

Contraceptifs oraux combinés¹

Q.1. Quel est le meilleur moment pour commencer les COC?

Recommandations

- a) Les COC peuvent être commencés n'importe quand si vous êtes raisonnablement sûr que la femme n'est pas enceinte (voir Annexe A), par exemple, pendant les 7 jours qui suivent l'apparition des règles (jours 1 à 7 du cycle menstruel).

(Voir Q.2. pour le début de la prise en post-partum et Q.3. pour le début de la prise en post-abortum).

- b) Pour une femme ayant des cycles menstruels, aucune méthode "supplémentaire" n'est nécessaire si elle commence les COC pendant les 7 premiers jours de son cycle et si ses règles ne sont pas terminées. S'il s'agit des 7 premiers jours de son cycle mais qu'elle n'a plus ses règles, certains programmes recommanderont peut-être l'utilisation d'une méthode "supplémentaire" pendant 1 semaine.

Les COC peuvent être commencés n'importe quand si vous êtes raisonnablement sûr que la femme n'est pas enceinte (voir Annexe A). Cependant, si les COC sont commencés après le jour 7 d'un cycle régulier, la femme doit être avertie:

- ! de la survenue possible d'irrégularités dans ses saignements menstruels, et
- ! de la nécessité d'utiliser une "méthode supplémentaire" (ou l'abstinence) pendant 7 jours.

(Voir Q.7. pour les informations concernant la nécessité d'une méthode "supplémentaire").

Raisons fondamentales

- a) Si la prise des COC débute pendant les 7 premiers jours, la possibilité de commencer les COC chez une femme déjà enceinte est réduite (bien qu'il soit toujours possible que la femme soit enceinte et qu'une hémorragie de la nidation ait été prise pour une menstruation).

- 1) Dixon GW, Schlesselman JJ, Ory HW, Blye RP. Ethinyl estradiol and conjugated estrogens as postcoital contraceptives. *Journal of the American Medical Association* 1980;244:1336-1339.
- 2) Gray RH, Pardthaisong T, McDaniel EB, Doyle P. The timing of the first injection of Depo Provera. *IPPF Medical Bulletin* 1975;9(3):3-4.
- 3) Schiphorst LE, Collins WP, Royston JP. An estrogen test to determine the times of potential fertility in women. *Fertility and Sterility* 1985;44:328-334.

- b) Il n'est PAS nécessaire d'utiliser une méthode "supplémentaire" si la première plaquette est commencée pendant que la femme a ses règles puisque le risque de conception est pratiquement nul.

! Après le 5^{ème} jour du cycle, le risque de grossesse commence à augmenter.

- 1) Smith SK, Kirkman RJE, Arce BB, McNeilly AS, Loudon NB, Baird DT. The effect of deliberate omission of Trinordiol® or Microgynon® on the hypothalamo-pituitary-ovarian axis. *Contraception* 1986;34(5):513-522.

Certains programmes peuvent recommander une méthode "supplémentaire" pour les femmes qui n'ont pas leurs règles au moment de l'initiation des COC puisqu'il y a un risque faible de conception résultant de rapports non protégés au jour 7 du cycle.

Quand une méthode "supplémentaire" (ou l'abstinence) est nécessaire, elle doit être utilisée pendant 7 jours, puisqu'il faut prendre des COC pendant 7 jours pour empêcher le développement du follicule.

- 1) Molloy BG, Coulson KA, Lee JM, Watters JK. "Missed pill" conception: fact or fiction? *British Medical Journal* 1985;290:1474-1475.

¹ Le TGWG suppose que le COC utilisé ne contient pas plus de 35 microgrammes d'éthinyl-estradiol (ou d'estrogène similaire).

Recommandations

- c) En cas d'utilisation de plaquettes pour 28 jours, la cliente devra commencer une nouvelle plaquette le jour après avoir fini la plaquette précédente (sans interruption). Pour les plaquettes pour 21 jours, elle devra attendre sept jours avant de commencer une nouvelle plaquette. Si le contraceptif oral est pris correctement, la cliente commencera toujours une plaquette le même jour de la semaine.

Raisons fondamentales

- c) Plus l'intervalle sans prise de contraceptif oral est long, plus le risque d'ovulation est grand (à titre d'exemple, un intervalle de 10 jours sans contraceptif entraîne un risque d'ovulation de 10%).
- 1) Landgren BM, Emiczky CS. The effect on follicular growth and luteal function of "missing the pill." *Contraception* 1991;43(2):149-159.
 - 2) Killick SR, Bancroft K, Oelbaums MJ, Elstein M. Extending the duration of the pill-free interval during combined oral contraception. *Advances in Contraception* 1990;6:33-40.

