

Mieux exploiter les résultats de la recherche

Jun 2008

Les pages suivantes récapitulent les résultats d'un grand nombre de travaux de recherche. FHI estime qu'en appliquant plus souvent ces résultats aux politiques et aux programmes, on pourrait améliorer les services de planification familiale et de santé de la reproduction. FHI s'engage donc à promouvoir une meilleure exploitation des résultats présentés ci-après ainsi que de ceux provenant d'autres recherches méritoires. Pour en savoir plus, ou pour obtenir une assistance technique permettant d'optimiser l'application de ces données, contactez l'équipe du projet De la recherche à la pratique à l'adresse rtop@fhi.org.

Table des matières

Prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH grâce à la planification familiale	2
Intégration des services de planification familiale et des services de counseling et dépistage volontaires (CDV).....	4
Dispositifs intra-utérins (DIU)	6
Pilules contraceptives d'urgence (PCU)	10
Vasectomie	13
Préservatif masculin	16
Préservatif féminin	19
La méthode des jours standard (MJS).....	22
Nonoxynol-9.....	24
Critères d'acceptabilité médicale et listes de contrôle pour les prestataires	25
Distribution à base communautaire (DBC).....	26
Jeunesse	27
Implants contraceptifs	30
Utilisation continue de la contraception.....	33
Circumcision masculine et VIH.....	36
Counseling en matière de contraception et supports de travail	38

Prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH grâce à la planification familiale

- L'intégration de la planification familiale aux services PTME peut sauver la vie des mères et des enfants et réduire le nombre d'orphelins dus au sida, tout en offrant un bon coût-efficacité.
 - Selon des estimations provenant d'une analyse de données financée par l'USAID, l'intégration de la planification familiale aux services PTME permettrait d'éviter 32.000 infections infantiles, 55.000 décès infantiles et 155.000 grossesses non désirées chez des femmes séropositives pour le VIH. Ces données ont été recueillies dans 14 pays sur une période de cinq ans. D'après la même étude, le coût pour éviter chaque infection au VIH chez un nourrisson a été estimé à 660 USD quand la planification familiale était ajoutée à la PTME, en comparaison de 1.300 USD par infection évitée quand seuls les services PTME étaient offerts. Pareillement, le coût de chaque décès infantile évité était estimé à 360 USD, en comparaison de 2.600 USD quand seuls les services PTME étaient offerts.
 - Stover J, Fuchs N, Halperin D, et al. Costs and benefits of adding family planning to services to prevent mother-to-child transmission of HIV (PMTCT). Article non publié. L'Agence des Etats Unis pour le développement international, 2003.
 - Les buts de prévention du VIH ne peuvent pas être atteints sans prévenir les grossesses non désirées chez les femmes séropositives pour le VIH, ce qui est l'une des quatre stratégies des Nations Unies pour réduire la proportion de nourrissons infectés par le VIH à 50 % d'ici à l'an 2010.
 - Sweat MD, O'Reilly KR, Schmid GP, et al. Cost-effectiveness of nevirapine to prevent mother-to-child HIV transmission in eight African countries. *AIDS* 2004;18(12):1661-71. ([résumé](#))
 - World Health Organization. Strategic Approaches to the Prevention of HIV Infection in Infants: Report of a WHO Meeting, Morges, Switzerland, 20-22 March, 2002. Geneva: WHO, 2003.
 - La prévention des grossesses non désirées comme moyen de prévenir l'infection au VIH chez les nourrissons est au moins aussi économique que le counseling et dépistage volontaires pendant les soins prénatals et l'administration de névirapine aux femmes qui sont séropositives pour le VIH.
 - Reynolds HW, Steiner MJ, Cates W Jr. Contraception's proved potential to fight HIV. *Sex Transm Infect* 2005; 81(2):184-5. ([texte intégral](#))
 - Une diminution légère des grossesses non désirées chez les femmes séropositives ou une diminution légère de la prévalence des infections au VIH sont toutes deux estimées comme contribuant aussi efficacement à la réduction de la proportion des enfants nés séropositifs que les services PTME fournis dans le cadre des soins prénatals.
 - Sweat MD, O'Reilly KR, Schmid GP, et al. Cost-effectiveness of nevirapine to prevent mother-to-child HIV transmission in eight African countries. *AIDS* 2004;18(12):1661-71. ([résumé](#))
- Toutes les méthodes de contraception peuvent être utilisées par les femmes infectées au VIH sans présenter de danger pour la santé, y compris les contraceptifs oraux combinés (COC), l'acétate de médroxyprogestérone-dépôt (DMPA), les implants, le dispositif intra-utérin (DIU), la stérilisation et le préservatif.

- Morrison CS, Sekadde-Kigundu C, Sinei SK, et al. Is the intrauterine device appropriate contraception for HIV-1 infected women? *Br J Obstet Gynaecol* 2001;108(8):784-90. ([résumé](#))
 - *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*. 2005. Organisation mondiale de la Santé. ([texte intégral](#))
- L'infection au VIH et la thérapie antirétrovirale peuvent exercer des effets néfastes sur un fœtus et sur l'issue de la grossesse. C'est pour cette raison ainsi que d'autres que les méthodes de planification familiale devront être offertes aux femmes séropositives qui veulent éviter de tomber enceintes.
- Il existe un lien entre l'infection des mères par le VIH, les accouchements prématurés et l'insuffisance pondérale des nouveau-nés.
 - Leroy V, Ladner J, Nyiraziaraje M, et al. Effect of HIV-1 infection on pregnancy outcome in women in Kigali, Rwanda, 1992-1994. Pregnancy and HIV Study Group. *AIDS* 1998;12(6):643-50. ([texte intégral](#))
 - Brocklehurst P, French R. The association between maternal HIV infection and perinatal outcome: a systematic review of the literature and meta-analysis. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105:836-48. ([résumé](#))
 - Des résultats préliminaires indiquent que le traitement des femmes enceintes par certains antirétroviraux, y compris l'EFZ, peut nuire à l'ADN fœtal. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande que les femmes enceintes ne prennent pas d'EFZ en raison de ses effets tératogènes possibles (possibilité de malformations congénitales causées par ce médicament). L'EFZ ne devra donc pas être administrée aux femmes en état de procréer à moins qu'une méthode de contraception efficace puisse être assurée. D'autres travaux seront nécessaires pour mieux évaluer les effets à long terme d'une exposition de l'ADN *in utero* à une thérapie antirétrovirale.
 - Cossarizza A, Moyle G. Antiretroviral nucleoside and nucleotide analogues and mitochondria. *AIDS*. 2004;18:137-51.
 - Poirier MC, Divi RL, Al-Harhi L, et al. Long-term mitochondrial toxicity in HIV-uninfected infants born to HIV-infected mothers. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003;33(2):175-83. ([résumé](#))
 - Organisation mondiale de la Santé. *Améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays à ressources limitées : recommandations pour une approche de santé publique. Révision 2003*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé, 2003. ([texte intégral](#))
 - Blanche S, Tardieu M, Rustin P, et al. Persistent mitochondrial dysfunction and perinatal exposure to antiretroviral nucleoside analogues. *Lancet* 1999;353:1084-89.

Pour de plus amples informations sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, consulter <http://www.fhi.org/en/Topics/Mother-to-Child+Transmission+of+HIV+topic+page.htm>.

Intégration des services de planification familiale et des services de counseling et dépistage volontaires (CDV)

- L'intégration de la planification familiale et du CDV peut permettre d'améliorer l'efficacité de la prestation des services, de répondre aux besoins d'un plus grand nombre de personnes et d'atteindre un rapport coût-efficacité supérieur à celui de services séparés.
 - L'Agence des Etats-Unis pour le développement international. *Intégration de planification familiale/VIH : directives techniques pour les programmes de terrain soutenus par l'USAID*. Washington, DC : L'Agence des Etats-Unis pour le développement international, 2003. ([texte intégral](#))
- L'intégration des services de planification familiale à ceux de CDV est bien acceptée à la fois par les prestataires, leurs superviseurs et les client(e)s. Cette intégration des services est également possible si des efforts sont déployés pour perfectionner les établissements et former les prestataires.
 - Reynolds H, Beaston-Blaakman A, Burke H, et al. Integrating family planning into voluntary testing and counseling in Kenya. *Family Health International*, July 2006. ([texte intégral](#))
 - Reynolds H, Liku J, Maggwa NB. Assessment of voluntary counseling and testing centers in Kenya. Article non publié. *Family Health International*, 2003. ([texte intégral](#))
- La recherche opérationnelle montre que l'intégration de la planification familiale aux services CDV ne semble pas réduire la qualité de ces services.
 - Reynolds H, Beaston-Blaakman A, Burke H, et al. Integrating family planning into voluntary testing and counseling in Kenya: operations research results. *Family Health International*, July 2006. ([texte intégral](#))
- Les clients cherchant à obtenir des services CDV ont souvent aussi besoin de services en santé de la reproduction. Ils sont souvent sexuellement actifs et fertiles, exposés au risque d'infection par le VIH ou éventuellement infectés, ils ont besoin d'avoir accès à la contraception et ils ont besoin de savoir comment le VIH affecte leurs options en matière de contraception. L'intégration de la planification familiale aux services CDV pourrait répondre à ce besoin insatisfait en informations et en services concernant la contraception et la planification familiale.
 - En Haïti, il a résulté de l'intégration de la planification familiale aux services CDV que 19 % des clients des services CDV ont commencé à recourir à la contraception.
 - Peck R, Fitzgerald D, Liautaud B. The feasibility, demand, and effect of integrating primary care services with HIV voluntary counseling and testing: evaluation of a 15-year experience in Haiti, 1985-2000. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003;33(4):470-75. (résumé)
- L'intégration de la planification familiale aux services CDV peut nécessiter quelques changements dans la prestation de ces services.
 - Etant donné que les centres CDV diffèrent en ce qui concerne les méthodes contraceptives qu'ils sont équipés à fournir, c'est au centre même qu'il faudra déterminer quel sera le niveau de services en planification familiale qui pourront y être offerts.
 - Reynolds H, Liku J, Maggwa NB. Assessment of voluntary counseling and testing centers in Kenya. Article non publié. *Family Health International*, 2003. ([texte intégral](#))

- Il peut s'avérer nécessaire de réorienter les services, tant de planification familiale que de CDV, afin d'assurer une excellente intégration, au lieu d'inclure simplement la planification familiale aux services CDV existants (ou d'inclure simplement les services de prévention du VIH dans les dispensaires de planification familiale et de santé de la reproduction). Les directeurs de programmes pourraient avoir besoin de réexaminer les buts généraux du centre de services, de réviser la politique générale, de perfectionner les prestataires et de rédiger à nouveau les lignes directrices et les manuels.
 - Richey L. HIV/AIDS in the shadows of reproductive health interventions. *Reprod Health Matters* 2003;11(22):30-35. ([résumé](#))
- Les centres de CDV et les dispensaires de planification familiale attirent souvent des groupes d'individus différents qui peuvent avoir besoin des deux types de services. Dans les endroits où ces services ne sont pas intégrés, les prestataires devraient référer plus de clients aux services CDV vers les services de planification familiale et vice-versa afin de mieux répondre aux besoins de leurs clients.
 - L'Agence des Etats-Unis pour le développement international. *Intégration de planification familiale/VIH : directives techniques pour les programmes de terrain soutenus par l'USAID*. Washington, DC : L'Agence des Etats-Unis pour le développement international, 2003. ([texte intégral](#))
- La poursuite de la recherche s'avère nécessaire pour déterminer l'efficacité des divers modèles d'intégration des services.
 - Il faudrait évaluer le succès, la reproductibilité, la viabilité et le rapport coût-efficacité d'une intégration de la planification familiale aux services de prévention du VIH.
 - Pruyn N, Cuca Y. Analysis of family planning/HIV/AIDS integration activities within the USAID population, health and nutrition center). Article non publié. Advance Africa and the CATALYST Consortium, 2002. ([texte intégral](#))
 - D'autres travaux seraient nécessaires pour étudier l'effet de l'intégration des services sur l'incidence et la prévalence des infections sexuellement transmissibles (IST) comme sur les taux de grossesses non désirées.
 - Askew I, Maggwa NB. Integration of STI prevention and management with family planning and antenatal care in sub-Saharan Africa — what more do we need to know? *Int Fam Plan Perspect* 2002;28(2):77-86. ([texte intégral](#))
- En réponse à une étude de faisabilité de l'intégration des services de planification familiale aux centres CDV du Kenya, les autorités du pays ont réagi rapidement pour définir une stratégie en faveur d'une telle intégration et pour la mettre en œuvre dans la totalité des centres CDV. C'est grâce au leadership des pouvoirs publics, à l'efficacité du groupe de travail chargé de cette mission et à l'engagement des diverses parties intéressées que les résultats de cette importante étude ont pu se concrétiser par une amélioration des services de planification familiale et de CDV offerts au Kenya.
 - Fischer S. Integrating family planning into HIV voluntary counseling and testing services in Kenya: Progress to date and lessons learned. Family Health International, 2006. ([texte intégral](#))

Pour de plus amples informations sur l'intégration des services de planification familiale et des services de CDV, consulter <http://www.fhi.org/en/Topics/FPHIV.htm>.

