La Fondation pour l'éducation médicale continue
Apprentissage basé sur la pratique pour les médecins de famille

Mise à jour sur les méthodes contraceptives

Vol. 31 (8), août 2023

INTRODUCTION

Les cliniciens en soins primaires sont particulièrement bien placés pour contribuer à réduire le nombre de grossesses non désirées en conseillant les patientes et en leur proposant des contraceptifs d'urgence ou continus. De multiples facteurs peuvent rendre le choix d'un contraceptif plus difficile, notamment l'âge de la patiente, ses préférences personnelles, sa situation sociale et culturelle et ses affections concomitantes. La prise de décision dépend également des caractéristiques des contraceptifs envisagés, notamment leur voie d'administration, leurs effets indésirables, le moment de leur instauration, et leur insertion s'il s'agit d'un dispositif.

OBJECTIFS

Ce module permettra aux cliniciens de :

- conseiller efficacement les patientes afin qu'elles puissent choisir le contraceptif (y compris le contraceptif d'urgence) le mieux adapté à leur situation personnelle;
- déterminer les contraceptifs sûrs pour les femmes présentant des affections concomitantes qui exigent des précautions particulières;
- prendre en charge les effets indésirables fréquents associés aux contraceptifs;
- résoudre les problèmes courants liés aux contraceptifs à action prolongée, notamment les questions relatives à l'insertion.

Encadré 1. Portée

Bien que nous désignions les patients dans ce module comme des femmes, nous reconnaissons que toutes les personnes auxquelles ces renseignements s'appliquent ne s'identifient pas toujours comme telles.

HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1 : Mélania, 17 ans

Mélania, une patiente depuis l'enfance, se présente aujourd'hui à votre clinique de jour pour demander un contraceptif d'urgence car elle a eu la veille des rapports sexuels consensuels sans préservatif avec son petit ami (âgé de 18 ans). Ils sont ensemble depuis deux ans.

Mélania est actuellement en 12e année. L'examen de votre dossier vous rappelle qu'elle fume « un peu de marijuana » et qu'elle vapote de la nicotine. Elle souffre de migraines sans aura depuis deux ans et a tendance à en avoir une ou deux fois par mois, juste avant ses menstruations ou en cas de stress. Vous lui avez prescrit du naproxène à 500 mg 2 f.p.j. pour ses migraines. Elle présente également une acné modérément sévère. Sa grand-mère maternelle a eu un cancer du sein à l'âge de 72 ans. Vous n'avez pas connaissance d'antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires ou de thromboembolie veineuse (TEV).

Quels autres renseignements aimeriez-vous obtenir?

Deuxième partie

Mélania est sexuellement active depuis deux ans et elle est dans une relation amoureuse stable. Elle et son petit ami n'utilisent que des préservatifs comme moyen contraceptif et de prévention des infections transmissibles sexuellement (ITS), mais ils ne pensent pas toujours à s'en servir. Elle n'a jamais essayé d'autres méthodes contraceptives.

Ses dernières règles remontent à 3 semaines, mais elles ont tendance à être un peu irrégulières (cycles de 28 à 42 jours environ). Elle n'a pas d'antécédents d'infections transmissibles sexuellement (ITS). Elle suit un traitement en vente libre contre l'acné. Le seul médicament sur ordonnance qu'elle prend est le naproxène. Elle confirme

Renseignements généraux 2 | Commentaires des histoires de cas 13 | Collaborateurs et déclarations 15 | Références bibliographiques 16 | Annexes 20

que ses migraines ne sont pas accompagnées d'aura.

Sa tension artérielle aujourd'hui est de 110/60; son IMC est de 19. Le résultat du test de grossesse urinaire est négatif. Après avoir offert des conseils à la patiente et obtenu son consentement, le personnel a envoyé l'urine prélevée aujourd'hui au laboratoire pour des tests de dépistage de la gonorrhée, de la chlamydiose et de la trichomonase; la patiente a aussi reçu un formulaire de demande d'analyses de dépistage du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B/C. En ce qui concerne les contraceptifs à adopter, Mélania ne veut « rien dans son corps » – y compris un dispositif intra-utérin (DIU) ou un implant – mais elle souhaite commencer à prendre quelque chose le plus vite possible.

Quelle serait votre approche avec Mélania?

Troisième partie – Trois mois plus tard

Mélania a pris le Plan B et a commencé à prendre un contraceptif oral combiné (COC) à base de lévonorgestrel à 100 mcg et d'éthinylestradiol à 20 mcg. Le résultat de ses tests de dépistage des ITS s'est révélé négatif. Aujourd'hui, elle rapporte une métrorragie. Elle admet avoir souvent oublié de prendre sa pilule mais, comme vous le lui avez recommandé, elle prend deux doses en même temps dans ce cas (ce qui lui donne des maux de ventre); elle essaie d'utiliser systématiquement des préservatifs. Bien que son acné aille mieux, elle s'interroge à présent sur d'autres options contraceptives et souhaiterait en savoir plus sur le DIU; elle a toutefois entendu dire que son insertion était « vraiment douloureuse ». Sa tension artérielle aujourd'hui est de 110/60. Elle est toujours en couple avec le même partenaire.

Quels conseils donneriez-vous à Mélania au sujet de ses options?

Cas numéro 2 : Asmaa, 48 ans

Asmaa est ici aujourd'hui pour son test de Pap. Elle souhaite également parler de son DIU à base de lévonorgestrel (LNG) à 52 mg, qu'elle porte depuis cinq ans à des fins contraceptives. Ses menstruations se sont arrêtées environ un an après la pose du DIU et elle a commencé à avoir des bouffées de chaleur il y a quelques mois. Asmaa se pose de nombreuses questions : Pendant combien de temps peut-elle continuer à utiliser le DIU? Comment saura-t-elle qu'elle est ménopausée? Si le DIU est retiré, doit-elle encore se soucier de sa contraception?

Asmaa présente une hypertension maîtrisée grâce à la chlorthalidone à 12,5 mg une fois par jour. Sa tension artérielle aujourd'hui est de 120/80; son IMC est de 27. Elle ne fume pas et se porte bien par ailleurs. Ses antécédents familiaux sont sans particularité. Elle est mariée et a deux enfants.

Lors de l'examen pelvien que vous effectuez aujourd'hui pour son dépistage par test de Pap, vous n'arrivez pas à localiser le fil de son DIU, malgré tous vos efforts.

Que répondriez-vous aux questions d'Asmaa?

Que feriez-vous concernant le fil du DIU que vous ne parvenez pas à localiser?

Cas numéro 3 : Hailey, 26 ans

Hailey vous consulte pour discuter de contraception. Elle n'utilisait jusqu'à présent que des préservatifs, mais elle vient d'entamer une relation stable et aimerait envisager des contraceptifs plus efficaces.

On lui a diagnostiqué une mutation du facteur V de Leiden à la suite d'un caillot sanguin dans la veine brachiale droite il y a trois ans; depuis, elle doit prendre du rivaroxaban à 20 mg par jour à vie. Elle prend également de l'escitalopram à 20 mg par jour pour la dépression.

Elle était fumeuse pendant 7 ans (un demi-paquet par jour), mais elle a arrêté l'année dernière. Elle ne consomme aucune autre substance psychoactive. Sa tension artérielle aujourd'hui est de 126/78; son IMC est de 42. Elle est sur la liste d'attente des chirurgies bariatriques. Elle n'a jamais subi de test de Pap et n'a pas d'antécédents d'ITS. Ses menstruations sont régulières (tous les 28 à 32 jours), elles durent environ 4 jours et ne sont associées qu'à de légères crampes.

Quelle serait votre approche avec Hailey?

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

CONTRACEPTIF D'URGENCE

Encadré 2. Point de pratique : Terminologie

Il faut éviter d'employer le terme « pilule du lendemain » avec les patientes. Ce terme laisse penser que cette pilule ne peut être utilisée que le lendemain, alors qu'il a été prouvé que les contraceptifs d'urgence sont efficaces dans les 5 à 7 jours suivant des rapports sexuels non protégés, selon la méthode utilisée (annexe 1)[1].

Indication et évaluation

1. Les contraceptifs d'urgence servent à prévenir une grossesse après des rapports sexuels, mais avant l'implantation de l'œuf. Ils sont indiqués lorsqu'une méthode contraceptive n'est pas utilisée systématiquement ou correctement ou lorsqu'un « accident contraceptif » survient (p. ex., glissement du préservatif). Lorsqu'une patiente demande un contraceptif d'urgence, une évaluation s'impose pour éclaircir les points suivants[2,3] :
   - Si les rapports sexuels non protégés ont eu lieu dans la fenêtre d'efficacité du contraceptif d'urgence (annexe 1).
   - Risque préexistant de grossesse : date et régularité des dernières menstruations, rapports sexuels non protégés antérieurs, retard dans les menstruations attendues. Un test d'urine n'est nécessaire qu'en cas d'incertitude sur la possibilité d'une grossesse (annexe 1).
   - Si les rapports non protégés étaient contraints.
   - Risque d'infections transmissibles sexuellement (ITS) et nécessité d'une prophylaxie post-exposition. Proposer à toutes les femmes un test de dépistage de la chlamydiose et de la gonorrhée, du VIH, de la syphilis et de l'hépatite.
   - Nécessité et souhait d'obtenir une méthode contraceptive continue (voir la section Contraception continue).

2. Les adolescentes sont plus susceptibles d'utiliser un contraceptif d'urgence si celui-ci est fourni ou prescrit à l'avance. L'American Academy of Pediatrics recommande de proposer une ordonnance préalable de contraceptif d'urgence pour contribuer à réduire le nombre de grossesses dans cette population[3].
   Remarque : Plan B est offert sans ordonnance dans l'ensemble des provinces et des territoires, sauf au Québec. Il se trouve sur les étagères des pharmacies ou derrière le comptoir (en raison du risque de vol). Au Québec, il est conservé derrière le comptoir et nécessite une ordonnance d'un pharmacien.

Options

3. Deux types de contraceptifs d'urgence sont offerts et recommandés au Canada :
   - Les contraceptifs d'urgence hormonaux : ils agissent principalement en retardant l'ovulation[4]. Ils comprennent le lévonorgestrel (LNG) oral, l'acétate d'ulipristal (AUP) ou un contraceptif oral combiné (COC) : la méthode Yuzpe.
   - Les dispositifs intra-utérins (DIU) au cuivre : ils inhibent la fonction des spermatozoïdes et entravent la réceptivité de l'endomètre[2,5].

4. Le DIU au cuivre est la forme la plus efficace de contraceptif d'urgence[6]. Toutefois, la mise en place d'un DIU nécessite une intervention parfois moins accessible, qui suscite une certaine réticence [preuves de qualité modérée][2].
   a) Les contraceptifs d'urgence à prise orale les plus efficaces sont (dans l'ordre d'efficacité) : l'AUP, le LNG oral et la méthode Yuzpe[6-8]. La méthode Yuzpe est la moins efficace, elle entraîne plus d'effets secondaires que les autres et ne doit être envisagée qu'en l'absence d'autres options. Reportez-vous à l'annexe 1 pour plus de détails sur l'efficacité, la dose, les effets indésirables et d'autres considérations.
   b) Les patients ayant contracté la COVID-19, quelle que soit sa gravité, peuvent utiliser n'importe quel contraceptif d'urgence[9].

5. Bien que les lignes directrices actuelles ne recommandent pas le DIU-LNG comme contraceptif d'urgence, celui-ci pourrait être aussi efficace que le DIU au cuivre. Une étude comparative randomisée de non-infériorité menée en 2021 (n = 711) a permis de comparer le DIU-LNG et le DIU au cuivre comme contraceptifs d'urgence. Les taux de grossesse étaient respectivement de 0,3 % (IC à 95 % : 0,01-1,7) et de 0 % (IC à 95 % : 0-1,1), soit une preuve de non-infériorité. Bien que les taux de grossesses et d'événements indésirables nécessitant des soins médicaux aient été similaires dans les deux groupes, l'étude n'avait pas la puissance statistique nécessaire pour détecter des différences importantes entre les deux méthodes quant à ces critères d'évaluation[10].

Encadré 3. Conseil pour la pratique : contraceptifs d'urgence en association

Chez les femmes qui souhaitent utiliser un DIU-LNG comme contraceptif continu, l'association du DIU-LNG au LNG par voie orale comme contraceptif d'urgence offrirait les meilleures chances de prévenir une grossesse non souhaitée.
Remarque : Une petite étude prospective non randomisée (n = 188) visant à comparer le DIU au cuivre et le DIU-LNG associé au LNG oral comme contraceptifs d'urgence a fait état d'une préférence pour l'association. Malgré l'absence de différences quant aux taux de grossesse, l'étude n'avait pas la puissance statistique nécessaire pour mesurer ce résultat[11]. Aucune étude comparative randomisée n'a été réalisée à ce jour pour comparer ces schémas contraceptifs.

