

Contraception

tour d'horizon et conseils pratiques*

par Jocelyn Bérubé,
Dominique Bourassa,
Diane Comeau
et Marie-Josée Papillon

SELON L'ÉTUDE CANADIENNE sur la contraception¹, publiée en 1996, la méthode contraceptive la plus fréquemment employée, tous âges confondus, était les contraceptifs oraux (CO). En effet, depuis 1995, la pilule anti-conceptionnelle dépasse la stérilisation comme méthode contraceptive préférée des femmes et des couples canadiens, avec 30 % d'utilisatrices. Suivent la stérilisation féminine et masculine (26 %) et le condom (25 %).

Les contraceptifs oraux

L'arrivée des CO à faible dose a réduit considérablement l'incidence des effets secondaires². Cependant, aucune étude n'a montré à ce jour qu'une pilule à faible dose d'œstrogènes ($\leq 35 \mu\text{g}$ d'éthinylestradiol) est supérieure à une autre. Certaines situations liées à leur utilisation méritent toutefois une attention plus particulière.

Les taches

Certaines femmes ont des taches dans les premiers mois d'utilisation d'un contraceptif oral. Il est habituellement inutile de changer la sorte de pilules dans les trois premiers mois. Il est par contre primordial d'informer toutes les nouvelles utilisatrices qu'elles risquent d'avoir cet effet indésirable^{2,3}.

Après le troisième mois, il faudra

Les D^s Jocelyn Bérubé, M. Sc., Dominique Bourassa et Diane Comeau, omnipraticiens, exercent à la clinique de planification des naissances du Centre hospitalier régional de Rimouski. M^{me} Marie-Josée Papillon, Pharm. M. Sc., travaille à la direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

chercher une autre cause de saignements (oubli, prise irrégulière, médicaments associés, vomissements, diarrhée, infections pelviennes, tabagisme, etc.). Si aucune cause n'est décelée, certains cliniciens choisissent alors de prescrire une nouvelle sorte de contraceptifs oraux. On peut aussi ajouter de l'œstrogène par voie orale (0,625 ou 1,25 mg par jour de Premarin® pendant 7 à 21 jours pour un à deux mois). La prise de deux pilules par jour ou de pilules contenant 50 μg d'éthinylestradiol (EE) n'est pas indiquée. Enfin, l'ajout de progestatifs pour traiter les saignements de fin de cycle est habituellement moins efficace que l'ajout d'œstrogènes^{2,4,5}.

L'acné

Même si tous les contraceptifs oraux permettent de contrer l'acné^{2,4}, le Diane®-35 constitue un choix thérapeutique intéressant pour les jeunes femmes aux prises avec ce problème. On peut le prescrire aussi bien dans les cas d'acné légère à modérée que dans les cas d'acné grave. Les effets secondaires et les contre-indications du Diane®-35 sont les mêmes que ceux des autres CO à faible dose. Ce traitement peut cependant être onéreux pour certaines femmes, puisqu'il n'est pas couvert par le Régime d'assurance-médicaments du Québec. Toutefois, depuis le 1^{er} mai 2000, le Diane®-35 est inscrit au formulaire de la Régie de

l'assurance-maladie du Québec sous la rubrique « patients d'exception » pour les cas d'acné grave et (ou) d'hirsutisme.

Les oublis...

Les questions les plus souvent posées aux intervenants de la santé portent sur les mesures à prendre en cas d'oubli. L'algorithme de la *figure 1* décrit la marche à suivre en cas d'oubli^{2,3}.