Dispositifs intra-utérins (DIU)

- D'après les *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, publiés par l'OMS et mis à jour en français en 2005, les femmes infectées par le VIH peuvent utiliser un DIU sans risque accru pour elles-mêmes ou pour leurs partenaires, sous réserve qu'elles aient en permanence accès à des services cliniques. Les femmes atteintes du sida peuvent quant à elles adopter le DIU si elles bénéficient d'une thérapie antirétrovirale et si elles réagissent bien à cette thérapie. Par contre, en l'absence de thérapie antirétrovirale ou d'amélioration clinique avec cette thérapie, la pose du DIU est déconseillée chez ces femmes, sauf si aucune autre méthode contraceptive n'est disponible ou acceptable. Si une femme séropositive opte pour le DIU et si son infection évolue plus tard sous la forme d'un sida, le retrait du dispositif n'est pas nécessaire.
 - Organisation mondiale de la Santé. *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. Troisième édition. Récapitulatif des modifications, par rapport à la deuxième édition*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé, 2005. ([texte intégral](#))
- Plusieurs études ont montré que les différences observées entre les sujets séronégatifs et séropositifs pour le VIH, au niveau de la desquamation cervicale ou de la fréquence des complications, y compris des maladies inflammatoires pelviennes (MIP), n'ont pas été significatives. Il faut présenter le DIU aux femmes séropositives comme une option possible, mais nécessitant un counseling soigneux et un accès permanent à des services de santé. Le DIU n'augmente pas le risque de contracter l'infection au VIH.
 - Cates W Jr. Review of non-hormonal contraception (condoms, intrauterine devices, nonoxynol-9 and combos) on HIV acquisition. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005;38 (Suppl 1):S8-10.
 - Morrison CS, Sekadde-Kigundu C, Sinei SK, et al. Is the intrauterine device appropriate contraception for HIV-1 infected women? *Br J Obstet Gynaecol* 2001;108(8):784-90. ([résumé](#))
 - Richardson B, Morrison C, Sekadde-Kigundu C, et al. Effect of intrauterine device use on cervical shedding of HIV-1 DNA. *AIDS* 1999;13(15):2091-97. ([texte intégral](#))
 - Sinei S, Morrison C, Sekadde-Kigundu C, et al. Complications of use of IUDs among HIV-1 infected women. *Lancet* 1998;351(9111):1238-41. ([résumé](#))
- Les DIU sont à la fois économiques, sans danger et extrêmement efficaces.
 - Les DIU modernes sont des contraceptifs à longue durée d'action, efficaces, réversibles et sans danger, réclamant peu d'attention après l'insertion.
 - Regain d'intérêt pour les DIU. *Popul Rep* 2006;Série B(n° 7). ([texte intégral](#))
 - Les DIU n'accroissent pas le risque d'infertilité. La présence d'une IST au moment de l'insertion dans l'utérus est le principal facteur de risque de MIP et d'une possible infertilité ultérieure. Le DIU ne représente en lui-même qu'un facteur minimal. Même dans les zones où la prévalence des IST est élevée, le risque de MIP attribuable à la pose d'un DIU est inférieure à 0,5 %. Une fois le DIU en place, ce risque décroît avec le temps. Vingt jours après la pose, ce risque est identique chez les femmes utilisant et n'utilisant pas de DIU.
 - Aradhya KW. Providing intrauterine devices to women at risk of sexually transmitted infections. *Mera* 2007;29:iii-iv.
 - Hubacher D, Lara-Ricalde R, Taylor D, et al. Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women. *N Engl J Med* 2001;345(8):561-67. ([résumé](#))
 - Shelton JD. Risk of clinical pelvic inflammatory disease attributable to an intrauterine device. *Lancet* 2001;357(9254):443. ([résumé](#))

- Sivin I, Webb A, Stedman Y. The IUD and recovery of fertility. *Fam Plann Perspect* 2001;33(5):234. ([texte intégral](#))
- Grimes D. Intrauterine device and upper-genital-tract infection. *Lancet* 2000;356(9234):1013-19. ([résumé](#))
- Une antibiothérapie préventive n'aide pas nécessairement à réduire le risque de MIP chez les femmes recevant un DIU. Cependant, au sein des populations à forte prévalence d'IST, ce type d'antibiothérapie peut avoir un effet sur l'incidence des MIP.
 - Grimes D, Schulz K. Antibiotic prophylaxis for intrauterine contraceptive device insertion. In *The Cochrane Library, Issue 2*. Oxford, UK: Update Software, 2003. ([résumé](#))
 - Grimes D, Schulz K. Prophylactic antibiotics for intrauterine device insertion: a meta-analysis of the randomized controlled trials. *Contraception* 1999;60(2):57-63. ([résumé](#))
 - Walsh T, Grimes D, Freziers R, et al. Randomized controlled trial of prophylactic antibiotics before insertion of intrauterine devices. *Lancet* 1998;351(9108):1005-8. ([résumé](#))
- Même chez les premières utilisatrices, les douleurs résultant de l'insertion du DIU sont généralement faibles. L'ibuprofène prophylactique ne semble pas affecter le niveau de douleur.
 - Hubacher D, Reyes V, Lillo S, et al. Pain from copper intrauterine device insertion: randomized trial of prophylactic ibuprofen. *Am J Obstet Gynecol* 2006;195(5):1272-7.
- Pour les utilisatrices qui éprouvent des effets secondaires causés par le DIU, comme des règles plus abondantes ou des douleurs menstruelles, des anti-inflammatoires non stéroïdiens sont un traitement efficace qui peut faciliter l'accommodement au DIU. Cependant, leur utilisation prophylactique ne semble pas procurer de bénéfice.
 - Grimes DA, Hubacher D, Lopez LM, et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for heavy bleeding or pain associated with intrauterine-device use. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;CD006034. ([résumé](#))
 - Hubacher D, Reyes R, Lillo S, et al. Preventing copper IUD removals due to side-effects among first-time users: randomized trial to study the effect of prophylactic ibuprofen. *Human Reproduction* 2006;21(6):1467-72.
- Le DIU peut être inséré sans danger chez les femmes nullipares. Le risque d'infertilité tubaire chez les femmes nullipares n'augmente pas avec l'usage du DIU. Si une femme a déjà eu un enfant ou non, le DIU est l'une des méthodes de contraception les plus dépourvues de danger, en particulier si une femme n'est pas atteinte d'une IST au moment de l'insertion.
 - Hubacher D. Copper intrauterine device use by nulliparous women: review of side effects. *Contraception* 2007;75:S8-S11.
 - Haydon, A. Olawo A. A new look at IUDs. *Health Work Matter* 2005;1(2):3.
 - Hubacher D, Lara-Ricalde R, Taylor D, et al. Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women. *N Engl J Med* 2001;345(8):561-67. ([résumé](#))
- D'après les résultats de recherche récents, le DIU est une méthode de contraception efficace et sans danger pour les femmes infectées au VIH. Le DIU donne aux femmes qui sont séropositives la possibilité de contrôler sans danger leur fertilité, de prévenir des grossesses non désirées (empêchant ainsi la naissance d'enfants atteints du sida et d'enfants orphelins en raison du sida), de contribuer à la santé de leurs enfants en espaçant les naissances et d'éviter l'éventualité de complications obstétricales.
 - Stringer EM, Kaseba C, Levy J, et al. A randomized trial of the intrauterine contraceptive device vs. hormonal contraception in women who are infected with the human immunodeficiency virus. *Am J Obstet Gynecol* August 2007;197(2):144: e2 - e8. ([texte intégral](#))

- D'après les *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, publiés par l'OMS et mis à jour en français en 2005, l'OMS recommandent que les femmes présentant l'une des conditions suivantes n'adoptent pas le DIU : cancer du col ou de l'endomètre, saignements vaginaux inexplicables, cervicite purulente actuelle, chlamydie, gonococcie ou MIP. L'adoption du DIU n'est en général pas recommandée pour les femmes souffrant d'un cancer ovarien ou exposées personnellement à un risque accru d'IST, bien qu'une étude récente ait révélé que les prestataires pouvaient identifier les femmes qui sont en mesure de recevoir un DIU dans des régions à forte prévalence d'IST en leur posant une série de questions spécifiques. Toutefois, les femmes qui contractent l'une de ces conditions après l'insertion d'un DIU peuvent en général continuer l'usage du DIU sous réserve de se faire suivre. FHI a conçu une [liste de contrôle](#) simple à laquelle les prestataires de services peuvent avoir recours pour déterminer si le DIU convient à une cliente.
 - Morrison CS, Murphy L, Kwok C, et al. Identifying appropriate IUD candidates in areas with high prevalence of sexually transmitted infections. *Contraception* 2007;75(3):185-92.
 - Wesson J, Gmach R, Gazi R, et al. Provider views on the acceptability of an IUD checklist screening tool. *Contraception* 2006;74(5):382-8.
 - Organisation mondiale de la Santé. *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. Troisième édition. Récapitulatif des modifications, par rapport à la deuxième édition*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé, 2005. ([texte intégral](#))
- Si l'on tient compte de l'ensemble des dépenses des programmes (frais de fournitures, frais de personnel pour la visite initiale comme pour les visites de suivi) et de la durée d'action de chaque méthode contraceptive, les DIU sont les contraceptifs à effet réversible offrant le meilleur rapport coût-efficacité. Pour les clientes, le coût initial peut s'avérer supérieur à celui d'autres méthodes, mais ce type de contraceptif est en fait nettement plus économique à long terme.
 - Darney P. Time to pardon the IUD? *N Engl J Med* 2002;345(8):608-10. ([extrait](#))
 - Fortney J, Feldblum P, Raymond E. Intrauterine devices – the optimal long-term contraceptive method? *J Reprod Med* 1999;44(3):269-74. ([résumé](#))
 - Trussell J, Koenig JD, Stewart F, et al. Medical care cost savings from adolescent contraceptive use. *Fam Plann Perspect* 1997;29(6):248-255, 295. ([texte intégral](#))
 - Trussell J, Leveque A, Koenig JD, et al. The economic value of contraception: a comparison of 15 methods. *Am J Public Health* 1995;85(4):494-503. ([résumé](#))
- Diverses sources, y compris des manuels médicaux et des sites Internet, continuent à diffuser des informations erronées sur le DIU.
 - Weiss E, Moore K. An assessment of the quality of information available on the Internet about the IUD and the potential impact on contraceptive choices. *Contraception* 2003;68(5):359-364. ([résumé](#))
 - Espey E, Ogburn T. Perpetuating negative attitudes about the intrauterine device: textbooks lag behind the evidence. *Contraception* 2002;65(6):389-95. ([résumé](#))
- La fourniture de DIU peut être simplifiée et être d'un plus grand rapport coût-efficacité.
 - A moins qu'une cliente éprouve des complications, une seule visite de suivi, un mois après la pose, est suffisante. On peut éliminer les autres visites de contrôle sans nuire vraiment à la qualité des soins et en économisant ainsi de manière substantielle les ressources des services.
 - Wesson J, Gmach R, Gazi R, et al. Provider views on the acceptability of an IUD checklist screening tool. *Contraception*; 2006; 74(5):382-8.
 - Neuteboom K, de Kroon C, Dersjant-Roorda M, et al. Follow-up visits after IUD-insertion: sense or nonsense? A technology assessment study to analyze the effectiveness of follow-up visits after IUD insertion. *Contraception* 2003;68(2):101-4. ([résumé](#))
 - Hubacher D, Cárdenas C, Hernández D, et al. The costs and benefits of IUD follow-up visits in the Mexican social security institute. *Int Fam Plan Perspect* 1999;25(10):21-26. ([texte intégral](#))

- Hubacher D, Fortney J. Follow-up visits after IUD insertion – are more better? *J Reprod Med* 1999;44(9):801-6. ([résumé](#))
 - Janowitz B, Hubacher D, Petrick T, et al. Should the recommended number of IUD revisits be reduced? *Stud Fam Plann* 1994;25(6):362-67. ([résumé](#))
- Le dispositif intra-utérin au cuivre, T 380A, est l'un des meilleurs types de DIU au cuivre qui existe au monde.
- D'après une étude exhaustive des publications comparant les différents DIU au cuivre, le DIU au cuivre T 380A est le produit privilégié en raison de sa grande efficacité et de ses faibles effets secondaires par rapport aux autres dispositifs au cuivre sur le marché mondial.
 - Kulier R, Helmerhorst FM, O'Brien P, et al. Copper containing, framed intra-uterine devices for contraception. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;3:CD005347.
- La propagation de l'adoption du DIU s'accompagne de nombreux défis et les raisons du refus de l'employer sont nombreuses. Un examen pour comprendre les efforts passés pour répandre l'adoption du DIU pourra aider ceux qui veulent déployer de tels efforts à l'avenir.
- Postlethwaite D, Shaber R, Mancuso V, et al. Intrauterine contraception: evaluation of clinician practice patterns in Kaiser Permanente Northern California. *Contraception* 2007;75(3):177-84.
 - Wesson J, Olawo A, Bukusi V, et al. Reaching providers is not enough to increase IUD use : a factorial experiment of 'academic detailing' in Kenya. *J Biosoc Sci* 2007;1-14.
 - Hubacher D, Vílchez R, Gmach R, et al. The impact of clinician education on IUD uptake, knowledge and attitudes: results of a randomized trial. *Contraception* 2006;73(6):628-33.

