

CONTRACEPTIFS ORAUX

CONTRACEPTION D'URGENCE

CONTRACEPTIFS INJECTABLES

IMPLANTS CONTRACEPTIFS

DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS

PRÉSERVATIFS (MASCULINS ET FÉMININS)

SPERMICIDES

MÉTHODES FÉMININES DE BARRIÈRES CERVICALES

STÉRILISATION FÉMININE ET MASCULINE

MÉTHODES BASÉES SUR LA CONNAISSANCE
DE LA FÉCONDITÉ

ÉLÉMENTS DE PREUVE SUR LA CONTRACEPTION

QUESTIONS ET RÉPONSES

PAR **MIA FOREMAN** ET **JEFF SPIELER**

www.prb.org

PRB

INFORMER
AUTONOMISER
PROGRESSER

POPULATION REFERENCE BUREAU

ÉLÉMENTS DE PREUVE SUR LA CONTRACEPTION

QUESTIONS ET RÉPONSES

REMERCIEMENTS

Cette publication a été rédigée par Mia Foreman, analyste politique des programmes internationaux du Population Reference Bureau (PRB), et Jeff Spieler, conseiller technique principal pour les sciences et la technologie du Bureau pour la population et la santé reproductive de la population au sein du Bureau de la santé mondiale de l'Agence américaine pour le développement international (USAID). Nous tenons également à remercier Shelley Snyder et Chelsea Polis de l'USAID ; Elizabeth Westley de l'International Consortium for Emergency Contraception ; Anne Burke du Department of Gynecology et Obstetrics à Johns Hopkins Bayview ; et Jay Gribble, Donna Clifton, Charlotte Feldman-Jacobs et Deborah Mesce du PRB pour leurs conseils précieux. Cette publication a été rendue possible grâce au soutien généreux du peuple américain à travers l'Agence américaine pour le développement international (USAID) aux termes du projet IDEA (n° AID-OAA-A-10-00009). Le contenu relève de la responsabilité du Population Reference Bureau et ne reflète pas nécessairement les vues de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis.

© 2013 Population Reference Bureau. Tous droits réservés.



TABLE DES MATIÈRES

CONTRACEPTIFS ORAUX.....	3
PILULES CONTRACEPTIVES D'URGENCE.....	6
CONTRACEPTIFS INJECTABLES.....	8
IMPLANTS CONTRACEPTIFS.....	10
DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS.....	11
PRÉSERVATIFS (MASCULINS ET FÉMININS).....	12
SPERMICIDES.....	13
MÉTHODES FÉMININES DE BARRIÈRES CERVICALES.....	13
STÉRILISATION FÉMININE ET MASCULINE.....	13
MÉTHODES DE CONNAISSANCE DE LA FÉCONDITÉ.....	16
NÉCESSITÉ DE DISPOSER D'INFORMATIONS PRÉCISES.....	18
RÉFÉRENCES.....	19

POPULATION REFERENCE BUREAU

Le Population Reference Bureau **INFORME** les gens du monde entier sur les questions de population, de santé et d'environnement, et les **AIDE** à se servir de ces informations pour **PROMOUVOIR** le bien-être des générations d'aujourd'hui et de demain.

www.prb.org

POPULATION REFERENCE BUREAU

1875 Connecticut Ave., NW 202 483 1100 **TÉLÉPHONE**
Suite 520 202 328 3937 **TÉLÉCOPIE**
Washington, DC 20009 USA popref@prb.org **COURRIEL**

ÉLÉMENTS DE PREUVE SUR LA CONTRACEPTION : QUESTIONS ET RÉPONSES

Le Population Reference Bureau (PRB) a publié il y a 25 ans *L'Innocuité des Méthodes de Contraception: Mythes et Réalités* pour fournir aux décideurs, aux directeurs de programmes et aux prestataires de services des informations précises sur les risques et les avantages des méthodes contraceptives. En 1998, le PRB a mis à jour le document pour inclure les recherches scientifiques les plus récentes sur toutes les méthodes disponibles et ajouter d'autres méthodes, telles que le préservatif féminin et la pilule contraceptive d'urgence.¹

Pourtant, des rumeurs et des informations incomplètes continuent de se propager et empêchent les clients de faire un choix éclairé et d'accéder à une méthode de contraception qui leur convient. Tel est l'objectif de cette nouvelle ressource, *Éléments de preuve sur la Contraception : Questions et Réponses*, qui vise à aider non seulement les femmes et les hommes à choisir une méthode basée sur des données scientifiques plutôt que des rumeurs, mais également les décideurs, les directeurs de programmes et les prestataires à combler ces besoins.

Les besoins en matière de planification familiale

Dans le monde, 222 millions des femmes ont un besoin non satisfait en matière de contraception moderne, ce qui signifie qu'elles ne souhaitent pas tomber enceintes pendant deux ans ou plus, mais qu'elles n'utilisent aucune méthode contraceptive moderne. Plusieurs raisons expliquent cette situation, notamment :²

- Peur des effets secondaires — perçus et réels.
- Connaissances limitées des méthodes.
- Faiblesse des systèmes de santé qui entravent l'accès aux méthodes contraceptives.
- Lois qui imposent le consentement de l'époux pour bénéficier de services de planification familiale.
- Recours à l'allaitement pour éviter une autre grossesse.
- L'opposition du partenaire ou des membres de la famille à la planification familiale.
- Rapports sexuels occasionnels.

En outre, les prestataires de santé peuvent, par inadvertance jouer un rôle négatif en donnant des informations erronées aux clients. En perpétuant les mythes et les rumeurs sur la planification familiale, les prestataires peuvent compromettre les efforts pour aider les femmes à atteindre leurs objectifs de reproduction.³ Des soins de meilleure qualité en matière de contraception, y compris le conseil, l'information et l'éducation du public, sont des éléments clés pour répondre à la question des besoins non satisfaits en matière de planification familiale.

La planification familiale a une multitude d'avantages sanitaires, sociaux et économiques pour les femmes et leurs familles, notamment l'amélioration de la santé maternelle et infantile, la réduction des grossesses non désirées et des avortements à risque, et la prévention de la propagation du VIH.

Les femmes sont plus probables d'utiliser la planification familiale à mesure que leur niveau d'éducation et les opportunités d'emploi s'améliorent. En même temps, l'utilisation de la planification familiale permet aux femmes de rester longtemps à l'école et de participer davantage à la population active. La planification familiale contribue à réduire la malnutrition et à améliorer la survie des enfants en gérant la taille de la famille et l'espacement des naissances.

CONTRACEPTIFS ORAUX (la pilule)

Question : Que sont les contraceptifs oraux (la pilule) ?

Réponse : Il existe deux types de contraceptifs oraux (pilule), combinés et progestatifs seuls. Les contraceptifs oraux combinés contiennent de faibles doses de deux hormones, un progestatif et un œstrogène, qui sont naturellement présents dans le corps d'une femme. Les pilules progestatives contiennent de très faibles doses de progestatif seul et peuvent être utilisées pendant l'allaitement ou par des femmes qui ne peuvent pas utiliser des méthodes œstrogènes.

Les deux types de contraceptifs oraux permettent d'éviter la grossesse en empêchant l'ovulation (la libération d'ovules par les ovaires) ou en épaississant la glaire cervicale (bloquant ainsi le sperme d'entrer en contact avec l'ovule).⁴

Question : La pilule peut-elle provoquer des anomalies congénitales lorsqu'une femme souhaite avoir un enfant plus tard ?

Réponse : Non. L'expérience montre que l'utilisation de la pilule n'entraîne pas d'anomalies congénitales lorsqu'une femme souhaite avoir un enfant plus tard. La pilule n'endommagera pas au fœtus si une femme tombe enceinte pendant qu'elle prend la pilule ou si elle ne réalise pas qu'elle est déjà enceinte et prend la pilule par accident.⁵

Question : L'utilisation de la pilule peut exposer une femme au risque de stérilité plus tard ?

Réponse : Non. L'utilisation de la pilule n'entraîne pas la stérilité. En fait, l'utilisation de la pilule peut aider une femme à préserver sa fertilité en la protégeant contre la maladie inflammatoire pelvienne, une infection du tractus génital supérieur qui cause une stérilité. Lorsqu'une femme cesse d'utiliser la pilule, la fécondité revient sans retard dans la plupart des cas. Un court retard, d'un à trois mois, peut survenir chez un faible pourcentage de femmes, ce qui est un effet secondaire fréquent.⁶

Question : L'utilisation de la pilule augmente le risque pour une femme de développer un cancer de l'endomètre ou des ovaires ?

Réponse : Les femmes qui utilisent la pilule réduisent de 50 pour cent le risque de contracter le cancer des ovaires et de l'endomètre lorsque la pilule a été utilisée pendant 10 ans ou plus.⁷ La protection contre ces deux formes de cancer continue pendant 15 ans ou plus après l'arrêt de l'utilisation de la pilule.⁸

Question : L'utilisation de la pilule présente un risque pour une femme de développer un cancer du sein ?

