

Méthodes de barrière

Q.1. Existe-t-il des risques pour le fœtus conçu lors de l'utilisation de spermicides ou liés à l'utilisation de spermicides pendant la grossesse pour la prévention de maladies sexuellement transmissibles (MST)?

Recommandations	Raison fondamentale
<p>Les faits montrent qu'il n'y a pas de risque pour le fœtus exposé à des spermicides.</p>	<p>Le principe actif de la plupart des produits de spermicide, le nonoxynol-9 (N-9) est absorbé en petites quantités dans le vagin pendant l'utilisation. Les faits n'indiquent aucun effet systémique adverse lié au N-9. Une étude a montré que les utilisatrices de spermicides contenant du nonoxynol-9 ou de l'octoxynol courent un risque plus élevé de malformations congénitales pour les grossesses conçues pendant l'utilisation que les non-utilisatrices. Mais plusieurs études ultérieures sur l'utilisation de spermicides et les malformations congénitales n'ont démontré aucune association et les chercheurs ne pensent pas que l'utilisation de spermicides peut avoir des effets nuisibles sur le fœtus.</p> <ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="764 1123 1430 1192">1) Jick H, Walker AM, Rothman KJ, Hunter JR, Holmes LB, Watkins RN, et al. Vaginal spermicides and congenital disorders. <i>Journal of the American Medical Association</i> 1981;245:1329-32.<li data-bbox="764 1197 1430 1266">2) Simpson J, Phillips O. Spermicides, hormonal contraception and congenital malformations. <i>Advances in Contraception</i> 1990;6(3):141-67.<li data-bbox="764 1270 1430 1339">3) Einarson TR, Koren G, Mattice D, Schechter-Tsafiri O. Maternal spermicide use and adverse reproductive outcome: a meta-analysis. <i>American Journal of Obstetrics and Gynecology</i> 1990;162:655-60.

Q.2. Combien de fois peut-on utiliser des spermicides au cours d'une période donnée?

Recommandations	Raison fondamentale
<p>a) L'utilisation continue et fréquente des spermicides, par exemple, une ou deux fois par jour, peut entraîner de petites lésions du revêtement vaginal alors que l'utilisation tous les deux jours ne cause pas d'irritation significative. Si une irritation est détectée à l'examen et qu'il existe d'autres alternatives raisonnables, on conseillera à la cliente d'arrêter d'utiliser le spermicide jusqu'à guérison complète.</p> <p>b) La gêne liée à l'utilisation de spermicides est rare si les spermicides sont utilisés à des fréquences typiques de planification familiale (PF) d'une fois par jour ou moins. En cas de gêne, un autre spermicide avec principes actifs différents peut résoudre le problème. Si le problème persiste, il est conseillé d'utiliser une autre méthode contraceptive.</p>	<p>a) Les principes actifs de la plupart des spermicides sont des surfactants qui entraînent des lésions des cellules de la membrane des spermatozoïdes, des germes et de l'épithélium de la paroi vaginale. Lors d'une étude sur l'insertion fréquente du N-9, des lésions de l'érythème et des lésions épithéliales microscopiques ont été détectées aussi souvent chez les femmes insérant le N-9 tous les deux jours que chez les utilisatrices d'un placebo. Le taux d'irritation était deux fois plus élevé chez les femmes insérant le N-9 une ou deux fois et cinq fois chez les femmes insérant quatre ovules de N-9 tous les jours par rapport aux utilisatrices du placebo. Des résultats analogues ont été notifiés par une étude faite par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur le spermicide à menfegol.</p> <p>Les experts craignent que les lésions épithéliales par irritation des spermicides ne puissent augmenter le risque d'infection par le VIH en cas d'exposition au VIH. Cela n'a pas été démontré par une étude sur des humains mais c'est possible et, par conséquent, il faudrait éviter l'irritation locale.</p> <ol style="list-style-type: none">1) Roddy RE, Cordero M, Cordero C, Fortney JA. A dosing study of nonoxynol-9 and genital irritation. <i>International Journal of STDs and AIDS</i> 1993;4:165-70.2) Goeman J, Ndoye I, Sakho LM, Mboup S, Piot P, Karam M, et al. Frequent use of menfegol spermicidal vaginal foaming tablets associated with a high incidence of genital lesions. <i>Journal of Infectious Diseases</i> 1995;171:1611-4. <p>b) Dans le cadre des études faites sur l'utilisation des spermicides (environ une à deux fois par jour) à des fins de PF, environ 5% à 10% de femmes se plaignaient des symptômes de gêne après l'utilisation. La signification clinique de ces gênes n'est pas claire mais toute gêne est un problème autoperçu et n'est peut-être pas forcément corrélée avec des signes d'irritation vaginale ou cervicale détectée au moment de l'examen.</p> <ol style="list-style-type: none">1) Roddy RE, Cordero M, Cordero C, Fortney JA. A dosing study of nonoxynol-9 and genital irritation. <i>International Journal STD & AIDS</i> 1993;4:165-70.2) Feldblum P, Morrison C, Roddy R, Cates W Jr. The effectiveness of barrier methods of contraception in preventing the spread of HIV. <i>AIDS</i> 1995;9(Suppl A):S85-S93.

Recommandations

Raison fondamentale

c) Une femme devrait insérer une nouvelle dose de spermicide avant chaque rapport sexuel. De plus, une femme devrait introduire une nouvelle dose de spermicide si les rapports sexuels ont lieu une heure ou plus après l'insertion initiale.

c) Pour être efficace, le spermicide doit être introduit tout au fond du vagin, près du col, avec une concentration suffisante du principe actif. Suite aux différentes formules de délivrance, certains produits se répandent vers la vulve plus rapidement que d'autres; certains se répandent mieux que d'autres. Les fabricants des ovules, gelées et films indiquent généralement que leur produit est efficace pendant une heure après l'insertion mais la période d'efficacité pourrait être plus longue. Puisque les spermicides sont généralement moins efficaces en ce qui concerne la prévention de la grossesse que les autres méthodes, il est prudent d'insérer une nouvelle dose pour chaque rapport sexuel.

- 1) Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Stewart GK, Kowal D, Guest F, et al. Vaginal spermicides. In: Contraceptive Technology. New York: Irvington Publishers, 1994:179-90.

Q.3. Les spermicides protègent-ils contre: a) la grossesse? b) le VIH/SIDA? c) d'autres MST?