Q.2. Quand les commencer au cours du post-partum?

Recommandations

Pour les femmes qui allaitent: (Ces restrictions ne s'appliquent pas aux femmes qui allaitent seulement de manière symbolique, i.e., minimal, allaitement).

- a) Les COC sont considérés par de nombreux experts comme la méthode de dernier recours quel que soit le stade de la lactation, particulièrement pendant les 8 à 12 premières semaines.
- b) Après 6 à 8 semaines en post-partum, les femmes qui allaitent et qui désirent utiliser une méthode de contraception hormonale doivent être encouragées à utiliser la pilule progestative (PP), les injectables, ou les implants NORPLANT®. (Avant 6 à 8 semaines post-partum, il n'y a aucun risque de conception pour une femme qui allaite - voir Annexe A.)
- c) Si les COC restent la méthode désirée, mais que la cliente choisit de se fier initialement à la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) comme méthode de contraception, commencer les COC au retour des menstruations*, ou quand la femme ne nourrit plus son enfant exclusivement ou presque exclusivement au sein, ou au 6ème mois du post-partum selon que l'un ou l'autre de ces cas survienne en premier. Les plaquettes de COC peuvent être remises à la femme auparavant pour être sûr qu'elle pourra commencer à utiliser la méthode dès qu'elle en aura besoin.

* Chez une femme qui allaite, un saignement qui survient pendant les 56 premiers jours (8 semaines) du post-partum n'est pas considéré comme un saignement "menstruel", puisqu'il n'est pas précédé par une ovulation.

Raisons fondamentales

- a-b) Même les faibles doses (30 à 35 µg) de COC diminuent la lactation.
 - 1) WHO Task Force on Oral Contraceptives. Effects of hormonal contraceptives on milk volume and infant growth. *Contraception* 1984;30(6):505-521.
- c) Pour les femmes qui nourrissent leur enfant exclusivement au sein, il n'y a aucun avantage connu à débiter les COC pendant la MAMA ou lorsque les critères de cette MAMA sont présents.
 - 1) Kennedy KI. *Breastfeeding and the double protection dilemma*. Family Health International, September 1991.
 - 2) Labbok M, Cooney K, Coly S. *Guidelines: Breastfeeding, Family Planning, and the Lactational Amenorrhea Method - LAM*. Washington, DC, Institute for Reproductive Health, 1994.

En réalité, le fait de commencer les COC avant qu'ils ne soient nécessaires peut présenter un inconvénient puisque les COC ont un effet négatif sur le volume et la composition du lait, ce qui peut affecter la santé et la croissance du nourrisson.

- 1) WHO Task Force on Oral Contraceptives. Effects of hormonal contraceptives on milk volume and infant growth. *Contraception* 1984;30(6):505-521.
- 2) WHO Task Force on Oral Contraceptives. Special Programme of Research, Development, and Research Training in Human Reproduction. Effects of hormonal contraceptives on breast milk composition and infant growth. *Studies in Family Planning* 1988;19(6):361-369.

Recommandations

- d) Si la cliente **ne** veut **pas** se fier à la MAMA mais allaite son enfant on devra lui conseiller de choisir une méthode de contraception non-estrogénique. Si elle continue à faire le choix informé de l'utilisation des COC, ils peuvent être commencés n'importe quand après les 8 à 12 premières semaines du post-partum si elle est toujours en aménorrhée ou si le prestataire est raisonnablement sûr que la femme n'est pas enceinte (voir Annexe A).

Pour les femmes qui n'allaitent pas:

- a) En l'absence d'allaitement, les COC peuvent être commencés après la deuxième ou troisième semaine du post-partum.

Raisons fondamentales

- d) Même les faibles doses (30 à 35 mcg) de COC diminuent la lactation. Le fait d'attendre au moins 8 à 12 semaines après un accouchement permet à l'allaitement d'être mieux établi. On étudie actuellement si l'exposition néonatale (pendant les 8 premières semaines) aux estrogènes et progestatifs exogènes peut, en théorie, affecter la croissance et le développement du nouveau-né.

- a) La coagulation sanguine et la fibrinolyse sont pratiquement normalisées à la troisième semaine du post-partum (et elles sont voisines de la normale à la deuxième semaine du post-partum).

- 1) Dahlman T, Hellgren M, Blombäck M. Changes in blood coagulation and fibrinolysis in the normal puerperium. *Gynecologic and Obstetric Investigation* 1985;20(1):37-44.

Q.3. Les COC peuvent-ils être commencés immédiatement après un avortement?