Réponse : Certaines études indiquent que les femmes qui ont utilisé des contraceptifs oraux combinés il y a plus de 10 ans présentent le même risque de cancer du sein que les femmes qui ne les ont jamais utilisés. Le diagnostic de cancer du sein est plus fréquent chez les utilisatrices actuelles de contraceptifs oraux combinés et les femmes qui ont utilisé la pilule au cours des 10 dernières années ; ce qui ne peut pas être associé à un effet biologique de la pilule, mais plutôt à un dépistage plus précoce. Lorsque les utilisatrices actuelles ou les anciennes de contraceptifs oraux combinés présentent un diagnostic de cancer du sein, le cancer est généralement moins avancé que chez les autres femmes.⁹

Question : L'utilisation de la pilule présente un risque pour une femme de développer un cancer du col de l'utérus ?

Réponse : Le risque de cancer du col de l'utérus augmente légèrement pendant l'utilisation de la pilule, en particulier lorsqu'une femme a pris la pilule pendant plus de cinq ans. Les femmes qui prennent des contraceptifs oraux pendant plus de cinq ans ont un risque beaucoup plus élevé d'être infectées par le virus du papillome humain (VPH qui peut provoquer le cancer du col de l'utérus) que celles qui n'utilisent pas la pilule. Les femmes qui prennent la pilule depuis moins de cinq ans n'ont pas un risque plus élevé de développer un cancer du col de l'utérus.

La raison de cette augmentation du risque n'est pas totalement claire. Certaines recherches suggèrent que les hormones contenues dans la pilule peuvent aider le VPH à pénétrer dans les cellules du col de l'utérus. Une autre possibilité est que les femmes qui utilisent la pilule sont susceptibles d'être plus actives sexuellement ou moins susceptibles d'utiliser des préservatifs (qui protègent contre la transmission du VPH).¹⁰

Question : L'utilisation de la pilule présente un risque pour une femme de développer un cancer du foie ?

Réponse : L'utilisation de la pilule est associée à un risque accru de tumeurs non cancéreuses du foie.¹¹ Certaines études indiquent que les femmes qui prennent la pilule pendant plus de cinq ans ont un risque accru de contracter des tumeurs hépatiques cancéreuses, tandis que d'autres études ne montrent pas cette relation.

Question : La pilule peut provoquer la formation de caillots de sang ?

Réponse : L'utilisation de contraceptifs oraux augmente le risque de formation de caillots de sang. Les caillots de sang se produisent généralement dans la jambe, mais se développent parfois dans d'autres parties du corps. La plupart des caillots sont traités avec des médicaments pour fluidifier le sang et ne sont pas mortels. Pourtant, parfois, un caillot peut se atteindre les poumons et provoquer de graves problèmes de santé.

Récemment, la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis a conclu que le risque de formation de caillots sanguins était multiplié par trois chez les femmes qui utilisent des contraceptifs oraux contenant du lévonorgestrel, et par six chez celles qui utilisent des méthodes les plus récentes qui contiennent de la drospirénone. Le lévonorgestrel et la drospirénone sont des hormones synthétiques qui reproduisent l'action de la progestérone pour éviter une grossesse.¹² La FDA continue de souligner que le risque de formation de caillots sanguins dû à l'utilisation de contraceptifs oraux demeure faible, même lorsqu'on utilise une pilule avec la drospirénone. Les femmes enceintes ont un risque plus élevé de développer des caillots de sang que les femmes qui utilisent tout autre contraceptif oral.¹³

Question : Une femme doit cesser de prendre la pilule pendant une année ou deux pour « reposer » son corps ?

Réponse : Il n'existe aucune preuve scientifique suggérant qu'une femme doit laisser son corps se reposer après une année ou deux d'utilisation continue de contraceptifs oraux. Les contraceptifs oraux modernes sont considérés sûrs et pouvant être pris sans interruption pendant plusieurs années. En outre, il est préférable pour une femme de continuer à prendre la pilule lorsqu'elle envisage d'utiliser la pilule à nouveau à l'avenir. Les fluctuations des hormones dues à l'utilisation et à l'interruption de la pilule peuvent causer l'apparition d'effets secondaires et augmenter le risque d'une grossesse non désirée, qui pose un risque plus élevé pour la santé que l'utilisation de la pilule.¹⁴

Question : L'utilisation de la pilule présente un risque pour une femme de contracter le VIH ?

Réponse : Non. L'utilisation de la pilule ne semble pas augmenter le risque pour une femme de contracter le VIH, mais elle ne protège pas contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. Il est important que les femmes et les hommes sexuellement actifs aient accès et utilisent les préservatifs pour prévenir le risque de contracter ou de transmettre le VIH et les autres IST. Bien que les préservatifs offrent une double protection, l'utilisation simultanée d'un préservatif et d'une autre méthode contraceptive peut réduire considérablement le risque de grossesse non désirée et le risque de contracter le VIH ou d'autres IST.¹⁵

Question : Lorsqu'une femme est séropositive, l'utilisation d'une pilule contraceptive orale peut accélérer la progression du VIH ?

Réponse : L'OMS indique que les femmes présentant un risque élevé de contracter le VIH ou les personnes vivant avec le VIH peuvent utiliser toutes les méthodes contraceptives hormonales existantes, y compris les contraceptifs oraux, sans restriction.¹⁶ L'utilisation d'un contraceptif oral n'entraîne pas la progression du VIH chez une femme qui est déjà séropositive.¹⁷ En réalité, l'utilisation volontaire de la contraception par les femmes séropositives qui souhaitent éviter une grossesse demeure la stratégie la plus efficace pour prévenir la naissance de nouveau-nés séropositifs.¹⁸ Pour les femmes et les hommes qui présentent un risque élevé de contracter le VIH ou qui sont séropositifs pour le VIH, l'utilisation correcte et systématique des préservatifs est indispensable pour prévenir la transmission du VIH aux partenaires sexuels non infectés.

PILULES CONTRACEPTIVES D'URGENCE (PCU)

Question : Quelles sont les pilules contraceptives d'urgence ?

Réponse : Les pilules contraceptives d'urgence (PCU) sont de petits comprimés vendus spécifiquement comme un produit de contraception d'urgence ou une forte dose d'une pilule contraceptive orale quotidienne. Les pilules sont composées d'une combinaison de progestatif et d'œstrogène ou de progestatif seul. Les deux types de pilules contraceptives d'urgence sont efficaces pour prévenir une grossesse lorsqu'elles sont prises dans les cinq jours suivant des rapports sexuels non protégés. Cependant, plus tôt qu'une femme prendra la PCU après un rapport sexuel non protégé, plus la PCU sera efficace. Pour de nombreuses femmes, les pilules contraceptives d'urgence offrent la possibilité de prévenir une grossesse non désirée après l'échec d'une méthode (comme la rupture d'un préservatif), des relations sexuelles non protégées ou un viol.

Parce que cette méthode de contraception n'est pas aussi efficace que l'utilisation de la plupart des méthodes de routine, elle n'est généralement pas recommandée aux femmes d'utiliser cette méthode comme moyen de contraception permanent.

Question : Le fait d'utiliser la PCU est équivalent à avoir un avortement ?

Réponse : Le fait d'utiliser la PCU est différent du fait d'avoir un avortement. La PCU permet de prévenir ou de retarder l'ovulation, d'empêcher le transport de l'ovule ou de sperme, et peut donc interférer avec la fécondation de l'ovule. Rien ne prouve que les PCU préviennent ou interfèrent avec l'implantation d'un ovule fécondé. Lorsqu'une femme est enceinte, les PCU n'entraîneront pas d'avortement et n'affecteront pas le développement de l'embryon, contrairement aux comprimés utilisés pour l'avortement médical, qui visent à mettre fin à une grossesse.

Question : Quelle est l'efficacité des PCU ?

Les pilules contraceptives d'urgence sont efficaces pouvant atteindre cinq jours après un rapport sexuel non protégé. Le régime posologique des PCU réduit pour une femme le risque de grossesse lorsqu'il est utilisé correctement. Les PCU contenant du lévonorgestrel sont beaucoup plus efficaces que les anciens régimes des PCU, et certainement plus efficaces que de ne rien utiliser.¹⁹ Les PCU anti-progestatifs, comme la mifépristone ou l'acétate d'ulipristal, sont au moins aussi efficaces, voire plus efficaces, que les PCU au lévonorgestrel.²⁰ La plupart des estimations de l'efficacité des PCU au lévonorgestrel varient de 59 pour cent à 95 percent.²¹ Une méta-analyse a estimé qu'une dose de 10 mg de mifépristone permet d'éviter 84 pour cent des grossesses non désirées.²² L'efficacité moyenne estimée de l'acétate d'ulipristal varie de 62 pour cent à 85 percent.²³ Les PCU doivent être prises dès que possible après un rapport sexuel non protégé pour être plus efficaces dans la prévention d'une grossesse non désirée.

Question : Lorsqu'une femme utilise la contraception d'urgence alors qu'elle est déjà enceinte, est-ce que son enfant en danger de souffrir de malformations congénitales ?