6. Chez les femmes qui ont recours à l'allaitement de manière exclusive et qui restent en aménorrhée (aménorrhée de lactation), la prise de contraceptifs (y compris de contraceptifs d'urgence) n'est pas nécessaire dans les six mois suivant

l'accouchement. Dans ce cas, le risque de grossesse est < 2 %[12]. Toutefois, un contraceptif s'impose si l'allaitement n'est plus exclusif, si les menstruations réapparaissent (sachant que les saignements des premières menstruations peuvent être différents des menstruations habituelles), ou si six mois se sont écoulés depuis l'accouchement (selon la première éventualité)[6,13].

- Bien que toutes les méthodes contraceptives d'urgence puissent être utilisées par les femmes qui allaitent, précisons que l'AUP est excrété dans le lait maternel. Étant donné que les concentrations d'AUP sont maximales dans les 24 premières heures, il faut extraire le lait maternel et le jeter pendant cette période si l'AUP est utilisé[6,14].

Étapes suivantes

7. Un test de grossesse doit être effectué si les menstruations prévues après le contraceptif d'urgence sont[6] :
   - en retard de plus de 7 jours;
   - plus légères que d'habitude;
   - associées à des douleurs abdominales ne concordant pas avec la dysménorrhée de la patiente (reflétant la possibilité d'une grossesse extra-utérine).

Encadré 4. Conseil pour la pratique : test de grossesse après la prise d'un contraceptif d'urgence

Envisager un test de grossesse trois semaines après la prise d'un contraceptif d'urgence, quel que soit le statut des prochaines menstruations de la patiente.

8. L'instauration d'une méthode contraceptive continue dépendra du type de contraceptif d'urgence utilisé :
   - Après l'utilisation d'un DIU au cuivre ou de la méthode Yuzpe, il est possible de commencer immédiatement un contraceptif hormonal (contraceptifs oraux, timbre, anneau, injection d'acétate de médroxyprogestérone à action retard [AMPR]) associé à un contraceptif complémentaire pendant 7 jours [opinion d'experts][2,6].
   - Après l'utilisation de l'AUP, attendre 5 jours avant de commencer à prendre des contraceptifs hormonaux et utiliser un contraceptif complémentaire pendant 14 jours[2,6]. Tout contraceptif non hormonal peut être commencé immédiatement après le contraceptif d'urgence à base d'AUP[14].

   Remarque : Chez les patientes qui commencent à prendre un contraceptif hormonal peu après un contraceptif d'urgence, il convient d'écarter toute grossesse (en effectuant un test de grossesse urinaire 21 jours après les derniers rapports sexuels non protégés) même si elles présentent des saignements, car ceux-ci pourraient être associés à la méthode contraceptive et non à des menstruations (encadré 4)[6].

9. Il convient de proposer aux patientes qui optent pour un DIU de revenir pour un suivi 4 à 6 semaines après la pose du DIU pour vous permettre de vérifier que le dispositif est bien en place et de répondre à d'éventuelles préoccupations. Les données probantes à l'appui d'un calendrier de suivi en particulier sont très limitées et de faible qualité[14].

MÉTHODE CONTRACEPTIVE CONTINUE

10. Le choix d'une méthode contraceptive repose sur plusieurs facteurs (encadré 5), notamment l'efficacité, les effets secondaires et la commodité, ainsi que le temps que peut prendre le retour de la fécondité, la protection contre les ITS et les contre-indications médicales (annexe 2).
    - Pour les femmes atteintes d'affections concomitantes, une grossesse non désirée peut aggraver leur affection et les exposer à un risque accru de morbidité et de mortalité liées à la grossesse[15]. En outre, les médicaments utilisés pour traiter de nombreuses maladies chroniques sont tératogènes. Il est important d'aider ces patientes à choisir la méthode contraceptive la plus adaptée à leurs préférences, à leurs affections concomitantes sous-jacentes et aux médicaments qu'elles prennent déjà. Voir l'annexe 2 pour de plus amples renseignements à ce sujet.

Encadré 5. Options contraceptives au Canada

Ressource pour le clinicien

Cette ressource de la Colombie-Britannique énumère les options contraceptives offertes au Canada.

Remarque : Les nouvelles options contraceptives telles que l'implant, les comprimés d'estétrol et de drospirénone ou de drospirénone seule, ne font pas partie de cette liste.

Ressources destinées aux patientes

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) propose de l'information fiable aux patientes concernant les options contraceptives offertes au Canada.

11. En présumant que les contraceptifs sont pris continuellement en suivant les instructions à la lettre, l'efficacité de toutes les méthodes est supérieure à

99 %[5]. Cependant, leur utilisation en contexte réel (ou usuelle) est associée à une réduction de l'efficacité de plusieurs méthodes (tableau 1)[5].

Tableau 1. Méthodes de contraception : Efficacité*[5,12]

Méthode	Efficacité
Implant de progestérone	99,95 %
DIU-LNG	99,8 %
DIU au cuivre	99,2 %
Injection d'AMPR	94 %
Pilules : COC et contraceptif oral progestatif (COP)	91 %
Contraceptif hormonal combiné (CHC) en timbre	
CHC en anneau	
Diaphragme	88 %
Éponge (nulliparité)	88 %
Préservatif masculin	82 %
Préservatif féminin	79 %
Méthode du retrait	78 %
Méthodes basées sur la connaissance de la fertilité (« naturelle »)	76 %
Éponge (parité)	76 %
Spermicide	72 %

* Basée sur une utilisation usuelle pendant un an.

Contraception réversible à action prolongée (CRAP)

12. Les méthodes de CRAP offertes au Canada comprennent l'implant contraceptif et les DIU (au cuivre ou au LNG). Il s'agit des méthodes réversibles les plus efficaces. Elles sont recommandées en première intention à la plupart des adolescentes et aux femmes (l'annexe 2 présente les exceptions)[16,17]. Comparativement aux autres méthodes réversibles, les méthodes de CRAP ne nécessitent pas d'effort continu de la part des patientes qui en font une utilisation efficace à long terme; elles sont associées au retour rapide de la fécondité après le retrait du dispositif[16].

DIU

13. Les DIU sont une méthode contraceptive très efficace qui peut être utilisée par des femmes de tous âges (tableau 1)[18]. Ils constituent une option sûre et efficace pour les femmes en surpoids et obèses [preuves de qualité faible à modérée][19]. Les DIU sont envisagés en première intention pour les patientes qui ont subi une chirurgie bariatrique (technique chirurgicale restrictive ou malabsorptive)[20].

14. Les DIU au LNG et au cuivre peuvent être posés à n'importe quel stade du cycle menstruel, pour autant qu'une grossesse ait été écartée par des moyens raisonnables. Les DIU ne nuisent pas à l'allaitement et peuvent être posés immédiatement après la délivrance du placenta au cours d'un accouchement par voie vaginale ou par césarienne. Leur pose peut également avoir lieu juste après un avortement chirurgical, le jour même [preuves de qualité modérée à élevée][16]. Les risques associés à l'utilisation d'un DIU sont faibles (tableau 2)[16].
    a) Après la pose d'un DIU au cuivre, il est inutile d'utiliser un contraceptif complémentaire (p. ex., un préservatif), quel que soit le stade du cycle menstruel au moment de la pose du DIU[18].
    b) Après la pose d'un DIU au LNG, il est recommandé d'utiliser un contraceptif complémentaire pendant 7 jours[18].

15. L'appréhension d'une douleur liée à l'insertion d'un DIU peut constituer un obstacle à l'utilisation de cette méthode[28]. En effet, de nombreuses utilisatrices d'un DIU rapportent de l'anxiété avant l'intervention. Des études rétrospectives et prospectives semblent indiquer que la douleur a été jugée modérée par 18 à 40 % des femmes; les taux de désagréments inférieurs concernaient les femmes pares et celles ayant utilisé des dispositifs de plus petite taille (p. ex., Kyleena)[29]. Divers moyens de réduire la douleur liée à la pose d'un DIU ont été étudiés (tableau 3).

16. Le dépistage des ITS, avec le consentement des patientes, est recommandé avant ou au moment de la pose d'un DIU, mais il ne convient pas de retarder l'insertion du DIU dans l'attente des résultats [preuves de qualité modérée][16].
    a) L'antibiothérapie prophylactique n'est pas recommandée avant l'insertion d'un DIU[18,33] car elle ne réduit pas le risque de maladie inflammatoire pelvienne (MIP) ou la probabilité de retrait du DIU dans les trois premiers mois[16].
    b) Si les résultats des tests de dépistage de la chlamydiose ou de la gonorrhée sont positifs, le traitement standard peut être administré après l'insertion du DIU, celui-ci pouvant rester en place[18,34].

17. Une visite de suivi est suggérée 4 à 12 semaines après l'insertion du DIU afin d'écarter une infection et l'expulsion du DIU, d'évaluer le statut des saignements et la satisfaction de la patiente/de son partenaire, de vérifier le fil du DIU (Renseignements généraux, point 18) et d'insister à nouveau sur la nécessité d'utiliser un préservatif pour la prévention des ITS[18].

18. La visibilité des fils du DIU peut faciliter le retrait du

Tableau 2. Risques liés aux DIU

Perforation utérine et expulsion spontanée	Taux d'expulsion global : 2-10 % au cours de la première année, en particulier au cours des 3 premiers mois[16]. Les taux d'expulsion ne sont pas plus élevés chez les femmes nullipares, mais ils sont plus élevés (10-27 %) si le DIU est inséré immédiatement (de 10 minutes à 48 heures) après l'accouchement[18]. Perforation : • 1,4 pour 1000 poses de DIU-LNG. • 1,1 pour 1000 poses de DIU au cuivre. • Risque accru pendant la période post-partum et l'allaitement. Chez les femmes qui allaitent, dans les 36 semaines suivant l'accouchement : environ 6 perforations pour 1000 poses[21].
Grossesse ectopique	Taux : • 0,02-0,2 pour 100 années-femmes pour les utilisatrices de DIU-LNG. • 0,1-0,8 pour 100 années-femmes pour les utilisatrices de DIU au cuivre[22].
Maladie inflammatoire pelvienne	Le risque de maladie inflammatoire pelvienne (MIP) est légèrement accru au cours des 20 premiers jours suivant la pose du DIU comparativement aux 20 jours suivants[23], mais le risque absolu est faible (< 0,5 %)[24,25].
Cancer du sein et DIU-LNG	Même si les conclusions des études publiées sont divergentes, l'augmentation du risque de cancer du sein est soit improbable, soit très faible : 16 pour 100 000 années-personnes (IC à 95 % : 9-22) lors d'une étude prospective danoise portant sur 503 441 femmes suivies pendant 10 ans[26]. Le tableau 3 présente les données sur l'augmentation du risque absolu de cancer du sein associée à tous les contraceptifs hormonaux.
Remarque : Les DIU n'augmentent pas le risque d'infertilité[27].	

Tableau 3. Options analgésiques pour l'insertion d'un DIU

Option	Efficacité
Lidocaïne-prilocaïne en crème • Mélange eutectique d'anesthésiques locaux (EMLA)	Une revue systématique et une méta-analyse en réseau (38 études comparatives randomisées, n = 6314) ont révélé que l'application de crème (5 g) de lidocaïne-prilocaïne (lidocaïne à 2,5 % et prilocaïne à 2,5 %) sur le col de l'utérus et l'orifice externe 7 minutes avant l'insertion était la méthode analgésique la plus efficace comparativement à la lidocaïne paracervicale, au naproxène, au bloc paracervical et au misoprostol (option la moins efficace). La douleur pendant l'insertion du DIU et la pose du tenaculum a été réduite de 28 % et 24 %, respectivement. Aucun effet n'a été rapporté quant à la douleur postinterventionnelle[30].
Solution de lidocaïne	D'après une étude comparative randomisée (n = 218), l'application d'une solution visqueuse de lidocaïne à 4 % sur le col de l'utérus dans les 5 minutes suivant l'insertion d'un DIU a réduit de 16 % la douleur 10 minutes après l'intervention[31].
Misoprostol par voie vaginale	D'après une revue Cochrane de 2015 (4 études comparatives randomisées, n = 400) et une revue systématique de 2016 (9 études comparatives randomisées, n = 1196), le misoprostol à 400 mcg (par voie vaginale ou orale) n'a eu aucun effet sur la douleur ou a entraîné une augmentation légère mais statistiquement significative de la douleur pendant l'insertion d'un DIU comparativement à un placebo[28,29]. **Remarque :** La taille et l'hétérogénéité des études ont limité la portée des conclusions.
Naproxène	Une revue Cochrane (2 études comparatives randomisées) a montré que le naproxène avait un certain effet analgésique pendant l'insertion d'un DIU mais, dans une étude comparative randomisée, un bloc paracervical avec de la lidocaïne a été administré avant l'insertion du DIU, ce qui a entraîné une surestimation de l'effet analgésique du naproxène[28].
Conclusion : L'application d'une crème lidocaïne-prilocaïne sur le col de l'utérus et l'orifice externe sept minutes avant l'insertion du DIU peut calmer la douleur associée à la mise en place du tenaculum et à l'insertion du DIU. Le misoprostol n'est pas recommandé pour la pratique usuelle; toutefois, s'il est administré par voie orale ou vaginale, il pourrait être utile chez certaines patientes (p. ex., les femmes chez qui une insertion récente a échoué[32] ou celles qui présentent une sténose cervicale).	

dispositif et permettre de vérifier qu'il a été installé correctement. Le fil n'augmente pas le risque de MIP[34].

a) En général, les fils s'assouplissent et s'enroulent à plat contre le col de l'utérus, mais ils peuvent être raccourcis en cas de problème. Il arrive qu'ils disparaissent à l'intérieur de l'utérus[35]. Si les fils ne sont pas visibles dans l'orifice cervical et qu'il n'y a pas d'antécédents d'expulsion, il est probable que le DIU est toujours en place. Une fois qu'une grossesse a été écartée, il est possible d'explorer le canal cervical (p. ex., à l'aide d'un écouvillon, d'une cytobrosse, de pinces) à la recherche des fils. Si les fils ne sont pas localisés, une échographie est indiquée pour repérer l'emplacement du DIU ou confirmer son expulsion[18].

b) Si le DIU s'est déplacé dans la cavité utérine, son retrait nécessite généralement l'orientation de la patiente chez un spécialiste (si possible) ou une intervention en cabinet à l'aide d'un extracteur de DIU (si disponible).