Pour de plus amples informations sur le DIU, consulter <http://www.fhi.org/fr/Topics/IUD.htm>.

Pilules contraceptives d'urgence (PCU)

- Les pilules contraceptives d'urgence sont à la fois efficaces, sans risque et d'un bon rapport coût-efficacité. Elles sont utilisées après un rapport sexuel non protégé ou en cas d'échec d'une méthode contraceptive.
 - En cas de rapports sexuels imprévus ou d'accidents contraceptifs, les PCU peuvent réduire le risque de grossesse lorsqu'elles sont prises dans les 72 heures suivant le rapport non protégé.
 - Trussell J, Rodríguez G, Ellertson C. Updated estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Contraception* 1999;59(3):147-51. ([texte intégral](#))
 - Task Force on Post-Ovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998;352(9126):428-33. ([résumé](#))
 - Les PCU sont efficaces jusqu'à *cinq jours* après un rapport non protégé. Cette efficacité diminue cependant avec le temps. Il faut donc conseiller aux femmes de les prendre le plus tôt possible, sans cependant les refuser à celles qui les demandent au-delà du seuil de 72 heures (délai maximal de 120 heures après le rapport).
 - Ellertson C, Evans M, Ferden S, et al. Extending the time limit for starting the Yuzpe regimen of emergency contraception to 120 hours. *Obstet Gynecol* 2003;101(6):1168-71. ([texte intégral](#))
 - Grimes D, Raymond E. Emergency contraception. *Ann Intern Med* 2002;137(3):180-89. ([texte intégral](#))
 - Ellertson C, Trussell J, Stewart F, et al. Emergency contraception. *Semin Reprod Med* 2001;19(4):323-30. ([résumé](#))
 - Von Hertzen H, Piaggio G, Ding J, et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomized trial. *Lancet* 2002;60(9348):1803-10. ([résumé](#))
 - Rodrigues I, Grou F, Joly J. Effectiveness of emergency contraceptive pills between 72 and 120 hours after unprotected sexual intercourse. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184(4):531-37. ([résumé](#))
 - Plus les PCU sont prises rapidement, plus elles sont efficaces. Lorsqu'elles sont prises dans les 12 heures suivant le rapport non protégé, elles permettent de réduire à 0,5 % le taux des grossesses non désirées. Mais ce taux peut atteindre 4,1 % chez les femmes les utilisant entre 60 et 72 heures après le rapport.
 - Piaggio G, von Hertzen H, Grimes D, et al. Timing of emergency contraception with levonorgestrel or the Yuzpe regimen. *Lancet* 1999;353(9154):721.
 - Le schéma posologique avec le seul lévonorgestrel (pilules progestatives) est plus efficace et provoque moins d'effets secondaires que la méthode de Yuzpe (pilules combinées). La comparaison de ces deux posologies a permis de déterminer que les taux de grossesses évitées par rapport à celles projetées en l'absence de traitement étaient respectivement de 85 % et de 57 %. Les chercheurs ont aussi noté nettement moins de nausées et de vomissements avec le traitement au seul lévonorgestrel.
 - Task Force on Post-Ovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998;352(9126):428-433. ([résumé](#))

- Une dose unique de 1,5 mg de lévonorgestrel administrée dans les cinq jours suivant le rapport non protégé est au moins aussi efficace que deux doses de 0,75 mg prises à 12 heures d'intervalle (schéma posologique habituel). Les effets secondaires sont de fréquences similaires. Le recours à une dose unique peut faciliter l'observance du traitement, et, par suite, son efficacité.
 - Von Hertzen H, Piaggio G, Ding J, et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomized trial. *Lancet* 2002;60(9348):1803-10. ([résumé](#))
- L'effet du schéma posologique de la PCU avec une seule dose de lévonorgestrel sur la date et la durée du prochain cycle menstruel dépend du moment où la PCU est prise pendant le cycle. Les saignements intermenstruels après traitement sont rares.
 - Raymond EG, Goldberg A, Trussell J, et al. Bleeding patterns after use of levonogestrel emergency contraceptive pills. *Contraception* 2006;73(4):376-381.
- Les PCU sont employées plus rapidement quand elles sont fournies à l'avance à titre de précaution plutôt qu'au cours d'une consultation après le rapport non protégé.
 - Lovvorn A, Nerquaye-Tetteh J, Glover E, et al. Provision of emergency contraceptive pills to spermicide users in Ghana. *Contraception* 2000;61(4):287-93. ([résumé](#))
- Si les PCU ont une certaine efficacité en cas d'usage ponctuel, leur usage régulier n'est pas conseillé. Elles ne doivent pas se substituer aux méthodes contraceptives traditionnelles. Utilisées de façon répétée, les PCU semblent moins efficaces que la plupart des autres méthodes et leurs effets secondaires, en particulier les perturbations menstruelles, sont plus nombreux.
 - Task Force on Post-Ovulatory Methods of Fertility Regulation. Efficacy and side effects of immediate postcoital levonorgestrel used repeatedly for contraception. *Contraception* 2000;61(5):303-8. ([résumé](#))
- En termes de coût, les PCU sont aussi un moyen efficace de prévenir une grossesse non désirée après un rapport sexuel non protégé.
 - Trussell J, Raymond E. Advances in fertility studies and reproductive medicine – IFFS 2007. “Chapter Ten: Emergency contraception: a cost-effective approach to preventing unintended pregnancy.” Cape Town: Juta & Co; 2007:250-266.
 - Trussell J, Wiebe E, Shochet T, et al. Cost savings from emergency contraceptive pills in Canada. *Obstet Gynecol* 2001;97(5 Pt 1):789-93. ([résumé](#))
 - Trussell J, Ellertson C, Stewart F, et al. Emergency contraception: a cost-effective approach to preventing unintended pregnancy. *Womens Health Prim Care* 1998;1(1):52-69. ([texte intégral](#))
 - Trussell J, Koenig J. Preventing unintended pregnancy: the cost-effectiveness of three methods of emergency contraception. *Am J Public Health* 1997;87(6):932-39. ([résumé](#))
- On peut fournir les PCU sans ordonnance et sans danger.
 - Les PCU répondent à tous les critères habituels autorisant une fourniture sans ordonnance : faible toxicité, faible risque de surdose, absence de pharmaco-dépendance, absence d'effet tératogène, dépistage inutile, indication évidente, dosage universel et absence d'interaction médicamenteuse.
 - Grimes D, Raymond E, Jones B. Emergency contraception over-the-counter: the medical and legal imperatives. *Obstet Gynecol* 2001;98(1):151-55. ([résumé](#))

- L'accessibilité aux PCU ne fait pas chuter les taux d'utilisation des méthodes contraceptives habituelles.
 - Trussell J, Raymond E. Advances in fertility studies and reproductive medicine – IFFS 2007. “Chapter Ten: Emergency contraception: a cost-effective approach to preventing unintended pregnancy.” Cape Town: Juta & Co; 2007: 250-266.
 - Belzer M, Yoshida E, Tejirian T, et al. Advanced supply of emergency contraception for adolescent mothers increased utilization without reducing condom or primary contraception use. *J Adolesc Health* 2003;32(2):122-23.
 - Blanchard K, Bungay H, Furedi A. Evaluation of an emergency contraception advance provision service. *Contraception* 2003;67(5):343-48. ([résumé](#))
 - Ellertson C, Ambardekar S, Hedley A, et al. Emergency contraception: randomized comparison of advance provision and information only. *Obstet Gynecol* 2001;98(4):570-75. ([résumé](#))
 - Glasier A, Baird D. The effects of self-administering emergency contraception. *N Engl J Med* 1998;339(1):1-4. ([résumé](#))

- Aucun état médical n'interdit l'emploi des PCU. On peut même les recommander aux femmes ayant de graves antécédents de complications cardio-vasculaires ou de maladie hépatique.
 - Organisation mondiale de la Santé. *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. Troisième édition.* Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé, 2005. ([texte intégral](#))
 - Grimes D, Raymond E. Emergency contraception. *Ann Intern Med* 2002;137(3):180-89. ([texte intégral](#))

- Les PCU ne perturbent pas une grossesse en cours (en d'autres termes, elles sont inefficaces après la nidation de l'ovule).
 - Le mécanisme d'action des PCU varie selon la phase du cycle menstruel à laquelle elles sont prises. Elles peuvent ainsi inhiber ou retarder l'ovulation, prévenir la pénétration des spermatozoïdes, influencer la migration de l'ovule et/ou sa fécondation, modifier la croissance folliculaire et le développement du corps jaune et/ou agir directement sur l'endomètre. Après la nidation de l'ovule, les PCU deviennent inefficaces.
 - Durand M, del Carmen Cravioto M, Raymond E, et al. On the mechanisms of action of short-term levonorgestrel administration in emergency contraception. *Contraception* 2001;64(4):227-34. ([résumé](#))
 - Rivera R, Yacobson I, Grimes D. The mechanism of action of hormonal contraceptives and intrauterine contraceptive devices. *Am J Obstet Gynecol* 1999;181(5 Pt 1):1263-69. ([résumé](#))
 - Trussell J, Raymond E. Statistical evidence about the mechanism of action of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Obstet Gynecol* 1999;93(5 Pt 2):872-76. ([résumé](#))

Pour de plus amples informations sur les PCU, consulter <http://www.fhi.org/fr/Topics/ECP.htm>.

Vasectomie

- La formation du praticien, ses compétences, ainsi que la technique chirurgicale employée, peuvent jouer sur le taux de réussite, l'intensité des douleurs et le nombre des complications chez les hommes subissant une vasectomie.
 - Les travaux des chercheurs confirment sans cesse l'innocuité et la grande efficacité de cette méthode de contraception. Mais les taux de réussite dépendent de la qualité du chirurgien et de la technique utilisée. Pour chaque canal déférent, la procédure comporte deux étapes principales : (1) extériorisation du canal avec ou sans incision (technique sans scalpel) ; (2) occlusion du canal pour laquelle diverses techniques sont possibles.
 - Schwingl P, Guess H. Safety and effectiveness of vasectomy. *Fertil Steril* 2000;73(5):923-36. ([résumé](#))
 - Une comparaison des deux techniques utilisées pour accéder aux canaux déférents a montré qu'elles sont d'efficacité comparable. Mais la technique sans bistouri offre les avantages suivants : intervention plus courte, complications moins fréquentes, douleurs moins intenses et un retour plus rapide de l'activité sexuelle.
 - Cook LA, Pun A, van Vliet H, et al. Scalpel versus no-scalpel incision for vasectomy. *Cochrane Database Syst Rev* 2006(4):CD004112, 20. ([texte intégral](#))
 - Sokal D, McMullen S, Gates D, et al. A comparative study of the no scalpel method and standard incision approaches to vasectomy in 5 countries. *J Urol* 1999;162(5):1621-25. ([résumé](#))
 - La ligature-résection (ou ligature-excision) est aujourd'hui la technique d'occlusion la plus répandue dans le monde. En la complétant d'une interposition du tissu aponévrotique, on peut réduire les taux d'échec de moitié environ. Les prestataires pratiquant actuellement la seule ligature-résection devraient considérer l'adoption de cette technique d'interposition et s'y former si nécessaire.
 - Labrecque M, Hays M, Chen-Mok M, et al. Frequency and patterns of early recanalization after vasectomy. *BMC Urol* 2006 Sep 19.6(Article No. 25):9. ([résumé](#))
 - Aradhya KW, Best K, Sokal DC. Recent developments in vasectomy *BMJ* 2005;330(7486):296-9. ([résumé](#))
 - Sokal D, Irsula B, Hays M, et al. Vasectomy by ligation and excision, with or without fascial interposition: a randomized controlled trial. *BMC Medicine* 2004;2:6. ([texte intégral](#))
 - Chen-Mok M, Bangdiwala S, Dominik R, et al. Termination of a randomized controlled trial of two vasectomy techniques. *Control Clin Trials* 2003;24(1):78-84. ([résumé](#))
 - Certains travaux et certains experts suggèrent que la cautérisation des canaux déférents est une technique d'occlusion plus efficace qu'une ligature-résection avec interposition aponévrotique ; cependant, ces techniques n'ont pas été comparées dans un essai contrôlé et randomisé. Les dispositifs de cautérisation thermique manuels, alimentés par des piles alcalines standard AA, sont bon marché et d'emploi pratique dans des contextes aux ressources limitées. Toutefois, il serait bon d'effectuer une autre étude portant sur une technique de cautérisation spécifique dans des contextes aux ressources limitées avant de recommander l'emploi régulier du dispositif de cautérisation.
 - Aradhya KW, Best K, Sokal DC. Recent developments in vasectomy. *BMJ* 2005;330(7486):296-9. ([résumé](#))
 - Labrecque M, Pile J, Sokal D, et al. Vasectomy surgical techniques in South and South East Asia. *BMC Urol* 2005;25.5(Article No.10):6. ([texte intégral](#))
 - Labrecque M, Dufresne C, Barone, MA, et al. Vasectomy surgical techniques: a systematic review. *BMC Med* 2004;2(1):21. ([texte intégral](#))
 - Sokal D, Irsula B, Chen-Mok M, et al. A comparison of vas occlusion techniques: cautery vs. ligation and

excision with fascial interposition. *BMC Urol* 2004;4:12. ([texte intégral](#))