Recommandations

- a) Oui, les COC sont adaptés pour être utilisés immédiatement après un avortement (spontané ou provoqué), que ce soit pendant le premier ou le second trimestre, et ils doivent être commencés durant les sept (7) jours qui suivent un avortement (ou à tout moment si vous êtes raisonnablement sûr que la femme n'est pas enceinte, voir Annexe A).
- b) Si la cliente présente ou a présenté des troubles de la coagulation sanguine (hypercoagulation), les COC ne doivent **pas** être recommandés.

Raisons fondamentales

- a) L'ovulation reprend presque immédiatement après un avortement (spontané ou provoqué): dans les 2 semaines qui suivent un avortement au cours du premier trimestre et dans les 4 semaines qui suivent un avortement au cours du deuxième trimestre. Chez 75% des femmes, l'ovulation survient dans les 6 semaines qui suivent un avortement.

1) Lähteenmaki P, Ylöstalo P, Sipilinen S, Toivonen J, Ruusuvaara L, Pikkola P, Nilsson CG, Luukkainen T. Return of ovulation after abortion and after discontinuation of oral contraceptives. *Fertility and Sterility* 1980;34(3):246-249.

L'utilisation des COC immédiatement après un avortement (spontané ou provoqué) ne perturbe **pas** le retour de la fécondité après arrêt des COC.

1) Lähteenmaki P. Oral contraception and immediate postabortion pituitary-ovarian function. *Acta Obstetrica et Gynecologica* 1978;76(Suppl):9-43.

- b) Les COC peuvent être commencés sans danger pendant la première semaine après un avortement (spontané ou provoqué). L'hypercoagulabilité liée à la grossesse ne devient probablement pas significative sur le plan clinique avant le troisième trimestre. Cependant, certains experts recommandent de commencer les COC exactement une semaine après un avortement, puisqu'il semble qu'il y ait, chez les femmes qui commencent les COC immédiatement après un avortement, une légère augmentation des facteurs de la coagulation, mesurable pendant les quelques jours qui suivent un avortement au cours du premier trimestre. S'ils sont commencés après la première semaine, les COC peuvent ne pas être efficaces immédiatement puisque le développement folliculaire de l'ovaire reprend dès la première semaine après un avortement (spontané ou provoqué) au cours du premier trimestre.

1) Lähteenmaki P. Postabortal contraception. *Annals of Medicine* 1993;25:185-189.

2) Lähteenmaki P, Toivoneh J, Rasi V, Luukkainen T, Myllyä G. Coagulation factors in women using oral contraceptives or intrauterine contraceptive devices immediately after abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1981;141:175-179.

Un avortement partiel peut également entraîner un état d'hypercoagulation (coagulation intravasculaire disséminée), au cours duquel les estrogènes sont à éviter.

Q.4. **Combien de plaquettes remettre à une nouvelle utilisatrice lors de la première consultation? Lors des consultations suivantes?**

Recommandations	Raisons fondamentales
<p>a) Au cours de la première consultation et de chaque consultation de suivi, on peut remettre jusqu'à 13 plaquettes de COC, bien qu'un nombre de 3 ou 4 semble raisonnable pour tout programme. Il est absolument nécessaire de garantir la disponibilité et la continuité de l'accès à la méthode.</p> <p>b) Encourager une consultation de counseling de suivi après 3 mois pour les clientes qui commencent à utiliser les COC, afin de déterminer si la cliente est satisfaite et si elle utilise correctement la méthode, de rappeler les instructions et d'aider la cliente à prendre en compte les effets secondaires.</p> <p>c) Le nombre de plaquettes délivrées peut être limité pour des raisons liées au programme, à la logistique, ou encore pour des raisons financières, telles que les possibilités de la cliente pour payer dans le cas d'un système permettant le recouvrement des frais.</p> <p>d) Le système de réapprovisionnement doit être souple, afin que la cliente puisse obtenir le contraceptif oral dans la quantité désirée et au moment voulu.</p> <p>e) Il n'y a pas de justification médicale exigeant une consultation de suivi avant un an, mais on doit encourager la cliente à revenir quand elle le désire en cas d'inquiétudes, de problèmes ou de questions.</p>	<p>a-e) Certains prestataires suspectent les clientes qui reçoivent des plaquettes de contraceptifs en grande quantité de "partager" avec leurs amies; cette pratique semble cependant ne pas présenter plus de danger que la distribution de la méthode sans prescription.</p> <p>Certaines femmes (et/ou certains programmes) peuvent se permettre d'acheter (ou de délivrer) plusieurs plaquettes à la même consultation.</p>

Q.5. Existe-t-il une "période de repos" à recommander après l'utilisation des COC pendant une durée déterminée?