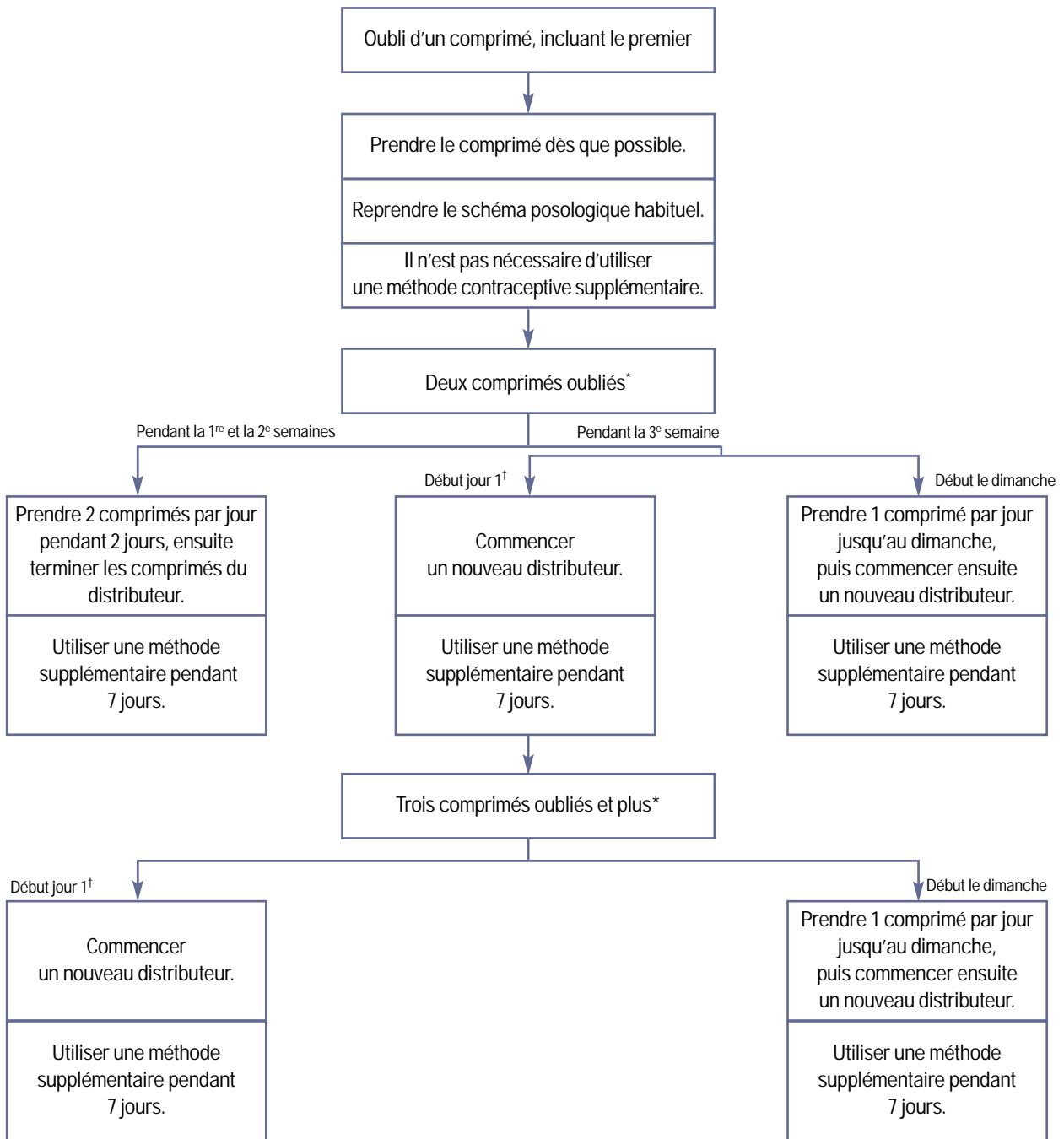
Les interactions médicamenteuses

Plusieurs classes de médicaments peuvent réduire l'efficacité des anovulants, notamment les antibiotiques, les antifongiques et les anticonvulsifs⁶. Le *tableau 1* présente des solutions de rechange pour les femmes qui doivent prendre ces médicaments. **Les faibles doses de tétracycline habituellement utilisées pour le traitement de l'acné ne seraient pas suffisantes pour provoquer une interaction cliniquement significative⁶⁻⁸.** Si des doses d'antibiotique plus fortes sont prescrites, l'interaction, le cas échéant, ne serait présente qu'au début du traitement. En effet, après 14 jours d'antibiothérapie, une résistance de la flore bactérienne intestinale apparaît, rétablissant ainsi le cycle entérohépatique des œstrogènes^{6,7}.

* Adapté d'un article intitulé « Contraception Choices » publié dans *The Canadian Journal of Diagnosis* en septembre 1999, des mêmes auteurs.

Figure 1

Marche à suivre après l'oubli de contraceptifs oraux



* S'il y a eu des relations sexuelles non protégées dans la période commençant trois jours avant l'oubli jusqu'au moment de la consultation, proposez une contraception postcoïtale.

† Ou autre que le dimanche.

Adapté de : Speroff L, Darney P. *A Clinical Guide for Contraception*. Baltimore : Williams & Wilkins, 1996.

90

Tableau I

Les interactions médicamenteuses

	Mécanismes d'action	Solutions de rechange
Médicaments anticonvulsivants Hydantoïnes Carbamazépine Barbituriques Primidone	Induction enzymatique L'induction persiste jusqu'à 4 semaines après l'arrêt de la prise d'anticonvulsivants.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Augmenter la dose de progestatifs*. 2. Réduire à 4 jours l'intervalle entre 2 séries de contraceptifs oraux. 3. Prescrire des CO en continu (arrêt de 4 jours lors de l'apparition de taches). 4. Changer d'anticonvulsivant†. 5. Porter la dose d'éthinylœstradiol à 50 mg‡.
Rifampicine Griséofulvine	Induction enzymatique	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ajouter une méthode-barrière jusqu'à 7 jours après l'antibiothérapie si le traitement est de courte durée (<14 jours) et jusqu'à 4 semaines après l'arrêt du traitement s'il se prolonge. 2. Augmenter la dose de progestatifs*. 3. Prescrire des CO en continu (arrêt de 4 jours à l'apparition de taches). 4. Porter la dose d'éthinylœstradiol à 50 mg‡. 5. Le kétoconazole (Nizoral®) pourrait remplacer la griséofulvine pour une prise prolongée.
Antibiotiques§	Diminution de la circulation entérohépatique	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ajouter une méthode-barrière jusqu'à 7 jours après l'antibiothérapie si le traitement est de courte durée.