Réponse : Comme pour les contraceptifs oraux, rien ne prouve que l'utilisation de la CU provoque des malformations congénitales lorsque la femme est déjà enceinte. Les études qui se sont penchées sur les naissances chez les femmes qui ont continué à prendre une CU sans savoir qu'elles étaient enceintes n'ont pas trouvé de risque accru de malformations congénitales.²⁴

Question : Une femme peut utiliser la contraception d'urgence comme méthode régulière de planification familiale ?

Réponse : Les pilules contraceptives d'urgence ne sont généralement pas recommandées comme méthode régulière de planification familiale. L'utilisation de la CU comme méthode régulière de planification familiale peut être très coûteuse, peut provoquer l'irrégularité de la menstruation avec le temps et elle est moins efficace pour prévenir la grossesse que la plupart des autres méthodes contraceptives.²⁵

Question : Après qu'une femme a pris une CU, sera-t-elle protégée contre la grossesse jusqu'à ses prochaines règles ?

Réponse : Non. La CU est plus efficace juste après un rapport sexuel non protégé. Elle continue à réduire le risque de grossesse jusqu'à cinq jours, mais avec le temps, son efficacité diminue. En outre, une seule utilisation de CU ne protège pas contre un deuxième ou un troisième rapport sexuel non protégé au cours du même cycle. Pour éviter une grossesse, une femme doit utiliser une autre méthode contraceptive après avoir pris la pilule contraceptive d'urgence.²⁶

CONTRACEPTIFS INJECTABLES

Question : Lorsqu'une femme utilise un contraceptif injectable, le risque de cancer augmente-t-il ?

Réponse : Comme pour les contraceptifs oraux, les contraceptifs injectables fournissent une protection contre le risque de cancer des ovaires et les cancers de l'endomètre.²⁷ Selon une étude récente menée en Thaïlande, le cancer des ovaires a diminué de 39 pour cent chez les femmes ayant déjà utilisé de l'acétate de médroxyprogestérone (DMPA - un contraceptif injectable fréquent). L'utilisation de DMPA pendant trois ans ou plus réduit le risque de 83 pour cent par rapport aux femmes qui n'ont jamais utilisé le DMPA. Le DMPA protège également contre le cancer de l'utérus.²⁸

En avril 2012, une étude publiée dans la revue *Cancer Research* a associé l'utilisation du DMPA à un risque accru de cancer du sein pour les femmes âgées de 20 à 44 ans.²⁹ Comme des études précédentes, cette étude a montré que l'augmentation du risque a disparu quelques mois après la suspension du DMPA par les femmes. En outre, les femmes qui avaient utilisé le DMPA pendant moins d'un an ou qui avaient cessé de l'utiliser depuis plus d'un an plus tôt ne présentaient pas un risque accru de cancer du sein.

D'autres essais cliniques et travaux de recherche ne sont pas parvenus à établir un lien entre le DMPA et le cancer du sein car il n'a pas été prouvé que le DMPA accélère la croissance des cellules cancéreuses préexistantes ou que les chercheurs constatent un risque accru de cancer du sein chez les utilisatrices actuelles et très récentes de DMPA parce qu'elles sont sous surveillance et bénéficient d'un dépistage précoce du cancer du sein. Sachant que le cancer du sein est rare chez les jeunes femmes, il convient de noter que de nombreux experts de la santé conviennent que les bienfaits pour la santé de l'utilisation du DMPA pour prévenir la grossesse l'emportent sur les risques.³⁰

Question : Lorsqu'une femme utilise un contraceptif injectable, devra-t-elle cesser de l'utiliser à certains moments pour reprendre un cycle menstruel régulier ?

Réponse : Non, les femmes qui utilisent des contraceptifs injectables ne doivent pas interrompre leur régime contraceptif normal pour cette raison. Certaines femmes n'ont aucun saignement mensuel lorsqu'elles utilisent un contraceptif injectable. L'hormone de progestérone présente dans la méthode empêche la muqueuse de l'utérus de s'épaissir comme cela est le cas chez les femmes qui n'utilisent aucune méthode contraceptive. Le résultat est soit un léger saignement ou pas de saignement mensuel, mais il n'y a pas de risque pour la santé.

Certaines femmes peuvent éprouver l'effet opposé : saignements abondants, prolongés ou irréguliers. Ce type de saignement est également sans danger et tend à diminuer ou cesser après les premiers mois d'utilisation. Lorsqu'une femme cesse d'utiliser la contraception injectable, ses règles reviennent au bout de plusieurs mois.³¹

Question : Lorsqu'une femme utilise un contraceptif injectable alors qu'elle est déjà enceinte, est-ce que son enfant est en souffrir de malformations congénitales ?

Réponse : Comme pour les autres méthodes de contraception, un certain nombre d'études n'ont révélé aucun risque pour le fœtus lorsqu'une femme utilise accidentellement une méthode injectable pendant la grossesse ou tombe enceinte pendant qu'elle utilise la méthode.³²

Question : Lorsqu'une femme utilise un contraceptif injectable, s'expose-t-elle à un risque de stérilité ?

Réponse : Le contraceptif injectable n'entraîne pas la stérilité chez une femme. Il peut y avoir un certain délai pour tomber enceinte après l'arrêt de l'utilisation de la méthode. Pour assurer une protection continue contre la grossesse, le DMPA doit être administré environ toutes les 13 semaines. Des études

suggèrent que suite à la dernière injection, en moyenne, une femme peut tomber enceinte dans les neuf mois.³³ Des études n'ont pas trouvé d'association entre la durée de l'utilisation du DMPA et le retour de la fécondité. Cet intervalle sera plus court pour certaines femmes et plus long pour d'autres. Sachant qu'une femme peut tomber enceinte avant d'avoir ses premières règles après l'arrêt de l'utilisation d'un contraceptif injectable, il est important qu'elle et son partenaire utilisent un préservatif ou une autre méthode barrière pour éviter une grossesse non planifiée, à moins qu'elle n'ait interrompu le DMPA pour tenter de tomber enceinte.

Question : L'utilisation d'un contraceptif injectable peut entraîner à la perte de la densité osseuse d'une femme ?

Réponse : Il a été prouvé que la contraception injectable contribue à la perte de densité osseuse, en particulier dans la hanche et la colonne vertébrale inférieure, dans les deux ans suivant l'administration de la première injection. Les femmes qui utilisent un contraceptif injectable et qui ont de faibles niveaux de consommation de calcium, qui fument et qui n'ont jamais eu d'enfants sont les plus à risque de souffrir de perte de la densité osseuse.³⁴

Les femmes adultes qui utilisent des contraceptifs injectables semblent reprendre la plupart de la perte de la densité osseuse après une fois qu'elles cessent d'utiliser la méthode. La recherche actuelle tente de déterminer si la perte osseuse chez les adolescentes et les jeunes femmes est totalement réversible. L'OMS estime qu'il est acceptable pour les adolescentes d'utiliser un contraceptif injectable, sachant que la prévention des grossesses non désirées à un jeune âge l'emporte sur le risque d'une fracture plus tard dans la vie.³⁵

Question : L'utilisation d'un contraceptif injectable augmente le risque pour une femme de contracter le VIH ?

Réponse : Certaines études suggèrent que les femmes séronégatives qui utilisent une injection de progestérone seule (sans œstrogène), telle que le DMPA, peuvent présenter un risque accru de contracter le VIH, mais plusieurs autres études ne confirment pas cette association. En 2012, un comité d'experts a examiné toutes les preuves disponibles et ont convenu que les données n'étaient pas suffisamment concluantes pour changer les directives actuelles. Toutefois, en raison de la nature peu convaincante des preuves disponibles, il est fortement recommandé aux femmes qui utilisent une contraception injectable à la progestérone seule et qui présentent un risque élevé de contracter le VIH d'utiliser toujours un préservatif (masculin ou féminin) et de prendre d'autres actions préventives contre le VIH.³⁶

Question : Lorsqu'une femme est séropositive, l'utilisation d'un contraceptif injectable peut accélérer la progression du VIH ?

Réponse : La majorité des preuves indiquent que les femmes séropositives peuvent utiliser des méthodes contraceptives hormonales, y compris des contraceptifs injectables, sans craindre de voir la progression de la maladie.³⁷

Question : Lorsqu'une femme séropositive utilise la contraception injectable, cela augmente le risque de transmettre le virus à ses partenaires sexuels ?

Réponse : Une étude suggère que les contraceptifs injectables peuvent être associés à la transmission homme-femme du VIH. Pourtant, les éléments de preuve à ce sujet sont limités et des éléments probants supplémentaires sont nécessaires.³⁸

Il est important que les femmes séropositives et à risque d'infection par le VIH utilisent des préservatifs pour réduire le risque de contracter et de transmettre le VIH et les autres IST. Le contraceptif injectable ne protège pas contre le VIH ou les autres IST.³⁹

IMPLANTS CONTRACEPTIFS

Question : Peuvent les tiges implantables déplacer du bras de la femme à d'autres parties de son corps ?

