 2001;108(11):1174-80.
68. Brito MB, Ferriani RA, Quintana SM, Yazlle ME, Silva de S- MF, Vieira CS. Safety of the etonogestrel-releasing implant during the immediate postpartum period: a pilot study. *Contraception.* 2009;80(6):519-26.
69. Brownell EA, Fernandez ID, Fisher SG, Howard CR, Ternullo SR, Lawrence RA, et al. The effect of immediate postpartum depot medroxyprogesterone on early breastfeeding cessation. *Contraception.* 2013;87(6):836-43.
70. Chen BA, Reeves MF, Creinin MD, Schwarz EB. Postplacental or delayed levonorgestrel intrauterine device insertion and breast-feeding duration. *Contraception.* 2011;84(5):499-504.
71. Costa ML, Cecatti JG, Krupa FG, Rehder PM, Sousa MH, Costa-Paiva L. Progestin-only contraception prevents bone loss in postpartum breastfeeding women. *Contraception.* 2012;85(4):374-80.
72. Coutinho EM, Athayde C, Dantas C, Hirsch C, Barbosa I. Use of a single implant of elcometrine (ST-1435), a nonorally active progestin, as a long acting contraceptive for postpartum nursing women. *Contraception.* 1999;59(2):115-22.

73. Croxatto HB, Díaz S, Peralta O, Juez G, Casado ME, Salvatierra AM, et al. Fertility regulation in nursing women. II. Comparative performance of progesterone implants versus placebo and copper T. *Am J Obstet Gynecol.* 1982;144(2):201-8.
74. Dahlberg K. Some effects of depo-medroxyprogesterone acetate (DMPA): observations in the nursing infant and in the long-term user. *Int J Gynaecol Obstet.* 1982;20(1):43-8.
75. Diaz S, Herreros C, Juez G, Casado ME, Salvatierra AM, Miranda P, et al. Fertility regulation in nursing women: VII. Influence of NORPLANT levonorgestrel implants upon lactation and infant growth. *Contraception.* 1985;32(1):53-74.
76. Díaz S, Peralta O, Juez G, Herreros C, Casado ME, Salvatierra AM, et al. Fertility regulation in nursing women. VI. Contraceptive effectiveness of a subdermal progesterone implant. *Contraception.* 1984;30(4):311-25.
77. Diaz S, Reyes MV, Zepeda A, Gonzalez GB, Lopez JM, Campino C, et al. Norplant(R) implants and progesterone vaginal rings do not affect maternal bone turnover and density during lactation and after weaning. *Hum Reprod.* 1999;14(10):2499-505.
78. Diaz S, Zepeda A, Maturana X, Reyes MV, Miranda P, Casado ME, et al. Fertility regulation in nursing women. IX. Contraceptive performance, duration of lactation, infant growth, and bleeding patterns during use of progesterone vaginal rings, progestin-only pills, Norplant implants, and Copper T 380-A intrauterine devices. *Contraception.* 1997;56(4):223-32.
79. Espey E, Ogburn T, Leeman L, Singh R, Ostrom K, Schrader R. Effect of progestin compared with combined oral contraceptive pills on lactation: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2012;119(1):5-13.
80. Giner Velazquez J, Cortes Gallegos V, Sotelo Lopez A, Bondani G. [Effect of daily oral administration of 0.350 mg of norethindrone on lactation and on the composition of milk]. *Ginecol Obstet Mex.* 1976;40(237):31-9.
81. Guilloff E, Ibarra-Polo A, Zaõartu J, Toscanini C, Mischler TW, Gúmez-Rogers C. Effect of contraception on lactation. *Am J Obstet Gynecol.* 1974;118(1):42-5.
82. Gurtcheff SE, Turok DK, Stoddard G, Murphy PA, Gibson M, Jones KP. Lactogenesis after early postpartum use of the contraceptive implant: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2011;117(5):1114-21.
83. Halderman LD, Nelson AL. Impact of early postpartum administration of progestin-only hormonal contraceptives compared with nonhormonal contraceptives on short-term breast-feeding patterns. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186(6):1250-8.
84. Hannon PR, Duggan AK, Serwint JR, Vogelhut JW, Witter F, DeAngelis C. The influence of medroxyprogesterone on the duration of breast-feeding in mothers in an urban community. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1997;151(5):490-6.
85. Heikkila M, Luukkainen T. Duration of breast-feeding and development of children after insertion of a levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive device. *Contraception.* 1982;25(3):279-92.
86. Jimenez J, Ochoa M, Soler MP, Portales P. Long-term follow-up of children breast-fed by mothers receiving depot-medroxyprogesterone acetate. *Contraception.* 1984;30(6):523-33.
87. Kamal I, Hefnawi F, Ghoneim M, Abdallah M, Abdel Razek S. Clinical, biochemical, and experimental studies on lactation. V. Clinical effects of steroids on the initiation of lactation. *Am J Obstet Gynecol.* 1970;108(4):655-8.
88. Kamal I, Hefnawi F, Ghoneim M, Talaat M, Younis N, Tagui A, et al. Clinical, biochemical, and experimental studies on lactation. II. Clinical effects of gestagens on lactation. *Am J Obstet Gynecol.* 1969;105(3):324-34.
89. Karim M, Ammar R, el-Mahgoub S, el-Ganzoury B, Fikri F, Abdou I. Injected progestogen and lactation. *Br Med J.* 1971;1(5742):200-3.
90. Massai MR, Díaz S, Quinteros E, Reyes MV, Herreros C, Zepeda A, et al. Contraceptive efficacy and clinical performance of Nestorone implants in postpartum women. *Contraception.* 2001;64(6):369-76.
91. Matias SL. In: Phillips SJ, editor. 2014.
92. Matias SL, Nommsen-Rivers LA, Dewey KG. Determinants of exclusive breastfeeding in a cohort of primiparous periurban peruvian mothers. *J Hum Lact.* 2012;28(1):45-54.
93. McCann MF, Moggia AV, Higgins JE, Potts M, Becker C. The effects of a progestin-only oral contraceptive (levonorgestrel 0.03 mg) on breast-feeding. *Contraception.* 1989;40(6):635-48.
94. McEwan JA, Joyce DN, Tothill AU, Hawkins DF. Early experience in contraception with a new progestogen. *Contraception.* 1977;16(4):339-50.
95. Moggia AV, Harris GS, Dunson TR, Diaz R, Moggia MS, Ferrer MA, et al. A comparative study of a progestin-only oral contraceptive versus non-hormonal methods in lactating women in Buenos Aires, Argentina. *Contraception.* 1991;44(1):31-43.
96. Pardthaisong T, Yencht C, Gray R. The long-term growth and development of children exposed to Depo-Provera during pregnancy or lactation. *Contraception.* 1992;45:313-24.

PROGESTATIFS SEULS

97. Reinprayoon D, Taneepanichskul S, Bunyavejchevin S, Thaithumyanon P, Punnahitananda S, Tosukhowong P, 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.
98. Schiappacasse V, Diaz S, Zepeda A, Alvarado R, Herreros C. Health and growth of infants breastfed by Norplant contraceptive implants users: a six-year follow-up study. *Contraception*. 2002;66(1):57-65.
99. Seth U, Yadava HS, Agarwal N, Laumas KR, Hingorani V. Effect of a subdermal silastic implant containing norethindrone acetate on human lactation. *Contraception*. 1977;16(4):383-98.
100. Shaaban MM. Contraception with progestogens and progesterone during lactation. *J Steroid Biochem Mol Biol*. 1991;40(4-6):705-10.
101. Shaaban MM, Salem HT, Abdullah KA. Influence of levonorgestrel contraceptive implants, NORPLANT, initiated early postpartum upon lactation and infant growth. *Contraception*. 1985;32(6):623-35.
102. Shaamash AH, Sayed GH, Hussien MM, Shaaban MM. A comparative study of the levonorgestrel-releasing intrauterine system Mirena versus the Copper T380A intrauterine device during lactation: breast-feeding performance, infant growth and infant development. *Contraception*. 2005;72:346-51.
103. Shikary ZK, Betrabet SS, Toddywala WS, Patel DM, Datey S, Saxena BN. Pharmacodynamic effects of levonorgestrel (LNG) administered either orally or subdermally to early postpartum 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(4):403-12.
104. Taneepanichskul S, Reinprayoon D, Thaithumyanon P, Praisuwanna P, Tosukhowong P, Dieben T. Effects of the etonogestrel-releasing implant Implanon and a nonmedicated intrauterine device on the growth of breast-fed infants. *Contraception*. 2006;73(4):368-71.
105. Tankeyoon M, Dusitsin N, Chalapati S, Koetsawang S, Saibiang S, Sas M, et al. Effects of hormonal contraceptives on milk volume and infant growth. WHO Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction Task force on oral contraceptives. *Contraception*. 1984;30(6):505-22.
106. West CP. The acceptability of a progestagen-only contraceptive during breast-feeding. *Contraception*. 1983;27(6):563-9.
107. Zacharias S, Aguilera E, Assenzo JR, Zanartu J. Effects of hormonal and nonhormonal contraceptives on lactation and incidence of pregnancy. *Contraception*. 1986;33(3):203-13.
108. Zanartu J, Aguilera E, Munoz G, Peliowsky H. Effect of a long-acting contraceptive progestogen on lactation. *Obstet Gynecol*. 1976;47(2):174-6.
109. 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(3):313-8.
110. Quadros PS, Pfau JL, Wagner CK. Distribution of progesterone receptor immunoreactivity in the fetal and neonatal rat forebrain. *J Comp Neurol*. 2007;504(1):42-56.
111. Wagner CK. The many faces of progesterone: a role in adult and developing male brain. *Front Neuroendocrinol*. 2006;27(3):340-59.
112. Wagner CK. Progesterone receptors and neural development: a gap between bench and bedside? *Endocrinology*. 2008;149(6):2743-9.
113. Kurunmaki H. Contraception with levonorgestrel-releasing subdermal capsules, Norplant, after pregnancy termination. *Contraception*. 1983;27:473-82.
114. Kurunmaki H, Toivonen J, Lähteenmäki PL, Luukkainen T. 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.
115. Lahteenmake P, Toivonen J, Lahteenmaki PL. Postabortal contraception with norethisterone enanthate injections. *Contraception*. 1983;27:553-62.
116. Ortayli N, Bulut A, Sahin T, Sivin I. Immediate postabortal contraception with the levonorgestrel intrauterine device, Norplant, and traditional methods. *Contraception*. 2001;63:309-14.
117. Beksinska ME, Smit JA, Kleinschmidt I, Milford C, Farley TM. Prospective study of weight change in new adolescent users of DMPA, NET-EN, COCs, nonusers and discontinuers of hormonal contraception. *Contraception*. 2010;81(1):30-4.
118. Bender NM, Segall-Gutierrez P, Najera SO, Stanczyk FZ, Montoro M, Mishell DR, Jr. Effects of progestin-only long-acting contraception on metabolic markers in obese women. *Contraception*. 2013;88(3):418-25.
119. Berenson AB, Rahman M. Changes in weight, total fat, percent body fat, and central-to-peripheral fat ratio associated with injectable and oral contraceptive use. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;200(3):329-8.
120. Bonny AE, Secic M, Cromer B. Early weight gain related to later weight gain in adolescents on depot medroxyprogesterone acetate. *Obstet Gynecol*. 2011;117(4):793-7.

121. Bonny AE, Ziegler J, Harvey R, Debanne SM, Secic M, Cromer BA. Weight gain in obese and nonobese adolescent girls initiating depot medroxyprogesterone, oral contraceptive pills, or no hormonal contraceptive method. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2006;160(1):40-5.
122. Clark MK, Dillon JS, Sowers M, Nichols S. Weight, fat mass, and central distribution of fat increase when women use depot-medroxyprogesterone acetate for contraception. *Int J Obes (Lond).* 2005;29(10):1252-8.
123. Gerlach LS, Saldana SN, Wang Y, Nick TG, Spigarelli MG. Retrospective review of the relationship between weight change and demographic factors following initial depot medroxyprogesterone acetate injection in adolescents. *Clin Ther.* 2011;33(2):182-7.
124. Jain J, Jakimiuk AJ, Bode FR, Ross D, Kaunitz AM. Contraceptive efficacy and safety of DMPA-SC. *Contraception.* 2004;70(4):269-75.
125. Kozlowski KJ, Rickert VI, Hendon A, Davis P. Adolescents and Norplant: preliminary findings of side effects. *J Adolesc Health.* 1995;16(5):373-8.
126. Le YC, Rahman M, Berenson AB. Early weight gain predicting later weight gain among depot medroxyprogesterone acetate users. *Obstet Gynecol.* 2009;114(2 Pt 1):279-84.
127. Leiman G. Depo-medroxyprogesterone acetate as a contraceptive agent: its effect on weight and blood pressure. *Am J Obstet Gynecol.* 1972;114(1):97-102.
128. Lopez LM, Grimes DA, Chen M, Otterness C, Westhoff C, Edelman A, et al. Hormonal contraceptives for contraception in overweight or obese women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;4:CD008452.
129. Mangan SA, Larsen PG, Hudson S. Overweight teens at increased risk for weight gain while using depot medroxyprogesterone acetate. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2002;15(2):79-82.
130. Nyirati CM, Habash DL, Shaffer LE. Weight and body fat changes in postpartum depot-medroxyprogesterone acetate users. *Contraception.* 2013;88(1):169-76.
131. Pantoja M, Medeiros T, Baccarin MC, Morais SS, Bahamondes L, Fernandes AM. Variations in body mass index of users of depot-medroxyprogesterone acetate as a contraceptive. *Contraception.* 2010;81(2):107-11.
132. Risser WL, Geffer LR, Barratt MS, Risser JM. Weight change in adolescents who used hormonal contraception. *J Adolesc Health.* 1999;24(6):433-6.
133. Westhoff C, Jain JK, Milsom I, Ray A. Changes in weight with depot medroxyprogesterone acetate subcutaneous injection 104 mg/0.65 mL. *Contraception.* 2007;75(4):261-7.
134. World Health Organization. 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.
135. Heinemann LA, Assmann A, DoMinh T, Garbe E. Oral progestogen-only contraceptives and cardiovascular risk: results from the Transnational Study on Oral Contraceptives and the health of Young Women. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 1999;4:67-73.
136. Vasilakis C, Jick H, Mar Melero-Montes M. Risk of idiopathic venous thromboembolism in users of progestogens alone. *Lancet.* 1999;354:1610-1.
137. Sonmezer M, Atabekoglu C, Cengiz B, Dökmeci F, Cengiz SD. Depot-medroxyprogesterone acetate in anticoagulated patients with previous hemorrhagic corpus luteum. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2005;10:9-14.
138. Culwell KR, Curtis KM. Use of contraceptive methods by women with current venous thrombosis on anticoagulant therapy: a systematic review. *Contraception.* 2009;80(4):337-45.
139. Somers E, Magder LS, Petri M. Antiphospholipid antibodies and incidence of venous thrombosis in a cohort of patients with systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol.* 2002;29:2531-6.
140. Schaedel ZE, Dolan G, Powell MC. The use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in the management of menorrhagia in women with hemostatic disorders. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193:1361-3.
141. Sarabi ZS, Chang E, Bobba R, Ibanez D, Gladman D, Urowitz M, et al. Incidence rates of arterial and venous thrombosis after diagnosis of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.* 2005;53:609-12.
142. Sanchez-Guerrero J, Uribe AG, Jimenez-Santana L, Mestanza-Peralta M, Lara-Reyes P, Seuc AH, et al. A trial of contraceptive methods in women with systemic lupus erythematosus. *N Engl J Med.* 2005;353:2539-49.
143. Petri M, Kim MY, Kalunian KC, et al. Combined oral contraceptives in women with systemic lupus erythematosus. *N Engl J Med.* 2005;353:2550-8.
144. Petri M. Lupus in Baltimore: evidence-based 'clinical pearls' from the Hopkins Lupus Cohort. *Lupus.* 2005;14:970-3.
145. Petri M. Musculoskeletal complications of systemic lupus erythematosus in the Hopkins Lupus Cohort: an update. *Arthritis Care Res.* 1995;8:137-45.
146. Mintz G, Gutierrez G, Delezé M, Rodríguez E. Contraception with progestogens in systemic lupus erythematosus. *Contraception.* 1984;30:29-38.

PROGESTATIFS SEULS

147. McDonald J, Stewart J, Urowitz MB, Gladman DD. Peripheral vascular disease in patients with systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis.* 1992;51:56-60.
148. McAlindon T, Giannotta L, Taub N, D'Cruz D, Hughes G. Environmental factors predicting nephritis in systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis.* 1993;52:720-4.
149. Manzi S, Meilahn EN, Rairie JE, Conte CG, Medsger TA Jr, Jansen-McWilliams L, et al. Age-specific incidence rates of myocardial infarction and angina in women with systemic lupus erythematosus: comparison with the Framingham Study. *Am J Epidemiol.* 1997;145:408-15.
150. Jungers P, Dougados M, Pelissier C, Kuttann F, Tron F, Lesavre P, et al. Influence of oral contraceptive therapy on the activity of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.* 1982;25:618-23.
151. Julkunen HA, Kaaja R, Friman C. Contraceptive practice in women with systemic lupus erythematosus. *Br J Rheumatol.* 1993;32:227-30.
152. Julkunen HA. Oral contraceptives in systemic lupus erythematosus: side-effects and influence on the activity of SLE. *Scand J Rheumatol.* 1991;20:427-33.
153. Esdaile JM, Abrahamowicz M, Grodzicky T, Li Y, Panaritis C, du Berger R, et al. Traditional Framingham risk factors fail to fully account for accelerated atherosclerosis in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.* 2001;44:2331-7.
154. Chopra N, Koren S, Greer WL, et al. Factor V Leiden, prothrombin gene mutation, and thrombosis risk in patients with antiphospholipid antibodies. *J Rheumatol.* 2002;29:1683-8.
155. Bernatsky S, Ramsey-Goldman R, Gordon C, et al. Factors associated with abnormal Pap results in systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford).* 2004;43:1386-9.
156. Bernatsky S, Clarke A, Ramsey-Goldman R, Joseph L, Boivin JF, Rajan R, et al. Hormonal exposures and breast cancer in a sample of women with systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford).* 2004;43:1178-81.
157. Choojitarom K, Veraseritnyom O, Totemchokchyakarn K, Nantiruj K, Sumethkul V, Janwityanujit S. Lupus nephritis and Raynaud's phenomenon are significant risk factors for vascular thrombosis in SLE patients with positive antiphospholipid antibodies. *Clin Rheumatol.* 2008;27(3):345-51.
158. Wahl DG, Guillemin F, de Maistre E, Perret C, Lecompte T, Thibaut G. Risk for venous thrombosis related to antiphospholipid antibodies in systemic lupus erythematosus – a meta-analysis. *Lupus.* 1997;6:467-73.
159. Culwell KR, Curtis KM, del Carmen Cravioto M. Safety of contraceptive method use among women with systemic lupus erythematosus: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2009;114(2 Pt 1):341-53.
160. Cromer BA, Blair JM, Mahan JD, Zibners L, Naumovski Z. A prospective comparison of bone density in adolescent girls receiving depot medroxyprogesterone acetate (Depo-Provera), levonorgestrel (Norplant), or oral contraceptives. *J Pediatr.* 1996;129(5):671-6.
161. Gupta N, O'Brien R, Jacobsen LJ, Davis A, Zuckerman A, Supran S, et al. Mood changes in adolescents using depo-medroxyprogesterone acetate for contraception: a prospective study. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;14(2):71-6.
162. Westoff C, Truman C. Depressive symptoms and Depo-Provera. *Contraception.* 1998;57(4):237-40.
163. Westoff C, Truman C, Kalmuss D, Cushman L, Rulin M, Heartwell S, et al. Depressive symptoms and Norplant contraceptive implants. *Contraception.* 1998;57(4):241-5.
164. Smith JS. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. *Lancet.* 2003;361:1159-67.
165. Baeten JM, Nyange PM, Richardson BA, Lavreys L, Chohan B, Martin HL, Jr., et al. Hormonal contraception and risk of sexually transmitted disease acquisition: results from a prospective study. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;185(2):380-5.
166. Giuliano AR, Papenfuss M, Abrahamsen M, Denman C, de Zapien JG, Henze JL, et al. Human papillomavirus infection at the United States-Mexico border: implications for cervical cancer prevention and control. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2001;10(11):1129-36.
167. Jacobson DL, Peralta L, Farmer M, Graham NM, Gaydos C, Zenilman J. Relationship of hormonal contraception and cervical ectopy as measured by computerized planimetry to chlamydial infection in adolescents. *Sex Transm Dis.* 2000;27(6):313-9.
168. Lavreys L, Chohan B, Ashley R, Richardson BA, Corey L, Mandaliya K, et al. Human herpesvirus 8: seroprevalence and correlates in prostitutes in Mombasa, Kenya. *J Infect Dis.* 2003;187(3):359-63.
169. Morrison CS, Bright P, Wong EL, Kwok C, Yacobson I, Gaydos CA, et al. Hormonal contraceptive use, cervical ectopy, and the acquisition of cervical infections. *Sex Transm Dis.* 2004;31(9):561-7.
170. Moscicki AB, Hills N, Shiboski S, Powell K, Jay N, Hanson E, et al. Risks for incident human papillomavirus infection and low-grade squamous intraepithelial lesion development in young females. *JAMA.* 2001;285(23):2995-3002.
171. Nsofor BI, Bello CS, Ekwempu CC. Sexually transmitted disease among women attending a family planning clinic in Zaria, Nigeria. *Int J Gynaecol Obstet.* 1989;28(4):365-7.