* À titre d'exemple : Min-Ovral^{MD} et Loestrin^{MD} 1,5/30 ont une forte teneur en progestatifs.

† L'acide valproïque, la vigabatrine, le gabapentine et la lamotrigine n'entraînent pas d'interaction avec les CO.

‡ Augmentation du risque de thrombo-embolie veineuse.

§ Les données scientifiques portent surtout sur la pénicilline et la tétracycline, mais tous les antibiotiques doivent être considérés comme pouvant diminuer l'efficacité des CO.

Adapté de l'article « Contraceptifs oraux : recettes pratiques », paru dans *Le Médecin du Québec* en mai 1998.

La prise continue de contraceptifs oraux

Dans certaines situations, les contraceptifs oraux peuvent être pris de façon continue. Ce mode d'administration présente des avantages importants pour certaines femmes. Voici quelques indications^{3,4} :

- aménorrhée de commodité (vacances, bal de fin d'année, athlètes, femmes ayant une déficience intellectuelle pour qui la menstruation nuit à la qualité de vie) ;
- endométriose ;
- trouble de la coagulation entraînant des saignements importants ;
- dysménorrhée importante ;
- migraine de retrait ;

- symptômes d'hypo-œstrogénie pendant la période d'arrêt ;
- interactions médicamenteuses ;
- toute femme qui désire une aménorrhée temporaire.

Pour réduire le risque de taches ou éviter qu'elles surviennent dès les premiers mois, il faut utiliser un contraceptif monophasique, de préférence un contraceptif ayant une action à prédominance progestative. Les comprimés actifs sont pris de façon ininterrompue, ce qui peut représenter l'absence de menstruation pendant plusieurs mois. Si des saignements apparaissent, la patiente arrêtera de prendre les comprimés pendant

cinq à sept jours.

Le Depo-Provera®

L'utilisation du Depo-Provera® comme contraceptif a été approuvée au Canada en avril 1997². Il agit sur trois plans : inhibition de l'ovulation, épaissement de la glaire cervicale, amincissement et atrophie de l'endomètre. Une dose de 150 mg injectée dans le muscle fessier ou deltoïde tous les trois mois est aussi efficace que la stérilisation².

Si l'injection est effectuée dans les cinq premiers jours du cycle, l'ovulation sera inhibée immédiatement. Sinon,

Tableau II

Comment utiliser la minipilule ?

- Commencer le premier jour du cycle.
- Utiliser une méthode complémentaire pendant la première semaine si la première pilule n'est pas prise le premier jour du cycle.
- Prendre les comprimés tous les jours du mois de façon ininterrompue et à la même heure du jour (de préférence à l'heure du souper*).
- En cas d'oubli de plus de trois heures :
 - prendre le comprimé oublié dès que possible ;
 - utiliser une méthode complémentaire pendant au moins 48 heures.
- Si un comprimé est vomi moins d'une heure après son ingestion :
 - reprendre un autre comprimé ;
 - utiliser une méthode complémentaire pendant au moins 48 heures.
- En cas d'oubli de deux pilules ou plus : utiliser une méthode complémentaire pendant sept jours.
- Si des relations sexuelles non protégées ont eu lieu pendant la période d'oubli ou au cours des trois jours précédents : envisager une contraception post-coitale.
- S'il n'y a pas de saignement au cours des quatre à six semaines qui suivent l'oubli : test de grossesse.

* Épaississement maximal de la glaire cervicale trois à quatre heures après la prise du comprimé. Adapté de l'article « La minipilule a-t-elle encore sa place ? » paru dans *Le Médecin du Québec* en mai 1998.

la patiente devra attendre sept jours avant d'avoir des relations sexuelles sans recourir à une protection supplémentaire⁹. L'efficacité contraceptive est par la suite maintenue pendant au moins 14 semaines^{4,10}. L'intervalle entre les injections est de 11 à 13 semaines. Aucune étude n'a signalé une augmentation des anomalies congénitales à la suite d'une exposition accidentelle du fœtus au Depo-Provera^{®9,11}.

Les contre-indications

Le Depo-Provera[®] constitue un choix contraceptif intéressant pour les femmes qui présentent une intolérance aux œstrogènes, celles pour qui ils sont contre-indiqués ou celles qui allaitent. Les seules contre-indications absolues à la prise de Depo-Provera[®] sont la

grossesse, les saignements gynécologiques inexplicables et les maladies du sein dont le diagnostic n'est pas précisé. Aucune preuve scientifique ne corrobore que des antécédents de thrombo-embolie peuvent constituer une contre-indication absolue à la prise de Depo-Provera^{®2,9,11,12}.