- Le counseling sur la vasectomie comme méthode de contraception permanente, accompagné d'informations détaillées, précises et adaptées à chaque culture, permet aux programmes visant à encourager cette méthode de mieux cibler les populations concernées.
 - Bunce A, Guest G, Searing H, et al. Factors affecting vasectomy acceptability in Tanzania. *Int Fam Plan Perspect* 2007;33(1):13-21. ([texte intégral](#))

- Le counseling est ici essentiel. Il faut discuter de l'efficacité de la vasectomie, des visites de suivi post-opératoire, de la douleur associée à l'intervention et de la nécessité d'un contraceptif d'appoint.
 - Si les taux d'échec de la vasectomie sont faibles en général, ils varient en fonction de la technique employée, de l'expérience du chirurgien et de l'âge de la partenaire sexuelle. Comme l'opération ne réussit pas toujours, le counseling doit souligner le risque éventuel d'échec, même si ce dernier est limité. Il faut aussi préciser aux couples qu'une grossesse consécutive à une vasectomie est à interpréter d'abord comme un échec de la méthode, plutôt que comme une preuve d'infidélité de la partenaire.
 - Nazerali H, Thapa S, Hays M, et al. Vasectomy effectiveness in Nepal: a retrospective study. *Contraception* 2003;67(5):397-401. ([résumé](#))
 - Quelle que soit la technique chirurgicale utilisée, il faut attendre plusieurs mois avant que l'opération fasse vraiment son effet. Les anciennes recommandations ont suggéré un délai de trois mois ou un total de 20 éjaculations, le premier des deux prévalant. Mais, basée sur une étude menée conjointement par FHI et par EngenderHealth sur la période nécessaire à une totale azoospermie (absence de spermatozoïdes) les nouvelles recommandations de l'OMS suggèrent qu'un délai d'attente de trois mois est nettement plus fiable qu'un total de 20 éjaculations.
 - OMS. *Une Sélection de Recommandations Pratiques, Deuxième édition*. Genève, Suisse, 2005. ([texte intégral](#))
 - Dans la mesure du possible, le résultat d'une vasectomie doit s'apprécier en effectuant une analyse de sperme post-opératoire. Dans les pays industriels, entre un tiers et la moitié des patients ne reviennent pas pour la visite prévue pour cette analyse. Plusieurs études ont révélé que le taux de non-observation du protocole de suivi recommandé par les prestataires varie entre 15 et 97 %. Si le counseling n'a donc pas l'impact souhaité dans ce domaine, il est aussi possible que les patients ignorent la recommandation d'emploi d'un contraceptif d'appoint en phase post-opératoire. Afin d'éviter les grossesses non désirées, il faut que les hommes ayant subi une vasectomie ou leurs partenaires sexuelles se servent d'une autre méthode contraceptive durant les 12 semaines suivant l'opération.
 - Barone M, Nazerali H, Cortés M, et al. A prospective study of time and number of ejaculations to azoospermia after vasectomy by ligation and excision. *J Urol* 2003;170(3):892-96. ([résumé](#))
 - Pollack A. Prevalence of occlusion techniques, vasectomy follow-up protocols and compliance with follow-up. Présentation, Expert Consultation on Vasectomy Effectiveness (organisée par FHI et EngenderHealth), Durham, NC, 18-19 avril 2001. ([rapport sommaire](#))

- Les résultats des recherches indiquent que certains hommes souffrent d'une douleur post-opératoire scrotale ou testiculaire ne survenant que des mois après l'intervention. En général, cette douleur est faible et ne conduit pas les sujets à regretter leur vasectomie. Mais on doit informer les candidats à l'opération de cette éventualité.
 - *Male and Female Sterilisation, Evidence-based Clinical Guideline No. 4.* London, UK: Royal College of Obstetricians & Gynaecologists Press, 2004. ([texte intégral](#))

Pour de plus amples informations sur la vasectomie, consulter <http://www.fhi.org/fr/Topics/malesteril.htm>.

Préservatif masculin

- Le préservatif masculin en latex est fort efficace pour réduire le risque de transmission du VIH s'il est utilisé de manière correcte et systématique.
 - D'après les estimations, l'usage correct et systématique du préservatif masculin réduit le risque de transmission du VIH de 80 à 90 % environ.
 - Hearst N, Chen S. Condom promotion for AIDS prevention in the developing world: is it working? *Stud Fam Plann* 2004;35(1):39-47. ([résumé](#))
 - Weller S, Davis K. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(1):CD003255. ([résumé](#))
 - Outre l'usage du préservatif, l'abstinence sexuelle, la monogamie mutuelle entre partenaires non infectés et la réduction du nombre de partenaires sont tous des facteurs indispensables pour ralentir la propagation du VIH/sida. Le degré d'importance à accorder à chacune de ces catégories devra varier selon la population cible. Tout le monde devra recevoir des informations complètes et exactes sur toutes les options disponibles.
 - Halperin D, Steiner M, Cassell N, et al. The time has come for common ground on preventing sexual transmission of HIV. *Lancet* 2004;364(9449):1913-15. ([résumé](#))
 - L'usage correct et systématique du préservatif masculin réduit le risque de gonococcie, de chlamydirose, d'hépatite B et de trichomonase. Le préservatif protège moins contre les IST transmises par contact de peau à peau, comme l'herpès génital, la syphilis, le chancre mou et le condylome acuminé.
 - Steiner MJ, Cates W Jr. Condoms and sexually-transmitted infections (commentary) *New Engl J Med* 2006;354 (25):2642-3. ([texte intégral](#))
 - Holmes K, Levine R, Weaver M. Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. *Bull World Health Organ* 2004;82(6):454-461. ([résumé](#))
 - CDC. Male Latex Condoms and STDs. ([texte intégral](#)).
 - *Scientific Evidence on Condom Effectiveness for STD Prevention*. Washington, DC: National Institute of Allergy and Infectious Disease, 2001. ([texte intégral](#))
 - Le préservatif protège la fertilité de la femme en réduisant le risque d'acquisition des IST qui détruisent la capacité à procréer.
 - Ness R, Randall H, Richter H, et al. Condom use and the risk of recurrent pelvic inflammatory disease, chronic pelvic pain, or infertility following an episode of pelvic inflammatory disease. *Am J Public Health* 2004;94(8):1327-29. ([résumé](#))
- Le préservatif masculin est la seule méthode de contraception qui réduise efficacement le risque de grossesse et de transmission d'IST.
 - Deux pour cent environ des couples ayant recours au préservatif masculin enregistreront un échec contraceptif pendant la première année d'« utilisation parfaite » (qui est définie comme étant l'application conforme des instructions). Pendant la première année d'utilisation typique (ou réelle), 15 % environ des couples enregistreront un échec, à savoir une grossesse non désirée.

- Trussell J. The essentials of contraception: efficacy, safety, and personal considerations. In Hatcher R, Trussell J, Stewart F, et al., eds. *Contraceptive Technology, Eighteenth Revised Edition*. (New York: Ardent Media, Inc., 2004)331-53.
- L'utilisation à la fois d'un préservatif et d'une autre méthode (recours à la double méthode) réduit davantage le risque de grossesse que l'utilisation du préservatif uniquement.
 - Cates W, Steiner M. Dual protection against unintended pregnancy and sexually transmitted infections: what is the best contraceptive approach? *Sex Transm Dis* 2002;29(3):168-74. ([résumé](#))
- Les couples mariés ou stables peuvent être réceptifs aux efforts pour encourager l'emploi du préservatif à titre de double protection contre la grossesse, réduisant ainsi les risques de méfiance réciproque.
 - Williamson NE, Liku J, McLoughlin K, et al. A qualitative study of condom use among married couples in Kampala, Uganda. *Reprod Health Matters* 2006;14(28):89-98. ([résumé](#))
- La qualité des préservatifs s'est améliorée et, pour la plupart des utilisateurs, l'échec du préservatif (déchirure et glissement) est relativement rare. Cependant, l'efficacité du préservatif dépend largement du niveau d'aptitude et d'expérience de l'utilisateur. Une éducation convenable, un counseling et une formation aux aptitudes à négocier avec le partenaire peuvent améliorer la capacité des individus à faire un usage correct et systématique du préservatif.
 - Les erreurs d'emploi qui augmentent les risques de grossesse ou de transmission d'IST/VIH sont l'absence d'utilisation du préservatif pendant le rapport sexuel, une mauvaise technique de retrait, le placement incorrect du préservatif sur le pénis et le fait de ne pas recourir à un nouveau préservatif avec chaque acte sexuel.
 - Warner L, Hatcher A, Steiner, M. Male condoms. In Hatcher R, Trussell J, Stewart F, et al., eds. *Contraceptive Technology, Eighteenth Revised Edition*. (New York: Ardent Media, Inc., 2004)331-53.
 - Crosby R, Sanders S, Yarber W, et al. Condom use errors and problems: a neglected aspect of studies assessing condom effectiveness. *Am J Prev Med* 2003;24(4):367-70. ([résumé](#))
 - Steiner M, Cates W, Warner L. The real problem with male condoms is nonuse. *Sex Transm Dis* 1999;26(8):459-462. ([résumé](#))
 - Quatre pour cent environ des préservatifs glissent ou se déchirent pendant l'acte sexuel. Etant donné que les cas de glissement ou de déchirure de préservatif se produisent normalement avec un nombre restreint d'utilisateurs, les prestataires devront interroger leurs clients sur les problèmes rencontrés dans l'emploi de cette méthode et leur fournir des conseils pour l'utiliser correctement. En outre, les préservatifs sans latex peuvent avoir des taux de déchirure et de glissement plus élevés et être moins efficaces pour prévenir la grossesse que ceux en latex. Cependant, ce type de préservatif est une option de remplacement acceptable pour les personnes allergiques ou éprouvant une certaine aversion au préservatif en latex.
 - Steiner MJ, Taylor D, Hylton-Kong T, et al. Decreased condom breakage and slippage rates after counseling men at a sexually transmitted infection clinic in Jamaica. *Contraception* 2006;75(4):289-293. ([texte intégral](#))
 - Gallo MF, Grimes DA, López LM, et al. Non-latex versus latex male condoms for contraception *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(1):CD003550. ([texte intégral](#))
 - Valappil T, Kelaghan J, Macaluso M, et al. Female condom and male condom failure among women at high risk of sexually transmitted diseases. *Sex Transm Dis* 2005;32(1):35-43. ([résumé](#))

- Steiner M, Piedrahita C, Glover L. Can condom users likely to experience condom failure be identified? *Fam Plann Perspect* 1993;25:220-23,226. ([résumé](#))
 - Spruyt A, Steiner M, Joanis C, et al. Identifying condom users at risk for breakage and slippage: findings from three international sites. *Am J Public Health* 1998;88(2):239-44. ([résumé](#))
- L'utilisation du préservatif chez les populations courant un risque élevé de contracter des IST ou le VIH s'est répandue au cours de la dernière décennie. Malgré des preuves de leur efficacité et de leur plus grande acceptabilité, l'approvisionnement en préservatifs demeure toujours insuffisant dans bien des pays. Il faudra consacrer plus de ressources pour assurer que les approvisionnements de préservatifs soient suffisants pour répondre à la demande grandissante. En outre, le counseling portant spécifiquement sur la réduction des risques peut améliorer l'adoption et l'utilisation du préservatif masculin et devra donc être un thème central des campagnes de promotion.
- Steiner MJ, Hylton-Kong T, Figueroa JP, et al. Does a choice of condoms impact sexually transmitted infection incidence? A randomized controlled trial. *Sex Transm Dis* 2006;33(1):31-5. ([résumé](#))
 - Feldblum PJ, Hatzell T, Van Damme K, et al. Results of a randomised trial of male condom promotion among Madagascar sex workers. *Sex Transm Infect* 2005;81(2):166-72. ([texte intégral](#))
 - Wong EL, Roddy RE, Tucker H, et al. Use of male condoms during and after randomized, controlled trial participation in Cameroon. *Sex Transm Dis* 2005;32(5):300-7. ([résumé](#))
 - Cohen D, Farley T. Social marketing of condoms is great, but we need more free condoms. *Lancet* 2004;364(9428):13-4.
 - Shelton J, Johnston B. Condom gap in Africa: evidence from donor agencies and key informants. *Br Med J* 2001;323(7305):139. ([texte intégral](#))

Pour de plus amples informations sur le préservatif masculin, consulter <http://www.fhi.org/fr/Topics/condoms.htm>.