172. Ruijs GJ, Kauer FM, van Gijssel PM, Schirm J, Schroder FP. Direct immunofluorescence for Chlamydia trachomatis on urogenital smears for epidemiological purposes. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1988;27(4):289-97.
173. Polis CB, Phillips SJ, Curtis KM, Westreich DJ, Steyn PS, Raymond E, et al. Hormonal contraceptive methods and risk of HIV acquisition in women: a systematic review of epidemiological evidence. *Contraception.* 2014;90(4):360-90.
174. Kleinschmidt I, Rees H, Delany S, Smith D, Dinat N, Nkala B, et al. Injectable progestin contraceptive use and risk of HIV infection in a South African family planning cohort. *Contraception.* 2007;75(6):461-7.
175. McCoy SI, Zheng W, Montgomery ET, Blanchard K, van der Straten A, de Bruyn G, et al. Oral and injectable contraception use and risk of HIV acquisition among women in sub-Saharan Africa. *AIDS.* 2013;27(6):1001-9.
176. Morrison CS, Skoler-Karppoff S, Kwok C, Chen PL, van de Wijgert J, Gehret-Plagianos M, et al. Hormonal contraception and the risk of HIV acquisition among women in South Africa. *AIDS.* 2012;26(4):497-504.
177. Myer L, Denny L, Wright TC, Kuhn L. Prospective study of hormonal contraception and women's risk of HIV infection in South Africa. *Int J Epidemiol.* 2007;36(1):166-74.
178. Wand H, Ramjee G. The effects of injectable hormonal contraceptives on HIV seroconversion and on sexually transmitted infections. *AIDS.* 2012;26(3):375-80.
179. Baeten JM, Benki S, Chohan V, Lavreys L, McClelland RS, Mandaliya K, et al. Hormonal contraceptive use, herpes simplex virus infection, and risk of HIV-1 acquisition among Kenyan women. *AIDS.* 2007;21(13):1771-7.
180. Heffron R, Donnell D, Rees H, Celum C, Mugo N, Were E, et al. Use of hormonal contraceptives and risk of HIV-1 transmission: a prospective cohort study. *Lancet Infect Dis.* 2012;12(1):19-26.
181. Morrison CS, Chen PL, Kwok C, Richardson BA, Chipato T, Mugerwa R, et al. Hormonal contraception and HIV acquisition: reanalysis using marginal structural modeling. *AIDS.* 2010;24(11):1778-81.
182. Morrison CS, Richardson BA, Mmiro F, Chipato T, Celentano DD, Luoto J, et al. Hormonal contraception and the risk of HIV acquisition. *AIDS.* 2007;21(1):85-95.
183. Reid SE, Dai JY, Wang J, Sicalwe BN, Akpomiemie G, Cowan FM, et al. Pregnancy, contraceptive use, and HIV acquisition in HPTN 039: relevance for HIV prevention trials among African women. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2010;53(5):606-13.
184. Lutalo T, Musoke R, Kong X, Makumbi F, Serwadda D, Nalugoda F, et al. Effects of hormonal contraceptive use on HIV acquisition and transmission among HIV-discordant couples. *AIDS.* 2013;27 Suppl 1:S27-34.
185. Lavreys L, Baeten JM, Martin HL, Jr., Overbaugh J, Mandaliya K, Ndinya-Achola J, et al. Hormonal contraception and risk of HIV-1 acquisition: results of a 10-year prospective study. *AIDS.* 2004;18(4):695-7.
186. Kilmarx PH, Limpakarnjanarat K, Kaewkungwal J, Srismith R, Saisorn S, Uthairoravit W, et al. Disease progression and survival with human immunodeficiency virus type 1 subtype E infection among female sex workers in Thailand. *J Infect Dis.* 2000;181(5):1598-606.
187. Allen S, Stephenson R, Weiss H, Karita E, Priddy F, Fuller L, et al. Pregnancy, hormonal contraceptive use, and HIV-related death in Rwanda. *J Womens Health (Larchmt).* 2007;16(7):1017-27.
188. Stringer EM, Kaseba C, Levy J, Sinkala M, Goldenberg RL, Chi BH, et al. A randomized trial of the intrauterine contraceptive device vs hormonal contraception in women who are infected with the human immunodeficiency virus. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;197(2):144-8.
189. Polis CB, Wawer MJ, Kiwanuka N, Laeyendecker O, Kagaayi J, Lutalo T, et al. Effect of hormonal contraceptive use on HIV progression in female HIV seroconverters in Rakai, Uganda. *AIDS.* 2010;24(12):1937-44.
190. Morrison CS, Chen PL, Nankya I, Rinaldi A, Van Der Pol B, Ma YR, et al. Hormonal contraceptive use and HIV disease progression among women in Uganda and Zimbabwe. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2011;57(2):157-64.
191. Stringer EM, Giganti M, Carter RJ, El-Sadr W, Abrams EJ, Stringer JS. Hormonal contraception and HIV disease progression: a multicountry cohort analysis of the MTCT-Plus Initiative. *AIDS.* 2009;23 Suppl 1:S69-77.
192. Heikinheimo O, Lehtovirta P, Suni J, Paavonen J. The levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) in HIV-infected women – effects on bleeding patterns, ovarian function and genital shedding of HIV. *Human Reproduction.* 2006;21:2857-61.
193. Clemetson DB, Moss GB, Willerford DM, Hensel M, Emonyi W, Holmes KK, et al. Detection of HIV DNA in cervical and vaginal secretions. Prevalence and correlates among women in Nairobi, Kenya. *JAMA.* 1993;269(22):2860-4.
194. Cejtin HE, Jacobson L, Springer G, Watts DH, Levine A, Greenblatt R, et al. Effect of hormonal contraceptive use on plasma HIV-1-RNA levels among HIV-infected women. *AIDS.* 2003;17(11):1702-4.
195. Clark RA, Theall KP, Amedee AM, Dumestre J, Wenthold L, Kissinger PJ. Lack of association between genital tract HIV-1 RNA shedding and hormonal contraceptive use in a cohort of Louisiana women. *Sex Transm Dis.* 2007;34(11):870-2.

PROGESTATIFS SEULS

196. Richardson BA, Otieno PA, Mbori-Ngacha D, Overbaugh J, Farquhar C, John-Stewart GC. Hormonal contraception and HIV-1 disease progression among postpartum Kenyan women. *AIDS*. 2007;21(6):749-53.
197. Graham SM, Masese L, Gitau R, Jalalian-Lechak Z, Richardson BA, Peshu N, et al. Antiretroviral adherence and development of drug resistance are the strongest predictors of genital HIV-1 shedding among women initiating treatment. *J Infect Dis*. 2010;202(10):1538-42.
198. Kovacs A, Wasserman SS, Burns D, Wright DJ, Cohn J, Landay A, et al. Determinants of HIV-1 shedding in the genital tract of women. *Lancet*. 2001;358:1593-601.
199. Kreiss J, Willerford DM, Hensel M, Emonyi W, Plummer F, Ndinya-Achola J, et al. Association between cervical inflammation and cervical shedding of human immunodeficiency virus DNA. *J Infect Dis*. 1994;170(6):1597-601.
200. Kumwenda JJ, Mkanani B, Taulo F, Nkhoma C, Kafulafula G, Li Q, et al. Natural history and risk factors associated with early and established HIV type 1 infection among reproductive-age women in Malawi. *Clin Infect Dis*. 2008;46(12):1913-20.
201. Lavreys L, Baeten JM, Kreiss JK, Richardson BA, Chohan BH, Hassan W, et al. Injectable contraceptive use and genital ulcer disease during the early phase of HIV-1 infection increase plasma virus load in women. *J Infect Dis*. 2004;189(2):303-11.
202. Morrison CS, Demers K, Kwok C, Bulime S, Rinaldi A, Munjoma M, et al. Plasma and cervical viral loads among Ugandan and Zimbabwean women during acute and early HIV-1 infection. *AIDS*. 2010;24(4):573-82.
203. Mostad SB, Overbaugh J, DeVange DM, Welch MJ, Chohan B, Mandaliya K, 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. Rocco M, Gardella B, Maserati R, Zara F, Iacobone D, Spinillo A. Low-dose combined oral contraceptive and cervicovaginal shedding of human immunodeficiency virus. *Contraception*. 2011;83(6):564-70.
205. Sagar M, Lavreys L, Baeten JM, Richardson BA, Mandaliya K, Ndinya-Achola JO, et al. Identification of modifiable factors that affect the genetic diversity of the transmitted HIV-1 population. *AIDS*. 2004;18(4):615-9.
206. Seck K, Samb N, Tempesta S, Mulanga-Kabeya C, Henzel D, Sow PS, et al. Prevalence and risk factors of cervicovaginal HIV shedding among HIV-1 and HIV-2 infected women in Dakar, Senegal. *Sex Transm Infect*. 2001;77(3):190-3.
207. Tanton C, Weiss HA, Le Goff J, Chagalucha J, Rusizoka M, Baisley K, et al. Correlates of HIV-1 genital shedding in Tanzanian women. *PLoS One*. 2011;6(3):e17480.
208. Tagy AH, Saker ME, Moussa AA, Kolgah A. 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.
209. Pyorala T, Vahapassi J, Huhtala M. The effect of lynestrenol and norethindrone on the carbohydrate and lipid metabolism in subjects with gestational diabetes. *Ann Chir Gynaecol*. 1979;68(2):69-74.
210. Radberg T, Gustafson A, Skryten A, Karlsson K. Metabolic studies in women with previous gestational diabetes during contraceptive treatment: effects on serum lipids and high density lipoproteins. *Acta Endocrinol (Copenh)*. 1982;101(1):134-9.
211. Kjos SL, Peters RK, Xiang A, Thomas D, Schaefer U, Buchanan TA. Contraception and the risk of type 2 diabetes mellitus in Latina women with prior gestational diabetes mellitus. *JAMA*. 1998;280(6):533-8.
212. Nelson AL, Le MH, Musherraf Z, Vanberckelaer A. Intermediate-term glucose tolerance in women with a history of gestational diabetes: natural history and potential associations with breastfeeding and contraception. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;198:699.e1-e8.
213. Xiang AH, Kawakubo M, Buchanan TA, Kjos SL. A longitudinal study of lipids and blood pressure in relation to method of contraception in Latino women with prior gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2007;30(8):1952-8.
214. Xiang AH, Kawakubo M, Kjos SL, Buchanan TA. Long-acting injectable progestin contraception and risk of type 2 diabetes in Latino women with prior gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2006;29(3):613-7.
215. Diab KM, Zaki MM. Contraception in diabetic women: comparative metabolic study of norplant, depot medroxyprogesterone acetate, low dose oral contraceptive pill and CuT380A. *J Obstet Gynecol Res*. 2000;26(1):17-26.
216. Lunt H, Brown LJ. Self-reported changes in capillary glucose and insulin requirements during the menstrual cycle. *Diabet Med*. 1995;13:525-30.
217. Radberg T, Gustafson A, Skryten A, Karlsson K. Oral contraception in diabetic women. A cross-over study on seum and high density lipoprotein (HDL) lipids and diabetes control during progestogen and combined estrogen/progestogen contraception. *Horm Metab Res*. 1982;14:61-5.
218. Skouby SO, Molsted-Petersen L, Kuhl C, Bennet P. Oral contraceptives in diabetic women: metabolic effects of four compounds with different estrogen/progestogen profiles. *Fertil Steril*. 1986;46:858-64.

219. D'halluin V, Vilgrain V, Pelletier G, Rocher L, Belghiti J, Erlinger S, et al. [Natural history of focal nodular hyperplasia. A retrospective study of 44 cases]. *Gastroenterol Clin Biol*. 2001;25(11):1008-10.
220. Mathieu D, Kobeiter H, Maison P, Rahmouni A, Cherqui D, Zafrani ES, et al. Oral contraceptive use and focal nodular hyperplasia of the liver. *Gastroenterology*. 2000;118(3):560-4.
221. Kapp N, Curtis KM. Hormonal contraceptive use among women with liver tumors: a systematic review. *Contraception*. 2009;80(4):387-90.
222. Adadevoh BK, Isaacs WA. The effect of megestrol acetate on sickling. *Am J Med Sci*. 1973;265:367-70.
223. Barbosa IC, Ladipo OA, Nascimento ML, Athayde C, Hirsch C, Lopes R, et al. Carbohydrate metabolism in sickle cell patients using subdermal implant containing norgestrel acetate (Uniplant). *Contraception*. 2001;63:263-5.
224. de Abood M, de Castillo Z, Guerrero F, Espino M, Austin KL. Effects of Depo-Provera or Microgynon on the painful crises of sickle cell anemia patients. *Contraception*. 1997;56:313-6.
225. De Ceulaer K, Gruber C, Hayes R, Serjeant GR. Medroxyprogesterone acetate and homozygous sickle-cell disease. *Lancet*. 1982;2:229-31.
226. Howard RJ, Lillis C, Tuck SM. Contraceptives, counseling, and pregnancy in women with sickle cell disease. *BMJ*. 1993;306:1735-7.
227. Ladipo OA, Falusi AG, Feldblum PJ, Osotimehin BO, Otolorin EO, Ojengbede OA. Norplant use by women with sickle cell disease. *Int J Gynaecol Obstet*. 1993;41:85-7.
228. Nascimento ML, Ladipo OA, Coutinho E. Norgestrel acetate contraceptive implant use by women with sickle cell disease. *Clin Pharmacol Ther*. 1998;64:433-8.
229. Yoong WC, Tuck SM, Yardumian A. Red cell deformability in oral contraceptive pill users with sickle cell anaemia. *Br J Haematol*. 1999;104:868-70.
230. Aweeka FT, Rosenkranz SL, Segal Y, Coombs RW, Bardeguez A, Thevanayagam L, et al. The impact of sex and contraceptive therapy on the plasma and intracellular pharmacokinetics of zidovudine. *AIDS*. 2006;20(14):1833-41.
231. Kearney BP, Mathias A. Lack of effect of tenofovir disoproxil fumarate on pharmacokinetics of hormonal contraceptives. *Pharmacotherapy*. 2009;29(8):924-9.
232. Perry SH, Swamy P, Preidis GA, Mwanyumba A, Motsa N, Sarero HN. Implementing the Jadelle implant for women living with HIV in a resource-limited setting: concerns for drug interactions leading to unintended pregnancies. *AIDS*. 2014;28(5):791-3.
233. Cohn SE, Park JG, Watts DH, Stek A, Hitti J, Clax PA, et al. Depo-medroxyprogesterone in women on antiretroviral therapy: effective contraception and lack of clinically significant interactions. *Clin Pharmacol Ther*. 2007;81(2):222-7.
234. Nanda K, Amaral E, Hays M, Viscola MA, Mehta N, Bahamondes L. Pharmacokinetic interactions between depot medroxyprogesterone acetate and combination antiretroviral therapy. *Fertil Steril*. 2008;90(4):965-71.
235. Sekar VJ, Lefebvre E, Guzman SS, Felicione E, De Pauw M, Vangeneugden T, et al. Pharmacokinetic interaction between ethinyl estradiol, norethindrone and darunavir with low-dose ritonavir in healthy women. *Antivir Ther*. 2008;13(4):563-9.
236. Kasserra C, Li J, March B, O'Mara E. Effect of vicriviroc with or without ritonavir on oral contraceptive pharmacokinetics: a randomized, open-label, parallel-group, fixed-sequence crossover trial in healthy women. *Clin Ther*. 2011;33(10):1503-14.
237. Vogler MA, Patterson K, Kamemoto L, Park JG, Watts H, Aweeka F, et al. Contraceptive efficacy of oral and transdermal hormones when co-administered with protease inhibitors in HIV-1-infected women: pharmacokinetic results of ACTG trial A5188. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2010;55(4):473-82.
238. Atrio J, Stanczyk FZ, Neely M, Cherala G, Kovacs A, Mishell DR, Jr. Effect of protease inhibitors on steady-state pharmacokinetics of oral norethindrone contraception in HIV-infected women. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2014;65(1):72-7.
239. Anderson MS, Hanley WD, Moreau AR, Jin B, Bieberdorf FA, Kost JT, et al. Effect of raltegravir on estradiol and norgestimate plasma pharmacokinetics following oral contraceptive administration in healthy women. *Br J Clin Pharmacol*. 2011;71(4):616-20.
240. Song I, Mark S, Borland J, Chen S, Wajima T, Peppercorn A, et al. Dolutegravir has no effect on the pharmacokinetics of methadone or oral contraceptives with norgestimate and ethinyl estradiol. Atlanta (GA): 20th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; 3-6 March 2013.
241. Odland V, Olsson SE. Enhanced metabolism of levonorgestrel during phenytoin treatment in a woman with Norplant implants. *Contraception*. 1986;33:257-61.
242. Schindlbeck C, Janni W, Friese K. Failure of Implanon contraception in a patient taking carbamazepine for epilepsy. *Arch Gynecol Obstet*. 2006;273(4):255-6.
243. Shane-McWhorter L, Cerven JD, MacFarlane LL, Osborn C. Enhanced metabolism of levonorgestrel during phenobarbital treatment and resultant pregnancy. *Pharmacotherapy*. 1998;18:1360-4.
244. Reimers A, Helde G, Brodtkorb E. Ethinyl estradiol, not progestogens, reduces lamotrigine serum concentrations. *Epilepsia*. 2005;46(9):1414-7.

PILULES POUR LA CONTRACEPTION D'URGENCE

2.7.3 Pilules pour la contraception d'urgence (PCU)

PILULES POUR LA CONTRACEPTION D'URGENCE (PCU)				
Les PCU n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.				
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	COC	LNG	UPA [†]	
[†] Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires après le tableau	COC = contraceptif oral combiné LNG = contraceptif au lévonorgestrel UPA = acétate d'ullipristal			
GROSSESSE	NA	NA	NA	NA = non applicable Explications complémentaires : 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	1	2	Explications complémentaires : L'allaitement au sein n'est pas recommandé au cours de la semaine qui suit la prise d'UPA en raison de son excrétion dans le lait maternel. Durant cette période, le lait maternel devrait être tiré et éliminé (7).
ANTECEDENTS DE GROSSESSE EXTRA-UTERINE	1	1	1	
OBESITE [†]	1	1	1	Explications complémentaires : L'efficacité des PCU peut être moindre chez les femmes présentant un IMC ≥ 30 kg/m ² que chez les femmes présentant un IMC < 25 kg/m ² . Toutefois, il n'y a pas de risques pour la santé. Données : Des données limitées provenant d'une étude ont suggéré que les femmes obèses (IMC ≥ 30 kg/m ²) présentent un risque supérieur de grossesse suite à l'utilisation de LNG par comparaison aux femmes avec un IMC < 25 kg/m ² (2). Deux études ont indiqué que les femmes obèses peuvent également présenter un risque supérieur de grossesse après avoir utilisé l'UPA par comparaison aux utilisatrices ne souffrant pas d'obésité. Dans l'une des études, toutefois, cette augmentation n'était pas significative (2, 3).

PILULES POUR LA CONTRACEPTION D'URGENCE (PCU)				
Les PCU n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.				
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	COC	LNG	UPA [†]	
[†] Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires après le tableau	COC = contraceptif oral combiné LNG = contraceptif au lévonorgestrel UPA = acétate d'ulipristal			
ANTECEDENTS DE COMPLICATIONS CARDIO-VASCULAIRES GRAVES* (cardiopathie ischémique, accident vasculaire cérébral, ou autre pathologie thrombo-embolique)	2	2	2	
MIGRAINE*	2	2	2	
PATHOLOGIE HEPATIQUE GRAVE* (y compris l'ictère)	2	2	2	
INDUCTEURS DU CYP3A4 [†] (p. ex. rifampicine, phénytoïne, phénobarbital, carbamazépine, éfavirenz, fosphénytoïne, névirapine, oxcarbazépine, primidone, rifabutine, millepertuis/ <i>Hypericum perforatum</i>)	1	1	1	Explications complémentaires : Les puissants inducteurs du CYP3A4 peuvent réduire l'efficacité des PCU. Données : Selon les informations figurant sur l'étiquetage du médicament, la rifampicine diminue fortement les niveaux d'UPA, de 90 % ou davantage, ce qui peut en réduire l'efficacité (1, 4). Théoriquement, cette préoccupation peut donc s'étendre à l'usage d'autres types d'inducteurs du CYP3A4 ainsi qu'aux COC et aux pilules au lévonorgestrel-seul pris en contraception d'urgence (LNG-PCU), qui ont des voies métaboliques similaires à celles de l'UPA. Une petite étude pharmacocinétique a permis de constater que l'usage concomitant de l'éfavirenz diminue de 56 % les niveaux de LNG chez les utilisatrices de LNG-PCU (0.75 mg) par rapport à l'administration exclusive de LNG-PCU (5).
UTILISATION REPETEE DE LA PCU	1	1	1	Explications complémentaires : Une femme qui utilise la PCU de façon récurrente a besoin d'être davantage conseillée sur les autres méthodes contraceptives. Une utilisation fréquente et répétée de la PCU peut être nocive pour les femmes ayant une pathologie classée dans la catégorie 2, 3 ou 4 pour les CHC ou les PS.
VIOL*	1	1	1	

OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES**Antécédents de maladies cardiovasculaires graves, de migraine et de maladies hépatiques graves (y compris l'ictère)**

La durée d'utilisation des PCU étant inférieure à celle des COC ou des PPS, on peut s'attendre à ce qu'elles présentent un risque moins important pour la santé.

VIOL

Il n'y a pas de restriction à l'utilisation de PCU en cas de viol.

Bibliographie

1. ellaOne® ulipristal acetate. Abbreviated prescribing information (UK). London: HRA Pharma UK & Ireland Ltd; 2013 (<http://www.ellaone.co.uk/hcp/abbreviated-prescribing-information-uk>, consulté le 20 mai 2016).
2. Glasier A, Cameron ST, Bliethe D, Scherrer B, Mathe H, Levy D, et al. Can we identify women at risk of pregnancy despite using emergency contraception? Data from randomized trials of ulipristal acetate and levonorgestrel. *Contraception*. 2011;84(4):363-7.
3. Moreau C, Trussell J. Results from pooled Phase III studies of ulipristal acetate for emergency contraception. *Contraception*. 2012;86(6):673-80.
4. Full prescribing information: ELLA (ulipristal acetate) tablet. Charleston (SC): Afaxys, Inc.; updated June 2014 (http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2014/022474s004lbl.pdf, consulté le 20 mai 2016).
5. Carten ML, Kiser JJ, Kwara A, Mawhinney S, Cu-Uvin S. Pharmacokinetic interactions between the hormonal emergency contraception, levonorgestrel (Plan B), and Efavirenz. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2012;2012:137192.