Les effets indésirables

Les effets indésirables du Depo-Provera[®] justifiant un *counseling* approfondi sont les saignements irréguliers, le gain de poids, le retour tardif de la fertilité et le risque de diminution de la densité osseuse^{2,4}.

Les saignements irréguliers sont de loin l'effet indésirable le plus fréquemment associé au Depo-Provera^{®4,9,11}. Ils diminuent habituellement progressivement à chaque injection, de

sorte qu'environ 50 % des femmes sont aménorrhéiques après un an, et plus de 80 % après cinq ans^{2,4,13}.

Lorsque les saignements irréguliers deviennent trop importants ou qu'ils engendrent de l'anxiété, certaines solutions thérapeutiques peuvent être envisagées une fois que les autres causes possibles de saignements ont été écartées. Les saignements anormaux survenant au début du traitement s'atténuent habituellement avec une augmentation de la dose ou une diminution de l'intervalle entre les doses permettant d'arriver plus rapidement à l'aménorrhée. Par contre, si cette pratique fait augmenter les saignements ou si ces derniers recommencent après plusieurs mois d'aménorrhée, on envisagera alors la possibilité qu'il s'agisse d'un saignement dû à une atrophie. La prise de 1,25 mg par jour d'œstrogènes conjugués pendant 10 à 20 jours stabilisera l'endomètre^{2,6,13}. Les œstrogènes exogènes, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et les antifibrinolytiques peuvent aussi être prescrits seuls ou en association¹³.

Près des deux tiers des femmes qui prennent du Depo-Provera[®] signalent un gain de poids d'environ 2,5 kg pendant la première année ; cette augmentation est due à une augmentation de l'appétit et peut être cumulative. Il faut alors recommander une réduction de l'apport énergétique et une augmentation de l'activité physique. Par ailleurs, 20 % des femmes perdent du poids^{2,4,13}.

Le délai moyen avant de concevoir à nouveau est de neuf mois après la dernière injection de Depo-Provera[®], peu importe la durée d'utilisation. Deux ans après l'arrêt, le taux de grossesses est comparable à celui que l'on observe lorsque d'autres méthodes

Tableau III

Contraception postcoïtale

Délai après la relation non protégée	Méthodes suggérées
0 - 3 jours	Méthode hormonale
3 - 5 jours	Méthode hormonale ou stérilet en cuivre
5 - 7 jours	Stérilet en cuivre
Méthodes offertes au Canada	
Plan B (lévonorgestrel)	1 comprimé de 0,75 mg <i>per os</i> immédiatement si possible, et 1 autre <i>per os</i> 12 heures plus tard.
Ovral® (méthode Yuzpe)	2 comprimés <i>per os</i> immédiatement si possible, et 2 autres <i>per os</i> 12 heures plus tard.
Preven	2 comprimés <i>per os</i> immédiatement si possible, et 2 autres <i>per os</i> 12 heures plus tard.
CO à faible dose* (30-35 µg d'EE)	4 comprimés <i>per os</i> immédiatement si possible, et 4 autres <i>per os</i> 12 heures plus tard.
Stérilet en cuivre	Mêmes contre-indications que pour l'utilisation courante.

* Si l'on prescrit des contraceptifs triphasiques, on devrait choisir les comprimés ayant la plus forte dose de progestatifs. Si des comprimés d'Allesse^{MC} sont utilisés, on donnera alors cinq comprimés. Adapté de l'article « La contraception post-coïtale : y pensez-vous ? » paru dans *Le Médecin du Québec* en mai 1998.

contraceptives ont été prises. Si l'aménorrhée persiste 12 mois et plus après la dernière injection, il faut en chercher la cause. Un dosage de la prolactine et de la TSH, de même qu'un test de grossesse, sont alors indiqués².

Une réduction de la densité osseuse a été signalée dans différentes études rétrospectives effectuées auprès de femmes qui prenaient du Depo-Provera®. La diminution de la masse osseuse serait en partie réversible deux ans après l'arrêt de la prise du médicament. Cependant, il faudra attendre les résultats des essais rétrospectifs contrôlés avec randomisation actuellement en cours pour connaître l'effet du Depo-Provera® sur la masse osseuse. D'ici là, on devrait conseiller aux femmes à risque d'ostéoporose et

aux adolescentes d'agir sur les facteurs susceptibles de modifier la densité osseuse et les inciter à faire de l'exercice, à arrêter de fumer et à consommer des produits laitiers ou des suppléments de calcium si leur apport alimentaire est insuffisant^{2,11}.