Réponse : Non, les implants sont insérés juste sous la peau dans la partie intérieure de la partie supérieure du bras, et ne se déplacent pas à partir de cette zone générale. Dans des cas très rares, un implant peut se déplacer d'un centimètre ou deux, ce qui n'est pas nocif. L'implant est trop grand pour pénétrer dans le sang et ne peut pas sortir de la peau, sauf s'il n'a pas été inséré de manière appropriée et le site d'incision n'a totalement guéri. L'implant peut être senti à tout moment, en touchant légèrement la peau sous laquelle il est inséré.⁴⁰

Question : Est-ce qu'il y a des dangers pour nouveau-né si la mère tombe enceinte pendant l'utilisation d'un implant contraceptif ?

Réponse : Les implants contraceptifs, dont le taux d'efficacité atteint 99 pour cent, sont sûrs et appropriés pour la plupart des femmes et des adolescentes.⁴¹ Dans le cas peu probable où une femme tombe enceinte en utilisant un implant, elle doit consulter un médecin en urgence car sa grossesse risque de se développer hors de l'utérus (grossesse extra-utérine).⁴² Aucun problème connu n'a été signalé pour la mère ou le fœtus lorsque des implants sont encore en place pendant la grossesse. En outre, lorsqu'une femme tombe enceinte pendant l'utilisation de la méthode, l'implant doit être retiré.

Question : Quelle est la durée de l'intervention chirurgicale visant à placer et à retirer un implant ? Est-ce qu'elle est douloureuse ?

Réponse : Selon le type d'implant, la durée moyenne d'insertion est de deux minutes, et quatre minutes suffisent pour le retirer.⁴³ La majorité des utilisatrices n'ont pas signalé de difficulté ou de douleurs excessives lors de l'insertion ou du retrait. Un prestataire de soins de santé procèdera à l'anesthésie locale d'une petite partie du bras de la femme avant l'insertion et le retrait. Les effets secondaires normaux dus à l'insertion et au retrait peuvent être des contusions, des douleurs ou des saignements mineurs et des cicatrices. Plus rarement, une infection peut se produire lorsque l'insertion ou le retrait n'ont pas été réalisés de manière appropriée.⁴⁴

Question : Les implants contraceptifs sont une méthode contraceptive à action prolongée. Lorsqu'un implant est inséré, peut-il être retiré à tout moment ?

Réponse : La durée de protection contraceptive varie selon la marque : Jadelle assure une protection contre la grossesse pendant cinq ans ; Sino-implant (II) pendant quatre ans, et Implanon et Nexplanon pendant trois ans. Une femme peut faire retirer l'implant à tout moment indépendamment de la durée de protection contre la grossesse. Suite au retrait de l'implant, le retour de la fertilité est immédiat.⁴⁵

Les implants sont une excellente méthode de contraception pour les femmes qui souhaitent retarder une première naissance ou espacer les naissances pendant deux ans ou plus. C'est également une bonne option pour les femmes qui ne souhaitent plus avoir d'enfants, mais qui refusent les méthodes de contraception permanentes, telles que la stérilisation ou d'autres méthodes contraceptives à longue durée d'action, comme par exemple le stérilet.

Question : Lorsqu'une femme utilise un implant contraceptif, s'expose-t-elle à un risque accru de développer un cancer ?

Réponse : L'augmentation des risques possibles de cancer qui ont été enregistrés dans certaines études n'est pas suffisamment importante pour l'emporter sur les avantages de l'utilisation d'un implant contraceptif. Un implant contraceptif protège probablement contre la maladie inflammatoire pelvienne (MIP) qui a été associée au cancer de l'ovaire.⁴⁶ Pourtant, l'OMS recommande qu'une femme qui a eu un cancer du sein au cours des cinq dernières années doit utiliser une méthode de contraception non hormonale.

DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS (DIU)

Question : Lorsqu'une femme utilise un DIU, pourra-t-elle tomber enceinte dans le futur ?

Réponse : Le DIU en lui-même n'est pas une cause de stérilité (incapacité à tomber enceinte) après son retrait. La majorité des femmes qui utilisent un DIU peuvent tomber enceintes après que le dispositif a été retiré, à condition qu'elles soient en âge de procréer et qu'aucun autre facteur n'influence leur fertilité. Cependant, une femme qui a une infection pelvienne ou une IST ne doit pas utiliser de stérilet tant que ces infections, n'ont pas été traitées. Lorsqu'un dispositif intra-utérin est inséré en présence d'une infection, des bactéries pouvant causer une stérilité risquent d'être introduites.⁴⁷

Question : Une femme doit avoir un certain âge pour utiliser un stérilet ? Doit-elle avoir déjà eu un enfant ?

Réponse : Il n'y a pas un âge minimal ou maximal pour utiliser un dispositif intra-utérin. Après la ménopause (disparition de la menstruation), la femme doit retirer le DIU dans les 12 mois.⁴⁸ La plupart des femmes en âge de procréer peuvent utiliser un DIU indépendamment du fait qu'elles ont déjà accouché. Le facteur principal déterminant l'utilisation ou non d'un DIU est la présence d'une IST ou d'une infection pelvienne.

Question : Lorsqu'une femme souhaite utiliser un DIU comme méthode contraceptive tout en ignorant combien de temps elle souhaite l'utiliser, peut-elle tout utiliser cette méthode ?

Réponse : Un DIU protège les femmes contre la grossesse pendant cinq à 12 ans selon le type de dispositif utilisé. Quoi qu'il en soit, le DIU peut être retiré à tout moment et quelle qu'en soit la cause par un prestataire de soin de santé. Une femme qui approcherait des 40 ans pourrait utiliser un DIU jusqu'à la fin de sa période de fertilité. Après que le DIU est retiré, le retour de la fertilité ne tardera pas. Il faut pourtant savoir que la fertilité diminue généralement avec l'âge.⁴⁹

Question : Qu'est-ce que le DIU fait pendant les rapports sexuels ? Est-ce qu'il y a un risque de se déplacer dans d'autres parties du corps d'une femme ?

Réponse : Un DIU ne se déplacera jamais dans les autres parties du corps, comme le cœur, le cerveau ou toute autre zone extérieure à l'utérus. Pendant les rapports sexuels, le DIU ne bouge pas. Parfois, un homme peut sentir le fil situé à l'extrémité du DIU. Si cela est gênant, le prestataire de soins de santé peut raccourcir le fil afin qu'il ne dépasse plus du canal cervical. Un homme peut aussi sentir le DIU s'il a été expulsé du col de l'utérus. Dès la première année d'utilisation, l'expulsion spontanée du DIU se produit chez 2 pour cent à 10 pour cent des femmes.⁵⁰ En cas de doute sur une expulsion ou un déplacement du dispositif, une femme doit consulter un prestataire de soins de santé immédiatement.⁵¹

Question : Que risque un nouveau-né dont la mère est tombée enceinte pendant l'utilisation d'un DIU ?

Réponse : Au cours de la première année d'utilisation, les taux de grossesse chez les utilisatrices de DIU sont moins de 1 pour 100 des utilisatrices, contre 3 pour 100 pour l'injection de Depo- Provera, 8 pour 100 pour la pilule contraceptive, et 15 pour 100 pour le préservatif.⁵² Lorsqu'une femme tombe enceinte pendant l'utilisation du DIU, rien ne prouve que cela ne nuise au fœtus. Si elle découvre qu'elle est enceinte tout en portant un DIU, elle doit le faire retirer pour réduire le risque d'infection ou de fausse couche. Elle doit également consulter un médecin pour assurer que la grossesse n'est pas extra-utérine (se développe à l'extérieur de l'utérus).⁵³

PRÉSERVATIFS (Masculins et Féminins)

Question : Lorsqu'un préservatif se détache ou se déchire pendant des rapports sexuels, peut-il se loger de façon permanente dans le corps d'une femme ?

Réponse : Bien que la rupture d'un préservatif ne soit pas très fréquente avec des préservatifs de bonne qualité, un préservatif masculin peut se déchirer pendant les rapports sexuels pour de nombreuses raisons, y compris la façon dont il a été utilisé, la péremption de la date d'utilisation, s'il a été endommagé pendant son retrait de l'emballage, s'il a été utilisé plus d'une fois ou s'il a été fabriqué de manière inappropriée.

Il existe un faible risque de voir le préservatif se loger à l'intérieur du vagin d'une femme, par exemple, lorsque le préservatif n'est pas suffisamment serré ou lorsque l'homme retire son pénis sans tenir la base du préservatif. Lorsque le préservatif est logé dans le vagin, il ne peut pas se déplacer vers d'autres parties du corps. Lorsque le préservatif ne peut pas être retiré manuellement, la femme doit consulter un gynécologue ou se rendre aux urgences d'un hôpital pour se faire aider et éviter l'accumulation de bactéries pouvant entraîner une infection.