2.7.4 Dispositifs intra-utérins (DIU)

DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS (DIU)			
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A = Adoption C = Continuation		EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	DIU-Cu	DIU-LNG	
<p>Les DIU n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.</p> <p>† Recommandations révisées pour la 5^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i>, voir information détaillée après le tableau.</p> <p>* Voir explications complémentaires en fin de tableau</p>	<p>DIU-Cu = DIU au cuivre DIU-LNG = DIU à diffusion de lévonorgestrel (20 µg/24 heures)</p>		
CARACTERISTIQUES PERSONNELLES ET ANTECEDENTS GENESIQUES			
GROSSESSE	4	4	Explications complémentaires : 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			Données : Les risques de grossesse, d'infection et de perforation sont faibles chez les utilisatrices de DIU de tous âges. Les saignements abondants ou les retraits pour cause de saignement ne paraissent pas être liés à l'âge. Les jeunes utilisatrices de DIU-Cu pourraient être plus exposées à une expulsion du dispositif que les utilisatrices plus âgées de DIU-Cu (1-15).
a) Des premières règles à < 20 ans	2	2	
b) ≥ 20 ans	1	1	
PARITE			Données : Le risque de grossesse, d'infection, de perforation et d'expulsion est faible chez toutes les utilisatrices de DIU, et les différences selon la parité paraissent peu significatives sur le plan clinique. Chez les utilisatrices de DIU nullipares, les données ne permettent pas de conclure à une prolongation du délai de retour à la fécondité (1, 3, 7-10).
a) Nullipare	2	2	
b) Uni/multipare	1	1	

PILULES POUR LA CONTRACEPTION D'URGENCE

DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS (DIU)			
Les DIU n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.			
ÉTAT/CARACTÉRISTIQUES	CATÉGORIE A = Adoption C = Continuation		EXPLICATIONS COMPLÉMENTAIRES/ DONNÉES
	DIU-Cu	DIU-LNG	
<p>† Recommandations révisées pour la 5^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i>, voir information détaillée après le tableau.</p> <p>* Voir explications complémentaires en fin de tableau</p>	<p>DIU-Cu = DIU au cuivre</p> <p>DIU-LNG = DIU à diffusion de lévonorgestrel (20 µg/24 heures)</p>		
<p>POST-PARTUM[†] (allaitement au sein ou non, notamment après césarienne)</p> <p>a) < 48 heures y compris pose immédiate après l'expulsion du placenta</p>			<p>Données : La pose d'un DIU-Cu lors du post-partum immédiat, en particulier dès l'expulsion du placenta, est associée à des taux d'expulsion du DIU plus faibles que lorsque la pose intervient au cours des phases ultérieures du post-partum. De plus, la pose du DIU dès l'expulsion du placenta est associée à de plus faibles taux d'expulsion du dispositif si elle est opérée au cours d'une césarienne que si elle est opérée par voie vaginale. Les complications liées à la pose, à savoir la perforation ou l'infection, ne sont pas plus importantes selon que le DIU est inséré à un moment ou à un autre du post-partum (16-29). Un essai contrôlé randomisé a permis de constater qu'une insertion immédiate du DIU-LNG est associée à une diminution de la durée d'allaitement par comparaison à une insertion plus tardive (30). Deux autres essais contrôlés randomisés ont comparé l'administration immédiate et différée de PS, sans pouvoir conclure à des effets différents sur le processus d'allaitement (31, 32). D'autres études n'ont pas permis de constater d'effets nocifs sur l'allaitement liés à la pose du DIU-LNG à partir de quatre semaines du post-partum (33-35).</p>
(i) allaitement au sein	1	2	
(ii) femmes qui n'allaitent pas au sein	1	1	
b) 48 heures à < 4 semaines	3	3	
c) ≥ 4 semaines	1	1	
d) Infection puerpérale	4	4	

DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS (DIU)			
Les DIU n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.			
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A = Adoption C = Continuation		EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	DIU-Cu	DIU-LNG	
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires en fin de tableau	DIU-Cu = DIU au cuivre DIU-LNG = DIU à diffusion de lévonorgestrel (20 µg/24 heures)		
POST-ABORTUM*			
a) Avortement au premier trimestre	1	1	Explications complémentaires : 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 la pose post-abortum d'un DIU au LNG et d'un DIU au cuivre (36-48).
b) Avortement au 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 and			
(i) < 15 cigarettes/jour	1	1	
(ii) ≥ 15 cigarettes/jour	1	1	

DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS

DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS (DIU)			
Les DIU n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.			
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE		EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	A = Adoption C = Continuation		
	DIU-Cu	DIU-LNG	
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires en fin de tableau	DIU-Cu = DIU au cuivre DIU-LNG = DIU à diffusion de lévonorgestrel (20 µg/24 heures)		
OBESITE			
a) Indice de masse corporelle (IMC) ≥ 30 kg/m ²	1	1	
b) Des premières règles à < 18 ans et IMC ≥ 30 kg/m ²	1	1	
MESURE DE LA TENSION ARTERIELLE NON DISPONIBLE	NA	NA	NA = non applicable Explications complémentaires : 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.
PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE			
FACTEURS DE RISQUE MULTIPLES D'ARTERIOPATHIES CARDIO-VASCULAIRES (par ex. âge, tabagisme, diabète, hypertension et dyslipidémies avérées)	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	

DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS (DIU)			
Les DIU n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.			
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE		EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	A = Adoption C = Continuation		
	DIU-Cu	DIU-LNG	
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires en fin de tableau	DIU-Cu = DIU au cuivre DIU-LNG = DIU à diffusion de lévonorgestrel (20 µg/24 heures)		
c) Tension artérielle élevée (mesurée correctement)			
(i) systolique 140-159 ou diastolique 90-99 mm Hg	1	1	
(ii) systolique ≥ 160 ou diastolique ≥ 100 mm Hg	1	2	
d) Pathologie vasculaire	1	2	
ANTECEDENTS D'HYPERTENSION GRAVIDIQUE (lorsque la tension artérielle mesurée du moment est normale)	1	1	
THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE (TVP)/EMBOLIE PULMONAIRE (EP)*			
a) Antécédents de TVP/EP	1	2	Données : Bien que les données relatives au risque de thrombose veineuse lié à l'utilisation des PS soient contradictoires, tout risque légèrement accru l'est nettement moins que celui associé au COC (49-51).
b) TVP/EP aiguë	1	3	
c) TVP/EP et traitement par anticoagulants	1	2	Données : Bien que les données relatives au risque de thrombose veineuse lié à l'utilisation des PS soient contradictoires, tout risque légèrement accru l'est nettement moins que celui associé au COC (49-51). Des données limitées indiquent que la pose d'un DIU au LNG n'entraîne pas des risques importants de saignement chez les femmes sous traitement anticoagulant au long cours (52-54).
d) Antécédents familiaux de TVP/EP (parents au premier degré)	1	1	
e) Chirurgie majeure			
(i) avec immobilisation prolongée	1	2	
(ii) sans immobilisation prolongée	1	1	
f) Chirurgie mineure sans immobilisation	1	1	

DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS

DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS (DIU)			
Les DIU n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.			
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A = Adoption C = Continuation		EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	DIU-Cu	DIU-LNG	
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires en fin de tableau	DIU-Cu = DIU au cuivre DIU-LNG = DIU à diffusion de lévonorgestrel (20 µg/24 heures)		
MUTATIONS THROMBOGENIQUES AVEREES (par ex. : Facteur V Leiden ; mutation du Facteur II ; déficit en protéine S, protéine C, ou antithrombine)	1	2	Explications complémentaires : Le dépistage systématique n'est pas opportun, compte tenu de la rareté de ces pathologies, et du coût élevé du dépistage.
TROUBLES VEINEUX SUPERFICIELS			
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	
DYSLIPIDEMIES AVEREES SANS AUTRE FACTEUR DE RISQUE CARDIOVASCULAIRE CONNU	1	2	Explications complémentaires : 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	
b) Compliquée (hypertension pulmonaire, risque de fibrillation auriculaire, antécédents d'endocardite bactérienne sub-aiguë)	2	2	Explications complémentaires : Pour l'insertion, il est conseillé de prescrire des antibiotiques à titre prophylactique afin de prévenir une endocardite.

DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS (DIU)				
Les DIU n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.				
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE		EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES	
	A = Adoption C = Continuation			
	DIU-Cu	DIU-LNG		
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires en fin de tableau	DIU-Cu = DIU au cuivre DIU-LNG = DIU à diffusion de lévonorgestrel (20 µg/24 heures)			
MALADIES RHUMATISMALES				
LUPUS ERYTHEMATEUX DISSEMINÉ (LED) Les sujets atteints de LED sont exposés à un risque accru de cardiopathie ischémique, d'accident vasculaire cérébral et de thrombose veineuse. Les catégories attribuées à ces pathologies dans les présentes lignes directrices doivent être les mêmes pour les femmes atteintes de LED qui présentent ces pathologies. Pour toutes les catégories de LED, les classifications se fondent sur l'hypothèse qu'il n'y a pas d'autre facteur de risque de maladie cardio-vasculaire ; en présence de tels facteurs de risque, ces classifications doivent être modifiées. Les données disponibles indiquent que de nombreuses femmes atteintes de LED peuvent être considérées comme de bonnes candidates pour la plupart des méthodes contraceptives, y compris les contraceptifs hormonaux (54-71).				
a) Anticorps antiphospholipides positifs (ou inconnus)	A 1	C 1	3	Données : Des anticorps antiphospholipides sont associés à un risque accru de thrombose artérielle et veineuse (72, 73).
b) Thrombopénie grave	3	2	2	Explications complémentaires : Une thrombopénie grave augmente les risques de saignement. La catégorie doit être évaluée en fonction de la gravité de la thrombopénie et de ses manifestations cliniques. Chez les femmes présentant une thrombopénie très grave et présentant un risque de saignement spontané, la consultation avec un spécialiste et certains traitements préalables peuvent être justifiés. Données : Le DIU au LNG peut être utile pour traiter une ménorragie chez des femmes présentant une thrombopénie grave (54).
c) Traitement immunosuppresseur	2	1	2	
d) Aucun des facteurs ci-dessus	1	1	2	

DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS

DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS (DIU)				
Les DIU n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.				
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE		EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES	
	A = Adoption C = Continuation			
	DIU-Cu	DIU-LNG		
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires en fin de tableau	DIU-Cu = DIU au cuivre DIU-LNG = DIU à diffusion de lévonorgestrel (20 µg/24 heures)			
AFFECTIONS NEUROLOGIQUES				
CEPHALEES*		A	C	Explications complémentaires : Toute céphalée nouvelle ou changement marqué dans les céphalées doit être évalué.
a) Non migraineuses (légères ou sévères)	1	1	1	
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		Explications complémentaires : 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.

DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS (DIU)					
Les DIU n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.					
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE		EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES		
	A = Adoption C = Continuation				
	DIU-Cu	DIU-LNG			
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires en fin de tableau	DIU-Cu = DIU au cuivre DIU-LNG = DIU à diffusion de lévonorgestrel (20 µg/24 heures)				
INFECTIONS ET PATHOLOGIES DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR					
SAIGNEMENTS VAGINAUX			A	C	
a) Saignements irréguliers peu abondants	1		1	1	Explications complémentaires : Des saignements anormalement abondants doivent amener à soupçonner une maladie sous-jacente grave. Données : Les données d'études examinant les effets du DIU au LNG chez des femmes présentant des saignements abondants et prolongés n'ont fait état d'aucune majoration des effets indésirables et ont constaté que ce DIU était utile pour traiter la ménorragie (74-81).
b) Saignements abondants ou prolongés (réguliers et irréguliers)	2		1	2	
SAIGNEMENTS VAGINAUX INEXPLIQUES (suspicion de pathologie grave)	A	C	A	C	Explications complémentaires : 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	4	2	4	2	
ENDOMETRIOSE	2		1		Données : Chez les femmes souffrant de cette pathologie, le DIU au LNG atténuait la dysménorrhée, les douleurs pelviennes et la dyspareunie (82-86).
TUMEURS OVARIENNES BENIGNES (y compris les kystes)	1		1		
DYSMENORRHEE SEVERE*	2		1		

DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS

DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS (DIU)					
Les DIU n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.					
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A = Adoption C = Continuation				EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	DIU-Cu		DIU-LNG		
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires en fin de tableau	DIU-Cu = DIU au cuivre DIU-LNG = DIU à diffusion de lévonorgestrel (20 µg/24 heures)				
MALADIE TROPHOBLASTIQUE GESTATIONNELLE					Données : Des données limitées laissent à penser que les femmes utilisant un DIU après évacuation utérine d'une grossesse molaire ne présentent pas un risque accru de maladie trophoblastique postmolaire si on les compare à des femmes utilisant d'autres méthodes de contraception (87-90).
a) Taux de β-hCG en diminution ou indécélables	3		3		
b) Taux de β-hCG durablement élevés ou maladie maligne	4		4		
ECTROPION DU COL UTERIN	1		1		
NEOPLASIE INTRA-EPITHELIALE DU COL UTERIN (NIC)*	1		2		
CANCER DU COL UTERIN* (avant traitement)	A	C	A	C	
	4	2	4	2	
PATHOLOGIE DU SEIN*					
a) Grosseur non diagnostiquée	1		2		
b) Mastopathie bénigne	1		1		
c) Antécédents familiaux de cancer	1		1		
d) Cancer du sein					
(i) en cours	1		4		
(ii) cancer en rémission depuis 5 ans	1		3		
CANCER DE L'ENDOMETRE*	A	C	A	C	
	4	2	4	2	
CANCER DE L'OVAIRE*	A	C	A	C	
	3	2	3	2	
FIBROMES UTERINS*					Données : Chez les femmes ayant un fibrome, l'utilisation du DIU au LNG n'a généré aucun problème de santé particulier, et chez certaines, les symptômes ainsi que la taille des fibromes ont diminué (91-97).
a) Sans déformation de la cavité utérine	1		1		
b) Avec déformation de la cavité utérine	4		4		

DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS (DIU)					
Les DIU n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.					
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A = Adoption C = Continuation				EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	DIU-Cu		DIU-LNG		
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires en fin de tableau	DIU-Cu = DIU au cuivre DIU-LNG = DIU à diffusion de lévonorgestrel (20 µg/24 heures)				
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		
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)	A	C	A	C	
(i) avec grossesse ultérieure	1	1	1	1	
(ii) sans grossesse ultérieure	2	2	2	2	
b) MIP en cours	4	2	4	2	
					<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, 2005). 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 (98-100).</p>

DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS

DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS (DIU)					
Les DIU n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.					
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE				EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	A = Adoption C = Continuation				
	DIU-Cu		DIU-LNG		
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires en fin de tableau	DIU-Cu = DIU au cuivre DIU-LNG = DIU à diffusion de lévonorgestrel (20 µg/24 heures)				
IST†	A	C	A	C	
a) Cervicite purulente en cours, ou infection à chlamydia ou gonococcie en cours	4	2	4	2	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. 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 (101-108).
b) Autres IST (à l'exclusion du VIH et de l'hépatite)	2	2	2	2	
c) Vaginite (y compris <i>Trichomonas vaginalis</i> et Vaginose bactérienne)	2	2	2	2	

DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS (DIU)					
Les DIU n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.					
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A = Adoption C = Continuation				EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	DIU-Cu		DIU-LNG		
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires en fin de tableau	DIU-Cu = DIU au cuivre DIU-LNG = DIU à diffusion de lévonorgestrel (20 µg/24 heures)				
d) Risque accru d'IST	2/3	2	2/3	2	<p>Explications complémentaires : L'insertion d'un DIU peut augmenter le risque de MIP chez les femmes présentant un risque accru d'IST, mais le peu de données existantes suggère que ce risque est faible. Les algorithmes actuellement utilisés pour déterminer le risque accru d'IST ont peu de valeur prédictive. Le risque d'IST varie en fonction du comportement individuel et de la prévalence locale des IST. En conséquence, si de nombreuses femmes présentant un risque accru d'IST peuvent utiliser un DIU, un certain nombre de femmes présentant un risque accru d'IST (probabilité individuelle très élevée) devraient en général renoncer à la pose d'un DIU en attendant d'effectuer les tests appropriés et d'entreprendre un traitement.</p> <p>Données : En utilisant un algorithme pour classifier les risques d'IST chez les utilisatrices de DIU, une étude a établi que 11 % des femmes exposées à un risque élevé d'IST souffrent de complications liées au DIU, contre 5 % des femmes qui ne sont pas considérées à risque (104). Une autre petite étude a permis de constater un faible taux de MIP (2.2 %) après la pose de DIU chez un groupe de femmes présentant un risque estimé élevé sur la base de taux d'IST élevés dans l'ensemble de la population (109).</p>

DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS

DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS (DIU)					
Les DIU n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.					
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A = Adoption C = Continuation				EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	DIU-Cu		DIU-LNG		
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires en fin de tableau	DIU-Cu = DIU au cuivre DIU-LNG = DIU à diffusion de lévonorgestrel (20 µg/24 heures)				
VIH/SIDA†					
RISQUE ELEVE DE VIH	A 2	C 2	A 2	C 2	Données : Chez les femmes exposées au risque d'infection par le VIH, l'utilisation du DIU-Cu n'a pas augmenté le risque d'acquisition du VIH (110-120).
INFECTION À VIH ASYMPTOMATIQUE OU LÉGÈRE (stade de l'OMS 1 ou 2)	2	2	2	2	Données : Des données limitées comparant les utilisatrices de DIU infectées par le VIH et les utilisatrices non-infectées ne font pas état d'un risque accru de complications générales ou infectieuses chez les premières. Chez les femmes infectées par le VIH, l'utilisation du DIU n'a pas eu d'effets négatifs liés à la progression du VIH en comparaison avec l'utilisation de contraceptifs hormonaux. De plus, l'utilisation de DIU par les femmes atteintes du VIH n'a pas été associée à un risque accru de transmission du VIH de la femme à l'homme (121-128). Une étude n'a pas constaté de différences dans la mise en œuvre d'un traitement antirétroviral (TAR) ou de la numération des CD4 entre les utilisatrices et les non-utilisatrices de DIU-LNG (129).
INFECTION À VIH SÉVÈRE OU À UN STADE AVANCÉ (stade de l'OMS 3 ou 4)	3	2	3	2	Explications complémentaires pour la continuation : Chez les utilisatrices de DIU présentant une infection à VIH sévère ou à un stade avancé, le risque d'infection pelvienne nécessite un suivi attentif. Données : Une étude n'a pas constaté de différences dans la mise en œuvre d'un TAR ou de la numération des CD4 entre les utilisatrices et les non-utilisatrices de DIU-LNG (129).

DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS (DIU)					
Les DIU n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.					
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE				EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	A = Adoption C = Continuation				
	DIU-Cu		DIU-LNG		
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires en fin de tableau	DIU-Cu = DIU au cuivre DIU-LNG = DIU à diffusion de lévonorgestrel (20 µg/24 heures)				
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					Données : Les données limitées dont on dispose concernant l'utilisation du DIU au LNG chez les femmes présentant un diabète insulino- ou non insulino-dépendant laissent à penser que ces méthodes ont peu d'effets sur le contrôle du diabète à court ou à long terme (par exemple concentrations d'HbA _{1c}), les marqueurs hémostatiques ou le profil lipidique (130, 131).
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		

DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS

DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS (DIU)			
Les DIU n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.			
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A = Adoption C = Continuation		EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	DIU-Cu	DIU-LNG	
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires en fin de tableau	DIU-Cu = DIU au cuivre DIU-LNG = DIU à diffusion de lévonorgestrel (20 µg/24 heures)		
TROUBLES THYROIDIENS			
a) Goitre simple	1	1	
b) Hyperthyroïdie	1	1	
c) Hypothyroïdie	1	1	
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) Aiguë ou poussée	1	1	
b) Chez le sujet porteur	1	1	
c) Chronique	1	1	
CIRRHOSE			
a) Légère (compensée)	1	1	
b) Grave (décompensée)	1	3	
TUMEURS HEPATIQUES*			
a) Bénignes			
(i) hyperplasie nodulaire focale	1	2	
(ii) adénome hépatocellulaire	1	3	
b) Maligne (hépatome)	1	3	

DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS (DIU)				
Les DIU n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.				
ÉTAT/CARACTÉRISTIQUES	CATÉGORIE		EXPLICATIONS COMPLÉMENTAIRES/ DONNÉES	
	A = Adoption C = Continuation			
	DIU-Cu	DIU-LNG		
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires en fin de tableau	DIU-Cu = DIU au cuivre DIU-LNG = DIU à diffusion de lévonorgestrel (20 µg/24 heures)			
ANÉMIES				
THALASSEMIE*	2	1		
DREPANOCYTOSE*	2	1		
ANÉMIE FERRIPRIVE*	2	1		
INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES				
TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL (TAR)				
a) Inhibiteurs nucléosidiques/nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI)	A	C	A	C
Abacavir (ABC)	2/3	2	2/3	2
Tenofovir (TDF)	2/3	2	2/3	2
Zidovudine (AZT)	2/3	2	2/3	2
Lamivudine (3TC)	2/3	2	2/3	2
Didanosine (DDI)	2/3	2	2/3	2
Emtricitabine (FTC)	2/3	2	2/3	2
Stavudine (D4T)	2/3	2	2/3	2
b) Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI)	A	C	A	C
Efavirens (EFV)	2/3	2	2/3	2
Etravirine (ETR)	2/3	2	2/3	2
Névirapine (NVP)	2/3	2	2/3	2
Rilpivirine (RPV)	2/3	2	2/3	2
Explications complémentaires : Il n'y a aucune interaction connue entre le TAR et l'utilisation de DIU. Cependant, l'infection à VIH sévère ou à un stade avancé (stade de l'OMS 3 ou 4) est classée parmi les états dans la catégorie 3 pour l'initiation et dans la catégorie 2 pour la continuation. L'infection à VIH asymptomatique ou légère (stade de l'OMS 1 ou 2) est classée dans la catégorie 2 à la fois pour l'initiation et pour la continuation.				

DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS

DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS (DIU)					
Les DIU n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.					
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE				EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	A = Adoption C = Continuation				
	DIU-Cu		DIU-LNG		
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des <i>Critères de recevabilité médicale</i> , voir information détaillée après le tableau. * Voir explications complémentaires en fin de tableau	DIU-Cu = DIU au cuivre DIU-LNG = DIU à diffusion de lévonorgestrel (20 µg/24 heures)				
c) Inhibiteurs de la protéase (IP)	A	C	A	C	
Atazanavir boosté par le ritonavir (ATV/r)	2/3	2	2/3	2	
Lopinavir boosté par le ritonavir (LPV/r)	2/3	2	2/3	2	
Darunavir boosté par le ritonavir (DRV/r)	2/3	2	2/3	2	
Ritonavir (RTV)	2/3	2	2/3	2	
d) Inhibiteurs de l'intégrase					
Raltégravir (RAL)	2/3	2	2/3	2	
TRAITEMENT ANTICONVULSIVANT					
a) Certains anticonvulsivants (phénytoïne, carbamazépine, les barbituriques, primidone, topiramate, oxcarbazépine)	1		1		Données : Les données limitées dont on dispose laissent à penser que l'utilisation de certains anticonvulsivants n'interfère pas avec l'efficacité contraceptive du DIU au LNG (132).
b) Lamotrigine	1		1		Données : Aucune interaction médicamenteuse n'a été signalée chez les femmes atteintes d'épilepsie qui prennent de la lamotrigine et utilisent un DIU au LNG (133).
TRAITEMENT ANTIMICROBIEN					
a) Antibiotiques à large spectre	1		1		
b) Antifongiques	1		1		
c) Antiparasitaires	1		1		
d) Rifampicine ou rifabutine	1		1		Données : Traitement par la rifampicine ou la rifabutine : une enquête transversale a indiqué que la rifabutine n'avait aucun effet sur l'efficacité du DIU au LNG (132).

OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES**INFECTION PUERPERALE**

L'insertion d'un DIU peut considérablement aggraver l'infection.

POST-ABORTUM

Immédiatement après un avortement septique : l'insertion d'un DIU peut considérablement aggraver l'infection.

ANTECEDENTS DE GROSSESSE EXTRA-UTERINE

Le risque absolu de grossesse extra-utérine est extrêmement faible en raison de l'efficacité élevée des DIU. Toutefois, lorsqu'une femme tombe enceinte sous stérilet, la probabilité relative d'une grossesse extra-utérine est considérablement augmentée.

HYPERTENSION

Il existe un risque théorique lié à l'effet du lévonorgestrel (LNG) sur les lipides. Il n'y a aucune restriction pour le DIU au cuivre (DIU-Cu).

THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE/EMBOLIE PULMONAIRE

Le DIU-LNG peut être utile pour traiter la ménorragie chez des femmes qui suivent un traitement anticoagulant chronique.

CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE EN COURS ET ANTECEDENTS DE CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE

Il existe un risque théorique lié à l'effet du LNG sur les lipides. Il n'y a aucune restriction pour le DIU-Cu.

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL

Il existe un risque théorique lié à l'effet du LNG sur les lipides. Il n'y a aucune restriction pour le DIU-Cu.

CEPHALEES

L'aura est un symptôme neurologique focal spécifique. Pour de plus amples informations sur ce sujet et d'autres critères de diagnostic, voir : Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd edition. Cephalgia. 2004 ; 24 (Suppl 1):1-150.¹⁴

DYSMENORRHEE SEVERE

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

NEOPLASIE INTRA-EPITHELIALE DU COL UTERIN (NIC)

Le DIU-LNG est théoriquement susceptible d'accélérer la progression de la néoplasie cervicale intraépithéliale.

CANCER DU COL UTERIN (avant traitement)

Il peut exister un risque accru d'infection et de saignement lors de l'insertion. Le DIU devra vraisemblablement être retiré au moment du traitement mais jusque-là, la femme est exposée au risque de grossesse.

PATHOLOGIE DU SEIN

Cancer du sein : le cancer du sein est une tumeur sensible à l'action des hormones. Les craintes en rapport avec la progression 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

Il peut exister un risque accru d'infection, de perforation et de saignement lors de l'insertion. Le DIU devra vraisemblablement être retiré au moment du traitement mais jusque-là, la femme est exposée au risque de grossesse.