19. Voici la durée d'utilisation approuvée des DIU[36 5,37] :
    a) DIU-LNG à 52 mg (Mirena), DIU-LNG à 19,5 mg (Kyleena) : 5 ans.
    b) DIU au cuivre : 3, 5 ou 10 ans selon le DIU utilisé.

20. L'utilisation prolongée des DIU ne serait pas contre-indiquée.
    a) DIU-LNG[38] :
        - Des données probantes de qualité modérée appuient l'utilisation prolongée des DIU-LNG à 52 mg. En 2021, la SOGC a recommandé une durée d'utilisation allant jusqu'à 7 ans chez les femmes de plus de 25 ans au moment de l'insertion du DIU. Aux États-Unis, la durée d'utilisation approuvée des DIU va jusqu'à 8 ans[38]. Voir le commentaire de l'examinateur dans l'encadré 6.
        - Des données probantes limitées appuient l'utilisation prolongée des DIU-LNG à 19,5 mg. Bien que le risque de grossesse soit probablement faible, les patientes utilisant ce DIU doivent recourir à une deuxième méthode contraceptive une fois la durée d'utilisation approuvée dépassée. Les méthodes contraceptives complémentaires comprennent les méthodes de barrière, les contraceptifs oraux progestatifs ou les CHC en l'absence de contre-indications.
    b) DIU au cuivre[38] :
        - Des données probantes de bonne qualité appuient l'utilisation des DIU contenant 380 mm^2 de cuivre pendant au moins 12 ans et probablement jusqu'à la ménopause s'ils sont insérés après l'âge de 35 ans.
        - Les DIU contenant moins de 380 mm^2 de cuivre (p. ex., Flexi-T, Mona Lisa) sont probablement efficaces au-delà de 5 ans, bien que l'utilisation d'une deuxième méthode contraceptive puisse s'avérer bénéfique.

Encadré 6. Commentaire de l'examinateur : Utilisation prolongée du DIU-LNG

Le DIU-LNG est maintenant approuvé par la FDA pour une utilisation prolongée allant jusqu'à 8 ans[39]. Il est prévu que Santé Canada mette à jour la monographie du produit en 2023.

Implant de progestérone

21. L'implant d'étonogestrel (Nexplanon) est un contraceptif très efficace et sûr[40].
    a) L'implant peut être inséré à tout moment du cycle menstruel, mais s'il n'est pas inséré entre le 1er jour et le 5e jour du cycle menstruel, un contraceptif complémentaire doit être utilisé pendant 7 jours[41].
    b) L'insertion de l'implant pendant la période suivant immédiatement l'accouchement est sans danger pour les femmes et les nouveau-nés, et n'affecte pas l'allaitement[42].
    c) Bien que l'utilisation de l'implant chez les filles de moins de 18 ans ne soit pas encore approuvée par Santé Canada[5], ce produit fait partie des options contraceptives de première intention dans un énoncé de position de la Société canadienne de pédiatrie[17]. De petites études observationnelles menées auprès d'adolescentes âgées de 14 à 19 ans semblent indiquer que l'implant est une méthode contraceptive efficace et acceptable[43].
    d) Malgré une déclaration du fabricant indiquant que l'implant n'a pas été étudié chez des femmes obèses[44], il est considéré comme une option sûre et efficace pour les femmes en surpoids ou obèses [preuves de qualité faible à modérée][19] (annexe 2).

    Remarque : Il est recommandé aux professionnels de la santé de suivre une formation spécialisée avant de procéder à l'insertion ou au retrait de l'implant[41]. Une formation en ligne est offerte gratuitement par l'entreprise pharmaceutique : https://etonogestrel-implant-training.ca/fr.

22. Les effets indésirables les plus fréquents liés à l'insertion de l'implant sont la sensation de picotements et l'engourdissement du membre où se trouve le site d'insertion. Ces effets sont plus fréquents après une première insertion que chez les nouvelles utilisatrices[45].

a) La plainte la plus fréquente après l'insertion est le saignement utérin anormal : une ménorragie/métrorragie est survenue chez 23,3 % des femmes d'après une revue systématique de 10 études évaluant ce paramètre[45]. Les autres effets secondaires (dont la fréquence variait selon l'étude) étaient les troubles de l'humeur (1 étude : 11 %), les maux de tête (21 études : 5-60 %) et l'altération de la libido (1 étude : 9 %)[46].
b) Le saignement anormal n'a pas été associé à l'arrêt de l'utilisation moins d'un an après l'insertion d'après une étude rétrospective portant sur 774 femmes[47]. Aucun effet n'a été observé quant à la densité minérale osseuse (DMO)[41], bien que peu d'études aient évalué précisément les effets de l'implant sur la santé osseuse des adolescentes[48].

23. La durée d'utilisation approuvée de l'implant va jusqu'à 3 ans, bien que 2 petites études (n = 681 en tout)[49,50] n'aient fait état d'aucune grossesse après 2 années supplémentaires d'utilisation, ce qui porte à croire que la durée d'utilisation de l'implant pourrait être prolongée jusqu'à 5 ans[40,42].
Remarque : Il se peut que ces résultats ne soient pas généralisables aux patientes obèses car seulement 6 % des participantes étaient obèses dans la première étude et 50 % dans la seconde[16].

Contraceptifs hormonaux combinés (CHC) : Voie orale, timbre et anneau

Contraceptifs oraux combinés (COC)

24. Les COC procurent plusieurs avantages non contraceptifs, notamment la régulation du cycle menstruel, la réduction des saignements menstruels, de l'acné et des symptômes liés à l'endométriose, l'augmentation de la DMO et la diminution du risque de cancer de l'ovaire, de cancer colorectal et de cancer de l'endomètre[51,52].

25. La prise des COC peut commencer à n'importe quel moment du cycle menstruel, pour autant qu'une grossesse ou la possibilité de grossesse ait été écartée[51,52].
a) Un contraceptif complémentaire (p. ex., des préservatifs) doit être utilisé pendant les 7 premiers jours de la prise d'un COC[51].
b) L'exposition aux COC juste avant ou pendant une grossesse n'est pas associée à un risque accru de malformations congénitales majeures[51].

26. Les femmes en post-partum peuvent commencer leur COC 3 semaines après l'accouchement si elles n'allaitent pas et ne présentent pas d'autres facteurs de risque de thromboembolie veineuse (TEV), ou bien 6 semaines après l'accouchement si elles allaitent[52].
a) Le risque de TEV est le plus élevé au cours des trois premières semaines suivant l'accouchement et revient quasiment à son niveau habituel 42 jours après l'accouchement chez les femmes présentant un risque moyen[14].
b) Une revue systématique de 2016 (n = 13 études) a fait état de résultats contradictoires concernant la prise de poids du nourrisson lorsque la prise d'un COC débutait plus tôt chez les femmes qui allaitent, mais aucune incidence négative n'a été notée lorsqu'elle débutait ≥ 6 semaines après l'accouchement. Les conclusions quant à l'incidence des COC sur la durée de l'allaitement étaient contradictoires, quel que soit le moment auquel leur utilisation a commencé. Les études sur ce sujet étaient anciennes et de qualité médiocre à moyenne[52].

27. Certains médicaments inducteurs d'enzymes peuvent réduire l'efficacité des COC, de tous les CHC, de tous les contraceptifs oraux progestatifs, de l'implant et des contraceptifs d'urgence à prise orale. Le risque d'échec contraceptif augmente avec les agents suivants[53-55] :
- Phénytoïne, carbamazépine, barbituriques, primidone, topiramate.
- Fosamprénavir (médicament contre le VIH).
- Rifampicine, rifabutine.

Un DIU ou une injection d'AMPR serait indiqué pour les patientes prenant ces médicaments (lorsqu'elles y sont admissibles sur le plan médical)[54].
Remarque : Les CHC peuvent réduire les concentrations de lamotrigine. Par conséquent, il convient de surveiller la concentration sérique de lamotrigine si l'utilisatrice opte pour un CHC[53].

28. La plupart des données probantes n'indiquent pas d'association entre l'IMC élevé ou le surpoids et une efficacité réduite des COC[19,56]. Toutefois, selon la SOGC, il est impossible d'écarter « une légère hausse des échecs contraceptifs » chez les femmes dont l'IMC est supérieur à 30 [preuves de qualité modérée][51].
a) Pour les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), un IMC ≥ 30 est associé à une catégorie 2 (les avantages l'emportent généralement sur les risques théoriques ou avérés)[53].
b) D'après une directive du Royaume-Uni, si l'IMC est ≥ 35, les risques pertinents associés à l'utilisation d'un CHC (principalement le risque accru de TEV, éventuellement un risque accru d'infarctus du myocarde et d'accident vasculaire cérébral [AVC]) l'emportent généralement sur ses avantages [preuves de qualité modérée][19].

Encadré 7. Chirurgie bariatrique

Chez les patientes ayant subi une chirurgie bariatrique par une technique chirurgicale malabsorptive, l'efficacité réduite des COC l'emporte sur ses avantages. Le timbre et l'anneau sont des options acceptables dans ce cas. S'il s'agit d'une technique chirurgicale restrictive, tous les CHC peuvent être utilisés sans restriction[53]. Voir l'annexe 2.

29. Au moment d'envisager l'utilisation d'un CHC, quel qu'il soit, y compris les COC, il convient d'adopter une démarche personnalisée consistant à évaluer les contre-indications et les facteurs de risque.
    a) Les facteurs de risque de TEV, d'IM/AVC et de cancer du sein (tableau 4) doivent être pris en considération, en particulier chez les femmes de plus de 50 ans qui pourraient encore avoir besoin de contraceptifs puisque l'incidence de ces affections augmente avec l'âge[51].
    b) Les risques suivants associés aux COC l'emportent sur leurs avantages et constituent des contre-indications formelles à tous les CHC, y compris les COC[53] :
        - Âge ≥ 35 ans et tabagisme ≥ 15 cigarettes/jour.
        - TEV : aiguë, ou en cas de risque accru de récidive, que l'utilisatrice prenne un