Recommandations	Raison fondamentale
<p>a) Contre la grossesse?</p> <p>Oui. Les spermicides offrent une bonne protection contre la grossesse s'ils sont utilisés correctement et régulièrement. Mais, avec une utilisation typique, les spermicides offrent une protection nettement moindre contre une grossesse que dans le cas de l'utilisation parfaite.</p> <p>b) Contre le VIH/SIDA?</p> <p>C'est possible. Mais les spermicides ne sont généralement pas recommandés pour la prévention du VIH.</p> <p>Toutefois, pour les femmes sexuellement actives qui ne peuvent pas utiliser un condom masculin ou féminin, le spermicide est préférable à des rapports sexuels non protégés à moins qu'il n'y ait de multiples rapports sexuels en une journée.</p>	<p>a) Les taux d'échec des spermicides pendant la première année d'utilisation vont de 6% pour l'utilisation parfaite à 21% pour l'utilisation typique. Ces taux sont analogues à ceux du diaphragme et du condom féminin.</p> <p>1) Trussell J, Kost K. Contraceptive failure in the United States: a critical review of the literature. <i>Studies in Family Planning</i> 1987;18(5):237-83.</p> <p>b) Peu de recherches ont été faites sur l'utilisation de spermicides et le risque de VIH et les résultats des deux seules études publiées ne concordent pas entre eux. Une étude a montré une incidence plus élevée d'infection par le VIH pour les utilisatrices de l'éponge contraceptive avec nonoxynol-9. Dans le cadre de la deuxième étude, l'incidence du VIH était plus faible chez les utilisatrices d'ovule N-9. A moins que d'importantes études aléatoires actuellement réalisées ne puissent résoudre la controverse, les spermicides utilisés sans aucune autre méthode ne peuvent pas être recommandés actuellement pour la prévention du VIH.</p> <p>Théoriquement, les spermicides peuvent diminuer l'incidence du VIH de manière indirecte en prévenant les cofacteurs bactériens des MST. Les faits montrent que les spermicides ont des effets directs sur le VIH in vitro.</p> <p>1) Kreiss J, Ngugi E, Holmes K, Ndinya-Achola J, Waiyaki P, Roberts PL, et al. Efficacy of nonoxynol-9 contraceptive sponge use in preventing heterosexual acquisition of HIV in Nairobi prostitutes. <i>Journal of the American Medical Association</i> 1992;268:477-82.</p> <p>2) Zekeng L, Feldblum PJ, Godwin SE, Oliver RM, Kaptue L. HIV infection and barrier contraceptive use among high-risk women in Cameroon. <i>AIDS</i> 1993;7:725-31.</p> <p>3) Feldblum PJ, Weir SS. The protective effect of nonoxynol-9 against HIV infection (letter). <i>American Journal of Public Health</i> 1994;84:1032-4.</p> <p>4) Centers for Disease Control. Update: barrier protection against HIV infection and other sexually</p>

Recommandations

Raison fondamentale

c) Contre d'autres MST?

Oui, les spermicides protègent légèrement contre la gonorrhée cervicale et l'infection à chlamydia, si l'on compare aux femmes qui n'utilisent aucune méthode. Le niveau de protection n'est guère élevé mais il n'en existe pas moins une certaine protection que les femmes elles-mêmes peuvent contrôler.

L'efficacité de toute méthode dépendant du coït (c'est-à-dire une méthode qui doit être appliquée plus ou moins au moment du rapport sexuel) dépend de l'utilisation correcte et régulière. Pour ces méthodes, l'acceptabilité et l'adhésion aux directives sont aussi importantes, peut-être même plus, que leur efficacité pendant l'utilisation parfaite. Même si une méthode féminine est moins efficace que le condom masculin en cas d'utilisation parfaite, elle peut avoir un impact plus grand sur les taux de maladie si elle est plus régulièrement utilisée. L'utilisation régulière du condom avec des spermicides peut être plus efficace.

Le risque le plus élevé de contracter l'infection de VIH par voie sexuelle est lié au rapport sexuel non protégé. Les femmes ont besoin de méthodes pour se protéger contre le VIH et autres MST, même si la protection n'est que partielle.

- 1) Rosenberg MJ, Gollub EL. Methods women can use that may prevent sexually transmitted disease, including HIV (commentary). *American Journal of Public Health* 1992;82:1473-8.
- 2) Elias CJ, Heise LL. Challenges for the development of female-controlled vaginal microbicides. *AIDS* 1994;8:1-9.

c) Les faits montrent que les spermicides offrent une protection contre certaines MST bactériennes. Les études avec différents types de participants et les différents plans d'étude démontrent avec constance que l'utilisation des spermicides diminue le nombre de nouvelles infections gonorrhéales et chlamydiennes. Une étude a montré une diminution générale de la gonorrhée d'environ 50% chez les utilisatrices du nonoxynol-9 mais ce chiffre comprend les utilisatrices régulières et correctes et les utilisatrices irrégulières. Une plus grande réduction a été constatée chez les utilisatrices plus régulières du spermicide. Une autre étude a montré une réduction générale de 25% chez les utilisatrices du nonoxynol-9. Dans les études qui comparent le risque des MST bactériennes chez les femmes dépendant des condoms masculins à celles utilisant des spermicides, les risques étaient à peu près les mêmes pour les infections. Probablement que les spermicides étaient utilisés plus régulièrement que les condoms masculins.

- 1) Niruthisard S, Roddy RE, Chutivongse S. Use of nonoxynol-9 and reduction in rate of gonococcal and chlamydial cervical infections. *Lancet* 1992;339:1371-5.
- 2) Weir SS, Feldblum PJ, Zekeng L, Roddy RE. The use of nonoxynol-9 for protection against cervical gonorrhea. *American Journal of Public Health* 1994;84:910-4.
- 3) Louv W, Austin H, Alexander W, Stagno S, Cheeks J. A clinical trial of nonoxynol-9 for preventing gonococcal and chlamydial infections. *The Journal of Infectious Diseases* 1988;158(3):518-22.
- 4) Rosenberg M, Rojanapithayakorn W, Feldblum P, Higgins J. Effect of the contraceptive sponge on chlamydial infection, gonorrhea, and candidiasis: a comparative clinical trial. *Journal of the American Medical Association* 1987;257:2308-12.

Q.4. Quand peut-on commencer l'utilisation des spermicides au cours du post-partum ou après un avortement?

Recommandations	Raison fondamentale
<p>Selon les critères de recevabilité de l'OMS, les spermicides peuvent être utilisés à n'importe quel moment après l'accouchement ou l'avortement.</p> <p>Certains prestataires recommandent de ne pas utiliser les spermicides pendant les six premières semaines après un accouchement ou un avortement et tant qu'il n'y a pas guérison et involution utérine complète mais aucun fait ne vient soutenir cette pratique.</p>	<p>L'utilisation d'un spermicide chez les femmes qui allaitent avant et après six semaines du post-partum et l'utilisation après un premier avortement, un deuxième ou un avortement septique représente la Catégorie 1 de l'OMS. Par conséquent, l'OMS recommande l'utilisation de spermicides dans toutes ces circonstances. Par extrapolation, les femmes qui n'allaitent pas peuvent également utiliser les spermicides à n'importe quel moment du post-partum.</p> <p>1) World Health Organization. Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use. Geneva: WHO, 1996.</p>

Q.1. Les condoms protègent-ils contre les MST/VIH/SIDA?