CANCER DE L'OVAIRE

Le DIU devra vraisemblablement être retiré au moment du traitement mais jusque-là, la femme est exposée au risque de grossesse.

FIBROMES UTERINS

Sans déformation de la cavité utérine : il convient d'attribuer aux femmes présentant des saignements abondants ou prolongés la catégorie adéquate pour cette pathologie.

Avec déformation de la cavité utérine : les fibromes utérins préexistants qui entraînent une déformation de la cavité utérine peuvent entraver l'insertion et la pose correcte du DIU.

ANOMALIES ANATOMIQUES

Déformation de la cavité utérine : en présence d'anomalies anatomiques qui déforment la cavité utérine, il peut s'avérer impossible de poser correctement un DIU.

¹⁴ Disponible sur le site : http://ihs-classification.org/en/02_klassifikation

DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS

MALADIE INFLAMMATOIRE PELVIENNE (MIP)

Les DIU ne protègent pas contre les IST/le VIH/la MIP. Les femmes peu exposées au risque d'IST présentent peu de risque de MIP à la suite de l'insertion d'un DIU. Il convient de tenir compte du risque actuel d'IST et du désir de grossesse future.

TUBERCULOSE

Pelvienne : la pose d'un DIU peut sensiblement aggraver cette maladie.

ANTECEDENTS DE CHOLESTASE

Il n'est pas à exclure que des antécédents de cholestase liés à l'utilisation de CHC n'ouvrent la voie à une cholestase ultérieure liée à l'utilisation de LNG. On ne sait pas avec certitude si l'utilisation du DIU-LNG présente un risque.

TUMEURS HEPATIQUES

Il n'existe pas de données concernant l'utilisation de contraceptifs hormonaux chez les femmes présentant un adénome hépatocellulaire. Étant donné que chez les femmes en bonne santé, l'utilisation des COC est associée à l'apparition et à la progression d'adénomes hépatocellulaires, on ignore si d'autres contraceptifs hormonaux ont des effets analogues.

THALASSÉMIE, DRÉPANOCYTOSE, ANÉMIE FERRIPRIVE

Il existe le risque d'une perte de sang plus abondante liée au DIU-Cu.

Bibliographie

1. Albert A, Carrasco F, Duenas JL, Navarro J. Analisis de las complicaciones menores surgidas durante el uso de DIU con cobre [Analysis of minor complications in copper IUD wearers]. *Clin Invest Ginecol Obstet*. 1983;10(1):16-22 (in Spanish).
2. Allonen H, Luukkainen T, Nielsen NC, Nygren KG, Pyorala T. Two-year rates for Nova T and Copper T in a comparative study. *Contraception*. 1980;21(4):321-34.
3. Allonen H, Luukkainen T, Nielsen NC, Nygren KG, Pyorala T. Factors affecting the clinical performance of Nova T and Copper T 200. *Obstet Gynecol*. 1984;64(4):524-9.
4. Alton TM, Brock GN, Yang D, Wilking DA, Hertweck SP, Loveless MB. Retrospective review of intrauterine device in adolescent and young women. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2012;25(3):195-200.
5. Behringer T, Reeves MF, Rossiter B, Chen BA, Schwarz EB. Duration of use of a levonorgestrel IUS amongst nulliparous and adolescent women. *Contraception*. 2011;84(5):e5-e10.
6. Berenson AB, Tan A, Hirth JM, Wilkinson GS. Complications and continuation of intrauterine device use among commercially insured teenagers. *Obstet Gynecol*. 2013;121(5):951-8.
7. Luukkainen T, Allonen H, Nielsen NC, Nygren KG, Pyorala T. Five years' experience of intrauterine contraception with the Nova-T and the Copper-T-200. *Am J Obstet Gynecol*. 1983;147(8):885-92.
8. Luukkainen T, Nielsen NC, Nygren KG, Pyorala T. Nulliparous women, IUD and pelvic infection. *Ann Clin Res*. 1979;11(4):121-4.
9. Luukkainen T, Nielsen NC, Nygren KG, Pyorala T, Allonen H. Combined and national experience of postmenstrual IUD insertions of Nova-T and Copper-T in a randomized study. *Contraception*. 1979;19(1):11-20.
10. Nygren KG, Nielsen NC, Pyorala T, Allonen H, Luukkainen T. Intrauterine contraception with Nova-T and copper-T-200 during three years. *Contraception*. 1981;24(5):529-42.
11. Osser S, Gullberg B, Liedholm P, Sjoberg NO. Risk of pelvic inflammatory disease among intrauterine-device users irrespective of previous pregnancy. *Lancet*. 1980;1(8165):386-8.
12. Rasheed SM, Abdelmonem AM. Complications among adolescents using copper intrauterine contraceptive devices. *Int J Gynaecol Obstet*. 2011;115(3):269-72.
13. Skajaa K, Dorup I, Skajaa T. [Complications caused by intrauterine contraceptive devices]. *Ugeskr Laeger*. 1990;152(41):3002-6 (in Danish).
14. Suhonen S, Haukkamaa M, Jakobsson T, Rauramo I. Clinical performance of a levonorgestrel-releasing intrauterine system and oral contraceptives in young nulliparous women: a comparative study. *Contraception*. 2004;69(5):407-12.
15. Zhang J, Feldblum PJ, Chi IC, Farr MG. Risk factors for copper T IUD expulsion: an epidemiologic analysis. *Contraception*. 1992;46(5):427-33.
16. Bonilla Rosales F, Aguilar Zamudio ME, Cazares Montero Mde L, Hernandez Ortiz ME, Luna Ruiz MA. [Factors for expulsion of intrauterine device Tcu380A applied immediately postpartum and after a delayed period]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2005;43(1):5-10 (in Spanish).
17. Brenner PF. A clinical trial of the Delta-T intrauterine device: immediate postpartum insertion. *Contraception*. 1983;28(2):135-47.
18. Celen S, Moroy P, Sucak A, Aktulay A, Danisman N. Clinical outcomes of early postplacental insertion of intrauterine contraceptive devices. *Contraception*. 2004;69(4):279-82.
19. 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(2):119-34.
20. 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(5):376-81.
21. Kapp N, Curtis KM. Intrauterine device insertion during the postpartum period: a systematic review. *Contraception*. 2009;80(4):327-36.
22. Lara R, Sanchez RA, Aznar R. Aplicacion del dispositivo intrauterino a traves de la incision de la cesarea [Application of intrauterine device through the incision of the cesarean section]. *Ginecol Obstet Mex*. 1989;57:23-7 (in Spanish).
23. Letti Muller AL, Lopes Ramos JG, Martins-Costa SH, Palma Dias RS, 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(3):192-5.
24. Mishell DR, Jr., Roy S. Copper intrauterine contraceptive device event rates following insertion 4 to 8 weeks post partum. *Am J Obstet Gynecol*. 1982;143(1):29-35.
25. Morrison C, Waszak C, Katz K, Diabate F, Mate EM. Clinical outcomes of two early postpartum IUD insertion programs in Africa. *Contraception*. 1996;53(1):17-21.

DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS

26. Thiery M, van Kets H, van der Pas H, van Os W, Dombrowicz N. The ML Cu250; clinical experience in Belgium and The Netherlands. *Br J Obstet Gynaecol.* 1982;89(Suppl 4):51-3.
27. 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. *Contracept Deliv Syst.* 1980;1(1):27-35.
28. Welkovic S, Costa LO, Faundes A, de Alencar Ximenes R, Costa CF. Post-partum bleeding and infection after post-placental IUD insertion. *Contraception.* 2001;63(3):155-8.
29. Zhou SW, Chi IC. Immediate postpartum IUD insertions in a Chinese hospital – a two year follow-up. *Int J Gynaecol Obstet.* 1991;35(2):157-64.
30. Chen BA, Reeves MF, Creinin MD, Schwarz EB. Postplacental or delayed levonorgestrel intrauterine device insertion and breast-feeding duration. *Contraception.* 2011;84(5):499-504.
31. Brito MB, Ferriani RA, Quintana SM, Yazlle ME, Silva de Sá MF, Vieira CS. Safety of the etonogestrel-releasing implant during the immediate postpartum period: a pilot study. *Contraception.* 2009;80(6):519-26.
32. Gurtcheff SE, Turok DK, Stoddard G, Murphy PA, Gibson M, Jones KP. Lactogenesis after early postpartum use of the contraceptive implant: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2011;117(5):1114-21.
33. Bahamondes L, Bahamondes MV, Modesto W, Tilley IB, Magalhaes A, Pinto e Silva JL, et al. Effect of hormonal contraceptives during breastfeeding on infant's milk ingestion and growth. *Fertil Steril.* 2013;100(2):445-50.
34. Costa ML, Cecatti JG, Krupa FG, Rehder PM, Sousa MH, Costa-Paiva L. Progestin-only contraception prevents bone loss in postpartum breastfeeding women. *Contraception.* 2012;85(4):374-80.
35. Shaamash AH, Sayed GH, Hussien MM, Shaaban MM. A comparative study of the levonorgestrel-releasing intrauterine system Mirena versus the Copper T380A intrauterine device during lactation: breast-feeding performance, infant growth and infant development. *Contraception.* 2005;72(5):346-51.
36. Zhang PZ. Five years experience with the copper T 200 in Shanghai - 856 cases. *Contraception.* 1980;22:561-71.
37. Timonen H, Luukkainen T. Immediate postabortion insertion of the copper-T (TCu-200) with eighteen months follow-up. *Contraception.* 1974;9:153-60.
38. 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. *Clin Reprod Fertil.* 1983;2:113-28.
39. 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. *Stud Fam Plann.* 1983;14:99-108.
40. 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. *Stud Fam Plann.* 1983;14:109-14.
41. 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.
42. Stanwood NL, Grimes DA, Schulz KF. Insertion of an intrauterine contraceptive device after induced or spontaneous abortion: a review of the evidence. *BJOG.* 2001;108:1168-73.
43. 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.
44. Moussa A. Evaluation of postabortion IUD insertion in Egyptian women. *Contraception.* 2001;63:315-7.
45. Gupta I, Devi PK. Studies on immediate post-abortion copper 'T' device. *Indian J Med Res.* 1975;63:736-9.
46. Grimes D, Schulz K, Stanwood N. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. [update of Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD001777]. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;CD001777.
47. Gillett PG, Lee NH, Yuzpe AA, Cerskus I. A comparison of the efficacy and acceptability of the Copper-7 intrauterine device following immediate or delayed insertion after first-trimester therapeutic abortion. *Fertil Steril.* 1980;34:121-4.
48. El Tagy A, Sakr E, Sokal DC, Issa AH. Safety and acceptability of post-abortion IUD insertion and the importance of counseling. *Contraception.* 2003;67:229-34.
49. Vasilakis C, Jick H, Mar Melero-Montes M. Risk of idiopathic venous thromboembolism in users of progestogens alone. *Lancet.* 1999;354:1610-1.
50. Heinemann L, Assmann A, DoMinh T, Garbe E. Oral progestogen-only contraceptives and cardiovascular risk: results from the Transnational Study on Oral Contraceptives and the health of Young Women. *Eur J Contracep Repr.* 1999;4:67-73.

51. World Health Organization. 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.
52. Kingman CE, Kadir RA, Lee CA, Economides DL. The use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system for treatment of menorrhagia in women with inherited bleeding disorders. *BJOG*. 2004;111:1425-8.
53. Pisoni CN, Cuadrado MJ, Khamashta MA, Hunt BJ. Treatment of menorrhagia associated with oral anticoagulation: efficacy and safety of the levonorgestrel releasing intrauterine device (Mirena coil). *Lupus*. 2006;15:877-80.
54. Schaedel ZE, Dolan G, Powell MC. The use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in the management of menorrhagia in women with hemostatic disorders. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;193:1361-3.
55. Somers E, Magder LS, Petri M. Antiphospholipid antibodies and incidence of venous thrombosis in a cohort of patients with systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol*. 2002;29:2531-6.
56. Sarabi ZS, Chang E, Bobba R, et al. Incidence rates of arterial and venous thrombosis after diagnosis of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 2005;53:609-12.
57. Sanchez-Guerrero J, Uribe AG, Jimenez-Santana L, Mestanza-Peralta M, Lara-Reyes P, Seuc AH, et al. A trial of contraceptive methods in women with systemic lupus erythematosus. *N Engl J Med*. 2005;353:2539-49.
58. Petri M, Kim MY, Kalunian KC, et al. Combined oral contraceptives in women with systemic lupus erythematosus. *N Engl J Med*. 2005;353:2550-8.
59. Petri M. Lupus in Baltimore: evidence-based 'clinical pearls' from the Hopkins Lupus Cohort. *Lupus*. 2005;14:970-3.
60. Petri M. Musculoskeletal complications of systemic lupus erythematosus in the Hopkins Lupus Cohort: an update. *Arthritis Care Res*. 1995;8:137-45.
61. Mintz G, Gutierrez G, Delezé M, Rodríguez E. Contraception with progestogens in systemic lupus erythematosus. *Contraception*. 1984;30:29-38.
62. McDonald J, Stewart J, Urowitz MB, Gladman DD. Peripheral vascular disease in patients with systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis*. 1992;51:56-60.
63. McAlindon T, Giannotta L, Taub N, D'Cruz D, Hughes G. Environmental factors predicting nephritis in systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis*. 1993;52:720-4.
64. Manzi S, Meilahn EN, Rairie JE, Conte CG, Medsger TA Jr, Jansen-McWilliams L, et al. Age-specific incidence rates of myocardial infarction and angina in women with systemic lupus erythematosus: comparison with the Framingham Study. *Am J Epidemiol*. 1997;145:408-15.
65. Jungers P, Dougados M, Pelissier C, et al. Influence of oral contraceptive therapy on the activity of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 1982;25:618-23.
66. Julkunen HA, Kaaja R, Friman C. Contraceptive practice in women with systemic lupus erythematosus. *Br J Rheumatol*. 1993;32:227-30.
67. Julkunen HA. Oral contraceptives in systemic lupus erythematosus: side-effects and influence on the activity of SLE. *Scand J Rheumatol*. 1991;20:427-33.
68. Esdaile JM, Abrahamowicz M, Grodzicky T, Li Y, Panaritis C, du Berger R, et al. Traditional Framingham risk factors fail to fully account for accelerated atherosclerosis in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 2001;44:2331-7.
69. Chopra N, Koren S, Greer WL, et al. Factor V Leiden, prothrombin gene mutation, and thrombosis risk in patients with antiphospholipid antibodies. *J Rheumatol*. 2002;29:1683-8.
70. Bernatsky S, Ramsey-Goldman R, Gordon C, et al. Factors associated with abnormal Pap results in systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford)*. 2004;43:1386-9.
71. Bernatsky S, Clarke A, Ramsey-Goldman R, Joseph L, Boivin JF, Rajan R, et al. Hormonal exposures and breast cancer in a sample of women with systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford)*. 2004;43:1178-81.
72. Wahl DG, Guillemin F, de Maistre E, Perret C, Lecompte T, Thibaut G. Risk for venous thrombosis related to antiphospholipid antibodies in systemic lupus erythematosus – a meta-analysis. *Lupus*. 1997;6:467-73.
73. Choojitarom K, Verasertniyom O, Totemchokchyakarn K, Nantiruj K, Sumethkul V, Janwityanujit S. Lupus nephritis and Raynaud's phenomenon are significant risk factors for vascular thrombosis in SLE patients with positive antiphospholipid antibodies. *Clin Rheumatol*. 2008;27(3):345-51.
74. Barrington JW, Arunkalaivanan AS, bdel-Fattah M. Comparison between the levonorgestrel intrauterine system (LNG-IUS) and thermal balloon ablation in the treatment of menorrhagia. *Eur J Obstet Gynecol Repr Biol*. 2003;108(1):72-4.
75. Gupta B, Mittal S, Misra R, Deka D, Dadhwal V. Levonorgestrel-releasing intrauterine system vs. transcervical endometrial resection for dysfunctional uterine bleeding. *Int J Gynaecol Obstet*. 2006;95(3):261-6.

DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS

76. Hurskainen R, Teperi J, Rissanen P, Aalto AM, Grenman S, Kivela A, 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(9252):273-7.
77. Istre O, Trolle B. Treatment of menorrhagia with the levonorgestrel intrauterine system versus endometrial resection. *Fertil Steril*. 2001;76(2):304-9.
78. Koh SC, Singh K. The effect of levonorgestrel-releasing intrauterine system use on menstrual blood loss and the hemostatic, fibrinolytic/inhibitor systems in women with menorrhagia. *J Thromb Haemost*. 2007;5(1):133-8.
79. Lethaby AE, Cooke I, Rees M. Progesterone/progestogen releasing intrauterine systems versus either placebo or any other medication for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(2):CD002126.
80. Magalhaes J, Aldrighi JM, de Lima GR. Uterine volume and menstrual patterns in users of the levonorgestrel-releasing intrauterine system with idiopathic menorrhagia or menorrhagia due to leiomyomas. *Contraception*. 2007;75(3):193-8.
81. Stewart A, Cummins C, Gold L, Jordan R, Phillips W. The effectiveness of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in menorrhagia: a systematic review. *Br J Obstet Gynaecol*. 2001;108(1):74-86.
82. Fedele L, Bianchi S, Zanconato G, Portuese A, Raffaelli R. Use of a levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of rectovaginal endometriosis. *Fertil Steril*. 2001;75(3):485-8.
83. Lockhat FBE. The effect of a levonorgestrel intrauterine system (LNG-IUS) on symptomatic endometriosis. *Fertil Steril*. 2002;77 Suppl 1:S24.
84. Petta CA, Ferriani RA, Abrao MS, Hassan D, Rosa E, Silva JC, Podgaec S, et al. Randomized clinical trial of a levonorgestrel-releasing intrauterine system and a depot GnRH analogue for the treatment of chronic pelvic pain in women with endometriosis. *Hum Reprod*. 2005;20(7):1993-8.
85. Vercellini P, Aimi G, Panazza S, De Giorgi O, Pesole A, Crosignani PG. A levonorgestrel-releasing intrauterine system for the treatment of dysmenorrhea associated with endometriosis: a pilot study. *Fertil Steril*. 1999;72(3):505-8.
86. Vercellini P, Frontino G, De GO, Aimi G, Zaina B, Crosignani PG. Comparison of a levonorgestrel-releasing intrauterine device versus expectant management after conservative surgery for symptomatic endometriosis: a pilot study. *Fertil Steril*. 2003;80(2):305-9.
87. Gaffield ME, Kapp N, Curtis KM. Combined oral contraceptive and intrauterine device use among women with gestational trophoblastic disease. *Contraception*. 2009;80(4):363-71.
88. Adewole IF, Oladokun A, Fawole AO, Olawuyi JF, Adeleye JA. Fertility regulatory methods and development of complications after evacuation of complete hydatidiform mole. *J Obstet Gynecol*. 2000;20:68-9.
89. Deicas RE, Miller DS, Rademaker AW, Lurain JR. The role of contraception in the development of postmolar trophoblastic tumour. *Obstet Gynecol*. 1991;78:221-6.
90. Ho Yuen B, Burch P. Relationship of oral contraceptives and the intrauterine contraceptive devices to the regression of concentration of the beta subunit of human chorionic gonadotropin and invasive complications after molar pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 1983;145:214-7.
91. Fedele L, Bianchi S, Raffaelli R, Portuese A, Dorta M. Treatment of adenomyosis-associated menorrhagia with a levonorgestrel-releasing intrauterine device. *Fertil Steril*. 1997;68:426-9.
92. Grigorieva V, Chen-Mok M, Tarasova M, Mikhailov A. Use of a levonorgestrel-releasing intrauterine system to treat bleeding related to uterine leiomyomas. *Fertil Steril*. 2003;79:1194-8.
93. 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. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2002;102:74-9.
94. 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. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2001;6:192-8.
95. 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;66:93-9.
96. 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.
97. Mercoria F, De Simone R, Di Spiezio Sardo A, Cerrota G, Bifulco G, Vanacore F, et al. The effect of a levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of myoma-related menorrhagia. *Contraception*. 2003;67:277-80.
98. 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.
99. Soderberg G, Lindgren S. Influence of an intrauterine device on the course of an acute pelvic inflammatory disease. *Contraception*. 1981;24:137-43.

100. Teisala K. Removal of an intrauterine device and the treatment of acute pelvic inflammatory disease. *Ann Med.* 1989;21:63-5.
101. Faundes A, Telles E, Cristofolletti ML, Faundes D, Castro S, Hardy E. The risk of inadvertent intrauterine device insertion in women carriers of endocervical *Chlamydia trachomatis*. *Contraception.* 1998;58(2):105-9.
102. Ferraz do Lago R, Simoes JA, Bahamondes L, Camargo RP, Perrotti M, Monteiro I. Follow-up of users of intrauterine device with and without bacterial vaginosis and other cervicovaginal infections. *Contraception.* 2003;68(2):105-9.
103. Mohllajee AP, Curtis KM, Peterson HB. Does insertion and use of an intrauterine device increase the risk of pelvic inflammatory disease among women with sexually transmitted infection? A systematic review. *Contraception.* 2006;73(2):145-53.
104. Morrison CS, Sekadde-Kigundu C, Miller WC, Weiner DH, Sinei SK. Use of sexually transmitted disease risk assessment algorithms for selection of intrauterine device candidates. *Contraception.* 1999;59(2):97-106.
105. Pap-Akeson M, Solheim F, Thorbert G, Akerlund M. Genital tract infections associated with the intrauterine contraceptive device can be reduced by inserting the threads into the uterine cavity. *Br J Obstet Gynaecol.* 1992;99(8):676-9.
106. Sinei SK, Schulz KF, Lamptey PR, Grimes DA, Mati JK, Rosenthal SM, et al. Preventing IUCD-related pelvic infection: the efficacy of prophylactic doxycycline at insertion. *Br J Obstet Gynaecol.* 1990;97(5):412-9.
107. Skjeldestad FE, Halvorsen LE, Kahn H, Nordbo SA, Saake K. IUD users in Norway are at low risk for genital *C. trachomatis* infection. *Contraception.* 1996;54(4):209-12.
108. Walsh TL, Bernstein GS, Grimes DA, Frezieres R, Bernstein L, Coulson AH. Effect of prophylactic antibiotics on morbidity associated with IUD insertion: results of a pilot randomized controlled trial. IUD Study Group. *Contraception.* 1994;50(4):319-27.
109. Cropsey KL, Matthews C, Campbel S, Ivey S, Adawadkar S. Long-term, reversible contraception use among high-risk women treated in a university-based gynecology clinic: comparison between IUD and depo-provera. *J Womens Health (Larchmt).* 2010;19(2):349-53.
110. Carael M, Van de Perre PH, Lepage PH, Allen S, Nsengumuremyi F, Van Goethem C, et al. Human immunodeficiency virus transmission among heterosexual couples in Central Africa. *AIDS.* 1988;2(3):201-5.
111. 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(6830):809-13.
112. Mann JM, Nzilambi N, Piot P, Bosenge N, Kalala M, Francis H, et al. HIV infection and associated risk factors in female prostitutes in Kinshasa, Zaire. *AIDS.* 1998;2:249-54.
113. Kapiga SH, Lyamuya EF, Lwihula GK, Hunter DJ. The incidence of HIV infection among women using family planning methods in Dar es Salaam, Tanzania. *AIDS.* 1998;12(1):75-84.
114. Kapiga SH, Shao JF, Lwihula GK, Hunter DJ. Risk factors for HIV infection among women in Dar-es-Salaam, Tanzania. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 1994;7(3):301-9.
115. Martin HL, Jr., Nyange PM, Richardson BA, Lavreys L, Mandaliya K, Jackson DJ, et al. Hormonal contraception, sexually transmitted diseases, and risk of heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *J Infect Dis.* 1998;178(4):1053-9.
116. Mati JK, Hunter DJ, Maggwa BN, Tukei PM. Contraceptive use and the risk of HIV infection in Nairobi, Kenya. *Int J Gynaecol Obstet.* 1995;48(1):61-7.
117. Nicolosi A, Correa Leite ML, Musicco M, Arici C, Gavazzeni G, Lazzarin A. The efficiency of male-to-female and female-to-male sexual transmission of the human immunodeficiency virus: a study of 730 stable couples. Italian Study Group on HIV Heterosexual Transmission [comment]. *Epidemiology.* 1994;5(6):570-5.
118. Plourde PJ, Plummer FA, Pepin J, Agoki E, Moss G, Ombette J, et al. Human immunodeficiency virus type 1 infection in women attending a sexually transmitted diseases clinic in Kenya [comment]. *J Infect Dis.* 1992;166(1):86-92.
119. Sinei SK, Fortney JA, Kigundu CS, Feldblum PJ, Kuyoh M, Allen MY, et al. Contraceptive use and HIV infection in Kenyan family planning clinic attenders. *Int J STD AIDS.* 1996;7(1):65-70.
120. Spence MR, Robbins SM, Polansky M, Schable CA. Seroprevalence of human immunodeficiency virus type I (HIV-1) antibodies in a family-planning population. *Sex Transm Dis.* 1991;18(3):143-5.
121. Mostad SB, Overbaugh J, DeVange DM, Welch MJ, Chohan B, Mandaliya K, 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.
122. Sinei SK, Morrison CS, Sekadde-Kigundu C, Allen M, Kokonya D. Complications of use of intrauterine devices among HIV-1 infected women. *Lancet.* 1998;351:1238-41.
123. Richardson BA, Morrison CS, Sekadde-Kigundu C, Sinei SK, Overbaugh J, Panteleeff DD, et al. Effect of intrauterine device use on cervical shedding of HIV-1 DNA. *AIDS.* 1999;13:2091-7.

DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS

124. Kovacs A, Wasserman SS, Burns D, Wright DJ, Cohn J, Landay A, et al. Determinants of HIV-1 shedding in the genital tract of women. *Lancet*. 2001;358:1593-601.
125. Morrison CS, Sekadde-Kigundu C, Sinei SK, Weiner DH, Kwok C, Kokonya D. Is the intrauterine device appropriate contraception for HIV-1 infected women? *BJOG*. 2001;108:784-90.
126. Heikinheimo O, Lehtovirta P, Suni J, Paavonen J. The levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) in HIV-infected women – effects on bleeding patterns, ovarian function and genital shedding of HIV. *Hum Reprod*. 2006;21:2857-61.
127. Stringer EM, Kaseba C, Levy J, Sinkala M, Goldenberg RL, Chi BH, et al. A randomized trial of the intrauterine contraceptive device vs hormonal contraception in women who are infected with the human immunodeficiency virus. *Am J Obstet Gynecol*. 2007;197:144.e1-8.
128. Lehtovirta P, Paavonen J, Heikinheimo O. Experience with the levonorgestrel-releasing intrauterine system among HIV-infected women. *Contraception*. 2007;75:37-9.
129. World Health Organization, Task Force for Epidemiological Research on Reproductive Health; Special Programme of Research, Development, and Research Training in Human Reproduction. Progestogen-only contraceptives during lactation: II. Infant development. *Contraception*. 1994;50(1):55-68.
130. Rogovskaya S, Rivera R, Grimes DA, Chen P-L, Pierre-Louis B, Prilepskaya V, et al. Effect of a levonorgestrel intrauterine system on women with type 1 diabetes: a randomized trial. *Obstet Gynecol*. 2005;105:811-5.
131. Grigoryan OR, Grodnitskaya EE, Andreeva EN, Shestakova MV, Melnichenko GA, Dedov II. Contraception in perimenopausal women with diabetes mellitus. *Gynecol Endocrinol*. 2006;22(4):198-206.
132. Bounds W, Guillebaud J. Observational series on women using the contraceptive Mirena concurrently with anti-epileptic and other enzyme-inducing drugs. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2002;28:78-80.
133. Reimers A, Helde G, Brodtkorb E. Ethinyl estradiol, not progestogens, reduces lamotrigine serum concentrations. *Epilepsia*. 2005;46(9):1414-7.

2.7.5 DIU au cuivre pour la contraception d'urgence (DIU-U)

L'utilisation d'un DIU au cuivre (DIU-Cu) pour la contraception d'urgence (DIU-U) est extrêmement efficace pour éviter la grossesse. À cet effet, un DIU-Cu peut être inséré dans les 5 jours qui suivent un rapport sexuel non protégé. Toutefois, s'il est possible d'estimer la période d'ovulation, le DIU-Cu peut être inséré si nécessaire plus de 5 jours après le rapport non protégé, à condition qu'il ne soit pas inséré plus de 5 jours après l'ovulation.

Les critères de recevabilité pour la pose normale d'un DIU-Cu s'appliquent également à la pose du DIU-U (voir la section 2.7.4. sur le DIU, pp 118-137).

DIU-Cu POUR LA CONTRACEPTION D'URGENCE (DIU-U)		
Les DIU pour la contraception d'urgence n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.		
ETAT/CARACTERISTIQUES * Voir explications complémentaires en fin de tableau	CATEGORIE	EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES
GROSSESSE	4	Explication complémentaire : Le 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 COMPLEMENTAIRE

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.

ANNEAU VAGINAL LIBÉRANT DE LA PROGESTÉRONE POUR LES FEMMES ALLAITANTES

2.7.6 Anneau vaginal libérant de la progestérone pour les femmes allaitantes (ALP)

L'anneau vaginal libérant de la progestérone est une méthode contraceptive adaptée aux femmes qui allaitent à un rythme soutenu au moins quatre fois par jour. Il consiste en un anneau flexible qui libère 10 mg de progestérone par jour. Durant l'utilisation, les concentrations plasmatiques moyennes atteignent 20 nmol/L, des niveaux similaires à ceux qu'on observe au cours de la phase lutéale ordinaire chez les femmes fertiles. L'anneau est porté en permanence pendant des périodes de trois mois (environ 90 jours) et peut être inséré six semaines après l'accouchement. Pendant l'allaitement, il convient de remplacer l'anneau usé par un nouvel anneau à des intervalles de 3 mois (\pm 2 semaines). L'action contraceptive de l'anneau se déploie par inhibition de l'ovulation (1, 2).

ANNEAU VAGINAL LIBÉRANT DE LA PROGESTÉRONE POUR LES FEMMES ALLAITANTES (ALP)		
Les anneaux vaginaux libérant de la progestérone n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.		
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE	EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
† Recommandations révisées pour la 5 ^e édition des Critères de recevabilité médicale, voir information détaillée après le tableau.		
CARACTERISTIQUES PERSONNELLES ET ANTECEDENTS GENESIQUES		
GROSSESSE	NA	NA = non applicable Explications complémentaires : L'utilisation de l'anneau libérant de la progestérone n'est pas nécessaire. Aucun effet indésirable n'a été observé sur la femme, sur le déroulement de sa grossesse ou sur le fœtus en cas d'utilisation accidentelle de l'anneau durant la grossesse.
ALLAITEMENT AU SEIN > 4 semaines après l'accouchement†	1	Explications complémentaires : Lorsqu'elle utilise l'anneau vaginal libérant de la progestérone, la femme doit allaiter à un rythme soutenu (au moins quatre tétées par jour) afin d'en maintenir l'efficacité. Données : On n'a relevé aucune différence dans l'efficacité de l'allaitement chez les utilisatrices de l'anneau par comparaison aux utilisatrices de contraceptifs non hormonaux ou de PS (progestérone synthétique) au cours de 12 mois d'observation (3–8). On n'a observé aucune différence statistiquement significative dans la prise de poids du nourrisson chez les utilisatrices de l'anneau par comparaison aux utilisatrices de contraceptifs non hormonaux ou de PS (5, 7, 9). Une autre étude a relevé des prises de poids similaires chez le nourrisson en comparant les utilisatrices de l'anneau aux utilisatrices du DIU (8). Enfin, une étude n'a relevé aucune différence significative au niveau de la santé du nourrisson (8).

Bibliographie

1. Diaz S, Aravena R, Cardenas H, Casado ME, Miranda P, Schiappacasse V, et al. Contraceptive efficacy of lactational amenorrhea in urban Chilean women. *Contraception*. 1991;43(4):335-52.
2. Nath A, Sitruk-Ware R. Progesterone vaginal ring for contraceptive use during lactation. *Contraception*. 2010;82(5):428-34.
3. Diaz S, Jackanicz TM, Herreros C, Juez G, Peralta O, Miranda P, et al. Fertility regulation in nursing women: VIII. Progesterone plasma levels and contraceptive efficacy of a progesterone-releasing vaginal ring. *Contraception*. 1985;32(6):603-22.
4. Diaz S, Reyes MV, Zepeda A, Gonzalez GB, Lopez JM, Campino C, et al. Norplant® implants and progesterone vaginal rings do not affect maternal bone turnover and density during lactation and after weaning. *Human reproduction (Oxford, England)*. 1999;14(10):2499-505.
5. Diaz S, Zepeda A, Maturana X, Reyes MV, Miranda P, Casado ME, et al. Fertility regulation in nursing women. IX. Contraceptive performance, duration of lactation, infant growth, and bleeding patterns during use of progesterone vaginal rings, progestin-only pills, Norplant implants, and Copper T 380-A intrauterine devices. *Contraception*. 1997;56(4):223-32.
6. Massai R, Miranda P, Valdes P, Lavin P, Zepeda A, Casado ME, et al. Preregistration study on the safety and contraceptive efficacy of a progesterone-releasing vaginal ring in Chilean nursing women. *Contraception*. 1999;60(1):9-14.
7. Shaaban MM. Contraception with progestogens and progesterone during lactation. *J Steroid Biochem Mol Biol*. 1991;40(4-6):705-10.
8. Sivin I, Diaz S, Croxatto HB, Miranda P, Shaaban M, Sayed EH, et al. Contraceptives for lactating women: a comparative trial of a progesterone-releasing vaginal ring and the copper T 380A IUD. *Contraception*. 1997;55(4):225-32.
9. Chen JH, Wu SC, Shao WQ, Zou MH, Hu J, Cong L, et al. The comparative trial of TCU 380A IUD and progesterone-releasing vaginal ring used by lactating women. *Contraception*. 1998;57(6):371-9.

MÉTHODES MÉCANIQUES

2.7.7 Méthodes mécaniques (MM)

MÉTHODES MÉCANIQUES (MM)				
En cas de risque d'infections sexuellement transmissibles (IST)/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.				
ETAT/CARACTERISTIQUES * Voir explications complémentaires en fin de tableau	CATEGORIE A = Adoption, C = continuation			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	P	S	D	
	P = Préservatifs masculins en latex, préservatifs masculins en polyuréthane, préservatifs féminins S = Spermicides D = Diaphragme (avec spermicide), cape cervicale			
Les femmes souffrant de pathologies qui font de la grossesse un risque inacceptable doivent être averties que le recours à des méthodes mécaniques pour la prévention de la grossesse ne constitue pas le meilleur choix pour les personnes qui ne sont pas en mesure de les utiliser correctement et régulièrement, en raison du taux d'échec relativement plus élevé de ces méthodes dans leur emploi typique.				
CARACTERISTIQUES PERSONNELLES ET ANTECEDENTS GENESIQUES				
GROSSESSE	NA	NA	NA	NA = non applicable Explications complémentaires : 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/de 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	Explications complémentaires : 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.
b) Uni/multipare	1	1	2	
POST PARTUM				
a) < 6 semaines après l'accouchement	1	NA	1	Explications complémentaires : 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	

MÉTHODES MÉCANIQUES (MM)				
En cas de risque d'infections sexuellement transmissibles (IST)/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.				
ETAT/CARACTERISTIQUES * Voir explications complémentaires en fin de tableau	CATEGORIE A = Adoption, C = continuation			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	P	S	D	
	P = Préservatifs masculins en latex, préservatifs masculins en polyuréthane, préservatifs féminins S = Spermicides D = Diaphragme (avec spermicide), cape cervicale			
Les femmes souffrant de pathologies qui font de la grossesse un risque inacceptable doivent être averties que le recours à des méthodes mécaniques pour la prévention de la grossesse ne constitue pas le meilleur choix pour les personnes qui ne sont pas en mesure de les utiliser correctement et régulièrement, en raison du taux d'échec relativement plus élevé de ces méthodes dans leur emploi typique.				
POST-ABORTUM				Explications complémentaires : Il faut attendre un délai de 6 semaines après un avortement au deuxième trimestre, avant de pouvoir utiliser le diaphragme ou la cape cervicale.
a) Avortement au premier trimestre	1	1	1	
b) Avortement au deuxième trimestre	1	1	1	
c) Immédiatement après un avortement septique	1	1	1	
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*				
a) Indice de masse corporelle (IMC) ≥ 30 kg/m ²	1	1	1	
b) Des premières règles à < 18 ans et IMC ≥ 30 kg/m ²	1	1	1	

MÉTHODES MÉCANIQUES

MÉTHODES MÉCANIQUES (MM)				
En cas de risque d'infections sexuellement transmissibles (IST)/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.				
ETAT/CARACTERISTIQUES * Voir explications complémentaires en fin de tableau	CATEGORIE A = Adoption, C = continuation			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	P	S	D	
	P = Préservatifs masculins en latex, préservatifs masculins en polyuréthane, préservatifs féminins S = Spermicides D = Diaphragme (avec spermicide), cape cervicale			
Les femmes souffrant de pathologies qui font de la grossesse un risque inacceptable doivent être averties que le recours à des méthodes mécaniques pour la prévention de la grossesse ne constitue pas le meilleur choix pour les personnes qui ne sont pas en mesure de les utiliser correctement et régulièrement, en raison du taux d'échec relativement plus élevé de ces méthodes dans leur emploi typique.				
MESURE DE LA TENSION ARTERIELLE NON DISPONIBLE	NA	NA	NA	Explications complémentaires : 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, hypertension et dyslipidémies avérées)	1	1	1	
HYPERTENSION				
a) Antécédents d'hypertension, lorsque la tension artérielle NE PEUT PAS être mesurée (y compris hypertension gravidique)	1	1	1	
b) Hypertension bien contrôlée, lorsque la tension artérielle PEUT être mesurée	1	1	1	
c) Tension artérielle élevée (mesurée correctement)				
(i) systolique 140-159 ou diastolique 90-99 mm Hg	1	1	1	
(ii) systolique ≥ 160 ou diastolique ≥ 100 mm Hg	1	1	1	
d) Pathologie vasculaire	1	1	1	

MÉTHODES MÉCANIQUES (MM)				
En cas de risque d'infections sexuellement transmissibles (IST)/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.				
ETAT/CARACTERISTIQUES * Voir explications complémentaires en fin de tableau	CATEGORIE A = Adoption, C = continuation			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	P	S	D	
	P = Préservatifs masculins en latex, préservatifs masculins en polyuréthane, préservatifs féminins S = Spermicides D = Diaphragme (avec spermicide), cape cervicale			
Les femmes souffrant de pathologies qui font de la grossesse un risque inacceptable doivent être averties que le recours à des méthodes mécaniques pour la prévention de la grossesse ne constitue pas le meilleur choix pour les personnes qui ne sont pas en mesure de les utiliser correctement et régulièrement, en raison du taux d'échec relativement plus élevé de ces méthodes dans leur emploi typique.				
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 aiguë	1	1	1	
c) TVP/EP en cours et traitement avec anticoagulants	1	1	1	
d) Antécédents familiaux de TVP/EP (parents au premier degré)	1	1	1	
e) Chirurgie majeure				
(i) avec immobilisation prolongée	1	1	1	
(ii) sans immobilisation prolongée	1	1	1	
f) Chirurgie mineure sans immobilisation	1	1	1	
MUTATIONS THROMBOGENIQUES AVEREES (par ex. : Facteur V Leiden ; mutation du Facteur II ; déficit en protéine S, protéine C, ou en antithrombine)	1	1	1	Explications complémentaires : Le dépistage systématique n'est pas opportun, compte tenu de la rareté de ces pathologies et du coût élevé du dépistage.

MÉTHODES MÉCANIQUES

MÉTHODES MÉCANIQUES (MM)				
En cas de risque d'infections sexuellement transmissibles (IST)/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.				
ETAT/CARACTERISTIQUES * Voir explications complémentaires en fin de tableau	CATEGORIE A = Adoption, C = continuation			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	P	S	D	
	P = Préservatifs masculins en latex, préservatifs masculins en polyuréthane, préservatifs féminins S = Spermicides D = Diaphragme (avec spermicide), cape cervicale			
Les femmes souffrant de pathologies qui font de la grossesse un risque inacceptable doivent être averties que le recours à des méthodes mécaniques pour la prévention de la grossesse ne constitue pas le meilleur choix pour les personnes qui ne sont pas en mesure de les utiliser correctement et régulièrement, en raison du taux d'échec relativement plus élevé de ces méthodes dans leur emploi typique.				
TROUBLES VEINEUX SUPERFICIELS				
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	
DYSLIPIDEMIES AVEREES SANS AUTRE FACTEUR DE RISQUE CARDIOVASCULAIRE CONNU	1	1	1	Explications complémentaires : 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, risque de fibrillation auriculaire, antécédents d'endocardite bactérienne sub-aiguë)	1	1	2	
MALADIES RHUMATISMALES				
LUPUS ERYTHEMATEUX DISSEMINE (LED)				
a) Anticorps antiphospholipides positifs (ou inconnus)	1	1	1	
b) Thrombopénie grave	1	1	1	
c) Traitement immunosuppresseur	1	1	1	
d) Aucun des facteurs ci-dessus	1	1	1	

MÉTHODES MÉCANIQUES (MM)				
En cas de risque d'infections sexuellement transmissibles (IST)/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.				
ETAT/CARACTERISTIQUES * Voir explications complémentaires en fin de tableau	CATEGORIE A = Adoption, C = continuation			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	P	S	D	
	P = Préservatifs masculins en latex, préservatifs masculins en polyuréthane, préservatifs féminins S = Spermicides D = Diaphragme (avec spermicide), cape cervicale			
Les femmes souffrant de pathologies qui font de la grossesse un risque inacceptable doivent être averties que le recours à des méthodes mécaniques pour la prévention de la grossesse ne constitue pas le meilleur choix pour les personnes qui ne sont pas en mesure de les utiliser correctement et régulièrement, en raison du taux d'échec relativement plus élevé de ces méthodes dans leur emploi typique.				
AFFECTIONS NEUROLOGIQUES				
CEPHALEES				
a) Non migraineuses (légères ou sévères)	1	1	1	
b) Migraine				
(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 : Si l'on soupçonne une grossesse ou une pathologie sous-jacente (par exemple 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	

MÉTHODES MÉCANIQUES

MÉTHODES MÉCANIQUES (MM)				
En cas de risque d'infections sexuellement transmissibles (IST)/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.				
ETAT/CARACTERISTIQUES * Voir explications complémentaires en fin de tableau	CATEGORIE A = Adoption, C = continuation			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	P	S	D	
	P = Préservatifs masculins en latex, préservatifs masculins en polyuréthane, préservatifs féminins S = Spermicides D = Diaphragme (avec spermicide), cape cervicale			
Les femmes souffrant de pathologies qui font de la grossesse un risque inacceptable doivent être averties que le recours à des méthodes mécaniques pour la prévention de la grossesse ne constitue pas le meilleur choix pour les personnes qui ne sont pas en mesure de les utiliser correctement et régulièrement, en raison du taux d'échec relativement plus élevé de ces méthodes dans leur emploi typique.				
MALADIE TROPHOBLASTIQUE GESTATIONNELLE				
a) Taux de β -hCG en diminution ou indécélables	1	1	1	
b) Taux de β -hCG durablement élevés ou maladie 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.
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 du sein				
(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	

MÉTHODES MÉCANIQUES (MM)				
En cas de risque d'infections sexuellement transmissibles (IST)/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.				
ETAT/CARACTERISTIQUES * Voir explications complémentaires en fin de tableau	CATEGORIE A = Adoption, C = continuation			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	P	S	D	
	P = Préservatifs masculins en latex, préservatifs masculins en polyuréthane, préservatifs féminins S = Spermicides D = Diaphragme (avec spermicide), cape cervicale			
Les femmes souffrant de pathologies qui font de la grossesse un risque inacceptable doivent être averties que le recours à des méthodes mécaniques pour la prévention de la grossesse ne constitue pas le meilleur choix pour les personnes qui ne sont pas en mesure de les utiliser correctement et régulièrement, en raison du taux d'échec relativement plus élevé de ces méthodes dans leur emploi typique.				
ANOMALIES ANATOMIQUES	1	NA	1	NA = non applicable 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	
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 <i>Trichomonas vaginalis</i> et Vaginose bactérienne)	1	1	1	
d) Risque accru d'IST	1	1	1	

MÉTHODES MÉCANIQUES

MÉTHODES MÉCANIQUES (MM)				
En cas de risque d'infections sexuellement transmissibles (IST)/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.				
ETAT/CARACTERISTIQUES * Voir explications complémentaires en fin de tableau	CATEGORIE A = Adoption, C = continuation			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	P	S	D	
	P = Préservatifs masculins en latex, préservatifs masculins en polyuréthane, préservatifs féminins S = Spermicides D = Diaphragme (avec spermicide), cape cervicale			
Les femmes souffrant de pathologies qui font de la grossesse un risque inacceptable doivent être averties que le recours à des méthodes mécaniques pour la prévention de la grossesse ne constitue pas le meilleur choix pour les personnes qui ne sont pas en mesure de les utiliser correctement et régulièrement, en raison du taux d'échec relativement plus élevé de ces méthodes dans leur emploi typique.				
VIH/SIDA				
RISQUE ELEVE DE VIH*	1	4	4	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 À VIH ASYMPTOMATIQUE OU LÉGÈRE (stade de l'OMS 1 ou 2)*	1	3	3	
INFECTION À VIH SÉVÈRE OU À UN STADE AVANCÉ (stade de l'OMS 3 ou 4)*	1	3	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	3	1	
INFECTIONS DES VOIES URINAIRES*	1	2	1	

MÉTHODES MÉCANIQUES (MM)				
En cas de risque d'infections sexuellement transmissibles (IST)/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.				
ETAT/CARACTERISTIQUES * Voir explications complémentaires en fin de tableau	CATEGORIE A = Adoption, C = continuation			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	P	S	D	
	P = Préservatifs masculins en latex, préservatifs masculins en polyuréthane, préservatifs féminins S = Spermicides D = Diaphragme (avec spermicide), cape cervicale			
Les femmes souffrant de pathologies qui font de la grossesse un risque inacceptable doivent être averties que le recours à des méthodes mécaniques pour la prévention de la grossesse ne constitue pas le meilleur choix pour les personnes qui ne sont pas en mesure de les utiliser correctement et régulièrement, en raison du taux d'échec relativement plus élevé de ces méthodes dans leur emploi typique.				
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 THYROIDIENS				
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	