Tableau 4. Risques liés à l'utilisation de COC

Affection	Risque lié à l'utilisation de COC
Cancer du sein	Il semble que l'utilisation de COC augmente légèrement le risque de cancer du sein. Une étude de cohorte prospective (n = 1 797 932) a montré que parmi les femmes en âge de procréer qui prenaient ou avaient pris récemment des COC, le risque relatif (RR) de cancer du sein se situait entre 1,0 et 1,6[26]. **Remarque :** Dans cette étude, l'augmentation absolue globale de l'incidence du cancer du sein était de 13 (IC à 95 % : 10-16) pour 100 000 années-personnes, quel que soit le contraceptif hormonal utilisé, ce qui signifie un cancer du sein de plus par tranche de 7690 femmes utilisant un contraceptif hormonal pendant un an[26].
IM AVC	Une revue Cochrane (24 études observationnelles, femmes âgées de 18 à 50 ans) a fait état d'un risque accru d'infarctus du myocarde ou d'accident ischémique cérébral chez les femmes utilisant des COC à faible dose (20 mcg d'œstrogène) (RR de 1,6; IC à 95 % : 1,3-1,8) et d'un risque légèrement accru aux doses de 30 à 49 mcg (RR de 2,0; IC à 95 % : 1,4-3,0) [preuves de qualité modérée][57]. Le risque de base absolu de ces affections est faible dans ce groupe d'âge : 24 AVC pour 100 000 années-personnes et 13 infarctus du myocarde pour 100 000 années-personnes d'après une vaste étude de cohorte danoise basée sur une population, portant sur plus de 14 millions d'années-personnes d'observation[58].
TEV	Les COC peuvent augmenter le risque de TEV d'environ deux à trois fois par rapport aux femmes qui n'utilisent pas de COC[51]. a) Le risque de TEV culmine pendant la première année d'utilisation, mais il diminue et se normalise avec le temps. Parmi les femmes en âge de procréer qui ne prennent pas de COC, le risque de base de TEV est de 4-5/10 000 femmes par an par rapport à 10/10 000 femmes par an chez les utilisatrices de COC. À titre de comparaison, le RR de TEV est de 6,7 pendant la grossesse et de 115,1 pendant les 6 semaines suivant l'accouchement[51]. b) Certaines données laissent entrevoir un risque accru de TEV lié à l'utilisation de COC à base de drospirénone chez les femmes âgées de 10 à 34 ans, qui sont plus susceptibles d'être de nouvelles utilisatrices de COC (point a). Dans cette tranche d'âge, le rapport de risque (RR) relatif est de 1,86 (IC à 95 % : 1,41-2,46)[59], sauf peut-être dans le cas d'un nouveau COC (Nextellis). Nextellis est une association de drospirénone à 3 mg et d'œstétrol à 15 mg, une nouvelle forme d'œstrogène d'origine végétale doté d'une activité thrombotique inférieure à celle de l'éthinylestradiol. Compte tenu de la rareté des TEV, des études à plus long terme et de plus grande envergure sont nécessaires pour confirmer cette hypothèse. L'efficacité et le profil d'effets secondaires de ce nouveau COC sont comparables à ceux des autres COC[60]. c) Une analyse de cohorte basée sur une population a fait état d'un risque deux fois plus élevé de TEV chez les femmes atteintes du syndrome des ovaires polykystiques qui prennent des COC (RR de 2,14; IC à 95 % : 1,41-3,24) par rapport à celles qui n'en prennent pas (RR de 1,55; IC à 95 % : 1,10-2,19)[61]. En raison du risque accru de TEV chez les femmes ayant contracté une forme modérée ou sévère de COVID-19 ayant nécessité une hospitalisation, la SOGC recommande à cette population de commencer par des méthodes non hormonales ou à base de progestérone seulement au moment du congé de l'hôpital, puis de passer aux COC (si elles le souhaitent). Le schéma contraceptif reste inchangé chez les femmes ayant contracté une forme moins grave de la maladie[38].

anticoagulant ou non.
- Hypertension non maîtrisée.
- Antécédents d'AVC.
- Migraine avec aura. Pour plus d'information à ce sujet, voir le module du PABP intitulé « Céphalées chez l'adulte » (novembre 2022) offert en ligne à l'adresse members.fmpe.org/.

Reportez-vous à l'annexe 2 pour en savoir plus sur la prescription de contraceptifs aux patientes présentant des affections concomitantes.

Encadré 8. Notions statistiques de base

Taux d'événement expérimental (TEE) : pourcentage de personnes d'un groupe de traitement qui présentent le résultat faisant l'objet de l'évaluation (il peut s'agir d'un bon résultat ou d'un mauvais résultat).
Taux d'événement de comparaison (TEC) : pourcentage de personnes du groupe recevant le traitement de comparaison, qui présentent le résultat.
Risque relatif ou rapport de risques (RR) : TEE divisé par le TEC. Mesure la probabilité (risque)/le facteur de risque d'apparition d'une maladie chez les personnes exposées à un médicament comparativement à celles qui ne le sont pas. Il s'agit du risque calculé *à la fin d'une étude*.
Rapport des risques instantanés (RRI) : semblable au concept du RR, sauf qu'il tient compte du moment auquel les événements sont survenus en exprimant le risque *au cours de l'étude*.

30. Les effets secondaires courants des COC (p. ex., métrorragie, nausée, sensibilité mammaire) peuvent en limiter l'utilisation et l'observance. Reportez-vous à l'annexe 3 pour une liste des effets secondaires possibles et leur prise en charge.
    Remarque : Les études comparatives randomisées ont montré que les femmes rapportent des effets secondaires à des taux similaires dans les groupes recevant le contraceptif ou le placebo[52].

31. On ne note aucune différence significative entre les schémas continus/de longue durée et les schémas cycliques en ce qui concerne les taux de grossesse, les taux d'observance et les effets indésirables [preuves de qualité élevée][51,62]. Cependant, les schémas continus/de longue durée peuvent présenter certains avantages.
    a) Une revue systématique (8 études comparatives randomisées, n = 929) a permis de constater que comparativement aux schémas cycliques, les schémas continus/de longue durée diminuaient de 4 jours la durée de la dysménorrhée. Les auteurs ont toutefois précisé que le niveau de preuves était faible et que des recherches plus rigoureuses s'imposaient[63].
    b) Les saignements ou saignements vaginaux légers associés aux schémas continus/de longue durée diminuent avec chaque cycle successif, et sont semblables ou inférieurs à ceux des COC cycliques [preuves de qualité modérée][51].
    c) L'administration continue ou de longue durée de COC peut être envisagée pour le traitement du syndrome prémenstruel [preuves de faible qualité][52].

Anneau vaginal et timbre transdermique

32. L'anneau vaginal mensuel (étonogestrel à 120 mcg/éthinylestradiol à 15 mcg) et le timbre transdermique hebdomadaire (norelgestromine à 200 mcg/éthinylestradiol à 35 mcg) offrent les mêmes avantages contraceptifs et non contraceptifs que les COC, mais leur observance ne nécessite pas une prise quotidienne. Les lignes directrices concernant leur instauration et leur utilisation pendant la période post-partum sont également les mêmes que pour les COC[51].
    a) Comparativement aux COC, le timbre est associé à moins de métrorragies et de saignements vaginaux légers, mais à plus de gêne/douleur mammaire, de nausées/vomissements et de dysménorrhée [preuves de qualité élevée][51].
    b) Comparativement au timbre, l'anneau est associé à moins de saignements imprévus et à des saignements de plus courte durée [preuves de qualité élevée][51].

Contraceptif oral progestatif

33. Les contraceptifs oraux progestatifs (COP) conviennent aux femmes présentant des contre-indications à l'œstrogène. Un contraceptif complémentaire doit être utilisé pendant deux jours si le COP n'est pas amorcé dans les cinq jours suivant les menstruations[5].

Encadré 9. Les CHC à faible dose chez les adolescentes

La question de savoir si les CHC à faible dose (œstrogène à < 30 mcg sous forme de pilule, de timbre ou d'anneau) peuvent suffire à optimiser la DMO des adolescentes fait polémique. Une étude prospective canadienne d'une durée de deux ans et une méta-analyse ultérieure (9 études prospectives, aucune étude comparative randomisée) ont montré une réduction de la densité osseuse vertébrale associée à une vaste gamme de doses d'œstrogènes des CHC. Toutefois, ces études étaient d'une grande hétérogénéité et leurs auteurs n'ont pas été en mesure d'apporter des corrections pour tenir compte de variables telles que l'IMC, l'origine ethnique et le tabagisme. Nous ignorons si ces résultats signifient une hausse réelle du risque de fracture. D'autres études comparatives randomisées de qualité sont nécessaires[64-66].

a) Les COP semblent être une option sûre pour les femmes en surpoids ou obèses [preuves de faible qualité][19].
b) L'utilisation de COP peut être envisagée chez les femmes ayant subi une intervention bariatrique restrictive (anneau gastrique ajustable) mais non malabsorptive (dérivation gastrique)[20,53]. Voir l'annexe 2.
c) Les COP (ainsi que l'AMPR) peuvent être commencés immédiatement après l'accouchement chez les femmes qui allaitent, car ils n'exercent aucun effet indésirable sur les issues de l'allaitement ou sur la santé, la croissance et le développement du nourrisson pendant la première année du post-partum. Toutefois, étant donné que les études à l'appui de cette recommandation sont de faible qualité, les CDC classent les COP dans la catégorie 2 (« les avantages l'emportent généralement sur les risques théoriques ou avérés ») pendant les 30 premiers jours suivant l'accouchement. Par la suite, les COP sont classés dans la catégorie 1 (aucune restriction). Les femmes qui choisissent de ne pas allaiter peuvent également utiliser des COP immédiatement sans restriction[53].

34. Les interactions médicamenteuses dont font l'objet les COP sont semblables à celles des COC (Renseignements généraux, point 27) à l'exception de la lamotrigine, dont l'utilisation ne fait l'objet d'aucune restriction chez les patientes prenant des COP[53].

35. Un COP approuvé récemment, renfermant 4 mg de drospirénone (Slynd) – à prendre pendant 24 jours, suivi d'un intervalle de 4 jours sans hormone – est commercialisé avec l'allégation de fournir une « fenêtre de sécurité » de 24 heures en cas d'oubli d'une dose de contraceptif oral, durant laquelle aucun autre contraceptif n'est nécessaire pour prévenir une grossesse[67]. Les données à l'appui de cette allégation proviennent d'une étude ayant consisté à introduire des omissions intentionnelles à des moments précis. Il n'existe pas de données pragmatiques concernant les issues de grossesses associées à des oublis de doses de contraceptif oral. Ce COP est d'une efficacité semblable à celle des COC, en plus d'être associé à des taux inférieurs de saignements imprévus comparativement aux autres COP à base de noréthindrone[60].

Acétate de médroxyprogestérone à action retard (AMPR)

36. L'AMPR est administré tous les trois mois par injection intramusculaire, mais son efficacité peut durer jusqu'à 14 semaines. Un contraceptif complémentaire doit être utilisé pendant sept jours si l'AMPR n'est pas administré pour la première fois dans les cinq jours suivant les menstruations[5].

37. L'efficacité de l'AMPR ne semble pas être affectée par le poids corporel ou l'IMC et, selon les CDC, il peut être utilisé sans restriction chez les femmes dont l'IMC est ≥ 30[14,53 19].

38. L'utilisation de l'AMPR est associée à une diminution de la DMO, en particulier chez les femmes de moins de 18 ans et de plus de 45 ans[8]. Ce risque est particulièrement inquiétant pendant les périodes critiques de l'accrétion osseuse de l'adolescence et du début de l'âge adulte[12]. Cependant, selon les CDC, les avantages de l'AMPR dans ce groupe d'âge l'emportent généralement sur les risques[53].
    a) La perte de DMO est la plus rapide au cours des deux premières années d'utilisation et semble en grande partie réversible à l'arrêt de l'AMPR [preuves de qualité modérée à élevée]. Il n'existe pas de données probantes solides montrant que l'utilisation de l'AMPR provoque de l'ostéoporose ou augmente le risque de fracture [preuves de qualité modérée][68].
    b) Il est important d'informer les utilisatrices des facteurs de risque d'ostéoporose et des interventions comportementales (p. ex., exercices de port de poids, prise de calcium/vitamine D, arrêt du tabagisme)[5].
    c) Chez les personnes présentant des affections prédisposant à une baisse de la DMO (p. ex., fibrose kystique, maladie inflammatoire de l'intestin, sclérose en plaques), les risques de l'AMPR l'emportent généralement sur ses avantages[8,53].

39. Le retour de la fécondité peut être retardé jusqu'à 12 à 18 mois après l'arrêt de l'AMPR[5,12].

Autres méthodes

40. Lorsqu'ils sont utilisés systématiquement et correctement, les préservatifs masculins en latex procurent une certaine protection contre les grossesses (tableau 1) et les ITS, sans toutefois protéger à 100 % contre toutes les ITS [opinion d'experts][13]. Les résultats d'un sondage américain mené auprès d'étudiantes sexuellement actives (n = 2288) ont montré que celles qui utilisent des CRAP sont 60 % moins susceptibles d'utiliser des préservatifs que celles qui utilisent des COC[69]. Or il est essentiel d'encourager l'utilisation concomitante de préservatifs avec les CRAP[65,70].

41. Le préservatif féminin est la seule méthode qui protège à la fois contre les grossesses et les ITS et qui est conçue spécialement pour les femmes. Celles qui n'aiment pas les autres méthodes de barrière vaginale pourraient leur préférer le préservatif féminin[71].

42. L'éponge contraceptive et les spermicides ne sont pas très efficaces lorsqu'ils sont utilisés seuls (tableau 1), mais il est possible d'augmenter leur efficacité s'ils sont utilisés avec une autre méthode contraceptive [preuves de qualité faible à modérée][13].