Pour réduire les risques de rupture, le préservatif doit être entreposé dans un endroit frais et sec. Les utilisateurs doivent également éviter de déchirer ou d'endommager le préservatif lors de son retrait de l'emballage. Ils doivent également presser sur l'extrémité pour éliminer la présence d'air, dérouler le préservatif sur le pénis en érection et appliquer un lubrifiant ou un spermicide qui n'est pas à base d'huile, sachant que l'huile endommage les préservatifs en latex.⁵⁴

Tout comme les préservatifs masculins, les préservatifs féminins ne peuvent pas loger de façon permanente à l'intérieur du corps d'une femme.

Question : Lorsqu'un homme utilise un préservatif, peut-il avoir une érection ?

Réponse : Certains hommes peuvent, à certains moments, connaître une perte d'érection lorsqu'ils placent ou utilisent un préservatif. Les hommes peuvent être plus susceptibles d'être victimes d'une perte d'érection due au port d'un préservatif lorsqu'ils manquent de confiance dans l'utilisation appropriée du préservatif ou rencontrent des problèmes avec la façon dont le préservatif s'intègre.⁵⁵ Lorsqu'un homme découvre qu'il a des difficultés à maintenir une érection en portant un préservatif, une quantité plus importante de lubrifiant peut être nécessaire ou il peut essayer une autre marque de préservatif. Les hommes qui souffrent d'éjaculation précoce peuvent constater que l'utilisation du préservatif les aide à surmonter ce problème.⁵⁶

Question : On pense souvent que les préservatifs sont nécessaires uniquement lors de rapports sexuels à risque, comme le fait d'avoir des relations sexuelles avec des prostituées. Est-ce vrai ?

Réponse : Non, les préservatifs ne doivent pas être utilisés uniquement lors de rapports sexuels à haut risque. Dans le monde, de nombreux préfèrent utiliser des préservatifs dans le cadre de la prévention d'une grossesse, d'une infection, ou pour ces deux raisons. Lorsque les préservatifs sont utilisés correctement, seulement 3 femmes sur 100 dont les partenaires utilisent des préservatifs masculins seront enceintes, tandis que seulement 5 femmes sur 100 utilisant un préservatif féminin seront enceintes. Les deux types de préservatifs sont rentables et faciles à utiliser avec peu ou pas d'effets secondaires. Les préservatifs sont actuellement le seul moyen de contraception pouvant prévenir la transmission d'une IST, y compris le VIH. Sachant que les préservatifs protègent contre les infections, ils sont une méthode préférée pour de nombreux individus sexuellement actifs, y compris ceux qui ont de multiples partenaires sexuels et pour les travailleurs du sexe.⁵⁷

SPERMICIDES

Question : Qu'est-ce qu'un spermicide ?

Réponse : Un spermicide est une méthode contraceptive qui contient des produits chimiques qui endommagent le sperme, éliminant ainsi les cellules du sperme. Les spermicides sont disponibles sous forme de crème, de film, de mousse, de gel et de suppositoires, et sont généralement utilisés avec un diaphragme ou une cape cervicale, ou inclus dans certaines marques de préservatifs.

L'utilisation répétée et à haute dose du spermicide nonoxynol-9 est associée à un risque accru de lésions génitales, pouvant augmenter le risque d'infection par le VIH. Par conséquent, l'utilisation de spermicide n'est pas recommandée aux femmes à haut risque de contracter le VIH et aux femmes vivant avec le VIH ou le sida.⁵⁸ Il s'agit d'une option de contraception sûre et modérément efficace pour les femmes à faible risque d'IST / VIH qui n'ont pas l'intention d'utiliser le produit plus d'une fois par jour.

Question : Lorsqu'une femme utilise un spermicide, existe-t-il des risques pour le nouveau-né en cas de grossesse future ?

Réponse : Selon la plupart des chercheurs, il n'existe pas de corrélation entre les anomalies congénitales et l'utilisation de spermicides.⁵⁹ Dans les années 1980, trois études ont rapporté des associations indésirables possibles entre l'exposition aux spermicides et les malformations congénitales, mais ces études semblent avoir fait l'objet de graves problèmes de méthodologie.⁶⁰ D'autres études n'ont révélé aucun effet indésirable sur le fœtus associé à l'utilisation spermicide. Il est donc confirmé qu'il n'existe aucune association entre l'utilisation d'un spermicide et les anomalies congénitales.⁶¹

MÉTHODES FÉMININES DE BARRIÈRES CERVICALES (éponge contraceptive, diaphragme et cape cervicale)

Question : Les diaphragmes, les capes cervicales et les éponges contraceptives préviennent le cancer du col de l'utérus ?

Réponse : L'utilisation d'un diaphragme ne prévient pas le cancer du col de l'utérus. Le virus du papillome humain (VPH) est une IST connue pour provoquer le cancer du col de l'utérus. Actuellement, rien ne prouve que l'utilisation d'une éponge contraceptive ou d'une cape cervicale empêche la propagation du VPH.⁶²

STÉRILISATION FÉMININE ET MASCULINE

Question : Lorsqu'une femme a été stérilisée, est-ce qu'il y a un risque de tomber à nouveau enceinte ?

Réponse : La stérilisation féminine (ligature des trompes) est une forme efficace de contraception qui empêche de manière permanente une femme de tomber enceinte. Dans la plupart des cas, une ligature des trompes a une efficacité supérieure à 99 pour cent, sachant que seulement 1 femme sur 200 tombe enceinte après l'opération, principalement parce que les trompes de Fallope se reforment après avoir été ligaturées.

Question : Lorsqu'un homme a été stérilisé, peut-il encore féconder une femme ?

Réponse : Même si la stérilisation masculine (vasectomie) est une méthode de contraception permanente pour les hommes, le couple doit utiliser une autre méthode contraceptive jusqu'à trois mois suivant la vasectomie pour une protection complète contre la grossesse.

Après trois mois, le taux d'échec de la vasectomie est inférieur à 1 pour cent, ce qui signifie que c'est une méthode très efficace. L'échec a tendance à se produire lorsque le sperme trouve un nouveau moyen d'entrer dans le canal déférent qui transporte le sperme pendant l'éjaculation.⁶³

Question : La stérilisation entraîne une prise de poids ?

Réponse : Il n'existe aucune corrélation entre la stérilisation et la prise de poids. Les femmes peuvent croire que la stérilisation entraîne une prise de poids, car la plupart des clientes sont stérilisées lorsqu'elles ont 30 ans ou plus, une période pendant laquelle le métabolisme ralentit et la prise de poids est fréquente. La prise de poids a tendance à être associée au vieillissement, plutôt qu'à la procédure de stérilisation.⁶⁴

Question : La stérilisation peut affaiblir une personne ?

Réponse : Sachant que la stérilisation est une intervention chirurgicale mineure, une femme ou un homme peuvent se sentir un peu faibles pendant leur convalescence, mais cette situation ne dure que pendant quelques jours à quelques semaines après l'opération. Une fois rétablie, la condition physique d'un patient retourne à son niveau normal.⁶⁵

Question : La vasectomie est une intervention douloureuse ? Est-elle compliquée ?

Réponse : Non. Une vasectomie est une procédure rapide qui nécessite qu'un médecin ferme ou bloque le canal déférent, le tube qui transporte les spermatozoïdes des testicules vers l'urètre lors de l'éjaculation.

Lorsqu'un homme subit cette opération en consultation externe, il peut ressentir une gêne légère ou modérée, qui peut être soulagée grâce à un support athlétique, un sac de glace et un analgésique. Il doit également éviter tout effort ou tout exercice physique intense pendant une semaine.⁶⁶

Question : La ligature des trompes est une intervention douloureuse ? Est-elle compliquée ?

Réponse : Non. Lors d'une ligature des trompes, un médecin effectue une intervention chirurgicale mineure qui empêche l'ovule de passer dans les trompes de Fallope et l'utérus pour fécondation, et empêche les spermatozoïdes de circuler de la trompe de Fallope jusqu'à l'ovule.

Une ligature des trompes est une intervention en consultation externe qui dure 20 à 30 minutes sous anesthésie locale ou générale. Une femme peut ressentir certains effets secondaires, tels que des douleurs ou des crampes abdominales, de la fatigue, des étourdissements et des ballonnements. Un analgésique aide à soulager la gêne.

Question : Lorsqu'une femme décide de subir une ligature des trompes, est-ce la fin de son cycle menstruel ?

Réponse : La ligature des trompes n'empêche pas une femme d'avoir ses règles. Contrairement à une hystérectomie, qui est l'ablation de l'utérus et provoque l'arrêt de la menstruation, la ligature des trompes est le blocage ou la ligature des trompes de Fallope visant à empêcher l'œuf de se déplacer dans l'utérus pour une éventuelle fécondation par un spermatozoïde. La ligature des trompes n'a pas d'effet sur la production d'hormones féminines et une femme éliminera la muqueuse de l'utérus (l'endomètre) chaque mois. Lorsqu'une femme choisit la ligature des trompes au cours des dernières années de la période de fécondité, son cycle menstruel peut changer en raison de la ménopause et non pas en raison de l'intervention elle-même.⁶⁷

Question : La vasectomie est identique à la castration ?