Préservatif féminin

- Le préservatif féminin est un moyen contraceptif et prophylactique (IST) à la fois efficace et sans danger. Son efficacité anticonceptionnelle est cependant légèrement inférieure à celle du préservatif masculin.
 - En cas d'usage correct et systématique, son taux d'échec contraceptif à 1 an est d'environ 5 % contre 3 % pour le préservatif masculin. En cas d'usage incorrect ou irrégulier, ces taux sont estimés respectivement à 21 % et 14 %.
 - Macaluso M, Lawson M, Hortin G, et al. Efficacy of the female condom as a barrier to semen during intercourse. *Am J Epidemiol* 2003;157(4):289-97. ([résumé](#))
 - Trussell J, Kowal D. The essentials of contraception. In Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, et al., eds. *Contraceptive Technology, Seventeenth Revised Edition*. (New York: Ardent Media, Inc, 1998)216-17.
 - Des essais en laboratoire ont montré que le préservatif féminin est une barrière efficace contre les agents pathogènes de plusieurs IST, y compris contre le VIH. De plus, comme ce type de préservatif protège en partie les organes génitaux externes de la femme, il offre sans doute une meilleure protection contre certaines infections ulcéraives comme l'herpès ou le chancre mou, bien que la poursuite de la recherche soit nécessaire pour le confirmer.
 - Drew W, Blair M, Miner R, et al. Evaluation of the virus permeability of a new condom for women. *Sex Transm Dis* 1990;17(2):110-12. ([résumé](#))
 - D'après les résultats de recherche récents, le nouveau préservatif féminin en latex synthétique (FC2) est de qualité comparable au préservatif Reality® (Femidom®), le premier préservatif féminin mis en vente sur le marché. Les coûts de matière et de production des préservatifs en latex synthétique sont plus faibles que ceux des préservatifs féminins en polyuréthane de première génération ; il est donc possible que ces nouveaux préservatifs se vendent pour un prix de détail généralement meilleur marché, en répandant ainsi l'utilisation.
 - Beksinska M, Smit J, Mabude Z, et al. Performance of the Reality® polyurethane female condom and a synthetic latex prototype: a randomized crossover trial among South African women *Contraception* 2006;73(4):386-93.
- Le préservatif féminin est une forme de contraception bien acceptée, autant par les hommes que par les femmes, et son usage se répand.
 - En 1997, l'OMS a examiné les résultats de 41 études d'acceptabilité du préservatif féminin. Les taux d'acceptation chez les participants variaient entre 41 et 95 %. Le counseling aide à faciliter l'emploi initial de ce nouveau préservatif. Les campagnes de promotion devraient cibler directement non seulement les femmes, mais aussi les hommes. Au fil des mois, son utilisation continue s'observe surtout dans des sous-groupes de femmes ou de couples fortement motivés. De récentes données recueillies en Afrique du Sud montrent que certaines femmes ont réussi à intégrer ce préservatif durant leurs relations sexuelles ; sur les 198 participantes ayant reçu des préservatifs féminins, 44 % l'ont adopté et s'en servaient en complément d'autres méthodes qu'elles utilisaient déjà.
 - Mqoqi N, Mqhayi M, Rees H, et al. *Introduction of the Female Condom in South Africa: Programme Activities and Performance 1998-2001. Phase 2 Final Report*. Bertsham, South Africa: Reproductive Health Research Unit, Chris Hani-Baragwanath Hospital, 2001. ([synthèse de recherche](#))
 - World Health Organization. The female condom: a review. In *The Female Condom: An Information Pack*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1997.

- En proposant aussi le préservatif féminin, les programmes offrant le préservatif masculin peuvent accroître la fréquence des rapports sexuels protégés. Mais les premiers résultats des chercheurs indiquent que ce changement ne s'accompagne pas nécessairement d'une chute mesurable des taux d'IST. Il faudra conduire d'autres études dans ce domaine pour savoir si l'offre du préservatif féminin dans un but prophylactique a réellement un impact sur la santé publique et sur la prévalence des IST, y compris celles par le VIH.
 - Hoke TH, Feldblum PJ, Van Damme K. Temporal trends in sexually transmitted infection prevalence and condom use following introduction of the female condom to Madagascar sex workers. *Int J STD AIDS* 2007;18(7):461-466. ([résumé](#))
- En Zambie, parmi des couples pouvant utiliser soit le préservatif masculin, soit le préservatif féminin, ceux employant plus souvent le modèle féminin (entre 28 et 47 % des rapports sexuels) étaient aussi ceux déclarant plus de rapports protégés que ceux l'employant peu (moins de 10 % des rapports). L'accès simultané aux deux types de préservatif semblait s'accompagner d'une augmentation du nombre des rapports sexuels protégés.
- En Thaïlande, une étude a montré que les taux d'incidence des IST chutaient quand les femmes dont le partenaire refusaient d'utiliser le préservatif masculin avaient l'option de recourir au modèle féminin. Au Kenya par contre, dans le cadre d'une intervention communautaire en milieu rural, les chercheurs n'ont pas noté de différences entre les taux d'IST chez les personnes ayant accès soit au seul préservatif masculin, soit à ces deux types de préservatif.
 - Feldblum P, Kuyoh M, Bwayo J, et al. Female condom introduction and sexually transmitted infection prevalence: results of a community intervention trial in Kenya. *AIDS* 2001;15(8):1037-44. ([texte intégral](#))
 - Fontanet S, Saba J, Chandelying V, et al. Protection against sexually transmitted diseases by granting sex workers in Thailand the choice of using the male or female condom: results from a randomized controlled trial. *AIDS* 1998;12(14):1851-59. ([texte intégral](#))
 - Musaba E, Morrison C, Sunkutu M, et al. Long-term use of the female condom among couples at high risk of human immunodeficiency virus infection in Zambia. *Sex Transm Dis* 1998;25(5):260-64. ([résumé](#))
- Les premiers travaux sur le réemploi du préservatif féminin ont donné des résultats prometteurs.
 - Des études conduites séparément par FHI et par l'unité de recherche en santé de la reproduction de l'université de Witwatersrand, Afrique du Sud, ont montré que, même après de multiples lavages (jusqu'à huit fois), les caractéristiques physiques du préservatif féminin de première génération demeurent supérieures aux spécifications minimales fixées par le fabricant pour un nouveau produit.
 - Potter B, Gerofi J, Pope M, et al. Structural integrity of the polyurethane female condom after multiple cycles of disinfection, washing, drying and relubrication. *Contraception* 2003;67(1):65-72. ([résumé](#))
 - Beksinska M, Rees H, Dickson-Tetteh K, et al. Structural integrity of the female condom after multiple uses, washing, drying and re-lubrication. *Contraception* 2001;63(1):33-36. ([résumé](#))
 - Joanis C, Latka M, Glover L, et al. Structural integrity of the female condom after a single use, washing, and disinfection. *Contraception* 2000;62(2):63-72. ([résumé](#))
 - Des résultats préliminaires montrent que désinfections, lavages et utilisations répétés du même préservatif féminin n'ont pas d'effet nocif sur les parois vaginales, sur le col utérin ou sur le pénis des individus en bonne santé.

- Joanis C. Female condom re-use: final results and implications. Présentation, Family Health International, Technical Advisory Committee for Contraceptive Technology and Family Planning Research, Chapel Hill, NC, 2-3 mai 2002.
- En janvier 2002, un groupe d'experts de l'OMS a fait connaître son avis sur le réemploi du préservatif féminin : s'il est toujours préférable d'utiliser un nouveau préservatif masculin ou féminin à chaque rapport sexuel, le modèle féminin peut servir jusqu'à 5 fois sous réserve de subir un nettoyage et une désinfection entre chaque rapport. Le protocole de traitement recommandé après usage inclut un trempage pendant une minute dans une solution d'hypochlorite de sodium (eau de Javel) à 5 % (1/20), suivi d'un lavage à l'eau et au savon. Pour cette désinfection, on ne doit pas utiliser de produits de blanchiment contenant du perborate, (c'est-à-dire de nombreux produits d'azurage et eaux de javel en poudre). Il faut que les principes actifs soient clairement indiqués sur l'étiquette du produit et s'assurer qu'il s'agit bien d'hypochlorite de sodium.
 - World Health Organization. *WHO/UNAIDS Information Update: Considerations Regarding Reuse of the Female Condom*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2002. ([texte intégral](#))
- D'après les conclusions d'une étude récente, le remplacement de l'eau de javel par un produit de vaisselle semble offrir aux femmes une option viable pour le nettoyage du préservatif féminin (de première génération) qui a servi. Le produit de vaisselle était aussi efficace que l'eau de javel pour réduire la numération microbienne dans le préservatif féminin, avec un taux d'élimination de 99,99 % pour le VIH, la gonococcie, la chlamydie et l'herpès simplex 2. Cependant, il était difficile de savoir si les microbes qui avaient été éliminés ou réduits par le produit de vaisselle étaient toujours viables dans l'eau de vaisselle.
 - Joanis C, Lopez LM, Gomez K, et al. Efficacy of a dish detergent in reducing populations of STI organisms in inoculated female condoms. *Int J STD AIDS* 2007;18(3):198-201. ([résumé](#))

Pour de plus amples informations sur le préservatif féminin, consulter <http://www.fhi.org/fr/Topics/femcondom.htm>.

La méthode des jours standard (MJS)

- La méthode des jours standard (MJS) ou méthode des jours fixes (MJF) est une méthode contraceptive efficace chez les femmes répondant à certains critères. En se familiarisant à cette méthode, la femme peut mieux prendre conscience de sa fertilité.
 - Les résultats de plusieurs études indiquent que, si le cycle menstruel de l'utilisatrice se situe bien dans la plage requise de 26 à 32 jours, le taux d'échec contraceptif de la méthode varie entre 5 % (usage correct) et 12 % (usage typique).
 - Sinai I, Jennings V, Arévalo M. The importance of screening and monitoring: the Standard Days Method and cycle regularity. *Contraception* 2004;69(3):201-6. ([résumé](#))
 - Arévalo M, Jennings V, Sinai I. Efficacy of a new method of family planning: the Standard Days Method. *Contraception* 2002;65(5):333-38. ([résumé](#))
 - OMS. *Une Sélection de Recommandations Pratiques, Deuxième édition*. Genève, Suisse, 2005. ([texte intégral](#))
- Les chercheurs ont montré que la méthode est bien acceptée, autant par les prestataires de santé que par les clientes ou leurs partenaires sexuels.
 - La MJS est surtout bien acceptée dans les régions du monde à faible prévalence contraceptive, (c.-à-d. où l'emploi des contraceptifs est peu fréquent). Au Bénin, au Salvador et au Honduras, la proportion des nouvelles utilisatrices de la planification familiale parmi les femmes voulant pratiquer la MJS était très élevée (respectivement 61 %, près de 50 % et 58 %).
 - Plusieurs études ont indiqué qu'environ 90 % des utilisatrices trouvent la méthode facile à employer et qu'elles la recommanderaient à d'autres femmes. Les femmes semblent plus satisfaites que les hommes. Au Salvador, 96 % des femmes et 90 % des hommes ont déclaré pouvoir recommander la méthode à d'autres.
 - Capo-Chichi V, Kpatchavi A, Djadey A, et al. *Introduction of the Standard Days Method of Family Planning into Reproductive Health Programs in Benin, West Africa. Final Technical Report*. Washington, DC: Institute for Reproductive Health, 2003.
 - Johri L, Lundgren R. *Introduction of the Standard Days Method into CARE India's Community-Based Reproductive Health Programs. Final Technical Report*. Washington, DC: Institute for Reproductive Health, 2003.
 - Monroy M, Lundgren R. *Strategies for Integrating the Standard Days Method into Community Programs to Expand Choice in El Salvador. Final Technical Report*. Washington, DC: Institute for Reproductive Health, 2003.
 - Sood B, Lundgren R. *Introduction of the Standard Days Method into CASP's Reproductive and Child Health Sustainability Project. Final Report*. Washington, DC: Institute for Reproductive Health, 2003.
- La MJS est une méthode suffisamment différente de celles offertes par les programmes de planification familiale pour pouvoir intéresser d'autres groupes potentiels d'utilisatrices.
 - Seul un petit nombre des nouvelles utilisatrices de la MJS employaient déjà une autre méthode contraceptive. Sur tous les sites étudiés, à une exception près (milieu urbain en Inde), plus de la moitié des sujets n'employaient aucune contraception quand elles ont adopté la MJS. La plupart des femmes qui utilisaient déjà un moyen contraceptif avant de passer à la MJS se servaient du préservatif de manière irrégulière.
 - Pinto E, Velasquez C, Carvajal E. *Introducing the Standard Days Method in CEMOPLAF Programs. Final OR Technical Report*. Washington, DC: Institute for Reproductive Health, 2004.