43. Le diaphragme (une méthode de barrière) ne fait plus partie des options facilement ajustables accessibles au Canada. Ces dispositifs peuvent être offerts dans certaines cliniques anticonceptionnelles, mais ils ne sont plus vendus dans les pharmacies. On en trouve certains de taille unique sans ordonnance en ligne, mais la gelée spermicide (qui doit être utilisée avec ce dispositif pour assurer leur efficacité anticonceptionnelle) peut être extrêmement difficile à se procurer[72].

44. Les méthodes de planification familiale naturelles (y compris les méthodes basées sur la connaissance de la fertilité) pourraient convenir aux couples disposés à accepter un taux d'efficacité inférieur (tableau 1) [opinion d'experts][13] ou qui préfèrent éviter les contraceptifs hormonaux[8].
    a) Ces méthodes ne devraient pas être proposées uniquement sur la base de contre-indications d'un autre contraceptif avant d'avoir eu une discussion approfondie sur les autres méthodes potentiellement sûres et plus efficaces [preuves de qualité faible à modérée][13].
    b) Les patientes dont les cycles menstruels sont irréguliers, ou dont les conjoints ne sont pas favorables à l'abstinence ou à l'utilisation d'autres contraceptifs pendant les périodes de fécondité, doivent éviter les méthodes de planification naturelle[8].

CHANGEMENT DE MÉTHODES CONTRACEPTIVES (annexe 4)

45. Une grossesse involontaire peut survenir lorsque les patientes changent de méthode contraceptive. Il est important de donner des conseils précis en cette matière. Dans certains cas, le passage d'une méthode contraceptive à une autre implique une période de chevauchement entre l'ancienne et la nouvelle méthode. Reportez-vous à l'annexe 4 pour en savoir plus sur le passage d'une méthode contraceptive à une autre[73].

OUBLI DE DOSES DE CONTRACEPTIF HORMONAL

46. Il est fréquent que les patientes omettent une dose de contraceptif hormonal ou ne respectent pas les directives. Les patientes doivent recevoir des instructions simples et claires sur la marche à suivre en cas de retard (< 24 heures après l'heure prévue) ou d'oubli d'une dose de contraceptif (> 24 heures après l'heure prévue). Une directive clinique de la SOGC propose des arbres décisionnels détaillés à suivre en cas d'omission d'un COC, d'un timbre, d'un anneau, d'un COP et de l'AMPR (encadré 10)[74].

Encadré 10. Prise en charge des omissions de contraceptifs

Conseils pour le clinicien
Reportez-vous à la directive clinique détaillée de la SOGC pour obtenir des recommandations concernant l'omission de contraceptifs hormonaux (on y trouve des arbres décisionnels concernant les COC, les timbres, les anneaux, les COP et l'AMPR). Bien que cette directive clinique ait été publiée en 2008, ses recommandations sont toujours en vigueur.
Guide à l'intention des patientes
L'outil SOS (Reprenez le rythme) de la SOGC est un guide à l'intention des patientes sur la prise d'un contraceptif en cas de dose oubliée ou prise en retard.

QUAND ARRÊTER LA CONTRACEPTION

47. Pour décider du moment d'arrêter un contraceptif, il faut pondérer l'indication du contraceptif avec les préférences et le risque cardiovasculaire de l'utilisatrice, et établir le moment de la sénescence ovarienne.
    a) Il n'existe pas d'analyses de laboratoire fiables, quel que soit le moment du cycle menstruel, permettant d'établir de façon définitive l'arrêt de la fertilité des femmes en périménopause. La ménopause ne peut être diagnostiquée que chez les femmes qui n'ont pas eu de menstruations depuis au moins 12 mois, et qui ne prennent pas de contraceptif hormonal[75-77].
    b) La North American Menopause Society, les CDC et le Royal College of Obstetricians and

Gynaecologists du Royaume-Uni recommandent de poursuivre le contraceptif hormonal jusqu'à l'âge de 50 à 55 ans, et d'utiliser une méthode contraceptive jusqu'à un an après les dernières menstruations[32,78,79]. La SOGC préconise de remplacer un COC par une autre méthode contraceptive à l'âge de 50 ans[51].

Remarque : Pour en savoir plus sur la contraception et la ménopause, reportez-vous au module du PABP intitulé « Ménopause » (mai 2022).

POINTS CLÉS

- Au nombre des contraceptifs d'urgence figurent (par ordre d'efficacité) les dispositifs intra-utérins, l'acétate d'ulipristal et le lévonorgestrel. La méthode Yuzpe (COC) ne devrait plus être utilisée à moins qu'il n'y ait pas d'autres options, car il s'agit de la moins efficace et de la moins tolérée. Quant aux contraceptifs oraux, leur efficacité est d'autant plus grande qu'ils sont proposés tôt et pris idéalement dans un délai de moins de 72 heures. Il convient de proposer un test de dépistage des ITS durant la même visite. Envisager de prescrire aux adolescentes un contraceptif d'urgence avant qu'elles en aient besoin.
- Les contraceptifs réversibles à action prolongée (CRAP) (DIU et implants) font partie des options contraceptives les plus sûres et les plus efficaces, et peuvent être utilisés à n'importe quel âge de la vie reproductive.
- Chez les femmes en surpoids ou obèses ou celles ayant subi une chirurgie bariatrique, les options contraceptives les plus sûres et les plus efficaces sont les CRAP et les COP si la technique chirurgicale était restrictive.
- Pour prévenir une grossesse non souhaitée, réfléchir au contraceptif complémentaire qui pourrait être nécessaire au début d'un nouveau schéma contraceptif ou en cas de passage d'une méthode à une autre (annexe 4).
- Certaines données probantes penchent en faveur de l'utilisation prolongée des DIU au LNG et au cuivre au-delà de leur durée d'utilisation prescrite, jusqu'à 8 à 10 ans, respectivement.
- Les femmes sexuellement actives auront besoin d'un schéma contraceptif continu jusqu'à ce que la ménopause soit confirmée (12 mois après leurs dernières menstruations).

COMMENTAIRES DES HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1 : Mélania, 17 ans

Quels autres renseignements aimeriez-vous obtenir?

Il serait utile de recueillir les renseignements suivants :

- La date de ses dernières menstruations et la régularité de son cycle (Renseignements généraux, point 1).
- Son utilisation de préservatifs ou de toute autre méthode contraceptive.
- Ses antécédents de grossesse.
- Ses connaissances sur les contraceptifs d'urgence et les taux d'échec/de grossesse (annexe 1).
- Antécédents d'ITS et de tests de dépistage (Renseignements généraux, point 1).
- Confirmation de ses antécédents de migraine (Renseignements généraux, points 10, 29; annexe 2), que les migraines sont toujours sans aura et qu'elles surviennent une ou deux fois par mois.
- Les médicaments qu'elle prend actuellement (Renseignements généraux, point 10; annexe 2).
- Tension artérielle, IMC.

Il serait également important d'écarter une grossesse à l'aide d'un test de grossesse urinaire (Renseignements généraux, point 1).

Deuxième partie

Quelle serait votre approche avec Mélania?

Vous pourriez lui offrir de l'information sur les contraceptifs d'urgence, notamment leurs effets indésirables et leur efficacité (annexe 1). Toutes les méthodes possibles devraient être mises en route le jour-même. Vous pourriez envisager de lui prescrire un contraceptif d'urgence en cas de besoin (Renseignements généraux, point 2) même si plusieurs contraceptifs d'urgence sont en vente libre dans la plupart des provinces (Renseignements généraux, point 2; annexe 1). Quel que soit le contraceptif d'urgence choisi, il serait prudent de prévoir un test de grossesse de suivi.

Pour ce qui est du choix du contraceptif, vous pourriez chercher à savoir pourquoi Mélania ne veut « rien dans son corps » et lui expliquer ce qu'il en est de l'innocuité et de l'efficacité du DIU (Renseignements généraux, points 13-20; tableaux 2, 3) et de l'implant (Renseignements généraux, points 21-23). Si vous lui parlez de contraceptifs hormonaux combinés (CHC), vous devriez aborder les avantages (réduction de l'acné et régularisation des menstruations) et les effets indésirables de cette méthode (Renseignements généraux, points 24-30; tableau 4; annexe 3). L'injection d'acétate de médroxyprogestérone à action retard

(AMPR) serait moins souhaitable en raison de ses effets éventuels sur la DMO; il serait toutefois raisonnable de discuter de cette option avec Mélania (Renseignements généraux, points 36-39). Ses options contraceptives ne seraient pas limitées par ses migraines puisque celles-ci sont sans aura (Renseignements généraux, point 29; annexe 2).

Il serait important de lui rappeler de toujours utiliser un préservatif pour prévenir les ITS (Renseignements généraux, points 40, 41), et ce, quelle que soit l'option choisie. Mélania gagnerait à consulter des ressources en ligne (encadré 5) afin d'examiner les différentes options qui s'offrent à elle et à revenir vous consulter lorsqu'elle aura pris une décision.

Troisième partie – Trois mois plus tard

Quels conseils donneriez-vous à Mélania au sujet de ses options?

Comme Mélania souhaite essayer un DIU, vous pourriez en discuter plus en détail, notamment en ce qui concerne l'efficacité (tableau 1), l'insertion et les méthodes analgésiques, la crème EMLA topique étant la plus efficace (Renseignements généraux, points 13-20; tableaux 2, 3). Parmi les autres moyens contraceptifs dont vous pourriez discuter avec Mélania, citons l'anneau ou le timbre (Renseignements généraux, point 32).

Il faudrait rappeler à Mélania qu'elle doit utiliser des préservatifs, et lui expliquer qu'elle peut s'en servir comme méthode complémentaire au COC et pour prévenir la transmission d'ITS (Renseignements généraux, points 40, 41).

Cas numéro 2 : Asmaa, 48 ans

Que répondriez-vous aux questions d'Asmaa?

Asmaa pourrait envisager de garder son DIU-LNG pendant deux ans de plus sur la base des recommandations actuelles, mais une année supplémentaire suffirait (Renseignements généraux, point 20a; encadré 6).

Elle ne pourrait pas savoir avec certitude si elle est ménopausée, car cela ne peut se confirmer que rétrospectivement, après 12 mois d'absence des menstruations (Renseignements généraux, point 47a). Le dosage de la FSH n'est pas un marqueur fiable et ne serait pas recommandé (Renseignements généraux, point 47). Pour en savoir plus sur la contraception et la ménopause, reportez-vous au module du PABP intitulé « Ménopause » (mai 2022) disponible au http://members.fmpe.org/.

Si le DIU a été retiré, elle aurait encore besoin d'un contraceptif jusqu'à ce que la ménopause soit confirmée. Elle devrait être informée des options qui s'offrent à elle à son âge, parmi lesquelles l'utilisation exclusive du préservatif (Renseignements généraux, points 40, 41). L'AMPR serait envisageable mais moins souhaitable en raison de ses effets possibles sur la DMO (Renseignements généraux, point 38). Étant donné que son hypertension est bien maîtrisée, les COC ne seraient pas contre-indiqués même s'ils ne sont généralement pas recommandés par les CDC (Renseignements généraux, point 29; annexe 2).

Que feriez-vous concernant le fil du DIU que vous ne parvenez pas à localiser?

Il serait important de vérifier que son DIU est toujours en place en lui faisant passer une échographie pelvienne. Il faudrait envisager de lui faire passer un test de grossesse si l'échographie n'est pas facilement accessible ou si l'absence du DIU a été confirmée par une échographie qui n'a pas montré de grossesse (Renseignements généraux, point 18). Dans ce dernier cas, il faudrait aussi demander une radiographie simple de l'abdomen pour vérifier que le DIU ne s'est pas déplacé de l'utérus vers l'abdomen.

Si le DIU est dans l'utérus et qu'Asmaa prévoit de continuer à utiliser cette méthode contraceptive pendant deux années supplémentaires, il n'y aurait rien à faire à ce stade. Si le DIU a migré dans la paroi utérine, Asmaa devrait être orientée en obstétrique-gynécologie ou chez un collègue expérimenté pour le retrait du DIU en toute sécurité. Si l'équipement est disponible et que le DIU est toujours dans l'espace intra-utérin, un crochet extracteur de DIU pourrait être utilisé si le DIU doit être remplacé ou enlevé (Renseignements généraux, point 18b).

Cas numéro 3 : Hailey, 26 ans

Quelle serait votre approche avec Hailey?

Il conviendrait de faire un test de Pap. Un contraceptif progestatif serait une option adaptée avant et après la chirurgie bariatrique à condition que l'intervention de Hailey n'ait pas fait appel à une technique chirurgicale malabsorptive (Renseignements généraux, point 33b; annexe 2). Un DIU serait préférable avant et après l'intervention chirurgicale (Renseignements généraux, point 13). Les COC seraient contre-indiqués pour Hailey (Renseignements généraux, point 29; annexe 2). L'implant est également considéré comme un contraceptif sûr et efficace chez les femmes obèses; en général, leurs avantages l'emportent sur leurs inconvénients chez les femmes présentant un état thrombophile (Renseignements généraux, point 21d; annexe 2).