Recommandations	Raisons fondamentales
<p>a) Non, le respect de "périodes de repos" n'est pas nécessaire. Les COC peuvent être utilisés aussi longtemps que la femme est exposée à la grossesse.</p> <p>b) Si la femme peut utiliser une autre méthode fiable, l'<i>idéal</i> est d'arrêter les COC deux semaines avant une intervention chirurgicale majeure prévue, ou après un accident grave qui nécessite l'immobilisation des jambes et de reprendre les COC une fois que la femme a retrouvé sa mobilité.</p>	<p>a) Une période de repos interromprait la méthode de contraception que la femme préfère et utilise avec succès.</p> <p>b) En raison du fait que les estrogènes peuvent augmenter légèrement le risque de thrombose post-chirurgicale, il peut être raisonnable d'interrompre les COC deux semaines avant une intervention majeure prévue et de reprendre leur administration une fois que la femme a retrouvé sa mobilité, avant qu'elle reprenne une activité sexuelle. Cependant, ce faible risque doit être opposé au risque de grossesse et à la possibilité pour la femme d'utiliser une autre méthode fiable .</p> <p>1) Quinn DA, Thompson BR, Terrin ML, Thrall JH, Athanasoulis CA, McKusick KA, Stein PF, Hates CA. A prospective investigation of pulmonary embolism in women and men. <i>Journal of the American Medical Association</i> 1992;268(13):1689-1696.</p>

Q.6. Y a-t-il un âge minimum ou un âge maximum pour l'utilisation des COC?

Recommandations

Les COC peuvent être utilisés à tout âge où la femme est exposée à la grossesse (par ex., des ménarches à la ménopause).

- a) Les femmes de plus de 40 ans peuvent utiliser les COC, à condition que les autres facteurs de risque ait été pris en considération (tabagisme, hypertension artérielle, diabète).
- b) L'utilisation des COC ne compromet pas la fécondité.

Raisons fondamentales

- a) Les risques cardio-vasculaires dûs à l'utilisation des COC sont minimes chez une femme d'un âge supérieur à 40 ans, en bonne santé et ne fumant pas.

- 1) Speroff L, Glass RH, Kase NG. *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*, 4th edition. Baltimore, Williams & Wilkins, 1989, p 487.
- 2) Guillebaud J. Contraception for women over 35 years of age. *British Journal of Family Planning* 1992;17:115-118.

- b) En moyenne, le retour de la fécondité après l'arrêt des COC est plus long de deux mois qu'après l'arrêt d'une méthode non hormonale. Le risque d'aménorrhée après l'arrêt des COC est faible et plus courant chez les femmes qui avaient des menstruations irrégulières avant d'utiliser des COC. Plutôt que d'entraîner une "aménorrhée post-pilule", les COC masquent les irrégularités menstruelles en provoquant des hémorragies de privation. Les femmes qui ont des règles irrégulières sont plus susceptibles que les autres de développer une aménorrhée secondaire qu'elles utilisent ou non des COC.

- 1) Bracken MB, Hellenbrand KG, Holford TR. Conception delay after oral contraceptive use: The effect of estrogen dose. *Fertility and Sterility* 1990;58:21-7.
- 2) Speroff L, Glass RH, Kase NG. *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*, 4th edition. Baltimore, Williams & Wilkins, 1989, p 481.
- 3) American College of Obstetricians and Gynecologists. Safety of oral contraceptives for teenagers. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 1992;37:309-312.
- 4) Jacobs HS, Knuth UA, Hull MGR, Franks S. Post-"pill" amenorrhea – Cause or coincidence? *British Medical Journal* 1977;2:940-942.

Q.7. Doit-on conseiller une méthode de contraception "supplémentaire" dans les cas suivants:

Recommandations	Raisons fondamentales
<p>a) Si la cliente est traitée aux antibiotiques?</p> <p>Non, sauf pour la rifampicine ou la griséofulvine (un produit antifongique).</p> <p>b) Si la cliente suit un traitement anti-épileptique (sauf l'acide valpro! que)?</p> <p>Il peut être nécessaire d'adopter l'une des mesures suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none">! utiliser à la place le Dépo-provéra ou une méthode non hormonale efficace;! utiliser une méthode "supplémentaire" (en cas de traitement anti-épileptique à court terme);! employer les COC à des doses supérieures (par ex., 50 microgrammes d'éthinyl-estradiol (EE), ou deux comprimés de COC à 30 ou 35 microgrammes d'EE par jour pour une contraception plus efficace et/ou pour obtenir des cycles réguliers sans saignements intermenstruels).	<p>a) La rifampicine ou la griséofulvine demandent l'utilisation d'une méthode "supplémentaire" (ou l'augmentation de la dose de COC s'il n'est pas possible d'utiliser une méthode "supplémentaire") pour compenser l'induction micro-enzymatique hépatique. L'induction micro-enzymatique hépatique par la rifampicine dure 4 semaines pour un traitement court et 8 semaines pour un traitement prolongé. Bien qu'il existe des rapports anecdotiques concernant des échecs dans la prévention de la grossesse pour d'autres antibiotiques, les preuves épidémiologiques suggèrent que les antibiotiques (sauf la rifampicine et la griséofulvine) n'entraînent pas la nécessité d'une méthode "supplémentaire".</p> <p>1) Orme M, Back DJ. Oral contraceptive steroids – Pharmacological issues of interest to the prescribing physician. <i>Advances in Contraception</i> 1991;7:325-331.</p> <p>b) Le phénobarbital/phénobarbitone, la primidone, la carbamazépine et l'éthosuximide font partie des anti-épileptiques. Les anti-épileptiques, sauf l'acide valpro! que, augmentent de manière significative le métabolisme hépatique des estrogènes et des progestatifs, ce qui diminue l'efficacité des COC.</p> <p>La prise quotidienne de deux comprimés de COC à 30 ou 35 microgrammes d'estrogène compensera de manière adéquate l'augmentation du métabolisme; les taux de lévonorgestrel sont également diminués par la phényto! ne (et probablement par d'autres anti-épileptiques). Il est donc particulièrement important de doubler les doses de COC contenant du lévonorgestrel.</p> <p>1) Orme M, Back DJ. Oral contraceptive steroids – Pharmacological issues of interest to the prescribing physician. <i>Advances in Contraception</i> 1991;7:325-331.</p>

Recommandations

c) S'il s'agit du **premier cycle** d'utilisation des COC? S'il s'agit des 7 premiers jours du cycle mais que la femme n'est pas réglée, certains programmes recommanderont peut-être l'utilisation d'une méthode "supplémentaire" pendant une semaine. Les COC peuvent être commencés n'importe quand si vous êtes raisonnablement sûr que la femme n'est pas enceinte (voir Annexe A). Cependant, si les COC sont commencés après le jour 7 d'un cycle régulier, la femme doit être avertie de la survenue possible d'irrégularités dans ses saignements menstruels et de la nécessité d'utiliser une "méthode supplémentaire" (ou l'abstinence) pendant 7 jours. La fourniture d'une méthode "supplémentaire", en particulier des condoms, s'avère judicieuse en cas d'échecs d'une utilisation correcte ou encore, si besoin est, pour la protection contre les MST.

d) Si la cliente a **oublié des comprimés contraceptifs**?

Une méthode "supplémentaire" est nécessaire seulement si la cliente a oublié deux comprimés ou plus et la méthode "supplémentaire" doit être utilisée jusqu'à ce que la cliente ait pris 7 comprimés actifs (un comprimé actif par jour pendant 7 jours).

e) En cas de **diarrhée et/ou de vomissements**?

Une méthode "supplémentaire" peut être conseillée dans le cas où les vomissements ou la diarrhée grave surviennent pendant l'heure qui suit la prise du comprimé. Si les vomissements ou la diarrhée grave persistent pendant plus de 48 heures (deux comprimés n'auront alors pas été pris), une méthode "supplémentaire" sera nécessaire (jusqu'à ce que la cliente ait pris quotidiennement un comprimé actif pendant 7 jours).

Raisons fondamentales

c) L'effet des COC sur la glaire cervicale n'est pas aussi puissant que celui des méthodes progestatives. Sept jours de COC sont nécessaires pour empêcher le développement folliculaire.

- 1) Sparrow MJ. Pregnancies in reliable pill takers. *New Zealand Medical Journal* 1989;102(879):575-577.

d) Si deux ou plusieurs comprimés sont oubliés, une méthode "supplémentaire" doit être utilisée jusqu'à ce que la cliente ait pris 7 comprimés actifs. L'oubli de comprimés peut avoir lieu en début de cycle (portant l'intervalle sans pilule de 7 à 9 jours et permettant peut-être la survenue d'une ovulation).

- 1) Killick SR, Bancroft K, Oelbaums MJ, Elstein M. Extending the duration of the pill-free interval during combined oral contraception. *Advances in Contraception* 1990;6:33-40.
- 2) Family Health International. *New simplified OC instructions*. April 1992.

Sept jours d'exposition aux COC sont nécessaires pour empêcher le développement folliculaire.