MÉTHODES MÉCANIQUES

MÉTHODES MÉCANIQUES (MM)				
En cas de risque d'infections sexuellement transmissibles (IST)/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.				
ETAT/CARACTERISTIQUES * Voir explications complémentaires en fin de tableau	CATEGORIE A = Adoption, C = continuation			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	P	S	D	
	P = Préservatifs masculins en latex, préservatifs masculins en polyuréthane, préservatifs féminins S = Spermicides D = Diaphragme (avec spermicide), cape cervicale			
Les femmes souffrant de pathologies qui font de la grossesse un risque inacceptable doivent être averties que le recours à des méthodes mécaniques pour la prévention de la grossesse ne constitue pas le meilleur choix pour les personnes qui ne sont pas en mesure de les utiliser correctement et régulièrement, en raison du taux d'échec relativement plus élevé de ces méthodes dans leur emploi typique.				
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) Aiguë ou poussée	1	1	1	
b) Chez le sujet porteur	1	1	1	
c) Chronique	1	1	1	
CIRRHOSE				
a) Légère (compensée)	1	1	1	
b) Grave (décompensée)	1	1	1	
TUMEURS HEPATIQUES				
a) Bénignes				
(i) hyperplasie nodulaire focale	1	1	1	
(ii) adénome hépatocellulaire	1	1	1	
b) Maligne (hépatome)	1	1	1	
ANEMIES				
THALASSEMIE	1	1	1	
DREPANOCYTOSE	1	1	1	
ANEMIE FERRIPRIVE	1	1	1	

MÉTHODES MÉCANIQUES (MM)				
En cas de risque d'infections sexuellement transmissibles (IST)/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.				
ETAT/CARACTERISTIQUES * Voir explications complémentaires en fin de tableau	CATEGORIE A = Adoption, C = continuation			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	P	S	D	
	P = Préservatifs masculins en latex, préservatifs masculins en polyuréthane, préservatifs féminins S = Spermicides D = Diaphragme (avec spermicide), cape cervicale			
Les femmes souffrant de pathologies qui font de la grossesse un risque inacceptable doivent être averties que le recours à des méthodes mécaniques pour la prévention de la grossesse ne constitue pas le meilleur choix pour les personnes qui ne sont pas en mesure de les utiliser correctement et régulièrement, en raison du taux d'échec relativement plus élevé de ces méthodes dans leur emploi typique.				
INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES				
TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL (TAR)				Explications complémentaires : Il n'y a aucune interaction connue entre le TAR et l'utilisation de MM. Cependant, l'infection à VIH (stades 1 à 4 de l'OMS) est classée parmi les états dans la catégorie 3 pour les spermicides et les diaphragmes (voir ci-dessus les sections se rapportant à l'infection à VIH).
a) Inhibiteurs nucléosidiques/nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI)				
Abacavir (ABC)	1	3	3	
Tenofovir (TDF)	1	3	3	
Zidovudine (AZT)	1	3	3	
Lamivudine (3TC)	1	3	3	
Didanosine (DDI)	1	3	3	
Emtricitabine (FTC)	1	3	3	
Stavudine (D4T)	1	3	3	
b) Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI)				
Efavirens (EFV)	1	3	3	
Etravirine (ETR)	1	3	3	
Névirapine (NVP)	1	3	3	
Rilpivirine (RPV)	1	3	3	

MÉTHODES MÉCANIQUES

MÉTHODES MÉCANIQUES (MM)				
En cas de risque d'infections sexuellement transmissibles (IST)/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.				
ETAT/CARACTERISTIQUES * Voir explications complémentaires en fin de tableau	CATEGORIE A = Adoption, C = continuation			EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	P	S	D	
	P = Préservatifs masculins en latex, préservatifs masculins en polyuréthane, préservatifs féminins S = Spermicides D = Diaphragme (avec spermicide), cape cervicale			
Les femmes souffrant de pathologies qui font de la grossesse un risque inacceptable doivent être averties que le recours à des méthodes mécaniques pour la prévention de la grossesse ne constitue pas le meilleur choix pour les personnes qui ne sont pas en mesure de les utiliser correctement et régulièrement, en raison du taux d'échec relativement plus élevé de ces méthodes dans leur emploi typique.				
c) Inhibiteurs de la protéase (IP)				
Atazanavir boosté par le ritonavir (ATV/r)	1	3	3	
Lopinavir boosté par le ritonavir (LPV/r)	1	3	3	
Darunavir boosté par le ritonavir (DRV/r)	1	3	3	
Ritonavir (RTV)	1	3	3	
d) Inhibiteurs de l'intégrase				
Raltegravir (RAL)	1	3	3	
TRAITEMENT ANTICONVULSIVANT				
a) Certains anticonvulsivants (phénytoïne, carbamazépine, les barbituriques, primidone, topiramate, oxcarbazépine)	1	1	1	
b) Lamotrigine	1	1	1	
TRAITEMENT ANTIMICROBIEN				
a) Antibiotiques à large spectre	1	1	1	
b) Antifongiques	1	1	1	
c) Antiparasitaires	1	1	1	
d) Rifampicine ou rifabutine	1	1	1	
ALLERGIE AU LATEX	3	1	3	Explication complémentaire : Ne concerne pas les préservatifs/diaphragmes en plastique.

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 4 est attribuée, en raison des craintes à propos du spermicide, non à propos du diaphragme.

Infection à VIH asymptomatique ou légère (stade de l'OMS 1 ou 2)

L'utilisation de spermicides et/ou de diaphragmes (avec spermicide) peut provoquer des ruptures de la muqueuse cervicale, entraînant parfois une excrétion virale accrue et la transmission du VIH aux partenaires sexuels non infectés.

Infection à VIH sévère ou à un stade avancé (stade de l'OMS 3 ou 4)

L'utilisation de spermicides et/ou de diaphragmes (avec spermicide) peut provoquer des ruptures de la muqueuse cervicale, entraînant parfois une excrétion virale accrue et la transmission du VIH aux partenaires sexuels non infectés.

ANTECEDENTS DE SYNDROME DE CHOC TOXIQUE

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

INFECTION DES VOIES URINAIRES

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

Bibliographie

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).

MÉTHODES NATURELLES

2.7.8 Méthodes naturelles (MN)

Les méthodes naturelles (MN) de planification familiale sont basées sur l'identification des jours de fécondité du cycle menstruel, soit en observant les signes de fécondité tels que les sécrétions cervicales et la température basale du corps (méthodes basées sur les symptômes) soit en comptant les jours du cycle (méthodes basées sur le calendrier).

Méthodes basées sur les symptômes

Parmi les méthodes basées sur les symptômes, on compte la méthode de la glaire cervicale (également appelée méthode de l'ovulation) et la méthode des Deux Jours[®], toutes deux basées sur l'évaluation de la glaire cervicale, ainsi que la méthode sympto-thermique, qui permet une double vérification : l'observation de la glaire cervicale pour déterminer le premier jour de fécondité, et l'observation de la glaire cervicale et de la température pour déterminer le dernier jour de fécondité.

Méthodes basées sur le calendrier

Parmi les méthodes basées sur le calendrier, on compte la méthode du rythme et la méthode des Jours Fixes[®]. Cette dernière prescrit l'absence de rapports sexuels du 8^e au 19^e jour du cycle menstruel.

Les MN peuvent être combinées avec l'abstinence ou avec des méthodes mécaniques (MM) durant les jours de fécondité. Si des mm sont utilisées, se référer à la section 2.7.7 se rapportant aux MM, pp. 147-160.

Aucune pathologie n'est susceptible d'être aggravée par l'utilisation de MN. En général, on peut proposer ces méthodes sans avoir à tenir compte des effets qu'elles pourraient avoir sur la santé de leurs utilisatrices ; les recommandations formulées à travers les catégories 1 à 4 ne s'appliquent donc pas à ces méthodes. Toutefois, il existe un certain nombre de situations qui rendent leur utilisation plus complexe. Lorsque ces situations se présentent, il est souhaitable de 1) différer l'emploi de ces méthodes jusqu'à ce que cet état soit soulagé ou résolu, ou 2) assurer que la cliente bénéficie d'un conseil spécialisé au sujet des MN ; les services d'un prestataire plus qualifié sont généralement nécessaires pour assurer une utilisation correcte. La nécessité d'une plus grande prudence ou d'un report de l'utilisation des MN est indiquée dans le tableau, avec les catégories attribuées pour chaque état.

METHODES NATURELLES			
<p>Les méthodes naturelles n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.</p>			
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE A = Accepter P = Prudence D = Différer		EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	SYM	CAL	
* Voir explications complémentaires en fin de tableau	SYM = Méthodes basées sur les symptômes CAL = Méthodes basées sur le calendrier		
<p>Il convient d'indiquer aux femmes présentant des pathologies rendant toute grossesse trop risquée que les méthodes de contraception naturelles 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.</p>			
CARACTERISTIQUES PERSONNELLES ET ANTECEDENTS GENESIQUES			
GROSSESSE	NA	NA	<p>NA = non applicable</p> <p>Explications complémentaires : Ces méthodes n'ont aucune raison d'être pendant la grossesse.</p>
PERIODE DE LA VIE			<p>Explication complémentaire : Les irrégularités menstruelles sont courantes après les premières règles et lors de la péri-ménopause et peuvent compliquer l'utilisation des méthodes</p>
a) Après les premières règles	P	P	
b) 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	

MÉTHODES NATURELLES

METHODES NATURELLES			
Les méthodes naturelles n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.			
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE		EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/ DONNEES
	A = Accepter P = Prudence D = Différer		
	SYM	CAL	
* Voir explications complémentaires en fin de tableau	SYM = Méthodes basées sur les symptômes CAL = Méthodes basées sur le calendrier		
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 ENTRAINANT UNE ELEVATION DE LA TEMPERATURE*			
a) Maladies chroniques	P	A	
b) Maladies aiguës	D	A	

a Explications complémentaires des catégories A, P et D :

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.

OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES

ALLAITEMENT AU SEIN

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

< 6 semaines après l'accouchement : les femmes qui pratiquent l'allaitement exclusif et qui présentent une aménorrhée n'ont vraisemblablement pas une fonction ovarienne suffisante pour produire des signes de fécondité et des changements hormonaux détectables au cours des six premières semaines du post-partum. Toutefois, la probabilité d'un retour de la fécondité augmente avec le temps et au fur et à mesure du remplacement du lait maternel par d'autres aliments.

Au retour des menstruations : lorsque la femme remarque des signes de fécondité (en particulier les sécrétions cervicales), elle peut utiliser une méthode basée sur les symptômes. Chez les femmes qui allaitent au sein, les premiers cycles menstruels après l'accouchement ont une longueur très variable. Il faut plusieurs cycles avant le retour à la régularité normale. Lorsque la femme a eu au moins trois menstruations depuis l'accouchement et que ses cycles sont redevenus réguliers, elle peut utiliser la méthode du rythme. Lorsqu'elle a eu au moins quatre menstruations depuis l'accouchement et que son cycle le plus récent a été de 26 à 32 jours, elle peut utiliser la méthode des Jours Fixes®. Avant cela, on peut lui proposer une méthode mécanique si elle envisage d'utiliser une méthode naturelle par la suite.

POST-PARTUM

< 4 semaines : chez les femmes qui n'allaitent pas, il est peu probable qu'avant quatre semaines du post-partum la fonction ovarienne soit suffisante pour nécessiter la mise en place d'une MN ou produire des signes de fécondité et des changements hormonaux détectables. Bien que le risque de grossesse soit faible, il convient de proposer une méthode adaptée au post-partum.

≥ 4 semaines : durant cette phase, les femmes qui n'allaitent pas sont susceptibles d'avoir une fonction ovarienne suffisante pour produire des signes de fécondité et/ou des changements hormonaux détectables. Cette probabilité augmente rapidement avec le temps durant le post-partum. La femme peut utiliser les méthodes basées sur le calendrier dès le moment où elle a eu trois menstruations depuis l'accouchement et que ses cycles sont redevenus réguliers. Quand elle a eu au moins quatre menstruations depuis l'accouchement et que son cycle le plus récent a été de 26 à 32 jours, elle peut utiliser la méthode des Jours Fixes®. Avant cela, il convient de lui proposer des méthodes adaptées au post-partum.

POST-ABORTUM

Après un avortement, les femmes sont susceptibles d'avoir une fonction ovarienne suffisante pour produire des signes de fécondité et/ou des changements hormonaux détectables. Durant le post-abortum, cette probabilité augmente avec le temps. La femme peut utiliser une méthode du calendrier lorsqu'elle a eu au moins une menstruation après l'avortement. Si, avant cette grossesse, ses cycles menstruels étaient le plus souvent de 26 à 32 jours, elle peut utiliser la méthode des Jours Fixes®. Avant cela, il convient de lui proposer des méthodes adaptées au post-abortum.

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

La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) n'offre aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.

Les femmes souffrant de pathologies qui font de la grossesse un risque inacceptable doivent être averties que le recours à la MAMA ne constitue pas le meilleur choix pour elles en raison du taux d'échec relativement plus élevé de cette méthode dans son emploi typique.

Le Consensus de Bellagio a établi les bases scientifiques permettant de définir les conditions auxquelles l'allaitement au sein peut être utilisé de façon sûre et efficace pour l'espacement des naissances, et des lignes directrices ont été élaborées pour l'utilisation de la MAMA dans le cadre des programmes de planification familiale. Ces lignes directrices comportent les trois critères suivants, qui doivent tous être remplis pour garantir une protection suffisante contre une grossesse non planifiée :

1. aménorrhée
2. allaitement au sein exclusif ou quasi exclusif
3. moins de six mois après l'accouchement.

L'allaitement au sein reste indiqué principalement pour assurer une nourriture idéale au nourrisson et le protéger contre la maladie. Il n'y a pas d'état ou de pathologie qui justifie de restreindre l'utilisation de la MAMA et il n'existe pas de données documentées faisant état d'un impact négatif de cette méthode sur la santé maternelle. Cependant, certaines affections ou difficultés qui ont une incidence sur l'allaitement peuvent également affecter la durée de l'aménorrhée et compromettre ainsi son utilisation en tant que moyen de planification familiale, notamment :

VIH

L'allaitement au sein doit être favorisé, protégé et soutenu dans l'ensemble des populations, pour toutes les femmes séronégatives ou dont le statut sérologique pour le VIH est inconnu. Cependant, une femme vivant avec le VIH peut transmettre le virus à son enfant au cours de l'allaitement. Néanmoins, l'allaitement au sein, particulièrement lorsqu'il est précoce et exclusif, est l'un des facteurs les plus importants pour améliorer les chances de survie de l'enfant. Outre le fait de réduire le risque de décès, il comporte de nombreux autres avantages.

On dispose à présent de données fiables quant à l'efficacité des médicaments antirétroviraux (ARV) donnés à la mère infectée par le VIH, au nourrisson exposé au VIH ou aux deux à la fois, pour réduire le risque de transmission du VIH au cours de l'allaitement au sein.¹⁵ Cela modifie la donne en ce qui concerne les décisions à prendre par les autorités sanitaires nationales et par les mères individuelles. En présence d'ARV - que ce soit un traitement antirétroviral (TAR) à vie suivi par la mère, ou d'autres thérapies ARV destinées à la mère ou au nourrisson - le nourrisson peut bénéficier de tous les avantages de l'allaitement au sein avec un risque minimal d'infection par le VIH. Dans certains pays dotés de ressources suffisantes et affichant de faibles taux de mortalité du nourrisson et de l'enfant, il restera préférable d'éviter tout allaitement au sein.

Les mères infectées par le VIH doivent recevoir les thérapies antirétrovirales adaptées et allaiter leurs nourrissons exclusivement au sein pendant les six premiers mois, puis introduire les compléments alimentaires appropriés. L'allaitement au sein doit se poursuivre pendant les 12 premiers mois de la vie du nourrisson, et ne prendre fin qu'une fois que l'enfant peut bénéficier d'un régime alimentaire approprié et sûr en l'absence de lait maternel. Lorsque les mères décident de cesser l'allaitement au sein, elles doivent le faire progressivement sur une période d'un mois. Les nourrissons doivent alors recevoir des aliments de substitution sûrs et en quantité suffisante pour permettre une croissance et un développement normaux.

Si le nourrisson est séronégatif ou que son statut sérologique pour le VIH est inconnu :

La mère infectée par le VIH ne doit donner à son nourrisson de substituts du lait maternel en poudre que si les conditions suivantes sont réunies :

¹⁵ Pour un complément d'information : <http://www.who.int/hiv/topics/mtct/fr/>

MÉTHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMÉNORRHÉE

1. La salubrité de l'eau et l'assainissement sont assurés dans le foyer et dans la communauté, et
2. La mère ou toute autre personne s'occupant de l'enfant est en mesure de fournir du lait en poudre pour nourrisson en quantité suffisante pour permettre la croissance et le développement normaux du nourrisson, et
3. La mère ou la personne s'occupant de l'enfant peut assurer une hygiène et une fréquence suffisantes dans la préparation du lait en poudre afin qu'il soit sans danger et présente un faible risque de diarrhée et de malnutrition, et
4. La mère ou la personne s'occupant de l'enfant est en mesure de nourrir l'enfant exclusivement de lait en poudre pour nourrisson durant les six premiers mois, et
5. La famille soutient cette pratique, et
6. La mère ou la personne s'occupant de l'enfant a accès à des services de santé comprenant des soins infantiles complets.

S'il est établi que le nourrisson est infecté par le VIH :

La mère est vivement encouragée à allaiter le nourrisson exclusivement au sein pendant les six premiers mois de sa vie et à poursuivre ensuite l'allaitement conformément aux recommandations destinées à la population générale, c'est-à-dire pendant au moins deux ans.

Les femmes infectées par le VIH doivent être soutenues par des conseillers qualifiés. Elles doivent en outre avoir accès à un suivi en matière de soins et d'assistance, notamment sur le plan de la planification familiale et de l'assistance alimentaire.

Médicaments employés en cours d'allaitement

Afin de protéger la santé du nourrisson, l'allaitement au sein est déconseillé pour les femmes qui utilisent des médicaments tels que les antimétabolites, la bromocriptine, certains anticoagulants, les corticostéroïdes (à fortes doses), la ciclosporine, l'ergotamine, le lithium, les médicaments psychotropes, les médicaments radioactifs et la réserpine.

Maladies du nouveau-né

Lorsque les cas suivants se présentent, l'allaitement au sein peut être difficile : malformations congénitales de la bouche, de la mâchoire ou du palais ; nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale à la naissance ou prématurés nécessitant des soins néonataux intensifs ; certains troubles du métabolisme.

COÏT INTERROMPU

2.7.10 Coït interrompu (CI)

La méthode du coït interrompu (CI) n'offre aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.

Les femmes souffrant de pathologies qui font de la grossesse un risque inacceptable doivent être averties que le recours au CI ne constitue pas le meilleur choix pour elles en raison du taux d'échec relativement plus élevé de cette méthode dans son emploi typique.

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/ d'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.

2.7.11 Méthodes de stérilisation chirurgicale (STER)

Sachant que la stérilisation est une procédure chirurgicale conçue pour avoir des effets permanents, il faut particulièrement veiller à ce que chaque client choisisse cette méthode délibérément et en toute connaissance de cause. Les cas suivants appellent une attention particulière : les jeunes, les femmes nullipares, les hommes qui n'ont pas encore eu d'enfants et les clients souffrant de problèmes de santé mentale, y compris d'états dépressifs. Tous les clients doivent être soigneusement informés du caractère intentionnellement permanent de la stérilisation, et de la possibilité d'utiliser d'autres méthodes contraceptives, hautement efficaces sur le long terme. Cela 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 la prestation des procédures de stérilisation.

Les méthodes transcervicales de stérilisation féminine ne sont pas abordées dans les présentes recommandations.

Il n'existe aucune pathologie qui interdise entièrement à une personne de se faire stériliser. Il peut néanmoins y avoir des états ou des circonstances qui imposent certaines précautions, notamment lorsque la recommandation entre dans la catégorie P (prudence), D (différer) ou S (spécial). Pour certains de ces états ou circonstances, les risques théoriques ou démontrés peuvent 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 contraceptives hautement efficaces sur le long terme. La décision à cet égard doit être prise au cas par cas, en évaluant les risques et les avantages de la stérilisation en regard des risques de grossesse, et compte tenu de la disponibilité et de l'acceptabilité d'autres méthodes hautement efficaces.

La stérilisation doit être pratiquée uniquement par des spécialistes formés à cet effet, dans un service clinique approprié, disposant d'un matériel et de fournitures adéquats. Afin de garantir au maximum la sécurité du client, il convient de suivre les règlements adaptés en matière de prestation de service, notamment les protocoles de prévention des infections.

STERILISATION FEMININE CHIRURGICALE		
La stérilisation n'offre aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.		
ETAT/CARACTERISTIQUES	CATEGORIE	EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES
* Voir explications complémentaires en fin de tableau	A = Accepter P = Prudence D = Différer S = Spécial	
CARACTERISTIQUES PERSONNELLES ET ANTECEDENTS GENESIQUES		
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	

MÉTHODES DE STÉRILISATION CHIRURGICALE

STERILISATION FEMININE CHIRURGICALE

La stérilisation n'offre aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.

ETAT/CARACTERISTIQUES * Voir explications complémentaires en fin de tableau	CATEGORIE A = Accepter P = Prudence D = Différer S = Spécial	EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES
ALLAITEMENT AU SEIN	A	
POST-PARTUM* a) < 7 jours entre 7 et 42 jours ≥ 42 jours b) Pré-éclampsie/éclampsie (i) pré-éclampsie bénigne (ii) pré-éclampsie/éclampsie grave c) Rupture prolongée des membranes : 24 heures ou plus d) Infection puerpérale, fièvre du péripartum ou fièvre puerpérale e) Hémorragie grave de l'ante-partum ou du post-partum f) Lésion grave de l'appareil génital (déchirure cervicale ou vaginale au moment de l'accouchement) g) Rupture ou perforation utérines	A D A A D D D D 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 b) Infection ou fièvre post-abortum c) Hémorragie grave post-abortum d) Lésion grave de l'appareil génital (déchirure cervicale ou vaginale au moment de l'avortement) e) Perforation utérine f) Hématométrie aiguë	A D D D S D	Explications complémentaires : 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.