Nous apprécions toujours vos commentaires. Si vous souhaitez nous faire parvenir de la rétroaction au sujet de ce module, le lien suivant vous amène directement au formulaire du sondage électronique : **http://members.fmpe.org/modulefeedback.**

Auteure : **Poornima Sathi, M.D., CCMF**
Médecin de famille
Saskatoon, Saskatchewan

Réviseures : **Renée Hall, M.D., FCMF**
Médecin de famille, planification familiale
Codirectrice, clinique Willow
Vancouver, Colombie-Britannique

Ashley Waddington, M.D., MAP, FRCSC
Professeur agrégée, département d'obstétrique et de gynécologie, Université Queen's
Codirectrice du programme CARE (Contraception Advice, Research, and Education) à l'Université Queen's
Kingston, Ontario

Rédactrice médicale en chef : **Elizabeth Shaw, M.D., CCMF (médecine des toxicomanies), FCMF**
Médecin de famille
Hamilton, Ontario

Rédactrice médicale/coordonnatrice, Développement des modules : **Lynda Cranston, B.A. avec spécialisation**
Orangeville, Ontario

Réviseure : **Laura Van Alphen, M.A., B. Éd.**
Hamilton, Ontario

L'équipe de rédaction du module de la Fondation aimerait remercier Jeyla Chen (North York, Ontario), Ze'ev Gross (Edmonton, Alberta) et Opeyemi Sobowale (Winnipeg, Manitoba) pour leur contribution aux tables rondes initiales. De plus, la Fondation remercie les groupes-pilotes du PABP facilités par Ivan Filanti (Medicine Hat, Alberta), Katy Hicks (Calgary, Alberta) et Jim Ketch (Kelowna, Colombie-Britannique), qui ont testé ce module de formation et proposé des améliorations.

Divulgation des conflits d'intérêts :

Sathi, Elizabeth Shaw et Lynda Cranston n'en ont déclaré aucun.

Renée Hall a reçu des honoraires de conférencière de la part de Bayer, d'Organon et de Merck. La Dre Hall fait partie du conseil consultatif de Bayer.

Ashley Waddington a reçu des honoraires des sociétés suivantes dont elle fait partie du comité consultatif : Bayer Inc., Searchlight, Duchesnay et Organon.

Même si le plus grand soin a été apporté à la préparation des informations contenues dans ce module, le Programme ne peut en garantir la pertinence dans des cas cliniques particuliers ou chez certains patients. Les médecins et les autres professionnels de la santé doivent utiliser leur propre jugement clinique, fondé sur les circonstances particulières de chaque cas, pour décider de la prise en charge et du traitement de leur patient.

Quiconque utilise ces renseignements, le fait à ses risques, et ne peut tenir pour responsable la Fondation pour l'éducation médicale continue ni les programmes d'apprentissage basé sur la pratique d'aucun incident ou dommage qui pourrait découler de cet usage.

Les ressources sur le Web citées dans ce module étaient toujours actives en août 2023.

Vous pouvez accéder en ligne à ce module et à ses annexes : https://members.fmpe.org/.

Ce programme est le résultat d'une collaboration entre :

La Fondation pour l'éducation médicale continue

McMaster University

NIVEAUX DE PREUVES

Niveau de preuves	Type de preuves incluses
Élevé Les conclusions de l'étude ont peu de chances d'être grandement modifiées par l'information révélée lors de futures études.	• Revues systématiques/méta-analyses qui incluent une grande variété d'études bien conçues (peu de limitations/de risque de biais, directement applicable à la population ciblée; l'évaluation du sommaire a un intervalle de confiance restreint). • Études comparatives d'envergure, randomisées, multicentriques, et bien conçues.
Modéré Les conclusions de l'étude pourraient changer en fonction des résultats de futures études.	• Revues systématiques/méta-analyses d'études comportant plus de limitations/de risques de biais (études comparatives randomisées moins bien conçues, cohortes, études de cas-témoins; large intervalle de confiance de l'estimation sommaire). • Études comparatives randomisées bien conçues, de taille modérée ou unique. • Études comparatives bien conçues et cohérentes, mais non randomisées. • Études d'envergure de cohortes.
Faible Les conclusions de l'étude pourraient probablement changer en fonction des résultats de futures études.	• Petites études comparatives randomisées avec risque élevé de biais. • Études comparatives ou de cohortes comportant des limites/risques de biais importants, dont les variations des résultats entre les études sont significatives, ou ne sont pas directement applicables à la population ciblée.
Très faible Les données probantes provenant d'études de taille appropriée dans les populations représentatives manquent ou sont insuffisantes.	• Rapports de cas individuel ou de séries de cas. • Une ou plusieurs études comportant des limites/risques de biais significatifs.

En plus de la classification ci-dessus, lorsque l'ensemble des données probantes appuyant une question précise est limité, nous pouvons citer l'opinion d'experts à titre de niveau de preuves le plus élevé.

Sources :

1) Qualité des données probantes selon le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs : https://canadiantaskforce.ca/methods/grade/.

2) Définitions des grades selon l'US Preventive Services Task Force. Mai 2008. https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/grade-definitions.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Katzman DK, Taddeo D, Canadian Paediatric Society Adolescent Health Committee. Emergency contraception. *Paediatrics & Child Health.* 2010;15:363-7. PMID 21731419
2. Chapter 3 emergency contraception. *J Obstet Gynaecol Can.* 2015;37(10 Suppl):S20-S28. PMID 27343355
3. Upadhya KK, Committee On Adolescence. Emergency contraception. *Pediatrics.* 2019;144. PMID 31740497
4. Goldstuck ND, Cheung TS. The efficacy of intrauterine devices for emergency contraception and beyond: a systematic review update. *Int J Womens Health.* 2019;11:471-9. PMID 31686919
5. Crawley A, Regier L. Birth control. *RxFiles.* 2022. www.rxfiles.ca.
6. The Faculty of Sexual and Reproductive Health. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). *FSRH guideline: emergency contraception*. 2017. Amended 2020. https://www.fsrh.org/documents/ceu-clinical-guidance-emergency-contraception-march-2017/.
7. Shen J, Che Y, Showell E, Chen K, Cheng L. Interventions for emergency contraception. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;1:CD001324. PMID 30661244
8. Paradise SL, Landis CA, Klein DA. Evidence-based contraception: common questions and answers. *Am Fam Physician.* 2022;106:251-9. PMID 36126006
9. Todd N, Sriram P. *SOGC: contraception and VTE risk in the context of COVID-19 illness*. 2021. https://sogc.org/common/Uploaded%20files/Covid%20Information/EN_Contraception-and-VTE-risk-in-the-context-of-COVID-19.pdf.
10. Turok DK, Gero A, Simmons RG, et al. Levonorgestrel vs. copper intrauterine devices for emergency contraception. *N Engl J Med.* 2021;384:335-44. PMID 33503342
11. Turok DK, Sanders JN, Thompson IS, Royer PA, Eggebroten J, Gawron LM. Preference for and efficacy of oral levonorgestrel for emergency contraception with concomitant placement of a levonorgestrel IUD: a prospective cohort study. *Contraception.* 2016;93:526-32. PMID 26944863
12. Contraception pearls for practice. *Dalhousie CPD Academic Detailing Service*. 2015. https://cdn.dal.ca/content/dam/dalhousie/pdf/faculty/medicine/departments/core-units/cpd/academic-detailing/ADS_2015_Contraception_Workbook.pdf.

13. Black A, Guilbert E, Co A, et al. Canadian contraception consensus (part 2 of 4). *J Obstet Gynaecol Can.* 2015;37:1033-9. PMID 26629725

14. Curtis KM, Jatlaoui TC, Tepper NK, al e. U.S. selected practice recommendations for contraceptive use, 2016. *MMWR Recomm Rep*. 2016.

15. Kang MM, Guetterman TC, Prussack JK, et al. Contraceptive care for women with medical conditions: a qualitative study to identify potential best practices for primary care physicians. *Fam Med.* 2019;51:559-66. PMID 31287901

16. Committee on Practice Bulletins-Gynecology, Long-Acting Reversible Contraception Work Group. Practice bulletin no. 186: long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. *Obstet Gynecol.* 2017;130:e251-e69. PMID 29064972

17. Di Meglio G, Crowther C, Simms J. Contraceptive care for Canadian youth. *Paediatr Child Health.* 2018;23:271-7. PMID 30681670

18. Black A, Guilbert E, Costescu D, et al. Canadian contraception consensus (part 3 of 4): chapter 7. intrauterine contraception. *J Obstet Gynaecol Can.* 2016;38:182-222. PMID 27032746

19. The Faculty of Sexual and Reproductive Health. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). *Overweight, obesity and contraception*. 2019. https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/fsrh-clinical-guideline-overweight-obesity-and-contraception/.

20. Graham Y, Wilkes S, Mansour D, Small PK. Contraceptive needs of women following bariatric surgery. *J Fam Plann Reprod Health Care.* 2014;40:241-4. PMID 25240027

21. Heinemann K, Reed S, Moehner S, Minh TD. Risk of uterine perforation with levonorgestrel-releasing and copper intrauterine devices in the European Active Surveillance Study on Intrauterine Devices. *Contraception.* 2015;91:274-9. PMID 25601352

22. Heinemann K, Reed S, Moehner S, Minh TD. Comparative contraceptive effectiveness of levonorgestrel-releasing and copper intrauterine devices: the European Active Surveillance Study for Intrauterine Devices. *Contraception.* 2015;91:280-3. PMID 25601350

23. Farley TM, Rosenberg MJ, Rowe PJ, Chen JH, Meirik O. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: an international perspective. *Lancet.* 1992;339:785-8. PMID 1347812

24. Birgisson NE, Zhao Q, Secura GM, Madden T, Peipert JF. Positive Testing for Neisseria gonorrhoeae and chlamydia trachomatis and the risk of pelvic inflammatory disease in IUD users. *J Womens Health (Larchmt).* 2015;24:354-9. PMID 25836384

25. Turok DK, Eisenberg DL, Teal SB, Keder LM, Creinin MD. A prospective assessment of pelvic infection risk following same-day sexually transmitted infection testing and levonorgestrel intrauterine system placement. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;215:599 e1- e6. PMID 27180886

26. Morch LS, Skovlund CW, Hannaford PC, Iversen L, Fielding S, Lidegaard O. Contemporary hormonal contraception and the risk of breast cancer. *N Engl J Med.* 2017;377:2228-39. PMID 29211679

27. Costescu DJ. Levonorgestrel-releasing intrauterine systems for long-acting contraception: current perspectives, safety, and patient counseling. *Int J Womens Health.* 2016;8:589-98. PMID 27785107

28. Lopez LM, Bernholc A, Zeng Y, et al. Interventions for pain with intrauterine device insertion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;2015:CD007373. PMID 26222246

29. Matthews LR, O'Dwyer L, O'Neill E. Intrauterine device insertion failure after misoprostol administration: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2016;128:1084-91. PMID 27741184

30. Samy A, Abbas AM, Mahmoud M, et al. Evaluating different pain lowering medications during intrauterine device insertion: a systematic review and network meta-analysis. *Fertil Steril.* 2019;111:553-61 e4. PMID 30611553

31. Tornblom-Paulander S, Tingaker BK, Werner A, et al. Novel topical formulation of lidocaine provides significant pain relief for intrauterine device insertion: pharmacokinetic evaluation and randomized placebo-controlled trial. *Fertil Steril.* 2015;103:422-7. PMID 25455873

32. US Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *US selected practice recommendations for contraceptive use. When women can stop using contraceptives*. 2016. https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/mmwr/spr/stop_using_contraceptives.html.

33. Lopez LM, Bernholc A, Hubacher D, Stuart G, Van Vliet HA. Immediate postpartum insertion of intrauterine device for contraception. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015:CD003036. PMID 26115018

34. Caddy S, Yudin MH, Hakim, Infectious Disease Committee Special Contributor. Best practices to minimize risk of infection with intrauterine device insertion. *J Obstet Gynaecol Can.* 2014;36:266-74. PMID 24612897

35. *IUD insertion information for clinicians: what about strings?* 2022. https://willowclinic.ca/index.php/iud-insertion-information-for-clinicians/.

36. Baragar I, Kirkwood J, Paige A, Potter J. Can it stay or must it go? Extended use of intrauterine devices. *Tools for Practice.* 2022. https://gomainpro.ca/wp-content/uploads/tools-for-practice/1643999687_tfp308_iud.pdf.

37. MedSask. *Comparison of copper intrauterine devices in Canada*. 2018. https://medsask.usask.ca/sites/medsask/files/2023-02/Comparison-Copper-IUD.pdf.