La minipilule

La minipilule offerte au Canada (Micronor®) constitue un choix contraceptif intéressant, notamment pour les femmes qui allaitent, les femmes aux prises avec une intolérance aux œstrogènes ou celles pour qui les œstrogènes sont contre-indiqués⁴. Dans les meilleures conditions (tableau II), le taux de grossesses est d'environ 1 % femmes-année. Il est légèrement plus

élevé chez les adolescentes (> 3 % femmes-année) et tombe à 0,3 % femmes-année chez les femmes de plus de 40 ans et chez celles qui allaitent^{2,4}. L'effet contraceptif résulte surtout de l'action du progestatif sur l'endomètre et sur la glaire cervicale. Environ 40 % des femmes ovulent quand même⁴.

Les principaux effets indésirables associés à la minipilule sont les saignements imprévisibles. En fait, 40 % des femmes auront des cycles irréguliers, près de 20 % présenteront des taches (microrragies), et 3 % seront aménorrhéiques. L'incidence des saignements sporadiques est par ailleurs moindre chez les femmes qui allaitent et celles qui ont plus de 40 ans^{2,4}.

Le stérilet

Le Nova-T est le seul stérilet offert sur le marché canadien. Le taux de grossesses après un an d'utilisation varie entre 0,8 et 2 %². On peut le laisser en place cinq ans.

L'utilisatrice « idéale » est la femme multipare ayant une relation stable, monogame, qui encourt donc moins de risques de contracter une maladie transmissible sexuellement. Les contre-indications absolues à l'utilisation d'un dispositif intra-utérin sont les infections pelviennes aiguës, une grossesse connue ou soupçonnée, l'allergie au cuivre, la maladie de Wilson et les saignements utérins de cause inconnue².

Le risque relatif qu'une maladie inflammatoire pelvienne soit due à un dispositif intra-utérin est de 3,8 jusqu'à 20 jours après l'insertion ; il baisse à 1 par la suite^{2,16}. Comme il est habituellement lié à une maladie transmissible sexuellement, il est recommandé de procéder au dépistage systématique des maladies transmissibles sexuellement

Tableau IV

La fécondité en période postpartum²¹

	Allaitement complet*	Allaitement partiel† ou pas d'allaitement
Première ovulation	Pourrait survenir dès la 10 ^e semaine suivant l'accouchement.	Pourrait survenir dès le 25 ^e jour suivant l'accouchement.
Retour de la menstruation	Habituellement 6 à 8 semaines après l'arrêt de l'allaitement.	Habituellement 6 à 8 semaines après l'accouchement.
Début d'utilisation d'une méthode de contraception	Dans le 3 ^e mois suivant l'accouchement.	Dans la 3 ^e semaine suivant l'accouchement.

* Allaitement complet : l'enfant est nourri régulièrement sur demande, au minimum toutes les quatre heures, y compris la nuit, et ne reçoit ni sucé ni suppléments (eau, lait, solides).

† Allaitement partiel : allaitement ne répondant pas aux critères d'un allaitement complet.

(MTS) avant de le mettre en place.

Un stérilet libérant du lévonorgestrel (Mirena) devrait arriver sur le marché canadien au cours de l'année 2001. Ce dispositif intra-utérin peut réduire le flux menstruel de 80 % après trois mois d'utilisation, et de 95 % après 12 mois. Jusqu'à 20 % des femmes deviendront aménorrhéiques⁴. Il s'agit d'un excellent choix thérapeutique pour les femmes qui ont des cycles ovulatoires avec des saignements abondants. Il réduira également de façon significative la dysménorrhée associée.

Les méthodes-barrières

Les méthodes-barrières, tant mécaniques que chimiques, sont le type de contraceptif qui a été le plus largement employé dans toute l'histoire de la contraception. Leur efficacité tient d'abord à une utilisation assidue et correcte, à chaque relation sexuelle, quelle que soit la période du cycle menstruel².

Pour qu'ils soient plus efficaces, on recommande d'ajouter un spermicide aux condoms masculins et féminins (même si certains en sont déjà enduits).

Certains produits contenant de l'huile ou des dérivés du pétrole, de même que les produits administrés par voie vaginale pour combattre la moniliase peuvent réduire l'efficacité des méthodes-barrières en latex².

Le condom féminin fait de polyuréthane est venu s'ajouter au condom masculin comme méthode-barrière efficace. Des condoms masculins en polyuréthane sont également vendus dans certaines boutiques spécialisées, même s'ils n'ont pas été approuvés par la Direction générale de la protection de la santé (DGPS). Il s'agit d'une solution intéressante pour toutes les personnes chez qui un condom a déjà provoqué une allergie au latex. De plus, le polyuréthane offre une meilleure protection contre les MTS et le VIH².