Réponse : Non. La castration est l'ablation des testicules, qui ne se produit pas pendant une vasectomie. La vasectomie est une intervention visant à bloquer le passage des spermatozoïdes des testicules aux tubes appelés les canaux déférents. Les testicules d'un homme ne sont pas impliqués dans l'intervention.

Question : Après une vasectomie, un homme peut encore produire du sperme et éjaculer ?

Réponse : Oui. Un homme pourra encore produire du sperme et éjaculer, mais il n'y aura plus de spermatozoïdes dans son sperme.⁶⁸

Question : Un homme aura toujours le même désir et les mêmes performances sexuelles après une vasectomie ?

Réponse : Le désir sexuel et les capacités sexuelles d'un homme ne sont pas affectés par une vasectomie. La stérilisation masculine n'interfère pas avec la production d'hormones dans les testicules ou les vaisseaux sanguins ou les nerfs nécessaires pour une érection. Une vasectomie ne provoque pas l'impuissance et elle n'affecte pas la capacité d'un homme d'avoir et de maintenir une érection. La seule différence est que les spermatozoïdes ne seront plus libérés dans le sperme pendant l'éjaculation. Cela peut effectivement augmenter le plaisir sexuel en raison de l'absence de craintes liées à une grossesse non planifiée.⁶⁹

Question : Un homme qui a subi une vasectomie est plus exposé au risque de contracter le cancer de la prostate ?

Réponse : La plupart des études ne trouvent pas de relation entre la vasectomie et le risque de cancer de la prostate.⁷⁰ En 2002, le *Journal of the American Medical Association* a publié les résultats d'une étude montrant l'absence d'association entre le cancer de la prostate et la vasectomie.⁷¹

Question : Une vasectomie peut augmenter les risques de problèmes cardiaques ou de nuire au système immunitaire d'un homme ?

Réponse : Il n'existe aucun lien entre la vasectomie et la maladie coronarienne ou les maladies liées au système immunitaire.⁷² Cette rumeur a commencé lorsque des études antérieures qui utilisaient des singes ayant subi une vasectomie comme sujets de recherche, ont montré une corrélation entre l'alimentation et les problèmes cardiaques. Des études ultérieures chez l'homme n'ont montré aucune association.

Question : Lorsqu'un homme subi une vasectomie, peut-il encore effectuer un travail physique ?

Réponse : Après l'intervention, il peut avoir besoin de se reposer pendant une semaine et éviter de porter des objets lourds, mais il peut travailler normalement après sa convalescence.⁷³

MÉTHODES BASÉES SUR LA CONNAISSANCE DE LA FÉCONDITÉ

Question : Quelles sont les méthodes basées sur la connaissance de la fécondité ?

Réponse : Les méthodes basées sur la connaissance fécondité (également appelées méthodes de planification familiale naturelle) comprennent une variété d'options permettant aux couples de se protéger contre la grossesse en sachant à quel moment la femme est fertile pendant son cycle menstruel. La période féconde est la période pendant laquelle elle peut tomber enceinte.

Les méthodes comprennent les *méthodes basées sur le calendrier* qui impliquent le suivi des jours du cycle menstruel pour identifier le début et la fin de la période féconde et les *méthodes basées sur les symptômes* qui nécessitent l'observation des sécrétions cervicales et / ou de la température du corps d'une femme, qui augmente légèrement après l'ovulation. Cela permet au couple de planifier les rapports sexuels pour prévenir ou obtenir une grossesse en fonction des intentions de planification familiale du couple.

Lorsque la femme est fertile, le couple empêche la grossesse en évitant d'avoir des rapports sexuels non protégés, soit par l'abstinence ou en utilisant une autre méthode contraceptive. Les méthodes basées sur la connaissance de fécondité n'ont pas d'effets secondaires ou de risques pour la santé, autres que la possibilité d'une grossesse non désirée en cas d'échec de la méthode (et la possibilité de contracter des infections sexuellement transmissibles). Lorsqu'elles sont fréquemment utilisées pendant la première année, 12 à 25 couples sur 100 connaîtront une grossesse, en fonction de la méthode qu'ils utilisent.⁷⁴

Question : Faut-il être instruit et hautement qualifié pour utiliser une méthode de planification familiale basée sur la connaissance de la fécondité ?

Réponse : Des études menées en Amérique latine, en Asie et en Afrique ont montré que les femmes peu instruites et analphabètes utilisent des méthodes basées sur la connaissance de la fertilité, comme la Méthode des jours fixes (MJF), aussi efficacement que les femmes très instruites. Toutefois, cela peut exiger plus de temps de conseil et davantage de matériels adaptés. La MJF utilise des aide-mémoire tels que le Collier du cycle, un collier composé de perles de couleurs différentes représentant les jours du cycle menstruel d'une femme pendant lesquels une grossesse est probable ou improbable. Ces outils, ainsi que les autres informations d'orientation qui utilisent des images pour expliquer la méthode, aident les femmes et les hommes qui ne savent pas lire à comprendre le fonctionnement d'une méthode.⁷⁵

D'autres méthodes basées sur la connaissance de la fécondité, comme la Méthode des deux jours, la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA), la Méthode Billings, la méthode de la température basale du corps, et la méthode symptothermale sont également disponibles pour les femmes et les hommes peu éduqués. D'autres conseils peuvent être nécessaires pour assurer que le client comprend comment utiliser la méthode, mais le taux d'efficacité est le même que avec les clients plus instruits.

Question : Lorsqu'une femme souhaite utiliser une méthode basée sur la connaissance la fécondité, doit-elle avoir un cycle menstruel régulier ?

Réponse : Lorsque le cycle menstruel d'une femme n'est pas régulier (un cycle qui dure généralement entre 26 et 32 jours), elle peut utiliser des méthodes de connaissance de la fécondité. Lorsqu'une femme a deux ou plusieurs cycles en dehors de la période de 26 -32 jours, elle réduit ses chances de tomber enceinte si elle utilise une méthode basée sur les symptômes, telle que la Méthode des deux jours, la méthode de la température basale du corps, la Méthode Billings d'ovulation ou la méthode symptothermale.⁷⁶

Question : Que doivent faire les couples sur les jours pendant lesquels une femme risque de tomber enceinte ?

Réponse : Pendant les jours sur lesquels une femme est fertile, le couple doit s'abstenir d'avoir des rapports sexuels ou utiliser une méthode de barrière. Bien qu'il puisse être difficile de changer le comportement d'un partenaire masculin, sa participation à des séances de conseil sur la planification familiale peut aider les partenaires à comprendre l'importance de la prévention de la grossesse et à pratiquer l'abstinence ou une méthode de barrière pendant les jours fertiles.⁷⁷

Question : La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) exige la mère à exclusivement allaiter son nouveau-né pendant les six premiers mois. Est-ce que le nouveau-né a besoin plus que l'allaitement pour recevoir les nutriments adéquats ?

Réponse : Une femme peut utiliser la méthode MAMA lorsque son cycle menstruel n'est pas revenu, que le bébé est exclusivement allaité et que le bébé a moins de 6 mois. Selon l'OMS, l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois est le meilleur moyen de nourrir un enfant et lui apporte toute l'énergie et les nutriments nécessaires. L'allaitement maternel contribue également à réduire la mortalité infantile due aux maladies infantiles fréquentes, comme la diarrhée ou la pneumonie, et aide le nourrisson à guérir plus rapidement. L'allaitement maternel exclusif permet également la croissance et le développement du nouveau-né.⁷⁸

Question : Lorsqu'une femme est séropositive, peut-elle utiliser sans risque la méthode MAMA comme méthode contraceptive ?

Réponse : Une femme séropositive peut transmettre le VIH à son enfant par le lait maternel, mais le fait de recevoir un traitement contre le VIH réduit considérablement les risques. L'OMS suggère que les femmes séropositives utilisent une alimentation de substitution à la place de l'allaitement maternel lorsque l'eau potable est toujours disponible, et lorsque l'aliment de substitution est :

- Acceptable pour la mère et le nourrisson.
- Abordable pour la mère.
- Possible à acheter ou à préparer.
- Disponible pendant les six premiers mois de vie du nourrisson.

Lorsque l'ensemble des critères ci-dessus ne sont pas réunis, l'OMS recommande l'allaitement maternel exclusif pour les femmes séropositives pour le VIH plutôt que l'alimentation mixte (allaitement plus alimentation de substitution). Les avantages de l'allaitement maternel exclusif doivent être pesés par rapport au risque de transmission du VIH à l'enfant. Lorsque les cinq conditions ci-dessus ne peuvent être réunies concernant l'alimentation de substitution, en particulier dans les régions du monde où les maladies infectieuses et la malnutrition sont des causes fréquentes de mortalité infantile, l'allaitement peut-être encore le meilleur choix pour les femmes séropositives et leurs enfants.