- 1) Molloy BG, Coulson KA, Lee JM, Watters JK. "Missed pill" conception: fact or fiction? *British Medical Journal* 1985;290:1474-1475.
- 2) Guillebaud J. The forgotten pill – and the paramount importance of the pill free week. *British Journal of Family Planning* 1987;12:35-43.

e) Les vomissements aigus et la diarrhée grave peuvent agir sur l'efficacité de la pilule. Dans ces cas, il est raisonnable d'utiliser une méthode "supplémentaire".

- 1) Orme M, Back DJ. Oral contraceptive steroids – Pharmacological issues of interest to the prescribing physician. *Advances in Contraception* 1991;7:325-331.
- 2) Orme M, Back D, Breckenridge A. Clinical pharmacokinetics of oral contraceptive steroids. *Clinical Pharmacokinetics* 1983;8:95-136.

Recommandations

Raisons fondamentales

- f) Si la cliente suit un **traitement anti-paludéen**?
Aucune méthode "supplémentaire" n'est nécessaire.

- f) Pour les anti-paludéens étudiés jusqu'à ce jour, il n'a pas été mis en évidence de diminution de l'efficacité des COC. La chloroquine et la primaquine n'ont pas montré d'effet sur les taux plasmatiques de COC ou sur l'inhibition de l'ovulation. Il n'a pas été démontré que la tétracycline (qui est utilisée à faible dose en combinaison avec la quinine) compromette l'effet des COC.

- 1) Back DJ, Breckenridge AM, Grimer S, Orme M, Purba H. Pharmacokinetics of oral contraceptive steroids following the administration of the anti-malarial drugs primaquine and chloroquine. *Contraception* 1984;30(3):289-295.
- 2) Gupta KC, Joshi JV, Desai NK, Sankolli GM, Chowdhary VN, Joshi UM, Chitalange S, Satoskar RS. Kinetics of chloroquine and contraceptive steroids in oral contraceptive users during concurrent chloroquine prophylaxis. *Indian Journal of Medical Research* 1984;80:658-662.
- 3) Murphy A, Zacur H, Charache P, Burkman R. The effect of tetracycline on levels of oral contraceptives. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1991;164:28-32.
- 4) D'Arcy PF. Drug interaction and reaction: Update: Drug interactions with oral contraceptives. *Drug Intelligence and Clinical Pharmacy* 1986;20:353-362.

Q.8. La cliente doit-elle se rendre dans un centre ou consulter un médecin pour recevoir des COC?

Recommandations

- a) Non.
- L'initiation de la méthode et le réapprovisionnement en COC peuvent être effectués par des prestataires formés autres que des médecins, y compris les personnels de la distribution à base communautaire (DBC), que ce soit dans un cadre clinique ou non-clinique. En outre, les COC peuvent être délivrés sans prescription, si les informations adaptées sont fournies à la cliente. (Voir "Points de counseling spécifiques aux COC" à la dernière page concernant les COC).
- Les prestataires de la distribution à base communautaire (DBC) et d'autres services de PF non-cliniques doivent utiliser des listes de contrôle pour déterminer les cas où la femme peut recevoir une quantité limitée de COC et, également, être adressée dans un centre. L'idéal serait que ces listes de contrôle contiennent seulement 5 à 10 items.
- b) En cas de plaintes ou de symptômes (dûs ou non aux COC) inquiétant le prestataire ou la femme, la femme doit être adressée à un service adapté. Si la femme veut continuer les COC, leur prise peut être poursuivie, à moins qu'un problème grave lié aux estrogènes (tel qu'une hypercoagulation sanguine) soit suspecté.

Raisons fondamentales

- a) Les études montrent que les COC peuvent être administrés sans danger et de manière efficace par l'intermédiaire d'une distribution non-clinique.
- 1) Contraceptive social marketing: Lessons from experience. *Population Reports Series J*, no. 30, July-August 1985.
 - 2) Pharmacists and family planning. *Population Reports Series J*, no. 37, November 1989.
 - 3) Rosenfield A, Maine D, Gorosh ME. Nonclinical distribution of the pill in the developing world. *International Family Planning Perspectives* 1980;6(4):130-135.
 - 4) Zavala AS, Perez-Gonzales M, Miller P, Welsh M, Wilkens LR, Potts M. Reproductive risks in a community-based distribution program of oral contraceptives, Matamoros, Mexico. *Studies in Family Planning* 1987;18(5):284-90.
- b) L'arrêt des COC quand il n'est pas nécessaire peut porter de graves préjudices (risques de grossesse, risques d'avortement).

Q.9. A quel moment du cycle peut-on passer des COC à d'autres méthodes?

Recommandations

Une cliente peut passer à d'autres méthodes à n'importe quel moment. Si elle a pris la pilule correctement et régulièrement, vous pouvez être raisonnablement sûr qu'elle n'est pas enceinte.