Recommandations	Raison fondamentale
<p>a) Condoms masculins?</p> <p>Oui, les couples qui utilisent correctement et régulièrement le condom masculin en latex courent un risque plus faible de contracter les MST, y compris le VIH, comparés aux non-utilisateurs. La réduction moyenne est d'environ 50% mais des études récentes du VIH ont montré que la protection, avec l'utilisation régulière de condoms, se rapproche de 100%.</p>	<p>a) Toutes les études montrent que les utilisateurs du condom masculin en latex courent un risque plus faible de contracter les MST que les non-utilisateurs. La réduction générale du risque se situe à 50% mais ce chiffre est une estimation approximative comprenant aussi bien les utilisateurs réguliers et corrects que les utilisateurs irréguliers. En Thaïlande, la campagne sur l'utilisation des condoms dans les maisons closes est associée aux réductions des taux de gonorrhée et de VIH au sein de la population.</p> <p>Les couples qui utilisent toujours le condom en latex peuvent réduire leur risque à pratiquement zéro. Une étude italienne faite auprès de multiples centres a suivi les partenaires sexuelles séronégatives des hommes infectés par le VIH pendant une durée moyenne de 24 mois. Le taux d'incidence du VIH était réduit de 90% chez les femmes dont les partenaires utilisaient toujours les condoms en comparaison aux femmes dont les partenaires les utilisaient irrégulièrement ou jamais. Les femmes dont les partenaires étaient des utilisateurs irréguliers du condom n'ont pas bénéficié de cette réduction.</p> <p>Dans le cadre d'une étude collaborative faite auprès de multiples pays européens, environ la moitié des 343 couples utilisaient des condoms à chaque rapport sexuel et aucune nouvelle infection par le VIH n'a été relevée chez les utilisateurs réguliers. Pour les couples qui utilisaient irrégulièrement les condoms, de nouvelles infections de VIH ont été relevées avec un taux de 4,8 pour 100 par an, bien que 50% des utilisateurs irréguliers aient indiqué qu'ils utilisaient les condoms pendant moins de la moitié du temps. Ces deux études montrent que l'utilisation régulière du condom offre une protection très efficace contre la transmission du VIH mais que l'utilisation irrégulière comporte des risques considérables de contracter l'infection de VIH.</p>

Recommandations

Raison fondamentale

b) **Condoms féminins?**

S'il est utilisé correctement et régulièrement, le condom féminin devrait être très efficace pour prévenir les MST (a compris le VIH) mais cela n'a pas été confirmé par les études sur l'utilisation humaine.

- 1) Feldblum PJ, Morrison CS, Roddy RE, Cates W Jr. The effectiveness of barrier methods of contraception in preventing the spread of HIV. *AIDS* 1995;9(Suppl A):S85-S93.
 - 2) Cates W Jr, Stone KM. Family planning, sexually transmitted diseases and contraceptive choice: a literature update-part 1. *Family Planning Perspectives* 1992;24:75-84.
 - 3) Hanenberg RS, Rojanapithayakorn W, Kunasol P, Sokal DS. Impact of Thailand's HIV-control programme as indicated by the decline of sexually transmitted diseases. *Lancet* 1994;344:243-5.
 - 4) Saracco A, Musicco M, Nicolosi A, Angarano G, Arici C, Gavazzeni G, et al. Man-to-woman sexual transmission of HIV: longitudinal study of 343 steady partners of infected men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 1993;6:497-502.
 - 5) de Vincenzi I, for the European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. A longitudinal study of human
- b) Une seule étude transversale du condom féminin et de la récurrence des MST a été faite. Les femmes avec une trichomonose ont été traitées, recrutées et suivies pendant 45 jours. Les utilisatrices régulières n'ont pas eu de récurrence de l'infection alors que 14% des utilisatrices irrégulières et les non-utilisatrices ont été réinfectées. La membrane plastique du condom féminin est imperméable au VIH et autres organismes des MST. Aussi le condom féminin peut-il diminuer le risque de VIH et d'autres MST chez les utilisatrices régulières.
- 1) Soper DE, Shoupe D, Shangold GA, Shangold MM, Gutmann J, Mercer L. Prevention of vaginal trichomoniasis by compliant use of the female condom. *Sexually Transmitted Diseases* 1993;20:137-9.
 - 2) Drew WL, Blair M, Miner RC, Conant M. Evaluation of the virus permeability of a new condom for women. *Sexually Transmitted Diseases* 1990;17:110-2.

Q.2. Où peut-on trouver des condoms et combien peut-on en fournir à un client?

Recommandations	Raison fondamentale
<p>Les condoms peuvent être disponibles n'importe où. Plus il existe d'endroits qui distribuent les condoms - par exemple, cliniques, pharmacies, kiosques dans la rue, programmes de services à base communautaire (SBC) – plus la méthode sera accessible.</p> <p>Dans les contextes cliniques, il vaut mieux permettre au client de déterminer combien de condoms il ou elle souhaite. Si l'approvisionnement de la clinique est limité, le nombre de condoms distribués devrait se fonder sur les besoins de protection du client et la distance le séparant de la clinique.</p>	<p>Généralement, on ne fait pas d'abus de condoms et ils ne peuvent pas être utilisés pour autre chose que pour les rapports sexuels. Par conséquent, en cas de doute, la clinique devrait offrir un nombre excessif de condoms plutôt qu'un nombre insuffisant. Même si certains de ces condoms sont revendus ou distribués ailleurs, ils contribuent quand même à la promotion de la santé publique.</p>

Q.3. Peut-on réutiliser les condoms (masculins et féminins)?

Recommandations	Raison fondamentale
<p>a) Les condoms masculins ne devraient pas être réutilisés.</p> <p>b) Bien que des études soient en cours, la réutilisation des condoms féminins n'est pas actuellement recommandée.</p>	<p>a) La réutilisation des condoms masculins n'est pas recommandée tant qu'aucune recherche complémentaire n'est faite à ce propos. Certains faits montrent que la réutilisation des condoms masculins est liée à des taux de déchirure plus élevés. Généralement, les membranes en latex ne sont pas suffisamment solides pour résister à des étirements, frictions et nettoyages répétés.</p> <p>1) Steiner M, Piedrahita C, Glover L, Joanis C. Can condom users likely to experience condom failure be identified? <i>Family Planning Perspectives</i> 1993;25:220-3,226.</p> <p>b) La réutilisation des condoms féminins n'est pas actuellement recommandée tant que des recherches complémentaires ne ont pas été effectuées à ce propos. Cependant, certains faits indiquent que des études sur l'acceptabilité montrent qu'une minorité de femmes se utilisent les condoms féminins plus d'une fois. La réutilisation n'est pas associée à des taux de déchirure plus élevés mais en général la déchirure du condom féminin est rare. Des recherches sont actuellement en cours pour déterminer si la réutilisation diminue la résistance structurelle du dispositif (augmente les déchirures) et/ou augmente le risque de transmission de MST.</p>

Q.4. Quand faudrait-il mettre le condom?

Recommandations	Raison fondamentale
<p>a) Les condoms masculins devraient être mis sur le pénis en érection et avant le contact génital et/ou anal.</p> <p>b) Le condom féminin devrait être mis à n'importe quel moment avant que le pénis ne touche le vagin pour éviter l'exposition au liquide prééjaculatoire et au sperme.</p>	<p>a-b) Des spermatozoïdes viables ne sont généralement pas présents dans le liquide prééjaculatoire mais le VIH est présent dans le liquide prééjaculatoire des hommes séropositifs. Aussi, ce liquide peut-il transmettre la maladie et le condom devrait être mis en place avant le contact génital.</p> <p>1) Ilaria G, Jacobs JL, Polsky B, Koll B, Baron P, MacLow C, et al. Detection of HIV-1 DNA sequences in pre-ejaculatory fluid (letter). <i>Lancet</i> 1992;340:1469.</p> <p>2) Pudney J, Oneta M, Mayer K, Seage G III, Anderson D. Pre-ejaculatory fluid as potential vector for sexual transmission of HIV-1 (letter). <i>Lancet</i> 1992;340:1470.</p>

Q.5. La fourniture de condoms de plusieurs tailles différentes diminue-elle les glissements et déchirures?