38. Black A, Costescu D, Dunn S, al e. *Contraception consensus: updated guidance during pandemics and periods of social disruption*. 2021. https://sogc.org/common/Uploaded%20files/2020-04%20Contraception%20Consensus%20-%20Final%20Submitted.pdf.

39. Krewson C. FDA expands approval of Mirena for up to 8 years. *Contemporary OB/GYN.* 2022. https://www.contemporaryobgyn.net/view/fda-expands-approval-of-mirena-for-up-to-8-years.

40. Rocca ML, Palumbo AR, Visconti F, Di Carlo C. Safety and benefits of contraceptives implants: a systematic review. *Pharmaceuticals (Basel).* 2021;14. PMID 34201123

41. Dugre N, Choksi N, Kirkwood J. Etonogestrel implant effectiveness. *Can Fam Physician.* 2022;68:594. PMID 35961721

42. Bahamondes L, Fernandes A, Monteiro I, Bahamondes MV. Long-acting reversible contraceptive (LARCs) methods. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2020;66:28-40. PMID 32014434

43. Diedrich JT, Klein DA, Peipert JF. Long-acting reversible contraception in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;216:364 e1-e12. PMID 28038902

44. *Product monograph: nexplanon*. 2021. https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00060728.PDF.

45. Reed S, Koro C, Heinemann K, Westhoff C. Nexplanon procedure-related events: final results from the Nexplanon Observational Risk Assessment Study (NORA) [9G]. *Obstetrics & Gynecology.* 2018;131:77S. PMID 36529241

46. Moray KV, Chaurasia H, Sachin O, Joshi B. A systematic review on clinical effectiveness, side-effect profile and meta-analysis on continuation rate of etonogestrel contraceptive implant. *Reprod Health.* 2021;18:4. PMID 33407632

47. Hines G, Wang C, Walker T, Jereen A, Quinones JN, Waxman A. Continuation rates of the etonogestrel implant and factors associated with early discontinuation. *Cureus.* 2023;15:e36117. PMID 37065304

48. Pitts S. Hormonal contraception's effect on adolescent bone health. *Contemporary OB/GYN Journal.* 2022;67.

49. Ali M, Akin A, Bahamondes L, et al. Extended use up to 5 years of the etonogestrel-releasing subdermal contraceptive implant: comparison to levonorgestrel-releasing subdermal implant. *Hum Reprod.* 2016;31:2491-8. PMID 27671673

50. McNicholas C, Swor E, Wan L, Peipert JF. Prolonged use of the etonogestrel implant and levonorgestrel intrauterine device: 2 years beyond Food and Drug Administration-approved duration. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;216:586 e1- e6. PMID 28147241

51. Black A, Guilbert E, Costescu D, et al. No. 329. Canadian contraception consensus part 4 of 4. Chapter 9: combined hormonal contraception. *J Obstet Gynaecol Can.* 2017;39:229-68 e5. PMID 28413042

52. The Faculty of Sexual and Reproductive Health. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). *Combined hormonal contraception*. 2020. https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/combined-hormonal-contraception/.

53. Centers for Disease Control and Prevention. *Summary chart of U.S. medical eligibiliity criteria for contraceptive use*. 2020. https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/pdf/summary-chart-us-medical-eligibility-criteria_508tagged.pdf.

54. The Faculty of Sexual and Reproductive Health. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). *Clinical guidance: drug interactions with hormonal contraception*. 2022. https://www.fsrh.org/documents/ceu-clinical-guidance-drug-interactions-with-hormonal/.

55. Lazorwitz A, Davis A, Swartz M, Guiahi M. The effect of carbamazepine on etonogestrel concentrations in contraceptive implant users. *Contraception.* 2017;95:571-7. PMID 28288788

56. Lopez LM, Bernholc A, Chen M, et al. Hormonal contraceptives for contraception in overweight or obese women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016:CD008452. PMID 27537097

57. Roach RE, Helmerhorst FM, Lijfering WM, Stijnen T, Algra A, Dekkers OM. Combined oral contraceptives: the risk of myocardial infarction and ischemic stroke. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015:CD011054. PMID 26310586

58. Lidegaard O, Lokkegaard E, Jensen A, Skovlund CW, Keiding N. Thrombotic stroke and myocardial infarction with hormonal contraception. *N Engl J Med.* 2012;366:2257-66. PMID 22693997

59. The American College of Obstetricians and Gynecologists. *Risk of venous thromboembolism among users of drospirenone-containing oral contraceptive pills*. 2012. Reaffirmed 2020.

60. Chiara Del Savio M, De Fata R, Facchinetti F, Grandi G. Drospirenone 4 mg-only pill (DOP) in 24+4 regimen: a new option for oral contraception. *Expert Rev Clin Pharmacol.* 2020;13:685-94. PMID 32538188

61. Bird ST, Hartzema AG, Brophy JM, Etminan M, Delaney JA. Risk of venous thromboembolism in women with polycystic ovary syndrome: a population-based matched cohort analysis. *CMAJ.* 2013;185:E115-20. PMID 23209115

62. Gunn A, Corona J, Ito Y. Helpdesk answers: do continuous combined hormonal contraceptives offer any benefits over cyclic combined hormonal contraceptives? *Evidence-Based Practice.* 2019;22:21-2.

63. Damm T, Lamvu G, Carrillo J, Ouyang C, Feranec J. Continuous vs. cyclic combined hormonal contraceptives for treatment of dysmenorrhea: a systematic review. *Contracept X.* 2019;1:100002. PMID 32550522

64. Brajic TS, Berger C, Schlammerl K, et al. Combined hormonal contraceptives use and bone mineral density changes in adolescent and young women in a prospective population-based Canada-wide observational study. *J Musculoskelet Neuronal Interact.* 2018;18:227-36. PMID 29855445

65. Rosenthal MA, McQuillan SK. Adolescent contraception. *CMAJ.* 2021;193:E1218. PMID 34373270

66. Golden NH. Bones and birth control in adolescent girls. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2020;33:249-54. PMID 31972296

67. *Slynd: product monograph*. https://files.duchesnay.com/duchesnay/slynd/slynd-monograph.pdf.

68. Black A, Guilbert E, Costescu D, et al. Canadian contraception consensus (part 3 of 4): chapter 8—progestin-only contraception. *J Obstet Gynaecol Can.* 2016;38:279-300. PMID 27106200

69. Steiner RJ, Liddon N, Swartzendruber AL, Rasberry CN, Sales JM. Long-acting reversible contraception and condom use among female us high school students: implications for sexually transmitted infection prevention. *JAMA Pediatr.* 2016;170:428-34. PMID 26974492

70. Menon S, Committee On Adolescence. Long-acting reversible contraception: specific issues for adolescents. *Pediatrics.* 2020;146. PMID 32690806

71. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Chapter 5. Barrier methods. *JOGC.* 2015:S12.

72. HealthLink BC. *Diaphragm for birth control*. 2021. https://www.healthlinkbc.ca/pregnancy-parenting/birth-control/diaphragm-birth-control.

73. Lesnewski R, Prine L, Ginzburg R. Preventing gaps when switching contraceptives. *Am Fam Physician.* 2011;83:567-70. PMID 21391524

74. Guilbert E, Black A, Dunn S, et al. Missed hormonal contraceptives: new recommendations. *J Obstet Gynaecol Can.* 2008;30:1050-62. PMID 19126288

75. Delamater L, Santoro N. Management of the perimenopause. *Clin Obstet Gynecol.* 2018;61:419-32. PMID 29952797

76. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Menopause: diagnosis and management*. 2015 (Update 2019). https://www.nice.org.uk/guidance/ng23.

77. Stegeman BH, de Bastos M, Rosendaal FR, et al. Different combined oral contraceptives and the risk of venous thrombosis: systematic review and network meta-analysis. *BMJ.* 2013;347:f5298. PMID 24030561

78. Shifren JL, Gass ML, NAMS Recommendations for Clinical Care of Midlife Women Working Group. The North American Menopause Society recommendations for clinical care of midlife women. *Menopause.* 2014;21:1038-62. PMID 25225714

79. The Faculty of Sexual and Reproductive Health Care. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). *FSRH clinical guideline: contraception for women aged over 40 years*. 2017. Amended 2019. https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/fsrh-guidance-contraception-for-women-aged-over-40-years-2017/.

80. Sanders JN, Howell L, Saltzman HM, Schwarz EB, Thompson IS, Turok DK. Unprotected intercourse in the 2 weeks prior to requesting emergency intrauterine contraception. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;215:592 e1-e5. PMID 27349294

ANNEXE 1. Contraceptifs d'urgence[2,5-7,12]

	Méthode	Contre-indications	Calendrier d'utilisation et dose	Effets indésirables	Commentaires	Coût*
À prise orale	Acétate d'ulipristal à 30 mg (Ella)	Grossesse, asthme sévère maîtrisé par des glucocorticoïdes oraux.	• À utiliser dans les 5 jours suivant des RSNP. • 1 dose. • Reprendre une dose si des vomissements surviennent ≤ 3 heures après l'ingestion.	Nausées, fatigue, étourdissements, vomissements. Plus d'effets indésirables avec les COC. Un antiémétique peut être nécessaire.	• Taux de grossesse anticipé** : 13/1000 (IC à 95 % : 8-22)[7]. • Efficacité réduite si l'IMC > 30. • Sur ordonnance seulement.	42 $
	Lévonorgestrel à 0,75 mg (Plan B, Norlevo, Option 2, Next Choice)	Grossesse.	• À utiliser idéalement dans les 24 heures, mais peut être utilisé dans les 5 jours suivant des RSNP. • Dose de 1,5 mg : 2 comprimés à 0,75 mg à prendre ensemble. • Reprendre une dose si des vomissements surviennent ≤ 2 heures après l'ingestion.		• Taux de grossesse anticipé** : 17/1000 (IC à 95 % : 11-24)[7]. • Efficacité réduite si l'IMC > 26. • En vente libre dans les pharmacies (son coût pourrait être couvert s'il est prescrit par un médecin).	Plan B : 29 $ Autres : 20 $
	Méthode Yuzpe, éthinylestradiol à 100 mcg + lévonorgestrel à 0,50 mg	Grossesse. Les contre-indications concernant le tabagisme/l'âge ne s'appliquent pas, car l'exposition est de courte durée.	• À utiliser dans les 72 heures suivant des RSNP; son efficacité diminue de moitié après > 24 heures. • Administrée en une seule dose – 5 pilules Alesse, 4 pilules Triquilar jaunes ou 4 pilules Mini-Ovral. • Reprendre une dose si des vomissements surviennent ≤ 2 heures après l'ingestion.		• Taux de grossesse anticipé** : 25-29/1000 (IC non rapporté)[7]. • Option la moins efficace associée au taux d'effets secondaires le plus élevé. • N'est plus utilisée au Royaume-Uni en raison de son efficacité moindre comparativement au contraceptif d'urgence à base de lévonorgestrel. • Sur ordonnance seulement.	15 $ – 30 $
DIU	DIU au cuivre (Nova-T, Flexi-T, Mona Lisa, Liberte)	• Formelles : grossesse, saignements vaginaux non diagnostiqués, sténose du col de l'utérus, MIP en cours ou ITS avérée, cancer du col de l'utérus ou de l'endomètre, allergie au cuivre, incapacité à recevoir ou à conserver un DIU.	• Insertion dans les 5 à 7 jours suivant des RSNP, à condition qu'une grossesse soit écartée. **Remarque :** Dans le cadre d'une étude (n = 176), des DIU ont été mis en place jusqu'à 14 jours après la première exposition chez des femmes ayant eu plusieurs rapports sexuels non protégés au cours d'un cycle et dont le résultat d'un test de grossesse de haute sensibilité était négatif[80].	Salpingite, perforation utérine ou cervicale, incrustation endométriale, ménorragie, douleur, infection, grossesse extra-utérine.	• Taux de grossesse anticipé** : 4/1000 (IC à 95 % : 0-34)[7]. • En première intention si l'IMC ≥ 30 (ne diminue pas son efficacité). • Tests de dépistage des ITS. Envisager une antibiothérapie prophylactique (p. ex., 1 dose d'azithromycine à 1 g ou de doxycycline à 200 mg) si la patiente présente un risque élevé de MIP. • Le retirer immédiatement (dans la mesure du possible) en cas de grossesse.	65 $ – 180 $

COC : contraceptif oral combiné; g : génériques; MIP : maladie inflammatoire pelvienne; ITS : infection transmissible sexuellement; RSNP : rapports sexuels non protégés.

* Les estimations de coûts sont une moyenne des prix pratiqués dans tout le Canada.

** Les taux de grossesse anticipés sont basés sur des études de comparaison des méthodes utilisées.

Remarque : Toutes les options sont plus efficaces si elles sont prises dans les 24 heures.