- Johri L, Lundgren R. *Introduction of the Standard Days Method into CARE, India's Community-Based Reproductive Health Programs. Final Report*. Washington, DC: Institute for Reproductive Health, 2003.

Pour de plus amples informations sur les méthodes naturelles de planification familiale, consulter <http://www.fhi.org/fr/Topics/natfamplan.htm>.

Nonoxynol-9

- Les spermicides au nonoxynol-9 (N-9) n'ont qu'un effet contraceptif modéré. Il semble cependant que leur efficacité varie selon la formulation ou la dose du produit.
 - Il n'existe aucune donnée prouvant que les préservatifs lubrifiés avec un produit contenant du N-9 sont plus efficaces que ceux lubrifiés sans N-9.
 - Les spermicides au N-9 sont moins efficaces que d'autres méthodes comme les DIU, les contraceptifs oraux ou les contraceptifs injectables.
 - World Health Organization, CONRAD. *Technical Consultation on Nonoxynol-9. Summary Report, October 2001*. Geneva, Switzerland: World Health Organization and CONRAD, 2002. ([texte intégral](#))
 - Les données existantes montrent que, parmi les gels spermicides au N-9, les plus concentrés offrent la meilleure protection contre la grossesse.
 - Raymond EG, Chen PL, Luoto J. Contraceptive effectiveness and study of five nonoxynol-9 spermicides: a randomized trial. *Obstet Gynecol* 2004;103(3):430-39. ([résumé](#))
- Le nonoxynol-9 n'est pas un microbicide efficace.
 - Le nonoxynol-9 ne permet pas de réduire les taux de gonorrhées, de chlamydioses ou d'infections par le VIH. Il ne faut pas l'employer pour la prévention des IST/VIH.
 - Roddy R, Zekeng L, Ryan K, et al. The effect of nonoxynol-9 gel on urogenital gonorrhea and chlamydia infection: randomized controlled trial. *JAMA* 2002;287(9):1117-22. ([résumé](#))
 - Roddy R, Zekeng L, Ryan K, et al. A controlled trial of nonoxynol-9 film to reduce male-to-female transmission of sexually transmitted diseases. *N Engl J Med* 1998;339:504-10. ([résumé](#))
 - Des doses élevées ou répétées de spermicide au N-9 peuvent provoquer une irritation de la muqueuse vaginale et des lésions génitales susceptibles de faciliter la transmission du VIH. Les femmes exposées à un fort risque de contamination par le VIH ne devraient pas employer le N-9 comme moyen contraceptif.
 - World Health Organization, CONRAD. *Technical Consultation on Nonoxynol-9. Summary Report, October 2001*. Geneva, Switzerland: World Health Organization and CONRAD, 2002. ([texte intégral](#))
 - Goeman J, Ndoye I, Sakhom M, et al. Frequent use of menfegol spermicide vaginal foaming tablets associated with high incidence of genital lesions. *J Infect Dis* 1995;171(6):1611-14. ([résumé](#))
 - Roddy R, Cordero M, Cordero C, et al. A dosing study of nonoxynol-9 and genital irritation. *Int J STD AIDS* 1993;4(3):165-70. ([résumé](#))
 - Niruthisard S, Roddy R, Chutivongse S. The effects of frequent nonoxynol-9 use on the vaginal and cervical mucosa. *Sex Transm Dis* 1991;18(3):176-79. ([résumé](#))

Pour de plus amples informations sur les microbicides, consulter <http://www.fhi.org/fr/Topics/microbicide.htm>.

Critères d'acceptabilité médicale et listes de contrôle pour les prestataires

- Il existe une [liste de contrôle qui permet d'écartier la possibilité d'une grossesse](#). Cette liste, basée sur des critères approuvés par l'OMS, peut accroître le nombre des nouvelles utilisatrices de méthodes contraceptives en aidant les prestataires à s'assurer de manière plus fiable que la femme n'est pas enceinte lors d'une première consultation.
 - Cette liste réalisée par FHI peut contribuer à éliminer une contrainte fort répandue, qui consiste à exiger des femmes qu'elles aient leurs règles avant de pouvoir adopter une nouvelle méthode contraceptive. Cette liste a été initialement conçue pour les dispensaires et les centres de soins, mais elle est aussi utilisable dans des contextes non cliniques. Pharmaciens, agents communautaires et infirmiers des postes sanitaires pourront également s'en servir.
 - Stanback J, Qureshi Z, Sekadde-Kigundu C, et al. Checklist for ruling out pregnancy among family planning clients in primary care. *Lancet* 1999;354(9178):566. ([résumé](#))
 - D'après une étude complémentaire récente, lorsque des problèmes sont causés par le refus de dispenser des services de planification familiale aux clientes qui n'ont pas leurs règles au moment de la visite, l'introduction simple et peu coûteuse de la « Liste de contrôle pour la grossesse » peut réduire considérablement les taux de refus de services en planification familiale. La liste de contrôle est un outil facile d'emploi pour les prestataires et elle peut augmenter l'utilisation des contraceptifs partout dans le monde.
 - Stanback J, Diabate F, Dieng T, et al. Ruling out pregnancy among family planning clients: the impact of a checklist in three countries. *Stud Fam Plann* 2005;36(4):311-5. ([texte intégral](#))
- Trois autres listes de contrôle permettent de vérifier la recevabilité médicale des femmes qui souhaitent utiliser soit les contraceptifs oraux combinés ([COC](#)), soit l'acétate de médroxyprogestérone-dépôt ([DMPA](#)), soit un dispositif intra-utérin ([DIU](#)). Elles aident les prestataires à déterminer si leur cliente peut employer la méthode sans risque ou, au contraire, si leur état médical interdit cet emploi ou s'il requiert un examen préalable plus approfondi.
 - Ces listes de contrôle FHI sont basées sur les critères de recevabilité médicale établis par l'OMS. Les prestataires de soins cliniques ou non cliniques, tels que les pharmaciens, les infirmiers travaillant dans des postes de santé reculés et les agents DBC, trouveront que ces listes de contrôle leur sont utiles.
 - Wesson J, Gmach R, Gazi R, et al. Provider views on the acceptability of an IUD checklist screening tool. *Contraception* 2006;74(5):382-8. ([résumé](#))
 - Stang A, Schwingl P, Rivera R. New contraceptive eligibility checklists for provision of combined oral contraceptives and depot-medroxyprogesterone acetate in community-based programmes. *Bull World Health Organ* 2000;78(8):1015-23. ([texte intégral](#))
 - Rai C, Thapa S, Day J, et al. Conditions in rural Nepal for which depot-medroxyprogesterone acetate initiation is not recommended: implications for community-based service delivery. *Contraception* 1999;60(1):31-37. ([résumé](#))

Pour de plus amples informations sur les listes de contrôle FHI à l'intention des prestataires de services, consulter :

<http://www.fhi.org/en/ReproductiveHealth/Publications/servdelivery/checklists/index.htm>.

Distribution à base communautaire (DBC)

- Quand ils sont convenablement formés à l'utilisation des listes de contrôle reposant sur les critères de recevabilité de l'OMS, les agents communautaires peuvent non seulement distribuer les préservatifs et les pilules, mais aussi administrer sans danger les contraceptifs injectables.
 - Stanback J, Mbonye A, Bekiita M. Contraceptive injections by community health workers in Uganda: a non-randomized trial, *Bull World Health Organ* ([texte intégral](#))
 - McCarraher D, Bailey P. Bolivia: depo-provera provision by community-based distribution workers and other CIES staff in El Alto. Article non publié. Family Health International, 2000.
 - Rai C, Thapa S, Day J, et al. Conditions in rural Nepal for which depot-medroxyprogesterone acetate initiation is not recommended: implications for community-based service delivery. *Contraception* 1999;60(1):31-37. ([résumé](#))

- La distribution par d'autres canaux que les centres de prestations est faisable et permet d'offrir une gamme contraceptive plus étendue incluant par exemple le DMPA.
 - Comme pour les préservatifs et les pilules contraceptives, on peut faire appel de manière efficace au marketing social pour le DMPA.

 - Les politiques de restriction freinent souvent la prestation des services de planification familiale en n'autorisant qu'un nombre restreint de prestataires à s'en charger.
 - Tawye Y, Jotie F, Shigu T, et al. The potential impact of community-based distribution programmes on contraceptive uptake in resource-poor settings: evidence from Ethiopia. *Afr J Reprod Health* 2005;9(3):15-26. ([texte intégral](#))
 - Social marketing for reproductive health: PSI and DKT. *Afr Popul Devel Bull* Jun-Jul 2000:24-26. ([texte intégral](#))

- Une formation adéquate des agents DBC est une condition indispensable, surtout pour s'assurer que les clientes reçoivent le counseling indispensable. Comme de plus en plus de femmes changent de méthode pour passer au DMPA, les perturbations menstruelles sont aujourd'hui un problème plus fréquent. Un counseling de qualité peut aider à réduire le nombre des clientes qui abandonnent ce contraceptif injectable à cause de telles perturbations.
 - Loza S, Tolley E. The Impact of Menstrual Changes on Method Continuation. Rapport final. Article non publié. Egyptian Ministry of Health, May 2002.

Pour de plus amples informations sur la distribution à base communautaire du DMPA, consulter http://www.fhi.org/fr/RH/Pubs/servdelivery/cbd_dmpa/index.htm.

Jeunesse

- Les risques d'une grossesse précoce, d'une IST et du VIH/sida sont énormes pour bien des jeunes ; la jeunesse constitue donc un groupe de population auquel il est particulièrement important de fournir une éducation et des services sur de meilleures options en santé de la reproduction.
 - Les programmes d'éducation sexuelle et en matière de VIH reposant sur un programme d'étude écrit et dispensés en cadre scolaire sont des interventions prometteuses pour réduire les comportements sexuels à risque des adolescents. Ces programmes peuvent contribuer à retarder le commencement de l'activité sexuelle, réduire la fréquence des rapports sexuels et le nombre de partenaires et répandre le recours au préservatif. Les programmes les plus réussis reposant sur un programme d'étude devraient servir de modèle pour l'adaptation ou l'élaboration d'autres cours.
 - Senderowitz J, Kirby D. Standards for curriculum-based sex/HIV education programs. Family Health International, 2006. ([texte intégral](#))
 - Kirby D, Laris BA, Roller L. Impact of sex and HIV education programs on sexual behaviors of youth in developing and developed countries. Youth Research Working Paper No. 2. Research Triangle Park: YouthNet/Family Health International, 2005. ([texte intégral](#))
 - Gallant M, Maticka-Tyndale E. School-based HIV prevention programmes for African Youth. *Soc Sci Med* 2004;58(7):1337-51. ([résumé](#))
 - James-Traoré TA, Finger W, Ruland CD, et al. Teacher training: essential for school-based reproductive health and HIV/AIDS education. Youth Issues Paper 3. Family Health International/YouthNet 2004. ([texte intégral](#))
 - Il est nécessaire d'intégrer services et éducation pour les jeunes en matière de santé de la reproduction et de VIH aux services de CDV, PTME et de soins du post-abortum aussi à l'intention des jeunes. Mais des preuves de la faisabilité de cette intégration sont également nécessaires.
 - Voluntary HIV counseling and testing services for youth and linkages with other reproductive health services in Haiti. FHI Working Paper Series No. 6. Family Health International 2007. ([résumé](#))
 - Reynolds HW, Cuthbertson C, Geary C, et al. An assessment of services for adolescents in prevention of mother-to-child transmission programs. Youth Research Working Paper No. 4. Research Triangle Park, NC: YouthNet/Family Health International, 2006.
 - Voluntary HIV counseling and testing services for youth and linkages with other reproductive health services in Tanzania. FHI Working Paper Series No.5. Family Health International 2006. ([résumé](#))
 - Reynolds HW, Wong EL, Tucker H. Adolescents' use of maternal and child health services in developing countries. *Int Fam Plan Perspect* 2006;32(1):6-16. ([texte intégral](#))
 - Les interventions radiodiffusées, télévisées et par d'autres médias peuvent améliorer les normes sociales et exercer un effet positif sur le comportement sexuel des jeunes.
 - Geary CW, Burke HM, Castelnau L, et al. Exposure to MTV's global HIV prevention campaign in Kathmandu, Nepal; São Paulo, Brazil; and Dakar, Senegal. *AIDS Educ Prev* 2007;19(1):36-50. ([texte intégral](#))
 - Geary CW, Burke HM, Castelnau L, et al. MTV's "Staying Alive" global campaign promoted interpersonal communication about HIV and positive beliefs about HIV prevention. *AIDS Educ Prev* 2007;19(1):51-67. ([texte intégral](#))
 - Geary C, Burke H, Neupane S, et al. Does MTV reach an appropriate audience for HIV prevention messages? Evidence from MTV viewership data in Nepal and Brazil. *J Health Commun* 2006;11(7):665-681. ([rapport sommaire](#))