Recommandations	Raison fondamentale
<p>Non. Aucun fait ne montre que des tailles différentes diminuent les déchirures et les glissements.</p> <p>Il n'ya aucun besoin de fournir des condoms en latex de plusieurs tailles.</p>	<p>Certains utilisateurs de condoms se plaignent de ce que les condoms sont trop petits ou trop grands et certains chercheurs ont pensé qu'on pouvait diminuer le taux de déchirure en fabriquant des condoms de différentes tailles. Une étude a évalué les taux de déchirure et l'acceptabilité des condoms plus grands (diamètre à plat, 55 mm) et plus petits (49 mm) par rapport aux condoms standards (52-mm). Dans trois pays, les taux de déchirure étaient respectivement de 5,5% et de 7,4% pour les condoms standards et plus grands. Dans trois autres pays, les taux de déchirure étaient inférieurs à 5% et analogues pour les condoms standards et plus petits; les taux de glissement étaient les mêmes. De plus, la taille du condom a un impact minime sur l'acceptabilité de la méthode. Certains individus pourraient profiter de tailles différentes mais vue impact n'a pas été démontré et il ne se justifie pas qu'un programme investisse dans de multiples tailles de condoms.</p> <p>1) Feldblum P, Joanis C. Modern barrier methods: effective contraception and disease prevention. Research Triangle Park, NC: Family Health International, 1994.</p>

Q.6. Les condoms en latex devraient-ils être utilisés avec lubrifiants à base d'huile?

Recommandations	Raison fondamentale
<p>a) Non. Les condoms en latex ne devraient pas être utilisés avec lubrifiants à base d'huile ou produits dont l'huile est le principal actif. L'huile abîme le latex et peut augmenter le risque de déchirure.</p> <p>Il faudrait recommander aux clients qui utilisent des condoms les lubrifiants sans huile disponibles qui conviennent pour l'utilisation du condom.</p> <p>Certaines substances détériorent les condoms en latex en l'intervalle d'une heure. Il s'agit des substances suivantes: huile minérale, huile pour bébé, vaseline, huile solaire, huile d'olive, huile d'arachide, huile de maïs, huile de tournesol, huile de palme, margarine, huile de coco, beurre, produits pour garder à distance les insectes, pommade pour brûlures et hémorroïdes, alcool à 90°, huile de foie de morue et huile de requin. Les lubrifiants qui contiennent ces produits ne devraient pas être recommandés pour utilisation avec des condoms en latex.</p> <p>Les autres produits qui abîment les condoms en latex sont certaines crèmes vaginales, les spermicides vaginaux et les lubrifiants sexuels. Voici certaines des marques qui ont été identifiées comme nuisant aux condoms:</p> <ul style="list-style-type: none">! crèmes vaginales (Monistat, Estrace, Femstat, Vagisil et Premarin);! spermicides vaginaux (Rendell's Cone et Pharmatex Ovule); et! lubrifiants sexuels (Elbow Grease, Hot Elbow Grease et Shaft). <p>b) Les produits à base d'eau n'abîment pas les condoms, d'après les preuves recueillies à ce propos. Les lubrifiants à base d'eau peuvent diminuer le risque d'échec du condom.</p>	<p>a) D'après les faits, l'huile minérale abîme nettement les condoms en latex sur un temps d'exposition de 60 secondes.</p> <p>Les études ont montré que certains utilisateurs de condoms pensent que les produits qui peuvent être facilement lavés avec de l'eau sont à base d'eau et, partant, acceptables pour être utilisés avec des condoms. Mais plusieurs des lotions que les clients ont indiqué comme produits à base d'eau contenaient de fait une huile minérale comme principe actif de base.</p> <ol style="list-style-type: none">1) Voeller B, Coulson A, Bernstein G, Nakamura R. Mineral oil lubricants cause rapid deterioration of latex condoms. <i>Contraception</i> 1989;39(1):95-102.2) Tests show commonly used substances harm latex condoms. <i>Contraceptive Technology Update</i> 1989;10(2):20-21.3) Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Stewart G, Kowal D, Guest F, et al. Condoms. In: <i>Contraceptive Technology</i>. New York: Irvington Publishers, 1994:145-78. <p>b) Une étude a montré des taux d'échec plus faibles lorsque les condoms étaient utilisés avec des lubrifiants à base d'eau. Toutefois, une recherche supplémentaire est nécessaire à ce propos.</p> <ol style="list-style-type: none">1) Gabbay M, Gibbs A. Does additional lubrication reduce condom failure? <i>Contraception</i> 1996;53:155-8.

Q.1. Une seule taille de diaphragme ou de cape cervicale convient-elle pour tout le monde?

Recommandations	Raison fondamentale
<p>a) Diaphragmes?</p> <p>Non, les diaphragmes doivent être ajustés et il faut diverses tailles au moment d'offrir cette méthode.</p> <p>b) Capes cervicales?</p> <p>Non, les capes cervicales disponibles actuellement doivent être ajustées et il faut diverses tailles au moment d'offrir cette méthode.</p>	<p>a) Deux études sur le diaphragme Fit-Free sans spermicide (60mm) ont été effectuées. Le premier rapport, analyse de l'utilisation passée du diaphragme, montre que l'indice de Pearl est de 1 pour 100 femmes-années. Dans le second rapport, étude prospective non aléatoire, le taux de grossesse du tableau de vie de 12 mois était de 24,1 pour 100 femmes, et le taux d'échec élevé a conduit à l'arrêt précoce de l'étude. L'efficacité de cette approche modifiée à l'utilisation du diaphragme n'a pas été confirmée.</p> <ol style="list-style-type: none">1) Stim EM. The nonspermicide fit-free diaphragm: a new contraceptive method. <i>Advances in Planned Parenthood</i> 1980;15(3):88-98.2) Smith C, Farr MG, Feldblum PJ, Spence A. Effectiveness of the non-spermicidal fit-free diaphragm. <i>Contraception</i> 1995;51:289-91. <p>b) Tant que l'on ne dispose pas d'une cape à taille unique, l'on recommande d'ajuster les capes pour chaque cliente. De nouveaux dispositifs de barrière cervicale ont été conçus, dont l'un au moins est une taille unique et des études sont en cours sur leur utilisation humaine.</p> <ol style="list-style-type: none">1) Hunt WL, Gabbay L, Potts M. Lea's Shield, a new barrier contraceptive preliminary clinical evaluations three-day tolerance study. <i>Contraception</i> 1994;50:551-61.2) Mauck C, Glover L, Miller E, Allen S, Archer D, Blumenthal P, et al. Lea's Shield: a study of the safety and efficacy of a new vaginal barrier contraceptive used with and without spermicide. <i>Contraception</i> 1996;53:329-35.