L'éponge Protectaid® est maintenant la seule éponge spermicide offerte sur le marché canadien. Un gel contraceptif bioadhésif (Advantage 24^{MD}) complète aujourd'hui la gamme des mousses et crèmes spermicides. Ce gel peut être appliqué jusqu'à 24 heures avant une relation sexuelle. Le diaphragme, lorsqu'il est utilisé avec un

spermicide, constitue un moyen contraceptif très efficace².

La cape cervicale (Prentif®), le Lea Contraceptive^{MD} (hybride entre le diaphragme et la cape cervicale) et le VCF^{MD} (mince film de 5 x 5 cm contenant du nonoxynol-9) sont beaucoup moins employés².

La contraception postcoïtale

La contraception postcoïtale constitue une forme de contraception très efficace, quoique sous-utilisée. Si elle était plus accessible, elle permettrait d'éviter de nombreuses grossesses non désirées et, par voie de conséquence, beaucoup d'interruptions de grossesses. Il en existe deux formes : la méthode hormonale (pilule du lendemain) et l'insertion d'un stérilet en cuivre (stérilet du lendemain)².

La pilule du lendemain

On peut prendre la pilule du lendemain jusqu'à 120 heures après une relation peu ou non protégée en période réputée fertile. Il est toutefois recommandé de consulter rapidement, car plus l'on tarde après la relation non

Tableau V

Méthodes contraceptives en période postpartum^{2,4,11,22,23}

Méthodes	Avantages	Inconvénients
Aménorrhée lactationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pas d'effet sur l'allaitement ■ 98 % de protection pendant six mois si l'allaitement est complet et si l'aménorrhée persiste. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ La plupart des femmes n'allaitent pas de façon complète (arrêt la nuit, suppléments ou suce). ■ L'ovulation pourrait survenir dès la 10^e semaine suivant l'accouchement. ■ La première ovulation peut précéder la première menstruation.
La « pilule » (œstro-progestatifs)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Grande efficacité ■ Cycles menstruels réguliers ■ Pas d'effets secondaires sur l'enfant allaité 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Il est nécessaire de la prendre régulièrement. ■ Il est recommandé d'attendre jusqu'à la troisième semaine suivant l'accouchement pour éviter les risques de thrombo-embolie. ■ Pourrait diminuer la qualité et la quantité du lait. ■ Il est recommandé d'attendre jusqu'à ce que la production de lait soit bien établie en cas d'allaitement (6 semaines).
La « minipilule » (Micronor [®])	<ul style="list-style-type: none"> ■ Grande efficacité en période postpartum, surtout chez la femme qui allaite ■ Association neutre ou positive avec la production de lait ■ Peut être prise immédiatement après l'accouchement. ■ Pas d'effet secondaire noté sur l'enfant allaité 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Il est nécessaire de la prendre très régulièrement tous les jours (un retard de 3 h peut en réduire considérablement l'efficacité). ■ Irrégularité menstruelle
Les progestatifs à longue durée d'action (Depo-Provera [®] et Norplant [®])	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aussi efficaces que la stérilisation ■ Association neutre à positive avec la production de lait ■ Pas d'effet sur l'enfant allaité ■ Méthodes à action prolongée ne nécessitant pas une observance régulière ■ Peuvent être pris immédiatement après l'accouchement. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Irrégularité menstruelle fréquente au début mais évolution éventuelle vers l'aménorrhée : nécessité d'un bon <i>counselling</i> ■ Retour à la fertilité retardé d'environ 9 mois après l'arrêt de la prise de Depo-Provera[®] ■ Recommandation controversée d'attendre 6 semaines après l'accouchement avant d'installer le Norplant[®] aux femmes qui allaitent.
Stérilet	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aucun effet néfaste sur l'allaitement ou sur l'enfant ■ Très grande efficacité ■ Peut être installé immédiatement après l'accouchement en toute sécurité. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'insertion doit être faite par un clinicien expérimenté. ■ Taux d'expulsion légèrement plus élevé s'il est installé tout de suite après l'accouchement que s'il est installé 4 semaines après. ■ Ne devrait pas être installé entre la première et la quatrième semaine suivant l'accouchement. ■ Bon suivi et <i>counselling</i> nécessaires pour détecter les expulsions
Méthodes-barrières et spermicides	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aucun effet néfaste sur l'enfant, la mère ou l'allaitement ■ Efficaces si elles sont bien utilisées ■ Diminution de la sécheresse vaginale avec les spermicides ou les condoms lubrifiés 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nécessité d'attendre au moins six semaines avant d'utiliser le diaphragme, la cape cervicale ou l'éponge ■ Une nouvelle mesure du diaphragme est nécessaire après un accouchement. ■ Risque augmenté de choc toxique si le diaphragme, la cape ou l'éponge sont utilisés alors que des saignements postpartum subsistent. ■ Efficacité réelle moindre qu'avec les autres méthodes mentionnées ci-dessus (taux d'échec de 12 à 28 %)
Stérilisation (féminine ou masculine)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Efficacité de près de 100 % ■ Aucun effet néfaste sur l'allaitement ou sur l'enfant ■ Les risques chirurgicaux ne sont pas augmentés en période postpartum immédiate. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Méthode irréversible ■ Risque de mauvaise décision en période postpartum immédiate ■ Risques chirurgicaux ■ La vasectomie est efficace après 2 à 3 mois.
L'abstinence périodique	Aucun effet néfaste sur l'allaitement ou sur l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> ■ Interprétation des signes ovulatoires difficile en période postpartum ■ Nécessité d'attendre le retour des cycles réguliers ■ Taux d'échec élevé (réel = 20 %)