Une méthode d'appoint n'est pas nécessaire mais le prestataire pourra recommander qu'elle continue à prendre les COC le jour où elle reçoit la première injection ou les implants.

Certains cliniciens recommandent que la femme termine sa plaquette de pilules pour retarder la prochaine menstruation.

Raison fondamentale

Les injectables et les implants NORPLANT® sont généralement efficaces dans les 24 heures, à moins que la femme n'ait déjà une glaire cervicale féconde. La femme devrait prendre la pilule comme méthode d'appoint si elle n'a pas sa menstruation à cause d'un léger risque de conception lié à un rapport sexuel non protégé pendant ces 24 heures, jusqu'à moment où l'injectable ou les implants deviennent efficaces.

- 1) Technical Guidance Working Group. Recommendations for updating selected practices in contraceptive use: results of a technical meeting. Volume I. Chapel Hill, NC: INTRAH, 1994.
- 2) NORPLANT® Levonorgestrel Implants: a summary of scientific data. New York: The Population Council, 1990, p 2.

Q.10. Quelle est la conduite à tenir face à l'aménorrhée chez les utilisatrices des COC?

Recommandations

Bien que l'aménorrhée soit inhabituelle chez les utilisatrices des COC, il faut envisager la possibilité d'une grossesse. Si la femme a pris correctement et régulièrement les COC et si elle n'a aucun autre symptôme de grossesse, il suffit de la rassurer car il est improbable qu'elle soit enceinte. Même si la femme est enceinte et si l'embryon est exposé aux COC, les meilleures preuves dont on dispose à ce propos montrent qu'il n'y a pas de conséquence négative pour l'embryon.

En présence de symptômes ou d'autres raisons laissant suspecter une grossesse, particulièrement si des pilules ont été oubliées, en conséquence, il faut faire un bilan. Si l'on ne peut pas immédiatement faire un test de grossesse, il faut conseiller à la cliente de continuer à prendre la pilule jusqu'à ce que ce test puisse être fait ou sinon l'envoyer dans un service de santé où il peut être effectué.

Raison fondamentale

L'aménorrhée peut être un effet secondaire des COC. L'aménorrhée n'est pas inhabituelle chez les femmes utilisant la pilule à faible dose, 35 mcg d'œstrogènes ou moins, elle peut être due à l'insuffisance de développement du revêtement de l'utérus.

La grossesse est aussi possible mais il faut savoir que les COC sont efficaces à plus de 99% s'ils sont correctement utilisés.

On recommande toujours qu'une femme enceinte évite de prendre des médicaments inutiles. Mais si la femme tombe enceinte au moment où elle utilise des COC, il ne semble pas y avoir de risque accru de malformations congénitales pour l'embryon.

- 1) Hatcher R, Trussell J, Stewart F, Stewart G, Kowal D, Guest F, et al. The pill: combined oral contraceptives. In: Contraceptive Technology. New York: Irvington Publishers, 1994:223-84.
- 2) Bracken M. Oral contraception and congenital malformations in offspring: a review and meta-analysis of the prospective studies. *Obstetrics and Gynecology* 1990;76:552-7.
- 3) Simpson JL, Phillips OP. Spermicides, hormonal contraception and congenital malformations. *Advances in Contraception* 1990;6:141-67.

Classement de certaines procédures pour les

contraceptifs oraux combinés (COC) faiblement dosés en estrogènes

Procédures	Classe	Raisons fondamentales
Examen du pelvis (au spéculum et bimanuel)	C	<p>! Les états de santé qui pourraient restreindre l'utilisation des COC peuvent être identifiés par l'anamnèse avant l'initiation de la méthode.</p> <p>! Un examen du pelvis peut mettre en évidence des affections infectieuses ou malignes du tractus génital qui doivent être traitées pour optimiser les soins préventifs. L'examen pelvien de routine pratiqué pour le dépistage chez la femme asymptomatique, en l'absence de tests de dépistage du cancer du col de l'utérus, est cependant une procédure ayant une faible portée¹.</p> <p>! Un examen du pelvis peut aider à rechercher la présence d'une grossesse: dans ce cas, il appartient à la classe A.</p> <p>! Un examen du pelvis n'est pas nécessaire pour assurer la sécurité d'utilisation des COC en tant que méthode de contraception.</p>
Pression artérielle	B	<p>! En raison de leur composante estrogénique, les COC ont des effets modérés (généralement insignifiants) sur la pression artérielle². Si possible, pour les clientes présentant un risque d'hypertension artérielle, la mesure de la pression artérielle doit idéalement accompagner l'initiation des COC.</p> <p>! Une femme ayant un passé important d'hypertension grave est exposée aux risques de maladie vasculaire et donc, de thrombose artérielle (embolie) qui peut être aggravée par les estrogènes.</p>
Examen des seins	B	<p>Les nodules laissant suspecter un cancer doivent être examinés. Bien que tout traitement hormonal puisse en théorie entraîner la croissance de ces nodules, la grossesse³ est responsable de concentrations hormonales beaucoup plus élevées; en conséquence, un cancer du sein potentiel ne doit pas être une raison pour retarder l'accès de la femme à l'utilisation de cette méthode de contraception.</p>
Dépistage biologique des MST (en l'absence de symptômes)	C	<p>Pour l'optimisation des soins, on doit, si possible, offrir un dépistage des MST aux clientes exposées aux risques de MST (déterminés par l'anamnèse personnelle ou par les facteurs de risques socio-démographiques). Cependant, la présence d'une MST n'influencera pas l'utilisation sans danger des COC.</p>