- Geary CW, Mahler H, Finger W, et al. Using global media to reach youth: The 2002 MTV Staying Alive campaign. Youth Issues Paper 5. Arlington, VA: YouthNet/Family Health International, 2005. ([texte intégral](#))
- Une approche abordant les nombreux aspects de la santé de la reproduction dans un seul pays engage l'ensemble de la communauté et améliore la capacité des partenaires locaux, au lieu de se concentrer sur un seul domaine technique, comme les services ou l'éducation.
 - Hainsworth, Gwyn. Going to scale: Lessons from the Geracao Biz program in Mozambique. *New Research, Program Experiences, and Applications: Youth Reproductive Health and HIV Prevention*, Washington D.C., May 7, 2007.
 - YouthNet/Tanzania End of Program Report – Taking Action: Recommendations and Resources (Result 10). Family Health International 2006. ([texte intégral](#))
- Il est possible de bâtir des alliances entre les services de santé, les services d'éducation et les services sociaux et de contribuer ainsi à l'amélioration de la santé de la reproduction chez les adolescents.
 - Improving Youth Reproductive Health: Strategies for Supporting Healthy Development. Population Council, forthcoming.
- Les organisations à vocation religieuse sont disposées à aborder les questions liées à la sexualité et à la santé de la reproduction/VIH chez les jeunes quand ces organisations participent à des évaluations conduites par les jeunes, à des activités de renforcement des capacités et à des séances d'information.
- Les connaissances des jeunes en matière de VIH/sida sont souvent incomplètes ou inexactes. Leurs pairs sont non seulement des sources d'information, mais aussi exercent une influence primordiale sur le comportement. Les groupes d'éducation par les pairs qui répandent des informations exactes et raisonnables peuvent être fort utiles.
 - Adamchak, SE. Youth peer education in reproductive health and HIV/AIDS: Progress, process, and programming for the future. Youth Issues Working Paper 7. Family Health International/YouthNet 2007. ([texte intégral](#))
 - Evaluating the Kenya Girl Guide Association's HIV/AIDS peer education program for younger youth: Baseline results. Population Council/Horizons, 2005. ([texte intégral](#))
 - Pearlman D, Camberg L, Wallace L, et al. Tapping youth as agents for change: Evaluation of a peer leadership HIV/AIDS intervention. *J Adol Health* 2002;31(1):31-29. ([résumé](#))
 - Williamson NE. Behaviour change among youth: reproductive health and HIV. *IPPF Med Bull* 2002;36(3). ([texte intégral](#))
- Les projets d'éducation par les pairs sont d'autant plus réussis qu'ils comportent des partenariats entre jeunes et adultes, qu'ils abordent les questions de genre et qu'ils font intervenir intéressés et parents. Les efforts d'évaluation des programmes d'éducation par des pairs qui tiennent compte de ces principes de base peuvent renforcer la qualité et l'utilité générale de ces programmes.
 - Svenson G, Burke H. Formative research on youth peer education program productivity and sustainability. Youth Research Working Paper No. 3. Research Triangle Park, NC: YouthNet/Family Health International, 2005.
 - Assessing the quality of youth peer education programs. Family Health International, 2006. ([texte intégral](#))
 - Wolf RC, Pulerwitz J. The influence of peer versus adult communication on AIDS-protective behaviors among Ghanaian youth. *J Health Comm* 2003;8(5):463-474.

Pour de plus amples informations sur les bonnes manières de travailler de concert avec les jeunes, consulter <http://www.fhi.org/fr/Youth/YouthNet/index.htm>.

Implants contraceptifs

- Les implants hormonaux sous-cutanés (c'est-à-dire Norplant®, Jadelle®, Sino Implant II®) constituent un moyen de contraception acceptable, efficace, réversible et sans danger. Les implants contraceptifs empêchent la grossesse pendant une longue durée après une seule administration et exigent peu de suivi. Les implants libérant du lévonorgestrel ont été ajoutés en mars 2007 à la Liste des médicaments essentiels de l'OMS.
 - Hannaford P. Postmarketing surveillance study of Norplant in developing countries. *Lancet* 2001;357(9271):1815.
 - Ba MG, Moreau JC, Sokal D, et al. A 5-year clinical evaluation of Norplant® implants in Senegal. *Contraception* 1999;59(6):377-81. ([résumé](#))
 - Fraser IS, Tiitinen A, Affandi B, et al. Norplant consensus statement and background review. *Contraception* 1998;57(1):1-9.
- Les implants sont fort efficaces pour prévenir les grossesses non désirées. Le taux de grossesse au bout de cinq ans se situe en général de moins de deux pour 100 utilisatrices, bien que les taux de grossesse augmentent légèrement durant la cinquième année d'utilisation continue. Ce résultat est égal ou meilleur que ceux de la plupart des autres méthodes réversibles, y compris les contraceptifs oraux. En outre, la fertilité revient rapidement après le retrait de l'implant.
 - Coukell AJ, Balfour JA. Levonorgestrel subdermal implants – a review of contraceptive efficacy and acceptability. *Drugs* 1998;55(6):861-887. ([résumé](#))
- Les implants ne présentent aucun danger pour de nombreuses femmes, y compris les femmes qui allaitent, les femmes séropositives pour le VIH, celles qui ont plus de 35 ans, celles qui viennent d'avoir un avortement ainsi que les adolescentes. Des études ont également conclu que les implants sont une méthode efficace et sans danger pour les femmes diabétiques.
 - Sivin I. Risks and benefits, advantages and disadvantages of levonorgestrel-releasing contraceptive implants. *Drug Saf* 2003;26(5):303-335. ([résumé](#))
 - Diab KM, Zaki MM. Contraception in diabetic women: comparative metabolic study of norplant, depot medroxyprogesterone acetate, low dose oral contraceptive pill and CuT380A. *J Obstet Gynaecol Res* 2000;26(1):17-26. ([résumé](#))
- L'utilisation des implants s'accompagne d'un risque réduit de MIP en comparaison des groupes témoins qui ne l'utilisent pas. Le risque de grossesse extra-utérine, d'autres complications de grossesse et de MIP est également réduit avec l'usage des implants comparé aux autres méthodes.
 - Sivin I. Risks and benefits, advantages and disadvantages of levonorgestrel-releasing contraceptive implants. *Drug Saf* 2003;26(5):303-335. ([résumé](#))
- Les implants semblent avoir un effet minime sur le métabolisme. Ils n'ont pas d'effet sur la tension artérielle ni sur les fonctions hépatique, rénale ou thyroïdienne chez les femmes en bonne santé. Il est nécessaire de poursuivre les recherches concernant les effets des implants sur les femmes qui sont considérées comme fort exposées au risque de maladie cardiovasculaire.

- Dorflinger LJ. Metabolic effects of implantable steroid contraceptives for women. *Contraception* 2002;65(1):47-62. ([résumé](#))
- Les complications d'insertion et de retrait des implants sont minimales. Les réactions adverses résultant de l'insertion et de la pose des implants sont légèrement moindres que pour les femmes utilisant le DIU ou se faisant stériliser, bien que les complications de retrait puissent être un peu supérieures. Les facteurs de risque les plus courants qui sont l'indication de complications de retrait sont les problèmes au moment de l'insertion et l'infection du site d'insertion avant le retrait ou au moment du retrait.
 - Coukell AJ, Balfour JA. Levonorgestrel subdermal implants: a review of contraceptive efficacy and acceptability. *Drugs* 1998;55(6):861-887. ([résumé](#))
 - Sivin I, Campodonico I, Kiriwat O, et al. The performance of levonorgestrel rod and Norplant® contraceptive implants: a 5 year randomized study. *Hum Reprod* 1998;13(12):3371-3378. ([résumé](#))
- Les résultats de recherche ont montré que les implants peuvent être insérés à tout moment du cycle menstruel, bien qu'il soit préférable de les insérer pendant les sept premiers jours du cycle. L'insertion après le septième jour nécessite une méthode d'appoint pendant trois jours seulement.
 - Brache V, Blumenthal PC, Alvarez F, et al. Timing of onset of contraceptive effectiveness in Norplant® implant users. II. Effect on the ovarian function in the first cycle of use. *Contraception* 1999;59(4):245-51.
- La plupart des utilisatrices de cette méthode de contraception éprouvent des troubles menstruels. Ces troubles sont la raison principale de l'abandon de la méthode, suivie par des effets médicaux secondaires d'ordre mineur et du désir d'avoir des enfants. Les clientes les moins satisfaites sont celles qui éprouvent des règles prolongées (plus de sept jours) et très abondantes, ou des périodes de saignements fréquents et irréguliers. Les taux d'abandon en raison de problèmes menstruels diminuent avec l'augmentation de l'âge et du niveau d'éducation.
 - Croxatto HB. Progestin implants. *Steroids* 2000;65(10-11):681-685.
 - Rehan N, Inayatullah A, Chaudhary I. Norplant®: reasons for discontinuation and side-effects. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2000;5(2):113-118. ([résumé](#))
 - Faúndes A, Alvarez F, Brache V, et al. Endometrial thickness and oestradiol concentration in women with bleeding complaints during use of Norplant implants. *Hum Reprod* 1998;13(1):188-191. ([résumé](#))
 - Sivin I, Campodonico I, Kiriwat O, et al. The performance of levonorgestrel rod and Norplant® contraceptive implants: a 5 year randomized study. *Hum Reprod* 1998;13(12):3371-3378. ([résumé](#))
- Une bonne prise en charge des troubles menstruels chez les utilisatrices des implants contraceptifs est une question d'ordre primordial pour les services de santé de la reproduction. On s'entend généralement sur le fait que le counseling avant l'insertion est indispensable pour encourager les clientes à poursuivre l'usage de la méthode. Une séance approfondie de counseling peut aider les femmes à accepter les réactions adverses et à réduire ainsi les cas de retrait en raison d'effets secondaires. Les prestataires devront aborder non seulement les troubles menstruels, mais aussi (1) la possibilité d'infection au site d'insertion, (2) le fait que les implants ne protègent pas contre le VIH et les autres IST et (3) les autres options de contraception. Les attitudes des utilisatrices à l'égard des effets secondaires sont fortement influencées par la qualité des informations et du counseling qu'elles reçoivent.

- Rivera R, Rountree W. Characteristics of menstrual problems associated with Norplant discontinuation: results of a multinational study. *Contraception* 2003;67(5):373-7. ([résumé](#))
 - Tolley E, Nare C. Access to Norplant removal: an issue of informed choice. *Afr J Reprod Health* 2001;5(1):90-9. ([résumé](#))
 - Coukell AJ, Balfour JA. Levonorgestrel subdermal implants: a review of contraceptive efficacy and acceptability. *Drugs* 1998;55(6):861-887. ([résumé](#))
- Malgré la forte incidence d'effets menstruels adverses, le niveau de satisfaction des utilisatrices d'implants est dans l'ensemble élevé. En outre, les implants contraceptifs enregistrent un taux de continuation plus élevé que la plupart des autres méthodes réversibles.
 - Hannaford P. Postmarketing surveillance study of Norplant in developing countries. *Lancet* 2001;357(9271):1815.
 - Sivin I, Campodonico I, Kiriwat O, et al. The performance of levonorgestrel rod and Norplant® contraceptive implants: a 5 year randomized study. *Hum Reprod* 1998;13(12):3371-3378. ([résumé](#))
 - La demande en implants est parfois insatisfaite en raison du manque d'approvisionnements. Les bailleurs et les gouvernements sont plus portés à acquérir de grandes quantités de méthodes hormonales à courte durée d'action, qui sont moins coûteuses, comme les CO, que des méthodes à longue durée d'action plus coûteuses, comme les implants. Néanmoins, d'après une étude récente, les implants sont plus économiques à long terme que les méthodes à courte durée d'action. De plus, une option moins coûteuse que le Norplant est le Sino-implant (I et II), de fabrication chinoise, qui s'est révélé être aussi efficace et sûr, ce qui devrait donc réduire davantage les coûts.
 - Hubacher D, Kimani J, Steiner M, et al. Contraceptive implants in Kenya: current status and future prospects. *Contraception* 2007;75(6):468-473. ([résumé](#))
 - Fan H, Han L, Jiang J, et al. A multicenter comparative clinical study of sino-levonogestral-releasing implants No.I and II with Norplant. *J Reprod Contracept* 2004;15(2):101-107.