Q.2. Existe-t-il des restrictions à l'utilisation du diaphragme ou de la cape cervicale en fonction du nombre de naissances d'une femme?

Recommandations	Raison fondamentale
<p>a) Diaphragmes?</p> <p>Non. Toute femme, quel que soit le nombre de naissances qu'elle a eues, peut utiliser le diaphragme. Mais l'ajustement du dispositif doit être vérifié après l'accouchement ou l'avortement du second trimestre.</p>	<p>a) Vu que le diaphragme a des tailles allant de 50-mm à 105mm pour les différents modèles, il existe une taille pour presque tous les vagins. La dimension et le tonus du muscle de la partie supérieure du vagin peuvent changer après la grossesse. Aussi, faudra-t-il peut-être un nouveau dispositif.</p> <p>On ne sait pas si l'efficacité du diaphragme varie en fonction du nombre d'enfants. Dans le cadre d'une étude importante faite auprès des utilisatrices du diaphragme, les femmes multipares avaient un taux de grossesse plus faible que les nullipares. Dans le cadre d'une autre étude, le taux chez les femmes multipares était plus élevé que chez les nullipares. Il n'est pas besoin d'indiquer aux femmes multipares qu'elles courent un risque accru de grossesse.</p> <ol style="list-style-type: none">1) Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Stewart GK, Kowal D, Guest F, et al. The diaphragm, contraceptive sponge, cervical cap and female condom. In: Contraceptive Technology. New York: Irvington Publishers, 1994:191-222.2) Trussell J, Strickler J, Vaughan B. Contraceptive efficacy of the diaphragm, the sponge and the cervical cap. Family Planning Perspectives 1993;25:100-5, 135.
<p>b) Capotes cervicales?</p> <p>Non. Toute femme, quel que soit le nombre de naissances qu'elle a eues, peut utiliser la cape cervicale. L'ajustement du dispositif doit être vérifié après l'accouchement ou l'avortement du second trimestre. Les femmes multipares qui utilisent des capotes cervicales tendent à avoir un taux de grossesse bien plus élevé que les utilisatrices nullipares.</p>	<p>b) La cape cervicale a quatre tailles: 22, 25, 28 et 31mm. La plupart des femmes peuvent obtenir la taille qui leur convient mais peut-être que 10% des éventuelles utilisatrices ne peuvent pas obtenir la taille qui leur convient et doivent utiliser une méthode différente.</p> <p>Dans le cadre d'une importante étude clinique, le taux de grossesse était nettement plus élevé chez les femmes multipares que chez les nullipares, tant pour l'utilisation typique que pour l'utilisation parfaite.</p> <ol style="list-style-type: none">1) Secor RMC. The cervical cap. NAACOG's Clinical Issues 1992;3(2):236-45.2) Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Stewart GK, Kowal D, Guest F, et al. The diaphragm, contraceptive sponge, cervical cap and female condom. In: Contraceptive Technology. New York: Irvington Publishers, 1994:191-222.3) Trussell J, Strickler J, Vaughan B. Contraceptive efficacy of the diaphragm, the sponge and the cervical cap. Family Planning Perspectives 1993;25:100-5, 135.

Q.3. Quand peut-on commencer l'utilisation du diaphragme ou de la cape cervicale au cours des post-partum ou après un avortement?

Recommandations	Raison fondamentale
<p>Le diaphragme et la cape cervicale ne devraient pas être utilisés pendant les six semaines suivant un accouchement (par voie basse ou césarienne) ou un avortement du second trimestre et tant que la guérison n'est pas complète. Le réajustement sera peut-être nécessaire à ce moment-là (cependant, le réajustement n'est pas nécessaire après un avortement du premier trimestre).</p> <p>En cas de rapport sexuel avant six semaines, il faudrait recommander l'utilisation une autre méthode appropriée (par exemple, le condom).</p>	<p>La forme du col, la taille du vagin et la fermeté du muscle vaginal peuvent changer après la grossesse et l'accouchement ou après un avortement du second trimestre. Il faut quatre à six semaines pour une involution utérine complète et les saignements/spotting peuvent continuer jusqu'à huit semaines (l'utilisation de la cape est contre-indiquée pendant les saignements).</p> <p>De plus, il y a une perte importante de poids après la grossesse et un grand nombre de prestataires recommandent de réajuster le dispositif après une perte de poids de plus de sept kilogrammes.</p> <ol style="list-style-type: none">1) Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Stewart GK, Kowal D, Guest F, et al. The diaphragm, contraceptive sponge, cervical cap and female condom. In: Contraceptive Technology. New York: Irvington Publishers, 1994:191-222.2) World Health Organization. Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use. Geneva: WHO, 1996.3) Wiley A. The diaphragm. In: Corson S, Derman R, Tyrer L, editors. Fertility Control. Boston: Little, Brown & Company, 1985:223-32.4) Secor RMC. The cervical cap. NAACOG's Clinical Issues 1992;3(2):236-45.

Q.4. La grossesse peut-elle être empêchée si le diaphragme est utilisé sans spermicide?

Recommandations

Oui, mais pas de manière aussi efficace qu'avec l'utilisation des spermicides.

Tant qu'il n'existe pas de meilleures données sur l'efficacité contraceptive qui viennent réfuter les recommandations traditionnelles, il faudrait recommander aux utilisatrices d'ajouter des spermicides aux diaphragmes ajustés.

Raison fondamentale

Deux études sur les diaphragmes non ajustés utilisés sans spermicide ont eu des résultats conflictuels. La recherche sur l'utilisation du diaphragme sans spermicide est également conflictuelle. Dans le cadre d'un examen rétrospectif des dossiers des patientes, les femmes utilisant continuellement des diaphragmes ajustés (ne les retirant que pour les laver) sans spermicide avaient un taux de grossesse plus faible que les femmes suivant les instructions classiques. Dans le cadre d'un essai aléatoire comparant l'utilisation du diaphragme ajusté avec spermicide versus sans spermicide, les taux de grossesse, en cas d'utilisation typique et d'utilisation parfaite, étaient plus faibles dans le groupe du diaphragme avec spermicide mais l'étude était trop petite et la différence n'était pas statistiquement significative.

Certains prestataires pensent que le coût du spermicide, le côté guère pratique et les possibilités d'irritation font qu'il est rarement utilisé ou mal utilisé et recommandent d'utiliser le diaphragme sans spermicide afin de renforcer l'acceptabilité. Mais une autre caractéristique du diaphragme, c'est que le diaphragme utilisé avec spermicide protège contre les infections cervicales et l'utilisation du spermicide peut diminuer le risque d'infection par le VIH. Si l'utilisation du spermicide est partiellement responsable de la diminution du risque de contracter une MST chez les femmes utilisant le diaphragme, il n'est guère recommandé d'instruire les femmes d'omettre les spermicides.