protégée, plus son efficacité diminue. La méthode Yuzpe, qui consiste à prendre deux comprimés d'Ovral® immédiatement et deux autres 12 heures plus tard, est la plus courante (*tableau III*)^{2,17}. Le même schéma thérapeutique est également commercialisé sous le nom de Preven. Un nouveau produit, appelé Plan B, est arrivé récemment sur le marché canadien. Il s'agit d'un comprimé de 0,75 mg de lévonorgestrel, que l'on prend à nouveau 12 heures plus tard. Ce schéma serait plus efficace que la méthode Yuzpe et entraîne beaucoup moins d'effets secondaires, car il ne comporte pas d'oestrogènes¹⁸.

Les principaux effets indésirables signalés sont les nausées et les vomissements, qui peuvent être prévenus par l'administration d'un antiémétique (Gravol®) une demi-heure avant la prise des derniers comprimés. Ces effets secondaires sont beaucoup moins importants avec le Plan B. La pilule du lendemain peut également perturber le cycle menstruel, c'est-à-dire l'allonger ou le raccourcir, mais chez plus de 50 % des femmes, la menstruation survient au moment prévu. En cas d'échec, aucune étude n'a montré que la pilule du lendemain avait des effets nocifs sur le fœtus².

Il n'y a pas de contre-indication absolue à la pilule du lendemain à cause de la courte durée d'exposition¹⁹. Toutes les femmes peuvent la prendre, car les risques inhérents à son utilisation sont toujours inférieurs à ceux qu'une grossesse peut faire encourir. Si la patiente a des antécédents d'embolie pulmonaire ou de thrombo-embolie veineuse associés à la prise d'oestrogènes, on aura de préférence recours au Plan B, c'est-à-dire au lévonorgestrel.

La plupart des études qui ont porté sur la pilule du lendemain ont mon-

tré que l'accessibilité était un facteur d'influence important. Pour obvier à cet obstacle, plusieurs organismes québécois et canadiens travaillent actuellement à rendre la pilule du lendemain accessible en pharmacie sans ordonnance. C'est le cas en France depuis le 1^{er} juin 1999. Toutefois, les démarches risquent d'être longues. En attendant, les médecins et les infirmières (dans le cadre d'actes délégués) sont invités à remettre systématiquement une ordonnance de pilule du lendemain à toute femme qui consulte pour se procurer un moyen de contraception ou qui reçoit de l'information en matière de sexualité ou de planification des naissances.

Le stérilet du lendemain

Le stérilet en cuivre peut également être utilisé comme méthode de contraception jusqu'à sept jours après une relation sexuelle où il y aurait un risque de grossesse. Son efficacité est de presque 100 %².

La contraception postpartum

En période postpartum, les femmes ont habituellement besoin d'une méthode de contraception fiable qui leur évite une nouvelle grossesse trop rapprochée, et ce, pour leur propre santé et celle de leur enfant. La première consultation postpartum a lieu habituellement six semaines après l'accouchement. Certains auteurs préconisent toutefois de changer ces habitudes et recommandent de fixer un rendez-vous trois semaines après l'accouchement afin d'évaluer le mode d'allaitement et de conseiller à ce moment une méthode contraceptive (*tableau IV*). L'éventail quasi complet des méthodes contraceptives (*tableau V*) peut alors leur être offert. □