Les femmes séropositives doivent être informées des risques et des avantages de l'allaitement maternel et de l'inefficacité de la méthode MAMA quand la mère commence à donner des aliments de substitution à son nourrisson, son cycle menstruel est revenu et son enfant a plus de 6 mois.⁷⁹

LE BESOIN D'INFORMATIONS PRÉCISES

Toutes les méthodes contraceptives présentées dans ce document peuvent réduire considérablement les risques de grossesse non désirée lorsqu'elles sont utilisées correctement et régulièrement, et la plupart sont sûres pour la majorité des utilisateurs et dans presque toutes les situations. Le fait de remédier à la désinformation sur chaque méthode aide les femmes et les hommes à choisir les méthodes à utiliser en fonction des données scientifiques plutôt que selon des mythes et des rumeurs. L'accès à des informations précises sur toutes les méthodes contraceptives permet aux femmes et aux hommes d'évaluer la bonne méthode en fonction de leurs objectifs de procréation, de leur état de santé, de leurs relations et de leurs conditions de vie.

Références

- 1 Population Reference Bureau, *Contraceptive Safety: Rumors and Realities* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 1998).
- 2 Jacqueline E. Darroch, Gilda Sedgh, and Haley Ball, *Contraceptive Technologies: Responding to Women's Needs* (New York: Guttmacher Institute, 2011).
- 3 Martha Campbell, Nuriye Nalan Sahin-Hodoglugil, and Malcom Potts, "Barriers to Fertility Regulation: A Review of the Literature," *Studies in Family Planning* 37, no. 2 (2006): 2.
- 4 World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs, *Family Planning: A Global Handbook for Providers* (Baltimore: World Health Organization and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2011).
- 5 International Planned Parenthood Federation, "Combined Oral Contraceptive Myths" (June 2012), accessed at www.ippf.org/our-work/what-we-do/contraception/myths/Combined-Oral-Contraceptives, on Nov. 30, 2012.
- 6 Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs, *Contraceptive Myths and Counseling Messages: The Complete Content From the Online Database* (Baltimore: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2007).
- 7 Laura J. Havrilesky et al., "Oral Contraceptive Pills as Primary Prevention for Ovarian Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis," *Obstetrics & Gynecology* 122, no. 1 (2013): 139-47; and Alfred O Mueck, Harald Seeger, and Thomas Rabe, "Hormonal Contraception and Risk of Endometrial Cancer: A Systematic Review," *Endocrine-Related Cancer* 17, no. 4 (2010): 263-67.
- 8 Mueck, Seeger, and Rabe, "Hormonal Contraception and Risk of Endometrial Cancer"; and Collaborative Group on Epidemiological Studies of Ovarian Cancer, "Ovarian Cancer and Oral Contraceptives: Collaborative Reanalysis of Data From 45 Epidemiological Studies Including 23,257 Women With Ovarian Cancer and 87,303 Controls," *The Lancet* 31, no. 9609 (2008): 303-14.
- 9 World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs, *Family Planning: A Global Handbook for Providers*.
- 10 Victor Moreno et al., "Effect of Oral Contraceptives on Risk of Cervical Cancer in Women With Human Papillomavirus Infection: The IARC Multicentric Case-Control Study," *The Lancet* 359, no. 9312 (2002):1085-92.
- 11 Carlo La Vecchia and Alessandra Tavani, "Female Hormones and Benign Liver Tumours," *Digestive and Liver Disease* 38, no. 8 (2006): 535-36; and Olivier Farges et al., "Changing Trends in Malignant Transformation of Hepatocellular Adenoma," *Gut* 60, no. 1 (2011): 85-89.
- 12 U.S National Library of Medicine and the National Institutes of Health, "Levonorgestrel (2010)," accessed at www.nlm.nih.gov/medlineplus/druginfo/meds/a610021.html, on July 23, 2013; and United States Food and Drug Administration, "FDA Drug Safety Communication: Updated Information About the Risk of Blood Clots in Women Taking Birth Control Pills Containing Drospirenone" (2013), accessed at www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm299305.htm, on July 23, 2013.
- 13 United States Food and Drug Administration, "FDA Drug Safety Communication: Updated Information About the Risk of Blood Clots in Women Taking Birth Control Pills Containing Drospirenone."
- 14 International Planned Parenthood Federation, "Combined Oral Contraceptive Myths."
- 15 World Health Organization, "Hormonal Contraception and HIV" (2013), accessed at www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/hc_hiv/en/, on Dec. 13, 2012; and Chelsea B. Polis and Kathryn M. Curtis, "Use of Hormonal Contraceptives and HIV Acquisition in Women: A Systematic Review of the Epidemiological Evidence," *Lancet Infectious Diseases* (forthcoming).
- 16 World Health Organization, "Hormonal Contraception and HIV."
- 17 Sharon J. Phillips, Kathryn M. Curtis, and Chelsea B. Polis, "Effect of Hormonal Contraceptive Methods on HIV Disease Progression: A Systematic Review," *AIDS* 27, no. 5 (2013):787-94.
- 18 World Health Organization, "Hormonal Contraception and HIV."
- 19 Linan Cheng et al., "Interventions for Emergency Contraception," *Cochrane Database System Review* (2008); Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation, "Randomised Controlled Trial of Levonorgestrel Versus the Yuzpe Regimen of Combined Oral Contraceptives for Emergency Contraception," *Lancet* 352, no. 9126 (1998): 428-33; and Elizabeth G. Raymond et al., "Minimum Effectiveness of the Levonorgestrel Regimen of Emergency Contraception," *Contraception* 69, no. 1 (2004): 79-81.
- 20 Cheng et al., "Interventions for Emergency Contraception"; and Anna Glasier et al., "Ulipristal Acetate Versus Levonorgestrel for Emergency Contraception: A Randomized Non-inferiority Trial and Meta-analysis," *Lancet* 375, no. 9714 (2010): 555-62.
- 21 James Trussel, "Understanding Contraceptive Failure," *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 23, no. 2 (2009): 199-209; and Olukayode A. Dada et al., "A Randomized, Double-blind, Noninferiority Study to Compare Two Regimens of Levonorgestrel for Emergency Contraception in Nigeria," *Contraception* 82, no. 4 (2010):373-78.
- 22 Gilda Piaggio et al., "Combined Estimates of Effectiveness of Mifepristone 10 mg in Emergency Contraception," *Contraception* 69, no. 6 (2003): 439-46.
- 23 Paul Fine et al., "Ulipristal Acetate Taken 48-120 Hours After Intercourse for Emergency Contraception," *Obstetric Gynecology* 115, no. 2, part 1 (2010): 257-63; Glasier et al., "Ulipristal Acetate Versus Levonorgestrel for Emergency Contraception"; and Mitchell D. Creinin et al., "Progesterone Receptor Modulator for Emergency Contraception: A Randomized Controlled Trial," *Obstetric Gynecology* 108, no. 5 (2006):1089-97.
- 24 Lin Zhang et al., "Pregnancy Outcome After Levonorgestrel-only Emergency Contraception Failure: A Prospective Cohort Study," *Human Reproduction* 24, no. 7 (2009):1605-11; and Marco De Santis et al., "Failure of the Emergency Contraceptive Levonorgestrel and the Risk of Adverse Effects in Pregnancy and on Fetal Development: An Observational Cohort Study," *Fertility Sterility* 84, no. 2 (2005): 296-99.
- 25 Planned Parenthood, "Morning-After Pill (Emergency Contraception)" (2012), accessed at www.plannedparenthood.org/health-topics/emergency-contraception-morning-after-pill-4363.asp, on Dec. 13, 2012.
- 26 Planned Parenthood, "Morning-After Pill (Emergency Contraception)."
- 27 World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs, *Family Planning: A Global Handbook for Providers*; and World Health Organization, *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use: Fourth Edition* (Geneva: World Health Organization, 2010).