- 1) Ferreira AE, Araujo MJ, Regina CH, Diniz SG, Faundes A. Effectiveness of the diaphragm, used continuously, without spermicide. *Contraception* 1993;48:29-35.
- 2) Stim EM. The nonspermicide fit-free diaphragm: a new contraceptive method. *Advances in Planned Parenthood* 1980;15(3):88-98.
- 3) Smith C, Farr G, Feldblum PJ, Spence A. Effectiveness of the non-spermicidal fit-free diaphragm. *Contraception* 1995;51:289-91.
- 4) Bounds W, Guillebaud J, Dominik R, Dalberth BT. The diaphragm with and without spermicide: a randomized, comparative efficacy trial. *Journal of Reproductive*

Q.5. **Combien de temps une femme doit-elle attendre après le dernier rapport sexuel pour enlever le diaphragme ou la cape cervicale?**

Recommandations	Raison fondamentale
<p>Les utilisatrices du diaphragme et de la cape cervicale devraient attendre au moins six heures après les rapports sexuels avant de retirer le dispositif ou de procéder à une douche vaginale.</p> <p>Après retrait, le diaphragme devrait être lavé (et séché avant d'être stocké).</p>	<p>Les spermatozoïdes restent viables dans le vagin pendant plusieurs heures mais la grande majorité des spermatozoïdes capables de pénétrer le col le font dans les deux heures suivant l'éjaculation. Le spermicide N-9 maintient son effet contraceptif pendant plus longtemps: plus d'un jour à l'intérieur d'une cape cervicale et 12 heures à l'intérieur d'un diaphragme. On n'a pas testé la durée optimale pendant laquelle les diaphragmes et les capes devraient rester en place et, en l'absence de toute preuve indiquant le contraire, la recommandation traditionnelle de six heures reste un bon compromis.</p> <ol style="list-style-type: none">1) Overstreet JW, Katz DF, Yanagimachi R. Sperm transport and capacitation. In Sciarra JJ (editor). Gynecology and Obstetrics. Philadelphia: J.B. Lippincott Co., 1994.2) Leitch WS. Longevity of Gynol II and Ortho Creme in the Prentif cervical cap. Contraception 1986;34(4):363-79.3) Leitch WS. Longevity of Ortho Creme and Gynol II in the contraceptive diaphragm. Contraception 1986;34(4):381-93.4) Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Stewart GK, Kowal D, Guest F, et al. The diaphragm, contraceptive sponge, cervical cap and female condom. In: Contraceptive Technology. New York: Irvington Publishers, 1994:191-222.

Q.6. L'utilisatrice du diaphragme doit-elle insérer des spermicides supplémentaires avant d'avoir un second rapport sexuel?

Recommandations	Raison fondamentale
Oui, l'utilisatrice du diaphragme devrait insérer une nouvelle dose de spermicide avant chaque rapport sexuel. Une femme devrait introduire une nouvelle dose de spermicide si les rapports sexuels ont eu lieu six heures ou plus après l'insertion du diaphragme.	<p>Aucune recherche n'a été faite pour comparer les utilisatrices du diaphragme qui insèrent plus de spermicide avant un second rapport sexuel et celles qui ne le font pas. Le spermicide N-9 peut maintenir son effet contraceptif pendant plus d'une journée à l'intérieur d'une cape cervicale et pendant 12 heures à l'intérieur d'un diaphragme mais l'on ne connaît pas l'impact des éjaculations multiples sur l'effet du N-9. En l'absence de données concrètes, il est prudent d'introduire une nouvelle dose de spermicide pour chaque rapport sexuel.</p> <ol style="list-style-type: none">1) Leitch WS. Longevity of Gynol II and Ortho Creme in the Prentif cervical cap. <i>Contraception</i> 1986;34(4):363-79.2) Leitch WS. Longevity of Ortho Creme and Gynol II in the contraceptive diaphragm. <i>Contraception</i> 1986;34(4):381-93.3) Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Stewart GK, Kowal D, Guest F, et al. The diaphragm, contraceptive sponge, cervical cap and female condom. In: <i>Contraceptive Technology</i>. New York: Irvington Publishers, 1994:191-222.

Q.7. L'utilisation du diaphragme ou de la cape cervicale augmente-t-elle le risque d'infection des voies urinaires?

Recommandations	Raison fondamentale
a) Oui, l'utilisation du diaphragme augmente le risque des infections des voies urinaires.	a) La plupart des études montrent que les utilisatrices du diaphragme contractent une infection des voies urinaires à un taux deux à trois plus élevé que les non-utilisatrices du diaphragme. Cependant, l'on ne comprend pas exactement la cause. Les rapports sexuels semblent introduire la bactérie d'E.coli dans le vagin. Le spermicide, et probablement le diaphragme lui-même, favorisent la colonisation vaginale et urétrale d'E.coli. Plusieurs approches peuvent résoudre le problème des infections des voies urinaires. La miction juste avant et après les rapports sexuels peut offrir une certaine protection. Le fait de porter le diaphragme moins longtemps peut également aider à résoudre le problème. Un dispositif plus petit ou avec un bord différent peut exercer moins de pression sur l'urètre. On peut également choisir la cape cervicale qui est une option permettant de bénéficier d'un grand nombre de mêmes avantages que le diaphragme. 1) Foxman B, Chi J-W. Health behavior and urinary tract infection in college-aged women. <i>Journal of Clinical Epidemiology</i> 1990;43(4):329-37. 2) Hooton TM, Hillier S, Johnson C, Roberts PL, Stamm WE. Escherichia coli bacteriuria and contraceptive method. <i>Journal of the American Medical Association</i> 1991;265(1):64-9. 3) Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Stewart GK, Kowal D, Guest F, et al. The diaphragm, contraceptive sponge, cervical cap and female condom. In: <i>Contraceptive Technology</i> . New York: Irvington Publishers, 1994:191-222.
b) Rien ne montre que la cape cervicale augmente le risque de contracter une infection des voies urinaires, bien que cela puisse être le cas.	b) Etant donné qu'il existe un nombre relativement faible d'utilisatrices de la cape cervicale, il est difficile d'étudier les effets secondaires de l'utilisation de la cape. Puisque la cape cervicale comporte la même caractéristique de longue exposition au spermicide que le diaphragme, il est possible que l'utilisation de la cape cervicale augmente dans le même ordre le risque de contracter une infection des voies urinaires. 1) Hooton TM, Hillier S, Johnson C, Roberts PL, Stamm WE. Escherichia coli bacteriuria and contraceptive method. <i>Journal of the American Medical Association</i> 1991;265:64-9.

Q.8. La cape cervicale ou le diaphragme protège-t-il contre: a) le VIH/SIDA? b) les autres MST?