STERILISATION FEMININE CHIRURGICALE		
<p>La stérilisation n'offre aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.</p>		
ETAT/CARACTERISTIQUES * Voir explications complémentaires en fin de tableau	CATEGORIE A = Accepter P = Prudence D = Différer S = Spécial	EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES
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	
OBESITE		
a) Indice de masse corporelle (IMC) ≥ 30 kg/m ²	P	<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 il se peut qu'une anesthésie générale soit alors nécessaire.</p> <p>Données : Les femmes obèses étaient plus susceptibles d'avoir des complications lors de l'intervention (20-23).</p>
b) Des premières règles à < 18 ans et IMC ≥ 30 kg/m ²	P	
PATHOLOGIES CARDIO-VASCULAIRES		
FACTEURS DE RISQUE MULTIPLES D'ARTERIOPATHIES CARDIO-VASCULAIRES* (par ex. âge, tabagisme, diabète, hypertension et dyslipidémies avérées)	S	
HYPERTENSION		
<p>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.</p>		
a) Hypertension, bien contrôlée	P	<p>Explications complémentaires : 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.</p>
b) Tension artérielle élevée (mesurée correctement)		
(i) systolique 140-159 ou diastolique 90-99 mm Hg	P	
(ii) systolique ≥ 160 ou diastolique ≥ 100 mm Hg	S	
c) Pathologie vasculaire	S	

MÉTHODES DE STÉRILISATION CHIRURGICALE

STERILISATION FEMININE CHIRURGICALE		
La stérilisation n'offre aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.		
ETAT/CARACTERISTIQUES * Voir explications complémentaires en fin de tableau	CATEGORIE A = Accepter P = Prudence D = Différer S = Spécial	EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES
ANTECEDENTS D'HYPERTENSION GRAVIDIQUE (lorsque la tension artérielle mesurée du moment est normale)	A	
THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE (TVP)/EMBOLIE PULMONAIRE (EP) a) Antécédents de TVP/EP b) TVP/EP aiguë c) TVP/EP et traitement par anticoagulants d) Antécédents familiaux de TVP/EP (parents au premier degré) e) Chirurgie majeure (i) avec immobilisation prolongée (ii) sans immobilisation prolongée f) Chirurgie mineure sans immobilisation	A D S A D A A	Explications complémentaires : Le lever précoce de la patiente réduit le risque de TVP/EP postopératoire.
MUTATIONS THROMBOGENIQUES AVEREES (par ex. : Facteur V Leiden ; mutation du Facteur II ; déficit en protéine S, protéine C, ou antithrombine)	A	Explications complémentaires : Le dépistage systématique n'est pas opportun, compte tenu de la rareté de ces pathologies et du coût élevé du dépistage.
TROUBLES VEINEUX SUPERFICIELS a) Varices b) Thrombophlébite superficielle	A A	
CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE ACTUELLE OU ANTECEDENTS DE CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE* a) Cardiopathie ischémique en cours b) Antécédents de cardiopathie ischémique	D P	

STERILISATION FEMININE CHIRURGICALE		
<p>La stérilisation n'offre aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.</p>		
ETAT/CARACTERISTIQUES * Voir explications complémentaires en fin de tableau	CATEGORIE A = Accepter P = Prudence D = Différer S = Spécial	EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES
ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL (antécédents d'accident vasculaire cérébral)	P	
DYSLIPIDEMIES AVEREES SANS AUTRE FACTEUR DE RISQUE CARDIOVASCULAIRE CONNU	A	Explications complémentaires : 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	Explications complémentaires : Administrer des antibiotiques à titre prophylactique.
b) Compliquée (hypertension pulmonaire, risque de fibrillation auriculaire, antécédents d'endocardite bactérienne sub-aiguë)	S	Explications complémentaires : Haut risque de complications anesthésiques et chirurgicales. En cas de fibrillation auriculaire instable ou d'endocardite bactérienne sub-aiguë, reporter l'intervention.
MALADIES RHUMATISMALES		
LUPUS ERYTHEMATEUX DISSEMINE (LED)		
<p>Les sujets atteints de LED sont exposés à un risque accru de cardiopathie ischémique, d'accident vasculaire cérébral et de thrombose veineuse. Les catégories attribuées à ces pathologies dans les présentes lignes directrices doivent être les mêmes pour les femmes atteintes de LED qui présentent ces pathologies. Pour toutes les catégories de LED, les classifications se fondent sur l'hypothèse qu'il n'y a pas d'autre facteur de risque de maladie cardio-vasculaire ; en présence de tels facteurs de risque, ces classifications doivent être modifiées. Les données disponibles indiquent que de nombreuses femmes atteintes de LED peuvent être considérées comme de bonnes candidates pour la plupart des méthodes contraceptives, y compris les contraceptifs hormonaux (24-42).</p>		
a) Anticorps antiphospholipides positifs (ou inconnus)	S	
b) Thrombopénie grave	S	
c) Traitement immunosuppresseur	S	
d) Aucun des facteurs ci-dessus	P	

MÉTHODES DE STÉRILISATION CHIRURGICALE

STERILISATION FEMININE CHIRURGICALE

La stérilisation n'offre aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.

ETAT/CARACTERISTIQUES * Voir explications complémentaires en fin de tableau	CATEGORIE A = Accepter P = Prudence D = Différer S = Spécial	EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES
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	
SAIGNEMENTS VAGINAUX INEXPLIQUES (suspicion de pathologie grave)		Explications complémentaires : Une évaluation est nécessaire avant la stérilisation.
a) Avant évaluation	D	
ENDOMETRIOSE	S	
TUMEURS OVARIENNES BENIGNES (y compris les kystes)	A	
DYSMENORRHEE SEVERE	A	
MALADIE TROPHOBLASTIQUE GESTATIONNELLE		
a) Taux de β-hCG en diminution ou indécélables	A	
b) Taux de β-hCG durablement élevés ou maladie maligne	D	

STERILISATION FEMININE CHIRURGICALE		
La stérilisation n'offre aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.		
ETAT/CARACTERISTIQUES * Voir explications complémentaires en fin de tableau	CATEGORIE A = Accepter P = Prudence D = Différer S = Spécial	EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES
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	A	
b) Mastopathie bénigne	A	
c) Antécédents familiaux de cancer	A	
d) Cancer du sein		
(i) en cours	P	
(ii) en rémission depuis 5 ans	A	
CANCER DE L'ENDOMETRE*	D	
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)*		
a) Antécédents de MIP (sans facteurs de risque actuels d'IST)		Explication complémentaire : Un examen pelvien approfondi s'impose afin d'exclure toute infection récurrente ou persistante et de déterminer si l'utérus est mobile.
(i) avec grossesse ultérieure	A	
(ii) sans grossesse ultérieure	P	
b) MIP en cours	D	

MÉTHODES DE STÉRILISATION CHIRURGICALE

STERILISATION FEMININE CHIRURGICALE		
<p>La stérilisation n'offre aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.</p>		
ETAT/CARACTERISTIQUES * Voir explications complémentaires en fin de tableau	CATEGORIE A = Accepter P = Prudence D = Différer S = Spécial	EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES
IST*		
a) Cervicite purulente en cours, ou infection à chlamydia, ou gonococcie en cours	D	Explications complémentaires : S'il n'y a plus de symptômes après traitement, la stérilisation est possible.
b) Autres IST (à l'exclusion du VIH et de l'hépatite)	A	
c) Vaginite (y compris <i>Trichomonas vaginalis</i> et vaginose bactérienne)	A	
d) Risque accru d'IST	A	
VIH/SIDA		
RISQUE ELEVE DE VIH	A	Explications complémentaires : 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 À VIH ASYMPTOMATIQUE OU LÉGÈRE (stade de l'OMS 1 ou 2)	A	Explications complémentaires : 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 À VIH SÉVÈRE OU À UN STADE AVANCÉ (stade de l'OMS 3 ou 4)	S	Explications complémentaires : La présence d'une maladie opportuniste peut amener à reporter l'intervention.
AUTRES INFECTIONS		
SCHISTOSOMIASE		
a) Non compliquée	A	Explications complémentaires : Il peut être nécessaire d'évaluer la fonction hépatique.
b) Fibrose hépatique (en cas d'atteinte grave, voir cirrhose)	P	
TUBERCULOSE		
a) Non génito-urinaire	A	
b) Génito-urinaire avérée	S	
PALUDISME	A	

STERILISATION FEMININE CHIRURGICALE		
<p>La stérilisation n'offre aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.</p>		
ETAT/CARACTERISTIQUES * Voir explications complémentaires en fin de tableau	CATEGORIE A = Accepter P = Prudence D = Différer S = Spécial	EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES
TROUBLES ENDOCRINIENS		
DIABETE*		Explications complémentaires : 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		Explications complémentaires : 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	
c) Néphropathie/rétinopathie/neuropathie	S	
d) Autre pathologie vasculaire ou diabète installé depuis plus de 20 ans	S	Données : Les femmes diabétiques étaient plus susceptibles d'avoir des complications lors de l'intervention (20).
TROUBLES THYROIIDIENS*		
a) Goitre simple	A	
b) Hyperthyroïdie	S	
c) Hypothyroïdie	P	
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	

MÉTHODES DE STÉRILISATION CHIRURGICALE

STERILISATION FEMININE CHIRURGICALE		
La stérilisation n'offre aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.		
ETAT/CARACTERISTIQUES * Voir explications complémentaires en fin de tableau	CATEGORIE A = Accepter P = Prudence D = Différer S = Spécial	EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES
HEPATITE VIRALE*		Explication complémentaire : Pour toute intervention chirurgicale, il convient d'observer scrupuleusement les mesures de prévention des infections, et notamment les précautions universelles.
a) Aiguë ou poussée	D	
b) Chez le sujet porteur	A	
c) Chronique	A	
CIRRHOSE		Explications complémentaires : La fonction hépatique et la coagulation risquent d'être altérées. Il convient d'évaluer la fonction hépatique.
a) Légère (compensée)	A	
b) Grave (décompensée)	S	
TUMEURS HEPATIQUES		Explications complémentaires : La fonction hépatique et la coagulation risquent d'être altérées. Il convient d'évaluer la fonction hépatique.
a) Bénignes		
(i) hyperplasie nodulaire focale	A	
(ii) adénome hépatocellulaire	P	
b) Maligne (hépatome)	P	
ANEMIES		
THALASSEMIE	P	
DREPANOCYTOSE*	P	
ANEMIE FERRIPRIVE		Explications complémentaires : 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.
a) Hb < 7 g/dl	D	
a) Hb ≥ 7 à < 10 g/dl	P	
AUTRES PATHOLOGIES NE CONCERNANT QUE LA STERILISATION CHIRURGICALE FEMININE		
INFECTION LOCALE	D	Explications complémentaires : Risque accru d'infection postopératoire.
TROUBLES DE LA COAGULATION*	S	
PATHOLOGIES RESPIRATOIRES		Explications complémentaires : La stérilisation devrait être reportée en attendant la guérison. Il y a augmentation du risque anesthésique et autres risques péri-opératoires.
a) Aiguë (bronchite, pneumonie)	D	
b) Chronique		
(i) asthme	S	
(ii) bronchite	S	

STERILISATION FEMININE CHIRURGICALE		
La stérilisation n'offre aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.		
ETAT/CARACTERISTIQUES * Voir explications complémentaires en fin de tableau	CATEGORIE A = Accepter P = Prudence D = Différer S = Spécial	EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES
(iii) emphysème	S	
(iv) infection pulmonaire	S	
INFECTION GENERALISEE OU GASTRO-ENTERITE*	D	
UTERUS NON MOBILE PAR SUITE D'UNE INTERVENTION CHIRURGICALE OU D'UNE INFECTION*	S	
HERNIE ABDOMINALE OU OMBILICALE	S	Explications complémentaires : 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	
CARENES 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 (20, 22, 43-45).
STERILISATION AU COURS D'UNE INTERVENTION DE CHIRURGIE ABDOMINALE		
a) Intervention programmée	P	
b) Intervention d'urgence (sans conseil au préalable)	D	
c) Infection abdominale	D	
STERILISATION AU COURS D'UNE CESARIENNE*	A	

^a Explications complémentaires des catégories A, P, D et S :

A = **accepter** : Il n'y a pas de raison médicale de refuser la stérilisation à une femme dans cette situation

P = **prudence** : Cette intervention est normalement offerte systématiquement, mais avec une préparation et des précautions supplémentaires.

D = **différer** : L'intervention doit être différée jusqu'à ce que la pathologie soit évaluée ou corrigée. Des méthodes de contraception temporaire 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 d'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 de contraception temporaire doivent être offertes si la cliente doit être orientée vers un spécialiste, ou si l'intervention doit être reportée pour une raison quelconque à une date ultérieure.

MÉTHODES DE STÉRILISATION CHIRURGICALE

STERILISATION MASCULINE CHIRURGICALE		
<p>La stérilisation n'offre aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.</p>		
ETAT/CARACTERISTIQUES * Voir explications complémentaires en fin de tableau	CATEGORIE A = Accepter P = Prudence D = Différer S = Spécial	EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES
CARACTERISTIQUES PERSONNELLES ET ANTECEDENTS GENESIQUES		
JEUNE AGE	P	<p>Explications complémentaires : 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.</p> <p>Données : Les hommes ayant subi une vasectomie dans leur jeune âge étaient plus probablement susceptibles de subir une réversion que ceux l'ayant subie à un âge plus avancé (2).</p>
ETAT DEPRESSIFS		
ETAT DEPRESSIFS	P	
VIH/SIDA		
RISQUE ELEVE DE VIH	A	<p>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.</p>
INFECTION À VIH ASYMPTOMATIQUE OU LÉGÈRE (stade de l'OMS 1 ou 2)	A	<p>Explications complémentaires : 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.</p>
INFECTION À VIH SÉVÈRE OU À UN STADE AVANCÉ (stade de l'OMS 3 ou 4)	S	<p>Explications complémentaires : La présence d'un état clinique sévère ou avancé de la maladie peut amener à reporter l'intervention.</p>
TROUBLES ENDOCRINIENS		
DIABETE*	P	<p>Explications complémentaires : Si la glycémie n'est pas bien contrôlée, il est recommandé de transférer le patient vers un établissement de catégorie supérieure.</p>
ANEMIES		
DREPANOCYTOSE	A	

STERILISATION MASCULINE CHIRURGICALE		
La stérilisation n'offre aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'usage correct et régulier du préservatif est recommandé. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs offrent l'une des protections les plus efficaces contre les IST, y compris le VIH. Les préservatifs féminins sont sûrs et efficaces, mais ne sont pas employés aussi largement que les préservatifs masculins dans le cadre des programmes nationaux.		
ETAT/CARACTERISTIQUES * Voir explications complémentaires en fin de tableau	CATEGORIE A = Accepter P = Prudence D = Différer S = Spécial	EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES/DONNEES
AUTRES PATHOLOGIES NE CONCERNANT QUE LA STERILISATION CHIRURGICALE MASCULINE		
INFECTIONS LOCALES*		
a) Infection cutanée du scrotum	D	
b) IST évolutive	D	
c) Balanite	D	
d) Epididymite ou orchite	D	
TROUBLES DE LA COAGULATION*	S	
ANTECEDENTS DE LESION DU SCROTUM	P	
INFECTION GENERALISEE OU GASTRO-ENTERITE*	D	
VARICOCELE IMPORTANTE*	P	
HYDROCELE IMPORTANTE*	P	
FILARIOSE ; ELEPHANTIASIS*	D	
GROSSEUR INTRASCROTALE*	D	
CRYPTORCHIDIE	S	
HERNIE INGUINALE*	S	

^a Explications complémentaires des catégories A, P, D et S :

A = **accepter** : Il n'y a pas de raison médicale de refuser la stérilisation à un homme dans cette situation

P = **prudence** : Cette intervention est normalement offerte systématiquement, mais avec une préparation et des précautions supplémentaires.

D = **différer** : L'intervention doit être différée jusqu'à ce que la pathologie soit évaluée ou corrigée. Des méthodes de contraception temporaire 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 d'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 de contraception temporaire doivent être offertes si le client doit être orienté vers un spécialiste, ou si l'intervention doit être reportée pour une raison quelconque à une date ultérieure.

MÉTHODES DE STÉRILISATION CHIRURGICALE

OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES

A. STÉRILISATION FEMININE 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 péripartum 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 des pertes de sang importantes ou des lésions abdominales internes.

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'avortement) : La patiente peut être anémiée et ne pas être en mesure de supporter une perte de sang supplémentaire. 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 ACTUELLE OU ANTECEDENTS DE CARDIOPATHIE ISCHÉMIQUE

La femme présente un risque élevé de complications associées à l'anesthésie et à l'intervention chirurgicale.

CANCER DU COL UTERIN (avant traitement), CANCER DE L'ENDOMETRE, 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

Il existe un risque d'hypoglycémie ou d'acidocétose lors de l'intervention, en particulier si la glycémie n'est pas bien contrôlée avant.

TROUBLES THYROIDIENS

La femme présente un risque élevé de complications associées à l'anesthésie et à l'intervention chirurgicale.

HEPATITE VIRALE

La femme présente un risque élevé de complications associées à l'anesthésie et à l'intervention chirurgicale.

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.

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, des trompes utérines 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.

MÉTHODES DE STÉRILISATION CHIRURGICALE

OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES

B. STÉRILISATION MASCULINE CHIRURGICALE

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.

TROUBLES DE LA COAGULATION

Les saignements conduisent à un risque accru d'hématome postopératoire qui à son tour entraîne un risque accru d'infection.

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 l'hydrocèle 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.

DREPANOCYTOSE

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

Bibliographie

1. Wilcox LS, Chu SY, Eaker ED, Zeger SL, Peterson HB. Risk factors for regret after tubal sterilization: 5 years of follow-up in a prospective study. *Fertil Steril.* 1991;55:927-33.
2. Trussell J, Guilbert E, Hedley A. Sterilization failure, sterilization reversal, and pregnancy after sterilization reversal in Quebec. *Obstet Gynecol.* 2003;101:677-84.
3. Thranov I, Kjersgaard AG, Rasmussen OV, Hertz J. Regret among 547 Danish sterilized women. *Scand J Soc Med.* 1988;16:41-8.
4. Schmidt JE, Hillis SD, Marchbanks PA, Jeng G, Peterson HB. Requesting information about and obtaining reversal after tubal sterilization: findings from the U.S. Collaborative Review of Sterilization. *Fertil Steril.* 2000;74:892-8.
5. Ramsay IN, Russell SA. Who requests reversal of female sterilization? A retrospective study from a Scottish unit. *Scot Med J.* 1991;36:44-6.
6. Platz-Christensen JJ, Tronstad SE, Johansson O, Carlsson SA. Evaluation of regret after tubal sterilization. *Int J Gynaecol Obstet.* 1992;38:223-6.
7. Marciel-Gratton N. Sterilization regret among women in metropolitan Montreal. *Fam Plann Perspect.* 1988;20:222-7.
8. Loaiza E. Sterilization regret in the Dominican Republic: looking for quality-of-care issues. *Stud Fam Plann.* 1995;26:39-48.
9. Leader A, Galan N, George R, Taylor PJ. A comparison of definable traits in women requesting reversal of sterilization and women satisfied with sterilization. *Am J Obstet Gynecol.* 1983;145:198-202.
10. Kariminia A, Saunders DM, Chamberlain M. Risk factors for strong regret and subsequent IVF request after having tubal ligation. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2002;42:526-9.
11. Jamieson DJ, Kaufman SC, Costello C, Hillis SD, Marchbanks PA, Peterson HB, et al. A comparison of women's regret after vasectomy versus tubal sterilization. *Obstet Gynecol.* 2002;99:1073-9.
12. Hillis SD, Marchbanks PA, Tylor LR, Peterson HB. Poststerilization regret: findings from the United States Collaborative Review of Sterilization. *Obstet Gynecol.* 1999;93:889-95.
13. Henshaw SK, Singh S. Sterilization regret among U.S. couples. *Fam Plann Perspect.* 1986;18:238-40.
14. Hardy E, Bahamondes L, Osis MJ, Costa RG, Faúndes A. Risk factors for tubal sterilization regret, detectable before surgery. *Contraception.* 1996;54:159-62.
15. Grubb GS, Peterson HB, Layde PM, Rubin GL. Regret after decision to have a tubal sterilization. *Fertil Steril.* 1985;44:248-53.
16. Clarkson SE, Gillett WR. Psychological aspects of female sterilisation – assessment of subsequent regret. *N Z Med J.* 1985;98:748-50.
17. Boring CC, Rochat RW, Becerra J. Sterilization regret among Puerto Rican women. *Fertil Steril.* 1988;44:973-81.
18. Allyn DP, Leton DA, Westcott NA, Hale RW. Presterilization counseling and women's regret about having been sterilized. *J Reprod Med.* 1986;31:1027-32.
19. Abraham S, Jansen R, Fraser IS, Kwok CH. The characteristics, perceptions and personalities of women seeking a reversal of their tubal sterilization. *Med J Aust.* 1986;145:4-7.
20. Jamieson DJ, Hillis SD, Duerr A, Marchbanks PA, Costello C, Peterson HB. Complications of interval laparoscopic tubal sterilization: findings from the United States Collaborative Review of Sterilization. *Obstet Gynecol.* 2000;96:997-1002.
21. Chi I, Mumford SD, Laufe LE. Technical failures in tubal ring sterilization: incidence, perceived reasons, outcome, and risk factors. *Am J Obstet Gynecol.* 1980;138:307-12.
22. Chi I, Kennedy KI. Early readmission following elective laparoscopic sterilization: a brief analysis of a rare event. *Am J Obstet Gynecol.* 1984;148:322-7.
23. White MK, Ory HW, Goldenberg LA. A case-control study of uterine perforations documented at laparoscopy. *Am J Obstet Gynecol.* 1977;129:623-5.
24. Urowitz MB, Bookman AA, Koehler BE, Gordon DA, Smythe HA, Ogryzlo MA. The bimodal mortality pattern of systemic lupus erythematosus. *Am J Med.* 1976;60:221-5.
25. Somers E, Magder LS, Petri M. Antiphospholipid antibodies and incidence of venous thrombosis in a cohort of patients with systemic lupus erythematosus. *Journal of Rheumatology.* 2002;29:2531-6.
26. Schaedel ZE, Dolan G, Powell MC. The use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in the management of menorrhagia in women with hemostatic disorders. *American Journal of Obstetrics & Gynecology.* 2005;193:1361-3.
27. Sarabi ZS, Chang E, Bobba R, et al. Incidence rates of arterial and venous thrombosis after diagnosis of systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism.* 2005;53:609-12.
28. Sanchez-Guerrero J, Uribe AG, Jimenez-Santana L, Mestanza-Peralta M, Lara-Reyes P, Seuc AH, et al. A trial of contraceptive methods in women with systemic lupus erythematosus. *New England Journal of Medicine.* 2005;353:2539-49.

MÉTHODES DE STÉRILISATION CHIRURGICALE

29. Petri M, Kim MY, Kalunian KC, et al. Combined oral contraceptives in women with systemic lupus erythematosus. *New England Journal of Medicine*. 2005;353:2550-8.
30. Petri M. Lupus in Baltimore: evidence-based 'clinical pearls' from the Hopkins Lupus Cohort. *Lupus*. 2005;14:970-3.
31. Petri M. Musculoskeletal complications of systemic lupus erythematosus in the Hopkins Lupus Cohort: an update. *Arthritis Care and Research*. 1995;8:137-45.
32. Mintz G, Gutierrez G, Delezé M, Rodríguez E. Contraception with progestogens in systemic lupus erythematosus. *Contraception*. 1984;30:29-38.
33. McDonald J, Stewart J, Urowitz MB, Gladman DD. Peripheral vascular disease in patients with systemic lupus erythematosus. *Annals of Rheumatic Diseases*. 1992;51:56-60.
34. McAlindon T, Giannotta L, Taub N, D'Cruz D, Hughes G. Environmental factors predicting nephritis in systemic lupus erythematosus. *Annals of Rheumatic Diseases*. 1993;52:720-4.
35. Manzi S, Meilahn EN, Rairie JE, Conte CG, Medsger TA Jr, Jansen-McWilliams L, et al. Age-specific incidence rates of myocardial infarction and angina in women with systemic lupus erythematosus: comparison with the Framingham Study. *American Journal of Epidemiology*. 1997;145:408-15.
36. Jungers P, Dougados M, Pelissier C, Kuttann F, Tron F, Lesavre P, et al. Influence of oral contraceptive therapy on the activity of systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism*. 1982;25:618-23.
37. Julkunen HA, Kaaja R, Friman C. Contraceptive practice in women with systemic lupus erythematosus. *British Journal of Rheumatology*. 1993;32:227-30.
38. Julkunen HA. Oral contraceptives in systemic lupus erythematosus: side-effects and influence on the activity of SLE. *Scandinavian Journal of Rheumatology*. 1991;20:427-33.
39. Esdaile JM, Abrahamowicz M, Grodzicky T, Li Y, Panaritis C, du Berger R, et al. Traditional Framingham risk factors fail to fully account for accelerated atherosclerosis in systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism*. 2001;44:2331-7.
40. Chopra N, Koren S, Greer WL, et al. Factor V Leiden, prothrombin gene mutation, and thrombosis risk in patients with antiphospholipid antibodies. *Journal of Rheumatology*. 2002;29:1683-8.
41. Bernatsky S, Ramsey-Goldman R, Gordon C, et al. Factors associated with abnormal Pap results in systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford)*. 2004;43:1386-9.
42. Bernatsky S, Clarke A, Ramsey-Goldman R, Joseph L, Boivin JF, Rajan R, et al. Hormonal exposures and breast cancer in a sample of women with systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford)*. 2004;43:1178-81.24.
43. Baggish MS, Lee WK, Miro SJ, Dacko L, Cohen G. Complications of laparoscopic sterilization. Comparison of 2 methods. *Obstet Gynecol*. 1979;54:54-9.
44. Chi I, Feldblum PJ, Balogh SA. Previous abdominal surgery as a risk factor in interval laparoscopic sterilization. *Am J Obstet Gynecol*. 1983(841):846.
45. Feldblum PJ, Champion CB, Chi IC, Lamptey P. Technical failures in female sterilization using the tubal ring: a case-control analysis. *Contraception*. 1986;34:505-12.