- 28 Sarikapan Wilailak et al., "Depot Medroxyprogesterone Acetate and Epithelial Ovarian Cancer: A Multicenter Case-Control Study," *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 119, no. 6 (2012): 672-77.
- 29 Christopher I. Li et al., "Effect of Depo-Medroxyprogesterone Acetate on Breast Cancer Risk Among Women 20-44 Years of Age," *Cancer Research* 72 (2012): 2028-35.
- 30 Elizabeth Futrell, "Exploring the Link Between Injectable Contraception and Breast Cancer" (2012), accessed at www.k4health.org/blog/post/exploring-link-between-injectable-contraception-and-breast-cancer, on July 23, 2013.
- 31 Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs, *Contraceptive Myths and Counseling Messages*.
- 32 World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs, *Family Planning: A Global Handbook for Providers*.
- 33 Tieng Pardthaisong, Ronald H. Gray, and Edwin B. McDaniel, "Return of Fertility After Discontinuation of Depot Medroxyprogesterone Acetate and Intra-Uterine Devices in Northern Thailand," *Lancet* 315, no. 8167 (1980): 509-12; and P.C. Schwallie and J.R. Assenzo, "The Effect of Depo-Medroxyprogesterone Acetate on Pituitary and Ovarian Function and the Return of Fertility Following its Discontinuation: A Review," *Contraception* 10, no. 2 (1974): 181-202.
- 34 Mahbubur Rahman and Abbey B. Berenson, "Predictors of Higher Bone Mineral Density Loss and Use of Depot-Medroxyprogesterone Acetate," *Obstetrics and Gynecology* 115, no. 1 (2010): 35-40.
- 35 World Health Organization, *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use: Fourth Edition*.
- 36 World Health Organization, "Hormonal Contraception and HIV"; and Polis and Curtis, "Use of Hormonal Contraceptives and HIV Acquisition in Women."
- 37 Phillips, Curtis, and Polis, "Effect of Hormonal Contraceptive Methods on HIV Disease Progression."
- 38 Chelsea B. Polis, Sharon J. Phillips, and Kathryn M. Curtis, "Hormonal Contraceptive Use and Female-to-Male HIV Transmission: A Systematic Review of the Epidemiologic Evidence," *AIDS* 27, no. 4 (2013): 493-95.
- 39 World Health Organization, "Hormonal Contraception and HIV."
- 40 The Family Planning Association, "Contraceptive Implant: Your Guide" (2013), accessed at www.fpa.org.uk/helpandadvice/contraception/contraceptiveimplant, on Dec. 18, 2012.
- 41 World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs, *Family Planning: A Global Handbook for Providers*.
- 42 Mira Harrison-Woolrych and Richard Hill, "Unintended Pregnancies With Etonogestrel Implant (Implanon): A Case Series From Post-Marketing Experience in Australia," *Contraception* 71, no. 4 (2006): 306-8.
- 43 Phillip Darney, "Everything You Need to Know About the Contraceptive Implant," *The Journal of Family Practice* 18, no. 9 (2006).
- 44 Irving Sivin, "Risks and Benefits, Advantages and Disadvantages of Levonorgestrel-Releasing Contraceptive Implant," *Drug Safety* 26, no. 5 (2003): 303-35.
- 45 Reproductive Health Supplies Coalition, "Contraceptive Implants" (March 2012), accessed at www.path.org/publications/files/RHSC_implants_br.pdf, on Dec. 18, 2012.
- 46 Hui-Wen Lin et al., "Risk of Ovarian Cancer in Women With Pelvic Inflammatory Disease: A Population-Based Study," *Lancet Oncology* 12, no. 9 (2011): 900-904.
- 47 David Hubacher et al., "Use of Copper Intrauterine Devices and the Risk of Tubal Infertility Among Nulligravid Women," *New England Journal of Medicine* 345, no. 8 (2001): 561-67; and Anshu P. Mohllajee, Kathryn M. Curtis, and Herbert B. Peterson, "Does Insertion and Use of an Intrauterine Device Increase the Risk of Pelvic Inflammatory Disease Among Women With a Sexually Transmitted Infection? A Systematic Review," *Contraception* 73, no. 2 (2006): 145-53.
- 48 World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs, *Family Planning: A Global Handbook for Providers*.
- 49 Association of Reproductive Health Professionals, "A Woman's Guide to Understanding IUDs," accessed at www.arhp.org/Publications-and-Resources/Patient-Resources/printed-materials/Understanding-IUDs, on Dec. 19, 2012.
- 50 Robert A. Hatcher et al., *Contraceptive Technology*, 20th Revised Edition (Atlanta: Ardent Media, Inc., 2011).
- 51 International Planned Parenthood Federation, "Intra-Uterine Devices" (2012), accessed at www.ippf.org/our-work/what-we-do/contraception/myths/Intrauterine-Devices, on Nov. 30, 2012.
- 52 Association of Reproductive Health Professionals, "A Woman's Guide to Understanding IUDs"; and World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs, *Family Planning: A Global Handbook for Providers*.
- 53 Ezio Fulcheri, Elisa di Capua, and Nicola Ragni, "Pregnancy Despite IUD: Adverse Effects on Pregnancy Evolution and Fetus," *Contraception* 68, no. 1 (2003): 35-38.
- 54 Centers for Disease Control and Prevention, "Contraception" (Sept. 10, 2013), accessed at www.cdc.gov/reproductivehealth/unintendedpregnancy/contraception.htm, on Dec. 19, 2012.
- 55 Cynthia Graham et al., "Erection Loss in Association With Condom Use Among Young Men Attending a Public STI Clinic: Potential Correlates and Implications for Risk Behavior," *Sexual Health* 3, no. 4 (2006): 255-60.
- 56 Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs, *Contraceptive Myths and Counseling Messages*.
- 57 World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs, *Family Planning: A Global Handbook for Providers*.
- 58 World Health Organization, *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*.
- 59 U.S. Department of Health and Human Services, *Family Planning Methods and Practices: Africa* (Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2000).

- 60 George Huggins et al., "Vaginal Spermicides and Outcome of Pregnancy: Findings in a Large Cohort Study," *Contraception* 25, no. 3 (1982): 219-30; Hershel Jick et al., "Vaginal Spermicides and Congenital Disorders," *The Journal of the American Medical Association* 245, no. 13 (1981): 1329-32; and Kenneth Rothman, "Spermicide Use and Down's Syndrome," *American Journal of Public Health* 72, no. 4 (1982): 399-401
- 61 Thomas R. Einarson et al., "Maternal Spermicide Use and Adverse Reproductive Outcome: A Meta-analysis," *American Journal of Obstetric Gynecology* 162, no. 3 (1990): 655-60; U.S. Food and Drug Administration, "Data Do Not Support Association Between Spermicides, Birth Defects," *FDA Drug Bulletin* 11, no. 2 (1986): 21; Joe Leigh Simpson and Owen P. Phillips, "Spermicides, Hormonal Contraception and Congenital Malformations," *Advances in Contraception* 6, no. 3 (1990): 141-67; and Barbara Strobino, Jennie Kline, and Dorothy Warburton, "Spermicide Use and Pregnancy Outcome," *American Journal of Public Health* 78, no. 3 (1988): 260-63.
- 62 George F. Sawaya et al., "Effect of Diaphragm and Lubricant Gel Provision on Human Papillomavirus Infection Among Women Provided With Condoms: A Randomized Controlled Trial," *Journal of Obstetrics and Gynecology* 112, no. 5 (2008): 990-97.
- 63 World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs. *Family Planning: A Global Handbook for Providers*.
- 64 Cori Baill, Vanessa E. Cullins, and Sangeeta Pati, "Counseling Issues in Tubal Sterilization," *American Family Physician* 16, no. 6 (2003): 1287-94.
- 65 World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs, *Family Planning: A Global Handbook for Providers*.
- 66 Planned Parenthood, "Vasectomy" (2012), accessed at www.plannedparenthood.org/health-topics/birth-control/vasectomy-4249.htm, on Dec. 20, 2012.
- 67 FHI 360, *Does Sterilization Affect Menstrual Patterns?* (Research Triangle Park, North Carolina: FHI, 2006).
- 68 U.S. Department of Health and Human Services, *Family Planning Methods and Practices: Africa*.
- 69 Jay I. Sandlow et al., "Psychological Correlates of Vasectomy," *Fertility and Sterility* 75, no. 3 (2001): 544-48.
- 70 Hatcher et al., *Contraceptive Technology*.
- 71 Brian Cox et al., "Vasectomy and Risk of Prostate Cancer," *Journal of the American Medical Association* 287, no. 23 (2002): 3110-15.
- 72 Ira D. Sharlip et al., *Vasectomy: AUA Guideline* (May 2012), accessed at www.auanet.org/common/pdf/education/clinical-guidance/Vasectomy.pdf, on Dec. 20, 2012.
- 73 Mayo Clinic, "Vasectomy: An Effective Form of Male Birth Control" (Feb. 20, 2011), accessed at www.mayoclinic.com/health/vasectomy/MY00483, on Dec. 26, 2012.
- 74 World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs, *Family Planning: A Global Handbook for Providers*.
- 75 Georgetown University, Institute for Reproductive Health, *Standard Days Method: Implementation Guidelines for Program Personnel* (Washington, DC: Institute for Reproductive Health, Georgetown University, 2006).
- 76 World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs. *Family Planning: A Global Handbook for Providers*.
- 77 Irit Sinai et al., "Fertility Awareness-Based Methods of Family Planning: Predictors of Correct Use," *International Family Planning Perspectives* 32, no. 2 (2006): 94-100.
- 78 World Health Organization, "Exclusive Breastfeeding for Six Months Best for Babies Everywhere" (Jan. 15, 2011), accessed at www.who.int/mediacentre/news/statements/2011/breastfeeding_20110115/en/, on Dec. 27, 2012.
- 79 World Health Organization, *HIV and Infant Feeding 2010: An Updated Framework for Priority Action* (Geneva: WHO, 2012); and Federico León et al., *The Balanced Counseling Strategy: A Toolkit for Family Planning Service Providers* (Washington, DC: Population Council, 2008).

www.prb.org

POPULATION REFERENCE BUREAU

1875 Connecticut Avenue., NW
Suite 520
Washington, DC 20009 USA

202 483 1100 **TÉLÉPHONE**
202 328 3937 **TÉLÉCOPIE**
popref@prb.org **COURRIEL**