Recommandations	Raison fondamentale
<p>a) Contre le VIH/SIDA?</p> <p>Peut-être. Les diaphragmes et les capes, même avec des spermicides, ne peuvent pas être recommandés actuellement pour la prévention du VIH. L'utilisation du diaphragme peut diminuer indirectement l'incidence du VIH en empêchant les cofacteurs des MST bactériennes qui accroissent le risque de transmission du VIH.</p> <p>Pour les femmes sexuellement actives qui ne peuvent pas utiliser les condoms masculins ou féminins, un diaphragme, une cape avec spermicide ou un spermicide tout seul ne compte probablement pas plus de risque qu'un rapport sexuel non protégé du tout et peut aider à prévenir les infections du tractus génital supérieur (ITG).</p>	<p>a) L'efficacité du diaphragme et de la cape cervicale contre le VIH n'est pas connue. Cela dépend en grande partie du site de l'infection: si le virus pénètre par le col, le diaphragme et la cape pourraient offrir une bonne protection. Cependant, à moins que l'efficacité du spermicide N-9 ne soit établie, l'utilisation du diaphragme ou de la cape avec le spermicide N-9 n'est pas recommandée pour la prévention du VIH.</p> <ol style="list-style-type: none">1) Stein ZA. More on women and the prevention of HIV infection (editorial). American Journal of Public Health 1995;85(11):1485-8.2) Centers for Disease Control. Update: barrier protection against HIV infection and other sexually transmitted diseases. Morbidity and Mortality Weekly Report 1993;42:589-91, 597. <p>Le risque le plus élevé d'infection sexuellement acquise du VIH est lié aux rapports sexuels non protégés. Les femmes ont besoin de méthodes pour se protéger contre le VIH et d'autres MST, même si cette protection n'est que partielle.</p> <ol style="list-style-type: none">1) Feldblum PJ, Weir SS. The protective effect of nonoxynol-9 against HIV infection (letter). American Journal of Public Health 1994;84:1032-4.2) Rosenberg MJ, Gollub EL. Methods women can use that may prevent sexually transmitted disease, including HIV (commentary). American Journal of Public Health 1992;82:1473-8.3) Elias CJ, Heise LL. Challenges for the development of female-controlled vaginal microbicides. AIDS 1994;8:1-9.

Recommandations	Raison fondamentale
<p>b) Contre les autres MST?</p> <p>Probablement. Les utilisatrices de diaphragmes (et probablement des capes cervicales) avec des spermicides courent probablement un risque légèrement moindre de contracter la gonorrhée et l'infection à chlamydia que les non-utilisatrices.</p>	<p>b) On a constaté que l'utilisation du diaphragme diminuait le risque de contracter une MST bactérienne et des maladies inflammatoires pelviennes (MIP). Une étude a montré une réduction de 60% de risque de MIP chez les utilisatrices du diaphragme, comparativement aux femmes que n'utilisant pas de méthode contraceptive. La diminution globale des infections cervicales bactériennes suite à l'utilisation des spermicides seuls est d'environ 25-50%. Mais ce chiffre est une estimation globale qui comprend aussi bien les utilisatrices régulières et correctes que les utilisatrices irrégulières. Par conséquent, l'utilisation de spermicides avec diaphragme ou cape cervicale peut diminuer le risque d'infections cervicales. Dans le cadre des études faites sur les MST bactériennes chez les utilisatrices du diaphragme ont un risque plus faible de contracter des MST que les femmes dépendant de l'utilisation du condom masculin par l'homme. L'efficacité de toute méthode qui dépend du coït (à savoir qui doit être appliquée au moment du rapport sexuel) dépend de l'utilisation régulière et correcte. Pour ces méthodes, l'acceptabilité et l'adhésion aux directives sont aussi importantes, sinon plus importantes que leur efficacité en ce qui concerne la prévention des maladies. Même si une méthode féminine est moins efficace que le condom masculin, elle peut avoir un plus grand impact sur les taux de maladie si elle est utilisée plus régulièrement. Vu que le diaphragme est une méthode qui combine une barrière physique (dispositif en latex ou silicone) et une barrière chimique (le spermicide), elle peut être plus efficace que les spermicides à eux seuls, bien qu'il n'existe pas de données pour confirmer cela.</p> <ol style="list-style-type: none">1) Cates W Jr, Stone KM. Family planning, sexually transmitted diseases and contraceptive choice: a literature update-part 1. <i>Family Planning Perspectives</i> 1992;24:75-84.2) Kelaghan J, Rubin GL, Ory HW, Layde PM. Barrier-method contraceptives and pelvic inflammatory disease. <i>Journal of the American Medical Association</i> 1982;248(2):184-7.3) Austin H, Louv WC, Alexander WJ. A case-control study of spermicides and gonorrhoea. <i>Journal of the American Medical Association</i> 1984;251:2822-4.4) Feldblum PJ, Morrison CS, Roddy RE, Cates W Jr. The effectiveness of barrier methods of contraception in preventing the spread of HIV. <i>AIDS</i> 1995;9(Suppl A):S85-S93.5) Cates W Jr, Hinman AR. AIDS and absolutism--the demand for perfection in prevention (sounding board). <i>New England Journal of Medicine</i> 1992;327:492-4.

Q.1. Quel est le rôle des méthodes de barrière dans les programmes de planification familiale/santé reproductive?

Recommandations	Raison fondamentale
<p>Les méthodes de barrière devraient faire partie de la combinaison de méthodes dans tous les services de planification familiale/santé reproductive (PF/SR). Les avantages des méthodes de barrière, telle que la protection contre les MST, devraient être soulignés auprès des prestataires et des clients ainsi que l'importance de l'utilisation correcte et régulière pour prévenir la grossesse. Les méthodes de barrière fournissent une faible protection contre la grossesse et les MST en cas d'utilisation typique.</p> <p>Les méthodes de barrière devraient être présentées aux clients avec d'autres méthodes pour que le client choisisse la méthode qui lui convient.</p>	<p>De nombreux utilisateurs de la PF courent le risque de contracter des MST, y compris le VIH et, pourtant, ils ne peuvent pas éviter leurs rencontres sexuelles risquées et, par conséquent, ils ont besoin de méthodes de prévention. Les méthodes de barrière constituent la seule catégorie de méthodes de PF qui protègent les utilisateurs contre les MST. Une seconde raison justifiant l'importance des méthodes de barrière: certaines personnes ayant besoin de PF ne présentent pas les conditions médicales requises pour l'utilisation de méthodes hormonales, de DIU, de PFN ou de contraception chirurgicale ou ne souhaitent pas utiliser ces méthodes.</p> <p>Pourtant, certains faits indiquent que les prestataires ont des préjugés à l'égard des méthodes de barrière. Peut-être pensent-ils qu'elles ne sont pas efficaces; peut-être sont-ils préoccupés par le temps nécessaire pour l'éducation de la cliente, la motivation et l'ajustement (dans le cas du diaphragme et de la cape cervicale).</p> <p>L'efficacité typique des méthodes de barrière est de fait plus faible que celles des méthodes hormonales et du DIU. Cependant, si elles sont utilisées régulièrement et correctement, les méthodes de barrière sont très efficaces. Bien que certaines méthodes de barrière demandent effectivement qu'on passe plus de temps avec les nouveaux utilisateurs, les avantages éventuels sont considérables du point de vue de la prévention de MST et de la communication entre partenaires.</p> <ol style="list-style-type: none">1) Cervical cap: effective, convenient, but overlooked. <i>Contraceptive Technology Update</i> 1990;11:49-54.2) Trussell J, Sturgen K, Strickler J, Dominik R. Comparative contraceptive efficacy of the female condom and other barrier methods. <i>Family Planning Perspectives</i> 1994;26:66-72.3) Norsigian J. Feminist perspective on barrier use. In: Mauck CK, Cordero M, Gabelnick HL, Spieler JM, Rivera R (editors). <i>Barrier contraceptives: current status and future prospects</i>. New York: Wiley-Liss, 1994.4) Feldblum P, Joanis C. Modern barrier methods: effective contraception and disease prevention. Research Triangle Park, NC: Family Health International, 1994.