2.7.12 Tableaux récapitulatifs (RECAP)

Le tableau récapitulatif met en évidence les recommandations concernant la recevabilité médicale pour les contraceptifs hormonaux combinés (COC, CIC, patch [P], AIV), les progestatifs seuls (PPS, solutions injectables AMPR/NET-EN et implants LNG/ETG) et les dispositifs intra-utérins (DIU-Cu et DIU-LNG). Pour des informations détaillées sur ces recommandations, prière de consulter les tableaux correspondant aux différentes méthodes. Les recommandations concernant les pilules pour la contraception d'urgence (PCU), les DIU pour la contraception d'urgence (DIU-U), l'anneau vaginal libérant de la progestérone, les méthodes mécaniques (MM), les méthodes naturelles (MN), la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA), le coït interrompu (CI) et la stérilisation chirurgicale (STER) sont présentées aux sous-sections respectives du présent document.

TABLEAUX RÉCAPITULATIFS

TABLEAUX RÉCAPITULATIFS									
ÉTAT/ CARACTÉRISTIQUES	COC	CIC	P/AIV	PPS	AMPR/NET-EN	LNG/ETG implants	DIU-Cu	DIU-LNG	
A = Adoption, C = Continuation, AS = Allaitement au sein, NA = non applicable									
CARACTÉRISTIQUES PERSONNELLES ET ANTECÉDENTS GÉNÉSIQUES									
GROSSESSE	NA [†]	NA [†]	NA [†]	NA [†]	NA [†]	NA [†]	NA [†]	NA [†]	NA [†]
AGE	Des premières règles à < 40 ans = 1 ≥ 40 ans = 2	Des premières règles à < 40 ans = 1 ≥ 40 ans = 2	NA [†]	Des premières règles à < 18 ans = 1 18-45 ans = 1 > 45 ans = 1	Des premières règles à < 18 ans = 2 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 = 2 ≥ 20 ans = 1	Des premières règles à < 20 ans = 2 ≥ 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	2 [†]	3 [†]	2 [†]			
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				1	1	1			
(i) sans autres facteurs de risque de TEV	3 [†]	3 [†]	3 [†]						
(ii) avec autres facteurs de risque de TEV	4 [†]	4 [†]	4 [†]						

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

TABLEAUX RÉCAPITULATIFS

TABLEAUX RÉCAPITULATIFS									
ETAT/ CARACTERISTIQUES	COC	CIC	P/AIV	PPS	AMPR/NET-EN	LNG/ETG implants	DIU-Cu	DIU-LNG	
A = Adoption, C = Continuation, AS = Allaitement au sein, NA = non applicable									
b) 21 à 42 jours				1	1	1			
(i) sans autres facteurs de risque de TEV	2 [†]	2 [†]	2 [†]						
(ii) avec autres facteurs de risque de TEV	3 [†]	3 [†]	3 [†]						
c) > 42 jours	1	1	1	1	1	1			
POST-PARTUM (allaitement ou non, y compris après césarienne)									
a) < 48 heures, y compris pose immédiate après l'expulsion du placenta							1	non AS = 1 AS = 2	
b) De 48 heures à < 4 semaines							3	3	
c) ≥ 4 semaines							1	1	
d) Infection 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	
ANTECEDENTS DE GROSSESSE EXTRA-UTERINE	1	1	1	2	1	1	1	1	

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

TABLEAUX RÉCAPITULATIFS

TABLEAUX RÉCAPITULATIFS									
ETAT/ CARACTERISTIQUES	COC	CIC	P/AV	PPS	AMPR/NET-EN	LNG/ETG implants	DIU-Cu	DIU-LNG	
A = Adoption, C = Continuation, AS = Allaitement au sein, NA = non applicable									
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) ≥ 15cigarettes/jour	4	3	4	1	1	1	1	1	
OBESITE									
a) Indice de masse corporelle (IMC) > 30 kg/m ²	2	2	2	1	1	1	1	1	
b) Des premières règles à < 18 ans et IMC ≥ 30 kg/m ²	2	2	2	1	AMPR = 2 NET-EN = 1 [†]	1	1	1	
TENSION ARTERIELLE NON DISPONIBLE	NA [†]	NA [†]	NA [†]	NA [†]	NA [†]	NA [†]	NA [†]	NA [†]	
PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE									
FACTEURS DE RISQUE MULTIPLES D'ARTERIOPATHIES CARDIO-VASCULAIRES (par ex. : âge, tabagisme, diabète, hypertension et dyslipidémies avérées)	3/4 [†]	3/4 [†]	3/4 [†]	2 [†]	3 [†]	2 [†]	1	2	

[†] Veuillez consulter les tableaux dans le texte pour y trouver l'explication de cette classification.

TABLEAUX RÉCAPITULATIFS

TABLEAUX RÉCAPITULATIFS									
ÉTAT/ CARACTÉRISTIQUES	COC	CIC	P/AV	PPS	AMPR/NET-EN	LNG/ETG implants	DIU-Cu	DIU-LNG	
A = Adoption, C = Continuation, AS = Allaitement au sein, NA = non applicable									
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	
c) Tension artérielle élevée (mesurée correctement)									
(i) systolique 140–159 or diastolique 90–99 mm Hg	3	3	3	1	2	1	1	1	
(ii) systolique ≥ 160 or diastolique ≥ 100 mm Hg	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 TVP/EP	4	4	4	2	2	2	1	2	
b) TVP/EP aiguë	4	4	4	3	3	3	1	3	
c) TVP/EP et traitement par anticoagulants	4	4	4	2	2	2	1	2	

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

TABLEAUX RÉCAPITULATIFS

TABLEAUX RÉCAPITULATIFS									
ETAT/ CARACTERISTIQUES	COC	CIC	P/AV	PPS	AMPR/NET-EN	LNG/ETG implants	DIU-Cu	DIU-LNG	
A = Adoption, C = Continuation, AS = Allaitement au sein, NA = non applicable									
d) Antécédents familiaux (parents au premier degré)	2	2	2	1	1	1	1	1	1
e) Chirurgie majeure									
(i) avec immobilisation prolongée	4	4	4	2	2	2	1	2	2
(ii) sans immobilisation prolongée	2	2	2	1	1	1	1	1	1
f) Chirurgie mineure sans immobilisation	1	1	1	1	1	1	1	1	1
MUTATIONS THROMBOGENIQUES AVEREES (par ex. : 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 [†]	2 [†]
TROUBLES VEINEUX SUPERFICIELS									
a) Varices	1	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Thrombose veineuse superficielle	2 [†]	2 [†]	2 [†]	1	1	1	1	1	1
CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE EN COURS ET ANTECEDENTS DE CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE	4	4	4	A	C	A	C	A	C
ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL (antécédents d'accident vasculaire cérébral)	4	4	4	A	C	A	C	A	C

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

TABLEAUX RÉCAPITULATIFS									
ÉTAT/ CARACTÉRISTIQUES	COC	CIC	P/AV	PPS	AMPR/NET-EN	LNG/ETG implants	DIU-Cu	DIU-LNG	
A = Adoption, C = Continuation, AS = Allaitement au sein, NA = non applicable									
DYSLIPIDÉMIES AVÉRÉES SANS AUTRES FACTEURS DE RISQUE CARDIOVASCULAIRE CONNUS	2 [†]	2 [†]	2 [†]	2 [†]	2 [†]	2 [†]	1 [†]	2 [†]	
VALVULOPATHIE CARDIAQUE									
a) Non compliquée	2	2	2	1	1	1	1	1	
b) Compliquée (hypertension pulmonaire, risque de fibrillation auriculaire, antécédents d'endocardite bactérienne sub-aiguë)	4	4	4	1	1	1	2 [†]	2 [†]	
MALADIES RHUMATISMALES									
LUPUS ERYTHÉMATÉUX DISSEMINE									
a) Anticorps antiphospholipides positifs (ou inconnus)	4	4	4	3	A	C	A	C	3
b) Thrombopénie grave	2	2	2	2	3	2	3 [†]	2 [†]	2 [†]
c) Traitement immunosuppresseur	2	2	2	2	2	2	2	1	2
d) Aucun des facteurs ci- dessus	2	2	2	2	2	2	1	1	2

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

TABLEAUX RÉCAPITULATIFS

TABLEAUX RÉCAPITULATIFS												
ETAT/ CARACTERISTIQUES	COC	CIC	P/AV	PPS	AMPR/NET-EN	LNG/ETG implants	DIU-Cu	DIU-LNG				
A = Adoption, C = Continuation, AS = Allaitement au sein, NA = non applicable												
AFFECTIONS NEUROLOGIQUES												
CEPHALEES												
a) Non-migraineuses (légères ou sévères)	A 1 [†]	C 2 [†]	A 1 [†]	C 2 [†]	A 1 [†]	C 1 [†]	A 1 [†]	C 1 [†]	A 1 [†]	C 1 [†]	A 1 [†]	C 1 [†]
b) Migraine												
(i) sans aura												
Age < 35 ans	2 [†]	3 [†]	2 [†]	3 [†]	1 [†]	2 [†]	1 [†]	2 [†]	2 [†]	1 [†]	2 [†]	2 [†]
Age ≥ 35 years	3 [†]	4 [†]	3 [†]	4 [†]	1 [†]	2 [†]	1 [†]	2 [†]	2 [†]	1 [†]	2 [†]	2 [†]
(ii) avec aura (quel que soit l'âge)	4 [†]	4 [†]	4 [†]	4 [†]	2 [†]	3 [†]	2 [†]	3 [†]	2 [†]	3 [†]	2 [†]	3 [†]
EPILEPSIE	1 [†]	1 [†]	1 [†]	1 [†]	1 [†]	1 [†]	1 [†]	1 [†]	1 [†]	1 [†]	1 [†]	1 [†]
Sous traitement, se reporter à la section sur les INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES (dernière section de ce tableau)												
ETATS DEPRESSIFS												
ETATS DEPRESSIFS	1 [†]	1 [†]	1 [†]	1 [†]	1 [†]	1 [†]	1 [†]	1 [†]	1 [†]	1 [†]	1 [†]	1 [†]
INFECTIONS ET PATHOLOGIES DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR												
SAINEMENTS VAGINAUX												
a) Saignements irréguliers peu abondants	1	1	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1
b) Saignements abondants ou prolongés (réguliers ou irréguliers)	1 [†]	1 [†]	1 [†]	2 [†]	2 [†]	2 [†]	2 [†]	2 [†]	2 [†]	2 [†]	1 [†]	2 [†]

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

TABLEAUX RÉCAPITULATIFS

TABLEAUX RÉCAPITULATIFS									
ÉTAT/ CARACTÉRISTIQUES	COC	CIC	P/AV	PPS	AMPR/NET-EN	LNG/ETG implants	DIU-Cu	DIU-LNG	
A = Adoption, C = Continuation, AS = Allaitement au sein, NA = non applicable									
SAIGNEMENTS VAGINAUX INEXPLIQUÉS (suspicion de pathologie grave)	2 [†]	2 [†]	2 [†]	2 [†]	3 [†]	3 [†]	A	C	C
a) Avant évaluation							4 [†]	2 [†]	2 [†]
ENDOMETRIOSE	1	1	1	1	1	1	2	1	1
TUMEURS OVARIENNES BÉNIGNES (y compris les kystes)	1	1	1	1	1	1	1	1	1
DYSMÉNORRHEE SEVERE	1	1	1	1	1	1	2	1	1
MALADIE TROPHOBLASTIQUE GESTATIONNELLE									
a) Taux de β-hCG en diminution ou indétectables	1	1	1	1	1	1	3	3	3
b) Taux de β-hCG durablement élevés ou maladie maligne	1	1	1	1	1	1	4	4	4
ECTROPION DU COL UTERIN	1	1	1	1	1	1	1	1	1
NEOPLASIE INTRAEPITHELIALE DU COL UTERIN (NIC)	2	2	2	1	2	2	1	1	2
CANCER DU COL UTERIN (avant traitement)	2	2	2	1	2	2	A	C	C
							4	2	2
							4	4	2

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

TABLEAUX RÉCAPITULATIFS

TABLEAUX RÉCAPITULATIFS									
ETAT/ CARACTERISTIQUES	COC	CIC	P/AV	PPS	AMPR/NET-EN	LNG/ETG implants	DIU-Cu	DIU-LNG	
A = Adoption, C = Continuation, AS = Allaitement au sein, NA = non applicable									
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 du sein									
(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									
	1	1	1	1	1	1	A	C	A
							4	2	4
CANCER DE L'OVAIRE									
	1	1	1	1	1	1	A	C	A
							3	2	3
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	

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

TABLEAUX RÉCAPITULATIFS

TABLEAUX RÉCAPITULATIFS									
ÉTAT/ CARACTÉRISTIQUES	COC	CIC	P/AV	PPS	AMPR/NET-EN	LNG/ETG implants	DIU-Cu	DIU-LNG	
A = Adoption, C = Continuation, AS = Allaitement au sein, NA = non applicable									
MALADIE INFLAMMATOIRE PELVIENNE (MIP)									
a) Antécédents de MIP (sans facteurs de risque actuels d'IST)							A C C	A C	
(i) avec grossesse ultérieure	1	1	1	1	1	1	1	1	1
(ii) sans grossesse ultérieure	1	1	1	1	1	1	2	2	2
b) MIP en cours	1	1	1	1	1	1	4	2 [†]	4 2 [†]
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 <i>Trichomonas vaginalis</i> 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 [†]

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

TABLEAUX RÉCAPITULATIFS

TABLEAUX RÉCAPITULATIFS										
ETAT/ CARACTERISTIQUES	COC	CIC	P/AV	PPS	AMPR/NET-EN	LNG/ETG implants	DIU-Cu	DIU-LNG		
	A = Adoption, C = Continuation, AS = Allaitement au sein, NA = non applicable									
VIH/SIDA										
RISQUE ELEVE DE VIH	1	1	1	1	1 [†]	1	2	2	2	2
INFECTION À VIH ASYMPTOMATIQUE OU LÉGÈRE (stade de l'OMS 1 ou 2)	1 [†]	1 [†]	1 [†]	1 [†]	1 [†]	1 [†]	2	2	2	2
INFECTION À VIH SÉVÈRE OU À UN STADE AVANCÉ (stade de l'OMS 3 ou 4)	1 [†]	1 [†]	1 [†]	1 [†]	1 [†]	1 [†]	3	2 [†]	3	2 [†]
AUTRES INFECTIONS										
SCHISTOSOMIASE										
a) Non compliquée	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Fibrose hépatique	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
TUBERCULOSE							A	C	A	C
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
	Sous traitement, voir la section sur les INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES (dernière section de ce tableau)									
PALUDISME	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

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

TABLEAUX RÉCAPITULATIFS

TABLEAUX RÉCAPITULATIFS									
ÉTAT/ CARACTÉRISTIQUES	COC	CIC	P/AV	PPS	AMPR/NET-EN	LNG/ETG implants	DIU-Cu	DIU-LNG	
A = Adoption, C = Continuation, AS = Allaitement au sein, NA = non applicable									
TROUBLES ENDOCRINIENS									
DIABÈTE									
a) Antécédents de diabète gestationnel	1	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Sans complications vasculaires									
(i) non insulino-dépendant	2	2	2	2	2	2	1	2	2
(ii) insulino-dépendant	2	2	2	2	2	2	1	2	2
c) Néphropathie/rétinopathie/neuropathie	3/4 [†]	3/4 [†]	3/4 [†]	2	3	2	1	2	2
d) Autres complications vasculaires ou diabète installé depuis plus de 20 ans	3/4 [†]	3/4 [†]	3/4 [†]	2	3	2	1	2	2
TROUBLES THYROÏDIENS									
a) Goitre simple	1	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Hyperthyroïdie	1	1	1	1	1	1	1	1	1
c) Hypothyroïdie	1	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	2
(ii) traitée médicalement	3	2	3	2	2	2	1	2	2
(iii) en cours	3	2	3	2	2	2	1	2	2
b) Asymptomatique	2	2	2	2	2	2	1	2	2

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

TABLEAUX RÉCAPITULATIFS

TABLEAUX RÉCAPITULATIFS										
ETAT/ CARACTERISTIQUES	COC	CIC	P/AV	PPS	AMPR/NET-EN	LNG/ETG implants	DIU-Cu	DIU-LNG	A = Adoption, C = Continuation, AS = Allaitement au sein, NA = non applicable	
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		
HEPATITE VIRALE										
	A	C	A	C	A	C				
a) Aiguë ou poussée	3/4†	2	3	2	3/4†	2	1	1	1	1
b) Chez le sujet porteur	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
c) Chronique	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CIRRHOSE										
a) Légère (compensée)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Sévère (décompensée)	4	3	4	3	3	3	1	3		
TUMEURS HEPATIQUES										
a) Bénignes										
(i) hyperplasie nodulaire focale	2	2	2	2	2	2	1	2		
(ii) adénome hépatocellulaire	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		

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

TABLEAUX RÉCAPITULATIFS

TABLEAUX RÉCAPITULATIFS									
ETAT/ CARACTERISTIQUES	COC	CIC	P/AV	PPS	AMPR/NET-EN	LNG/ETG implants	DIU-Cu	DIU-LNG	
A = Adoption, C = Continuation, AS = Allaitement au sein, NA = non applicable									
INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES									
TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL									
a) Inhibiteurs nucléotidiques/nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI)							A	A	C
Abacavir (ABC)	1	1	1	1	1	1	2/3 [†]	2/3 [†]	2 [†]
Ténofovir (TDF)	1	1	1	1	1	1	2/3 [†]	2/3 [†]	2 [†]
Zidovudine (AZT)	1	1	1	1	1	1	2/3 [†]	2/3 [†]	2 [†]
Lamivudine (3TC)	1	1	1	1	1	1	2/3 [†]	2/3 [†]	2 [†]
Didanosine (DDI)	1	1	1	1	1	1	2/3 [†]	2/3 [†]	2 [†]
Emtricitabine (FTC)	1	1	1	1	1	1	2/3 [†]	2/3 [†]	2 [†]
Stavudine (D4T)	1	1	1	1	1	1	2/3 [†]	2/3 [†]	2 [†]
b) Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI)									
Éfavirenz (EFV)	2 [†]	2 [†]	2 [†]	2 [†]	AMPR = 1, NET-EN = 2 [†]	2 [†]	2/3 [†]	2/3 [†]	2 [†]
Étravirine (ETR)	1	1	1	1	1	1	2/3 [†]	2/3 [†]	2 [†]
Névirapine (NVP)	2 [†]	2 [†]	2 [†]	2 [†]	AMPR = 1, NET-EN = 2 [†]	2 [†]	2/3 [†]	2/3 [†]	2 [†]
Rilpivirine (RPV)	1	1	1	1	1	1	2/3 [†]	2/3 [†]	2 [†]

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

TABLEAUX RÉCAPITULATIFS

TABLEAUX RÉCAPITULATIFS									
ETAT/ CARACTERISTIQUES	COC	CIC	P/AV	PPS	AMPR/NET-EN	LNG/ETG implants	DIU-Cu	DIU-LNG	
A = Adoption, C = Continuation, AS = Allaitement au sein, NA = non applicable									
c) Inhibiteurs de la protéase boostés par le ritonavir	2 [†]	2 [†]	2 [†]	2 [†]	AMPR = 1, NET-EN = 2 [†]	2 [†]	2/3 [†]	2 [†]	2 [†]
Atazanavir boosté par le ritonavir (ATV/r)									2/3 [†]
Lopinavir boosté par le ritonavir (LPV/r)	2 [†]	2 [†]	2 [†]	2 [†]	AMPR = 1, NET-EN = 2 [†]	2 [†]	2/3 [†]	2 [†]	2 [†]
Darunavir boosté par le ritonavir (DRV/r)	2 [†]	2 [†]	2 [†]	2 [†]	AMPR = 1, NET-EN = 2 [†]	2 [†]	2/3 [†]	2 [†]	2 [†]
Ritonavir (RTV)	2 [†]	2 [†]	2 [†]	2 [†]	AMPR = 1, NET-EN = 2 [†]	2 [†]	2/3 [†]	2 [†]	2 [†]
d) Inhibiteurs de l'intégrase									
Raltégravir (RAL)	1	1	1	1	1	1	2/3 [†]	2 [†]	2/3 [†]
TRAITEMENT ANTICONVULSIVANT									
Certains anticonvulsivants (phénytoïne, carbamazépine, les barbituriques, primidone, topiramate, oxcarbazépine)	3 [†]	2	3 [†]	3 [†]	AMPR = 1, NET-EN = 2 [†]	2 [†]	1	1	1
b) Lamotrigine	3 [†]	3	1	1	1	1	1	1	1
TRAITEMENT ANTIMICROBIEN									
a) Antibiotiques à large spectre	1	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Antifongiques	1	1	1	1	1	1	1	1	1
c) Antiparasitaires	1	1	1	1	1	1	1	1	1
d) Rifampicine ou rifabutine	3 [†]	2 [†]	3 [†]	3 [†]	AMPR = 1, NET-EN = 2 [†]	2 [†]	1	1	1

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

Annexes

Pour l'information figurant à l'Annexe 1 (*Declarations of interest from the 58 experts who participated in this work*, ou Déclarations d'intérêts des 58 experts ayant contribué au présent travail) et à l'Annexe 2 (*Listing of systematic reviews conducted as part of the development of this document* ou Liste des revues systématiques menées dans le cadre de l'élaboration du présent document), veuillez consulter la version anglaise du document sur le site Web de l'OMS. L'Annexe 1 se trouve aux pages 265-266 et l'Annexe 2 est à la page 267. La version anglaise de la cinquième édition des *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* est consultable via le lien suivant : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/

Pour de plus amples informations, veuillez contacter :

Département Santé et recherche génésiques
Organisation mondiale de la Santé
Avenue Appia 20, CH-1211 Genève 27
Suisse
Télécopie : +41 22 791 4171
Courriel : reproductivehealth@who.int

www.who.int/reproductivehealth

ISBN 978 92 4 254915 7



9 789242 549157