Procédures	Classe	Raisons fondamentales
Dépistage du cancer du col de l'utérus	C	<p>Le dépistage du cancer du col de l'utérus est indiqué pour les femmes à risques de carcinome du col, et est recommandé (si possible) pour une optimisation des soins préventifs pour les femmes en âge de procréer ou au-delà (en particulier les femmes à risques de MST).</p> <p>NOTE: Bien que la causalité n'est pas été établie, l'utilisation à long terme (plus de 5 ans) des COC peut être associée à une légère augmentation du risque de cancer du col de l'utérus⁴⁻⁵. Le dépistage du cancer du col est conseillé pour une optimisation de la prévention pour toutes les femmes à risques (par ex., pour les femmes qui fument, celles dont les partenaires ont plusieurs partenaires, celles ayant eu jeunes leurs premiers rapports sexuels, etc.⁴⁻⁵). Toutes les femmes à risques devraient idéalement avoir accès à une méthode pratique de dépistage, de traitement et de suivi du cancer du col de l'utérus.</p>
Tests obligatoires de routine (par ex., cholestérol, glucose, tests de la fonction hépatique)	D	Les effets des COC sur le cholestérol, le glucose sanguin et la fonction hépatique normale sont faibles et n'ont pas de conséquences cliniques démontrées ⁶ .
<p>Points de counseling spécifiques à l'utilisation des COC:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! efficacité ! effets secondaires courants ! utilisation correcte (et instructions en cas d'oubli de comprimés contraceptifs) ! signes et symptômes pour lesquels il faut rencontrer un prestataire de santé ! protection contre les MST (quand/de manière appropriée) <p>Counseling au sujet des modifications des menstruations: saignements menstruels irréguliers ou absents...</p>	<p>A</p> <p>A</p>	<p>! Une instruction rigoureuse de la cliente est nécessaire pour assurer la meilleure qualité des services de planification familiale.</p> <p>! Un counseling adapté sur les effets secondaires courants des contraceptifs, au moment du choix de la méthode, peut entraîner une amélioration de la satisfaction de la cliente et de la continuation de l'utilisation du contraceptif⁷.</p> <p>Les COC faiblement dosés entraînent généralement des saignements intermenstruels (spotting ou saignements pendant les trois semaines de comprimés actifs), en particulier pendant les trois premiers mois d'utilisation. Les COC faiblement dosés sont également souvent la cause de menstruations très peu abondantes et de la survenue possible d'une aménorrhée (absence d'hémorragie de privation).</p>

Citations:

1. Huber DH, Huber SC. Screening oral contraceptive candidates and inconsequential pelvic examinations. *Studies in Family Planning* 1975;6(2):49-51.
2. Task Force on Oral Contraceptives, WHO Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. The WHO Multicentre trial of the vasopressor effects of combined oral contraceptives: Comparisons with IUD. *Contraception* 1989;40:129-145.
3. Droegemueller W. Breast Diseases, in Herbst AL, Mishell DR, Stenchever MA, Droegemueller W (eds). *Comprehensive Gynecology*, 2nd edition. St. Louis, Mosby Year Book, 1992, pp 377-408.
4. Brinton LA. Oral contraceptives and cervical neoplasia. *Contraception* 1991;43(6):581-595.
5. Schlesselman JJ. Oral contraceptives in relation to cancer of the breast and reproductive tract - an epidemiological review. *British Journal of Family Planning* 1989;15:23-33.
6. Speroff L, Glass RH and Kase NG. *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*, 5th edition. Baltimore, Williams and Wilkins, 1994, pp 726-727.
7. Cotten N, Standback J, Maidouka H, Taylor-Thomas JT, Turk T. Early discontinuation of contraceptive use in Niger and The Gambia. *International Family Planning Perspectives* 1992;18(4):145-149.

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.