Voir la liste des références pour plus de précisions sur les sources citées.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

ANNEXE 2. Prescription de contraceptifs aux femmes présentant des affections concomitantes

Remarque : Cette liste est non limitative. En outre, les affections et sous-catégories d'affections pour lesquelles les contraceptifs peuvent être utilisés sans restriction, ou pour lesquelles les avantages l'emportent généralement sur les risques théoriques ou avérés, ne sont PAS incluses.	Un guide complet est offert auprès des CDC.	

Affection concomitante	Sous-catégories	Recommendation	
		Méthodes contre-indiquées	**Méthodes généralement déconseillées***
Cancer du sein	Actif	DIU-LNG, implant, AMPR, COP, CHC	—
	Antérieur, pas de maladie active depuis > 5 ans	—	DIU-LNG, implant, AMPR, COP, CHC
Diabète	Atteinte d'un organe cible ou diabète depuis > 20 ans	CHC La catégorie doit être évaluée selon la gravité de l'affection.	
Céphalées	Migraine avec aura	CHC	—
Hypertension	Bien maîtrisée, ou TAS de 140-159 ***ou*** TAD de 90-99	—	CHC
	TAS ≥ 160 ou TAD ≥ 100 ou maladie vasculaire	CHC	
Cardiopathie ischémique	Active et antérieure	CHC	AMPR Maintien de la méthode : DIU-LNG, implant, COP
MII	Colite ulcéreuse, maladie de Crohn	—	CHC : femmes présentant un risque accru de TEV**
SP	Immobilité prolongé	—	CHC
Obésité	Antécédents de chirurgie bariatrique : technique malabsorptive	—	COP, CHC (uniquement par voie orale – timbre et anneau acceptables)
Maladie inflammatoire pelvienne	Actif	Instauration de la méthode : DIU-Cu, DIU-LNG	—
ITS	Cervicite purulente, infection à Chlamydia ou gonococcique en cours.	Instauration de la méthode : DIU-Cu, DIU-LNG	—
AVC	Antécédents d'accident vasculaire cérébral	CHC	AMPR Maintien de la méthode : implant, COP
LED	Titres positifs (ou inconnus) d'anticorps antiphospholipides	CHC	DIU-LNG, implant, AMPR, COP
	Thrombocytopénie sévère	—	DIU-Cu
TEV (TVP/EP)	*Antécédents de TEV, ne suit pas d'anticoagulothérapie :*		
	• Risque accru de récidive	CHC	—
	• Risque inférieur de récidive	—	CHC
	TEV aiguë	CHC	—
	TEV et anticoagulothérapie depuis ≥ 3 mois :		
	• Risque accru de récidive	CHC	—
	• Risque inférieur de récidive	—	CHC

AMPR : acétate de médroxyprogestérone à action retard; CHC : contraceptif hormonal combiné (pilule, timbre, anneau); COP : contraceptif oral progestatif; DIU-Cu : DIU au cuivre; DIU-LNG : DIU au lévonorgestrel; EP : embolie pulmonaire; ITS : infections transmissibles sexuellement; LED : lupus érythémateux disséminé; MII : maladie inflammatoire de l'intestin; MIP : maladie inflammatoire pelvienne; SP : sclérose en plaques; TAD : tension artérielle diastolique; TAS : tension artérielle systolique; TEV : thromboembolie veineuse; TVP : thrombose veineuse profonde. * Les risques l'emportent généralement sur les avantages. Méthode généralement déconseillée à moins que d'autres contraceptifs plus adaptés soient inaccessibles ou inacceptables.

** Femmes présentant une maladie active ou étendue, ayant subi une intervention chirurgicale, sédentaires, prenant des corticostéroïdes, présentant des carences vitaminiques ou une perte liquidienne.

Sources :

1) Centers for Disease Control and Prevention. *Summary chart of U.S. medical eligibility criteria for contraceptive use*. 2020. https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/pdf/summary-chart-us-medical-eligibility-criteria_508tagged.pdf.

2) Lesnewski R. Initiating hormonal contraception. *Am Fam Physician.* 2021;103:291-300. PMID 33630554

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

août 2023

ANNEXE 3. Contraceptifs oraux combinés : effets indésirables et prise en charge

Effet indésirable	Prise en charge

Métrorragie/saignement vaginal léger	Le plus fréquemment au cours des 3 à 4 premiers mois d'utilisation; disparaissent souvent avec le temps. S'ils persistent plus longtemps :
	• Rechercher d'autres causes – p. ex., adhésion sous-optimale, tabagisme, infections, autres médicaments ou affections susceptibles de nuire à l'absorption.
	• Envisager de substituer :
	  ◦ Des préparations contenant des doses accrues d'œstrogène ou de progestatif de deuxième génération (voir la remarque).
	  ◦ Des schémas continus ou de longue durée.
	Remarque : La plupart des études ayant fait état de différences entre les préparations de COC ont été réalisées par des sociétés pharmaceutiques et ne visaient pas pour la plupart à comparer des méthodes analogues. Il est possible qu'un contraceptif convienne à une personne et qu'il ne convienne pas à une autre. Par conséquent, la méthode « de l'essai et de l'erreur » est sans doute le meilleur moyen de déterminer la préparation qui répond le mieux aux besoins de chaque patiente[52].

Sensibilité mammaire	Effet le plus fréquent au cours des trois premiers mois d'utilisation. Si elle persiste plus longtemps : • Écarter les causes pathologiques. • Envisager de passer à une dose inférieure d'œstrogène.
Troubles de l'humeur	• Les études montrent que les COC ne sont pas différents du placebo pour ce qui est des changements d'humeur. • Les préparations à base de progestatif antiandrogénique (p. ex., la drospirénone) pourraient avoir plus d'effets bénéfiques sur l'humeur que celles à base d'autres progestatifs. • L'utilisation continue d'un CHC pourrait être bénéfique si les troubles de l'humeur surviennent juste avant les menstruations.
Nausées	• S'estompent souvent dans les 3 mois. • Conseiller à la patiente de prendre la pilule à l'heure du coucher, avec de la nourriture. • Envisager de passer à une dose inférieure d'œstrogène.
Gain pondéral	• Aucune donnée ne prouve clairement que les CHC provoquent un gain pondéral. • Tout gain pondéral pourrait être cyclique et lié aux rétentions de sodium et d'eau. • Nous ne disposons pas de données probantes homogènes montrant que différentes préparations de CHC affectent le poids différemment.
Céphalées	• Les céphalées qui surviennent au cours des premiers cycles d'utilisation de CHC ne semblent pas persister en cas d'utilisation continue. • Aucune association constante entre l'utilisation de CHC et les céphalées n'a été rapportée, quels que soient le type de progestatif dans le CHC et la voie d'administration du CHC. • Les schémas de longue durée ou continus de CHC permettent de réduire la fréquence des céphalées associées à l'intervalle sans hormones. • La migraine avec aura est une contre-indication formelle des COC.
Acné	• Peut s'aggraver initialement mais s'atténue généralement à long terme. • Envisager de passer à un COC moins androgénique (désogestrel, norgestimate et drospirénone) ou d'utiliser un traitement topique.
Chloasma (mélasma) (pigmentation plus foncée de certaines zones cutanées en nappes irrégulières)	• Irréversible et idiosyncrasique. • Exacerbé par la lumière du soleil – conseiller aux patientes d'appliquer un écran solaire et de réduire leur exposition au soleil. • Envisager de passer à une dose inférieure d'œstrogène.

CHC : contraceptif hormonal combiné (pilule, timbre, anneau); COC : contraceptifs oraux combinés.

Sources :

1) Crawley A, Regier L. Birth control. *RxFiles.* 2022. www.rxfiles.ca.

2) The Faculty of Sexual and Reproductive Health, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). *FSRH guideine: combined hormonal contraception*. 2020. https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/combined-hormonal-contraception/.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org
août 2023

ANNEXE 4. Comment changer de méthode contraceptive

Remarques :

- Les patientes doivent envisager de ne pas avoir de rapports sexuels ou d'utiliser une méthode de barrière (préservatifs ± spermicide) pendant au moins 7 jours si les périodes d'utilisation des méthodes ne se chevauchent pas (de la manière indiquée ci-dessous).
- Il est conseillé d'utiliser une méthode de barrière complémentaire pendant 7 jours pour passer d'un DIU au cuivre à un DIU à base de progestatif.

		NOUVELLE MÉTHODE						
		Pilule*	**Timbre**	**Anneau**	**DIU à base de progestatif**	**Implant de progestérone**	**Progestatif injectable**	**DIU au cuivre***
ANCIENNE MÉTHODE	**Pilule***	Sans interruption. Prendre la première pilule de la nouvelle plaquette le lendemain de la prise d'une pilule de l'ancienne plaquette.	Commencer à appliquer le timbre 1 jour avant l'arrêt de n'importe quelle pilule de la plaquette.	Sans interruption. Insérer l'anneau le lendemain de la prise de n'importe quelle pilule de la plaquette.	Insérer le DIU à base de progestatif 7 jours avant l'arrêt de n'importe quelle pilule de la plaquette.	Insérer l'implant 4 jours avant l'arrêt de n'importe quelle pilule de la plaquette.	Administrer la première injection 7 jours avant l'arrêt de n'importe quelle pilule de la plaquette.	Insérer le DIU au cuivre jusqu'à 5 jours après l'arrêt de n'importe quelle pilule de la plaquette.
	Timbre	Commencer à prendre la pilule 1 jour avant le retrait de tout timbre hebdomadaire.	—	Sans interruption. Insérer l'anneau et retirer le timbre hebdomadaire le même jour.	Insérer le DIU à base de progestatif 7 jours avant le retrait de tout timbre hebdomadaire.	Insérer l'implant 4 jours avant le retrait de tout timbre hebdomadaire.	Administrer la première injection 7 jours avant le retrait de tout timbre hebdomadaire.	Insérer le DIU au cuivre jusqu'à 5 jours avant le retrait du timbre hebdomadaire.
	Anneau	Commencer à prendre la pilule 1 jour avant le retrait de l'anneau, jusqu'à un maximum de 34 jours après l'insertion de l'anneau**.	Commencer à appliquer le timbre 2 jours avant le retrait de l'anneau.	—	Insérer le DIU à base de progestatif 7 jours avant le retrait de l'anneau.	Insérer l'implant 4 jours avant le retrait de l'anneau.	Administrer la première injection 7 jours avant le retrait de l'anneau.	Insérer le DIU au cuivre jusqu'à 5 jours après le retrait de l'anneau.
	DIU à base de progestatif	Commencer à prendre la pilule 7 jours avant le retrait du DIU à base de progestatif.	Commencer à appliquer le timbre 7 jours avant le retrait du DIU à base de progestatif.	Insérer l'anneau 7 jours avant le retrait du DIU à base de progestatif.	—	Insérer l'implant 4 jours avant le retrait du DIU à base de progestatif.	Administrer la première injection 7 jours avant le retrait du DIU à base de progestatif.	Insérer le DIU au cuivre juste après le retrait du DIU à base de progestatif.
	Implant de progesté-rone	Commencer à prendre la pilule 7 jours avant le retrait de l'implant.	Commencer à appliquer le timbre 7 jours avant le retrait de l'implant.	Insérer l'anneau 7 jours avant le retrait de l'implant.	Insérer le DIU à base de progestatif 7 jours avant le retrait de l'implant.	—	Administrer la première injection 7 jours avant le retrait de l'implant.	Insérer le DIU au cuivre jusqu'à 5 jours après le retrait de l'implant.
	Progestatif injectable	Commencer la première pilule jusqu'à 15 semaines après la dernière injection.	Commencer à appliquer le timbre jusqu'à 15 semaines après la dernière injection.	Insérer l'anneau jusqu'à 15 semaines après la dernière injection.	Insérer le DIU à base de progestatif jusqu'à 15 semaines après la dernière injection.	Insérer l'implant jusqu'à 15 semaines après la dernière injection.	—	Insérer le DIU au cuivre jusqu'à 16 semaines après la dernière injection.
	DIU au cuivre	Commencer à prendre la pilule 7 jours avant le retrait du DIU au cuivre.	Commencer à appliquer le timbre 7 jours avant le retrait du DIU au cuivre.	Insérer l'anneau 7 jours avant le retrait du DIU au cuivre.	Insérer le DIU à base de progestatif après le retrait du DIU au cuivre. Méthode de barrière pendant 7 jours.	Insérer l'implant 4 jours avant le retrait du DIU au cuivre.	Administrer la première injection 7 jours avant le retrait du DIU au cuivre.	—

AMPR : acétate de médroxyprogestérone à action retard

* Pilule : comprend les contraceptifs œstro-progestatifs et les contraceptifs progestatifs. **Anneau : efficace jusqu'à 35 jours.

Sources : 1) Crawley A, Regier L. Birth Control. *RxFiles*. 2022. www.rxfiles.ca.; **2)** Lesnewski R, Prine L, Ginzburg R. Preventing gaps when switching contraceptives. *Am Fam Physician*. 2011;83:567-70. PMID 21391524

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org