Classification des procédures choisies pour les méthodes de barrière

Procédure	Classe Diaphragme	Classe Condom	Classe Spermicide	Raison fondamentale
Examen du pelvis (au spéculum et bimanuel)	A	C	C	<p>! Un examen du pelvis est nécessaire pour l'ajustement du diaphragme/cape.</p> <p>! Un examen du pelvis n'est pas nécessaire pour l'utilisation sans danger d'autres méthodes de barrière.</p>
Tension artérielle	C	C	C	L'utilisation des méthodes de barrière n'affecte pas la tension artérielle ¹ .
Examen des seins	C	C	C	L'utilisation des méthodes de barrière ne provoque pas de cancer du sein ¹ .
Dépistage biologique des MST (en l'absence de symptômes)	C	C	C	<p>! La présence d'une MST n'affectera pas la sécurité de l'utilisation des méthodes de barrière.</p> <p>! Si une personne infectée choisit d'avoir des rapports sexuels, l'utilisation d'une méthode barrière peut diminuer le risque de transmission au partenaire²⁻⁴.</p>
Dépistage du cancer du col de l'utérus	C	C	C	<p>! Le dépistage cervical n'est pas nécessaire pour la sécurité de l'utilisation des méthodes de barrière¹.</p> <p>! L'utilisation des méthodes de barrière peut diminuer le risque du cancer du col⁵⁻⁶.</p>
Tests biologiques obligatoires de routine (par exemple, cholestérol, glucose, tests de la fonction hépatique)	D	D	D	Des tests biologiques de routine ne s'appliquent pas à l'utilisation des méthodes de barrière.
Procédures correctes de prévention des infections	A	C	C	De bonnes procédures de prévention des infections ne s'appliquent pas à l'utilisation des méthodes de barrière, sauf pour l'ajustement des diaphragmes.

Procédure	Classe	Classe	Classe	Raison fondamentale
<p>Points de counseling spécifiques pour les méthodes de barrière:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! utilisation correcte de la méthode ! efficacité ! que faire en cas de déchirure du condom ou de gêne suivant l'utilisation de spermicide ou de méthodes de barrière ! protection contre les MST (quand/tel qu'indiqué) 	A	B	B	<ul style="list-style-type: none"> ! Il est capital d'apporter une bonne éducation aux clients à fin de maximiser la qualité des services de PF. ! Un counseling approprié sur les effets secondaires des contraceptifs au moment du choix de la méthode peut conduire à une plus grande satisfaction des clients et à un meilleur taux de continuité de la méthode⁷. ! Les clients devraient savoir que seules les méthodes de barrière peuvent protéger contre les MST. L'utilisation régulière de condoms diminue le risque de transmission des MST⁸⁻¹¹. Les méthodes à base de spermicide, dont les diaphragmes et les capes cervicales, réduisent probablement le risque de contracter des MST bactériennes et peuvent avoir une action contre les MST virales^{8,12-16}. ! Il faut encourager la femme à revenir si elle a un problème ou si elle a des questions ou préoccupations.
<p>Points de counseling spécifiques pour les méthodes de barrière (suite)</p>				<ul style="list-style-type: none"> ! Le counseling est souhaitable pour les condoms et les spermicides mais ce n'est peut-être pas possible lors des achats sans ordonnance. Toutefois, il faut l'encourager. ! Lorsque les méthodes sont distribuées dans les contextes cliniques, un counseling devrait être donné.

CLASSES:

Classe A = essentiel et obligatoire ou important en toutes circonstances pour une utilisation efficace et sans danger de la méthode de contraception.

Classe B = raisonnable sur le plan médical/épidémiologique dans certaines circonstances pour améliorer la sécurité de l'utilisation et l'efficacité de la méthode de contraception mais ne peut pas être approprié pour tous les clients dans tous les cas.

Classe C = peut être approprié pour une bonne prévention sanitaire mais non justifié matériellement pour la sécurité de l'utilisation et l'efficacité de la méthode de contraception.

Classe D = non justifié matériellement, que ce soit pour de bons soins préventifs de routine ou la sécurité de l'utilisation et l'efficacité de la méthode de contraception.

Citations pour le tableau de procédures:

1. World Health Organization. Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use. Geneva: WHO, 1996.
2. Cates W Jr, Stone KM. Family planning, sexually transmitted diseases and contraceptive choice: a literature update-part 1. *Family Planning Perspectives* 1992;24:75-84.
3. Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Stewart GK, Kowal D, Guest F, et al. *Contraceptive Technology*. New York: Irvington Publishers, 1994.
4. Feldblum PJ, Morrison CS, Roddy RE, Cates W Jr. The effectiveness of barrier methods of contraception in preventing the spread of HIV. *AIDS* 1995;9(Suppl A):S85-S93.
5. Hildesheim A, Brinton LA, Mallin K, Lehman HF, Stolley P, Savitz DA, et al. Barrier and spermicidal contraceptive methods and risk of invasive cervical cancer. *Epidemiology* 1990;1(4):266-72.
6. Coker AL, Hulka BS, McCann MF, Walton LA. Barrier methods of contraception and cervical intraepithelial neoplasia. *Contraception* 1992;45(1):1-10.
7. Cotten N, Stanback J, Maidouka H, Taylor-Thomas JT, Turk T. Early discontinuation of contraceptive use in Niger and Gambia. *International Family Planning Perspectives* 1992;18(4):145-9.
8. Update: barrier protection against HIV infection and other sexually transmitted diseases. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1993;42:589-91, 597.
9. Saracco A, Musicco M, Nicolosi A, Angarano G, Arici C, Gavazzeni G, et al. Man-to-woman sexual transmission of HIV: longitudinal study of 343 steady partners of infected men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 1993;6:497-502.
10. de Vincenzi I, for the European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. A longitudinal study of human immunodeficiency virus transmission by heterosexual partners. *New England Journal of Medicine* 1994;331(6):341-6.
11. Soper DE, Shoupe D, Shangold GA, Shangold MM, Gutmann J, Mercer L. Prevention of vaginal trichomoniasis by compliant use of the female condom. *Sexually Transmitted Diseases* 1993;20:137-9.
12. Niruthisard S, Roddy RE, Chutivongse S. Use of nonoxynol-9 and reduction in rate of gonococcal and chlamydial cervical infections. *Lancet* 1992;339:1371-5.
13. Weir SS, Feldblum PJ, Zekeng L, Roddy RE. The use of nonoxynol-9 for protection against cervical gonorrhoea. *American Journal of Public Health* 1994;84:910-4.
14. Kreiss J, Ngugi E, Holmes K, Ndinya-Achola J, Waiyaki P, Roberts PL, et al. Efficacy of nonoxynol 9 contraceptive sponge use in preventing heterosexual acquisition of HIV in Nairobi prostitutes. *Journal of the American Medical Association* 1992;268:477-82.
15. Zekeng L, Feldblum PJ, Godwin SE, Oliver RM, Kaptue L. HIV infection and barrier contraceptive use among high-risk women in Cameroon. *AIDS* 1993;7:725-31.
16. Feldblum PJ, Weir SS. The protective effect of nonoxynol-9 against HIV infection (letter). *American Journal of Public Health* 1994;84:1032-4.