Bibliographie

1. Boroditsky R, Fisher W, Sand M. Étude canadienne sur la contraception de 1995. *Journal SOGC* décembre 1996 (Suppl) : 35 pages.
2. The Canadian Consensus Conference on contraception. *Journal SOGC* 1998 ; 20 (5-6-7-8).
3. Mishell D, Darney P, et al. Practice Guidelines for OC Selection. *Dialogues in Contraception* 1996 ; 4 (7) : 1-20.
4. Speroff L, Darney P. *A Clinical Guide for Contraception*. Baltimore : Williams & Wilkins, 1996.
5. Hatcher RA, Trussell J, Stewart GK, Kowal D, Guest F, Gates W, Policar M. *Contraceptive Technology*. 16^e éd. Atlanta : Printed Matter, 1994.
6. Guillebaud J. *Management of Side Effects and Practical Problems. Contraception ! Your Questions Answered*. 3^e éd. Philadelphie : Churchill Livingstone, 1996 : 112-8.
7. Weaver K, Glasier A. Interaction between broad-spectrum antibiotics and the combined oral contraceptive pill. A literature review. *Contraception* 1999 ; 59 (2) : 71-8.
8. Fast MD. Treatments for epilepsy: three new anticonvulsants. *Can J CME* janvier 1997 : 83-90.
9. Kaunitz AM. Long acting injectable contraception with depot-medroxyprogesterone acetate. *Am J Obstet Gynecol* 1994 ; 170 (Suppl 5) : 1543-9.
10. Sinervo KR, Keane JO. Depo-Provera: experience to date. *Journal SOGC* janvier 1998 (Suppl) : 16-23.
11. Munro MG. Implantable and injectable progestins for contraception. Hormonal contraception in the 90's. *Journal SOGC* 1995 ; 17 (Suppl 5) : 19-28.
12. Frederiksen MC. Depot medroxyprogesterone acetate contraception in women with medical problems. *J Reprod Med* mai 1996 ; 41 (5) : 414-8.
13. Nelson AL. Counseling issues and management of side effects for women using depot medroxyprogesterone acetate contraception. *J Reprod Med* mai 1996 ; 41 (5) : 391-400.
14. Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Stewart GK, Kowal D, et al. *Contraceptive Technology*. 16^e éd. New York : Irvington, 1994 : 347-77.
15. Chi I-C. The TCU-380A (AG), MLCU-375 and Nova-T IUDs and the IUD daily

- releasing 20 µg levonorgestrel – Four pillars of IUD contraception for the nineties and beyond? *Contraception* 1993 (4) 47 : 325-47.
16. Toivonen J. Intrauterine contraceptive device and pelvic inflammatory disease. *Ann Med* 1993 ; 25 : 171-3.
17. Trussell J, Ellertson C, Rodriguez G. The Yuzpe regimen of emergency contraception: how long after the morning after? *Obstet Gynecol* juillet 1996 ; 88 (1) : 151-4.
18. Herten H, Vanlook PFA, Randomise Z. Controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 8 août 1998 ; 352 : 428-33.
19. Glasier A. Emergency post coital contraception. *N Engl J Med* 1997 ; 337 (15) : 1058-64.
20. Saarikoski S. Contraception during lactation. *Ann Med* 1993 ; 25 : 181-4.
21. Bourassa D. Contraception postpartum, ou comment prévenir une « surprise » trop rapprochée? *Le Médecin du Québec* 1998 ; 33 (5) : 77-80.
22. Chi I-C, et al. The progestin only oral contraceptive – its place in postpartum contraception. *Adv Contracept* 1992 ; 8 : 93-103.
23. O'Hanley K, et al. Postpartum IUDs: keys for success. *Contraception* 1992 ; 45 : 351-61.



La Cité de la Santé de Laval, centre hospitalier affilié à l'Université de Montréal, est un milieu de soins généraux et spécialisés différent et innovateur, disposant de 452 lits de soins de courte durée et desservant une population de plus de 350 000 habitants. L'Unité de médecine familiale accueille de 25 à 30 résidents et une vingtaine d'externes par année.

Chef clinique de l'Unité de médecine familiale

Le département de médecine générale et familiale est à la recherche d'un médecin omnipraticien(ne) pour occuper le poste de chef clinique de l'Unité de médecine familiale (UMF) et de responsable pédagogique du programme de résidence en médecine familiale.

Qualités recherchées

- Leadership
- Expérience clinique (minimum 10 ans), dont une portion importante dans un milieu de formation en médecine familiale
- Intérêt pédagogique marqué
- Capacité de gestion

Avantages

- Possibilité de pratique variée dans un milieu dynamique ayant une excellente réputation pour la formation des médecins de famille
- Possibilité de contribuer, de façon créative, à la mise en place de nouveaux modes de pratique de la médecine familiale répondant aux besoins de la population

Conditions et rémunération

- Disponibilité majeure requise pour l'Unité de médecine familiale (plein temps hospitalier préférable, mais d'autres modalités pourraient être explorées)
- Rémunération selon l'entente FMOQ-RAMQ pour les UMF ; transfert de poste universitaire à négocier
- Être en mesure d'entrer en fonction au plus tard le 1^{er} janvier 2001

Les personnes intéressées peuvent prendre contact avec le D^r Marc Billard, chef du département de médecine générale et familiale, au (450) 621-0447, ou M^{me} Denise Dumais, secrétaire des chefs de département, au (450) 668-1010 poste 2142. Les curriculum vitæ devront être adressés au D^r Marc Billard avant le 30 septembre 2000 à l'adresse suivante :

D^r Marc Billard
Chef du département de médecine générale et familiale
Cité de la Santé de Laval
1755, boul. René-Laennec, Local D-0020
Laval (Québec) H7M 3L9