Utilisation continue de la contraception

- L'utilisation continue de la contraception réduit le nombre de grossesses non désirées, les avortements qui en résultent et la mortalité et morbidité maternelles. L'abandon de la contraception est un facteur qui contribue à l'augmentation des taux de fécondité et de conception non intentionnelle.
 - Best, K. Consultation on improving contraceptive continuation: Partnering to generate and apply knowledge for better results. Proceedings of the Consultation on Improving Contraceptive Continuation, Washington, D.C. Nov.29-30, 2005. Family Health International and the ACQUIRE Project, EngenderHealth. ([texte intégral](#))
 - Blanc AK, Curtis S, Croft T. Does contraceptive discontinuation matter? Quality of care and fertility consequences. Technical Report Series, No. 3. MEASURE EVALUATION, November 1999. ([texte intégral](#))

- Les taux de continuation varient suivant la méthode choisie, l'utilisation continue étant généralement la plus élevée chez les utilisatrices du DIU, suivi des implants, de la contraception orale et des contraceptifs injectables, respectivement.
 - Blanc AK, Curtis S, Croft T. Does contraceptive discontinuation matter? Quality of care and fertility consequences. Technical Report Series, No. 3. MEASURE EVALUATION, November 1999. ([texte intégral](#))
 - EngenderHealth. Contraceptive use and discontinuation patterns in Nepal: Norplant, IUCD, pill, and injectables. EngenderHealth, September 2003. ([texte intégral](#))

- Les réactions négatives aux effets secondaires sont la cause principale (à part le désir d'avoir un enfant) d'abandon de toutes les méthodes. Les effets secondaires et les effets médicaux exercent le plus grand impact sur les taux de continuation des méthodes contraceptives hormonales. Les facteurs communautaires, comme les niveaux d'acceptation, la demande et l'éducation, affectent également les taux de continuation de la contraception.
 - Tolley E, Loza S, Kafafi L, et al. The impact of menstrual side effects on contraceptive discontinuation: findings from a longitudinal study in Cairo, Egypt. *Int Fam Plan Perspect* 2005;31(1):15-23. ([résumé](#))
 - Hubacher D, Reyes V, Lillo S, et al. Preventing early copper IUD removals among first-time users: placebo-controlled randomized trial to study the effect of prophylactic ibuprofen. *Contraception* 2005;72(3):233.

- Les facteurs liés à la prestation de services, comme les niveaux d'accès, les approvisionnements, les biais des prestataires et des programmes à l'égard des méthodes, le choix des méthodes et l'interaction entre client et prestataire affectent aussi les taux de continuation.
 - Best, K. Consultation on improving contraceptive continuation: Partnering to generate and apply knowledge for better results. Proceedings of the Consultation on Improving Contraceptive Continuation, Washington, D.C. Nov.29-30, 2005. Family Health International and the ACQUIRE Project, EngenderHealth. ([texte intégral](#))

- La visite avec retard des clientes pour leur nouvelle injection de DMPA a pour effet que des clientes abandonnent la méthode contre leur gré. Conformément à la *Sélection des recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives* de l'Organisation mondiale de la Santé, édition de 2004, une femme peut recevoir son injection deux semaines d'avance maximum par rapport à la date d'injection prévue ou deux semaines de retard maximum après la date d'injection prévue. Compte tenu de cette nouvelle recommandation, les prestataires qui se conforment aux protocoles pour la période de grâce

de la nouvelle injection réduiront le risque d'abandon non intentionnel et de grossesse non désirée par leurs clientes.

- Baumgartner JN, Morroni C, Mlobeli RD, et al. Timeliness of contraceptive reinjections in South Africa and its relation to unintentional discontinuation. *Int Fam Plan Perspect* 2007;33(2):66-74. ([texte intégral](#))
- La proposition aux clientes de la formule « Quick Start » (« Démarrer Immédiatement ») accompagnée de la distribution anticipée de COC peut améliorer l'utilisation continue. Selon cette option, la cliente démarre immédiatement la prise de la pilule, sous l'observation directe du prestataire, quel que soit le jour de son cycle menstruel. Les résultats de recherche montrent que cette stratégie améliore les taux de continuation à court terme, bien qu'elle n'ait pas d'effet sur les taux de continuation à long terme. Une « distribution anticipée » permet aux clientes d'emporter avec elles plusieurs plaquettes de pilules. Cette stratégie épargne du temps et des ressources tant pour les clientes que pour les prestataires et relève aussi les taux de continuation.
 - Westhoff C, Heartwell S, Edwards S, et al. Initiation of oral contraceptives using a quick start compared with a conventional start. *Obstet Gynecol* 2007;109(6):1270-1276. ([résumé](#))
 - Nanda K, Stanback J, Rountree RW, et al. Randomized trial of "quick start" versus advance provision of oral contraceptive pills in Nicaragua. *Obstet Gynecol* 2006;107:50S.
 - Stanback J, Janowitz B. Provider resistance to advance provision of oral contraceptives in Africa. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2003;29(1):35-36. ([résumé](#))
- La qualité des services de planification familiale est un facteur qui contribue à l'amélioration des taux de continuation. Alors que la recherche n'a toujours pas prouvé de manière définitive les avantages des interventions pour améliorer l'adhérence, l'amélioration des techniques de counseling et la conception de stratégies polyvalentes à l'intention des clientes peuvent se traduire par de meilleurs taux de continuation.
 - Halpern V, Grimes DA, Lopez L, et al. Strategies to improve adherence and acceptability of hormonal methods for contraception (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(1):CD004317. ([texte intégral](#))
 - RamaRao S, Lacuesta M, Costello M, et al. The link between quality of care and contraceptive use. *Int Fam Plan Perspect* 2003;29(2):76-83. ([texte intégral](#))
- Les prestataires peuvent abaisser les taux d'abandon en fournissant aux clientes des informations complètes et exactes, en discutant avec elles les effets secondaires de la méthode qu'ils leur donnent et aussi en assurant une meilleure prise en charge des effets secondaires qu'elles signalent. Dans une étude réalisée par le projet MEASURE Evaluation qui passait en revue les données EDS de 15 pays, les taux d'abandon de toutes les méthodes étaient inversement associés aux scores de l'Effort des programmes de planification familiale (FPPE), ce qui veut dire que les programmes plus solides avaient tendance à enregistrer des taux de continuation plus élevés. Cette étude a également montré que, dans ces 15 pays, les raisons directement liées à la qualité des soins expliquaient entre la moitié et les trois quarts du taux d'abandon après un an.
 - Tolley E, Loza S, Kafafi L, et al. The impact of menstrual side effects on contraceptive discontinuation: findings from a longitudinal study in Cairo, Egypt. *Int Fam Plan Perspect* 2005;31(1):15-23. ([résumé](#))
 - Khan MA. Side effects and oral contraceptive discontinuation in rural Bangladesh. *Contraception* 2001;64(3):161-67. ([résumé](#))
 - Hubacher D, Goco N, Gonzalez B, et al. Factors affecting continuation rates of DMPA. *Contraception* 2000;60(6):345-51. ([résumé](#))

- Blanc AK, Curtis S, Croft T. Does contraceptive discontinuation matter? Quality of care and fertility consequences. Technical Report Series, No. 3. MEASURE EVALUATION, November 1999. ([texte intégral](#))
- Il existe une distinction entre l'abandon spécifique à une méthode et l'abandon de la contraception. Pour les femmes qui ne veulent pas tomber enceintes, l'abandon n'est pas en soi-même négatif s'il s'agit de l'abandon d'une méthode pour une autre, et non pas de l'abandon complet de la contraception. Les stratégies d'utilisation continue de la contraception devront prévoir de prendre en considération le changement de méthode après un certain temps, afin de répondre à l'évolution des désirs et besoins en matière de contraception. Les prestataires peuvent répondre à ces besoins changeants en concevant des stratégies pour les clientes régulières.
 - Developing a continuing-client strategy. *Popul Rep* 2007;Series J(no. 55). ([résumé](#))

Circumcision masculine et VIH

- Les résultats de trois essais menés récemment en Afrique du Sud, au Kenya et en Ouganda ont révélé que la circoncision réduisait le taux d'infection au VIH chez les hommes circoncis de plus de 60 % en comparaison des hommes non circoncis.
 - Bailey RC, Moses S, Parker CB, et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomized controlled trial. *Lancet* 2007;369(9562):643-656. ([résumé](#))
 - Gray RH, Kigozi G, Serwadda D, et al. Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomized trial. *Lancet* 2007;369(9562):657-666. ([résumé](#))
 - Auvert B, Taljaard D, Lagarde E, et al. Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 trial. *PLoS Med* 2005;2(11):1112-1122. ([texte intégral](#))
- La circoncision présente des avantages médicaux supplémentaires, comme la prévention de l'inflammation du gland et du prépuce, un moindre risque de cancer du pénis et une prévalence plus faible de certaines IST, en particulier les maladies ulcératives comme le chancre mou et la syphilis. Les hommes circoncis trouvent aussi qu'il est plus facile d'assurer l'hygiène du pénis et qu'ils ne souffrent pas de problèmes de santé relatifs au prépuce.
 - Szabo R, Short RV. How does male circumcision protect against HIV infection? *BMJ* 2000;320:1592-1594. ([texte intégral](#))
 - Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Information package on male circumcision and HIV prevention: Insert 3 – Health benefits and associated risks*. Genève:OMS, 2005. ([texte intégral](#))
 - WHO, UNAIDS, UNICEF, UNFPA. Male circumcision fact sheet. July 2005. ([texte intégral](#))
- Les résultats de recherche ont montré que la circoncision est acceptée à la fois par les hommes et les femmes. D'après l'examen de 13 études portant sur neuf pays africains, les niveaux d'acceptabilité étaient cohérents, indiquant qu'en moyenne 65 % des hommes non circoncis désiraient l'être, que 69 % des femmes approuvaient la circoncision de leur partenaires et que 71 et 81 % des hommes et des femmes, respectivement, désiraient circoncire leurs garçons.
 - Westercamp N, Bailey RC. Acceptability of male circumcision for prevention of HIV/AIDS in sub-Saharan Africa: a review. *AIDS Behav* 2007;11(3):341-355. ([texte intégral](#))
- Le coût modéré de la circoncision, ses effets de protection durables et marqués et les coûts de soins du VIH qui sont de ce fait évités font de la circoncision masculine une intervention de santé publique économique. La prestation de services volontaires dans des conditions sûres là où la prévalence de la circoncision masculine est faible et où la prévalence du VIH est élevée, comme en Afrique australe, pourrait considérablement alléger le fardeau du VIH. Le rapport coût-efficacité de la circoncision masculine a aussi été constaté en Afrique subsaharienne là où la prévalence du VIH était élevée ou modérée, même quand la circoncision masculine était peu courante.
 - Khan J, Marseille E, Auvert B. Cost-effectiveness of male circumcision for HIV prevention in a South African setting. *PLoS Med* 2006;3(12):2349-2358. ([texte intégral](#))
 - Williams B, Lloyd-Smith JO, Gouws E, et al. The potential impact of male circumcision on HIV in sub-Saharan Africa. *PLoS Med* 2006;3(7):1032-1040. ([texte intégral](#))
- Il se dégage des données recueillies que la circoncision contribue à des différences régionales en matière de prévalence du VIH entre pays voisins qui présentent des facteurs de

risque et des conditions socioéconomiques similaires. En particulier, les régions de l'Afrique subsaharienne enregistrant des taux de circoncision masculine plus élevés se recoupent avec les zones à prévalence du VIH plus faible.

- *Adult Male Circumcision Significantly Reduces Risk of Acquiring HIV*. Communiqué de presse. U.S. Dept. of Health and Human Services, National Institute of Allergy and Infectious Disease (NIAID). December, 2006. ([texte intégral](#))
 - Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Information package on male circumcision and HIV prevention: Insert 4 – Male circumcision as an HIV prevention method*. Genève:OMS 2005. ([texte intégral](#))
 - Halperin DT, Bailey RC. Male circumcision and HIV infection: 10 years and counting. *Lancet* 1999;354(9192):1813-1815. ([texte intégral](#))
- Bien que la circoncision masculine soit une intervention préventive efficace, elle ne devrait pas être pratiquée de manière isolée. L'OMS, l'ONUSIDA et la plupart des experts recommandent vivement de promouvoir la circoncision masculine en tant que volet d'un programme de prévention intégrée prévoyant également la prestation de services de counseling et dépistage du VIH, de traitement des IST, de promotion de comportements sexuels à moindre risque et de distribution de préservatifs masculins et féminins.
- Moszynski P. Experts recommend circumcision to combat male HIV infections in Africa. *BMJ* 2007;334:712-713. ([résumé](#))
 - WHO/UNAIDS. Conclusions and recommendations from the technical consultation on male circumcision and HIV prevention: research implications for policy and programming. Montreux, March 6-8, 2007.
- Les risques liés à la circoncision masculine sont en général faibles quand elle est pratiquée par des prestataires bien formés et convenablement équipés dans des conditions cliniques stériles. Les services de circoncision masculine doivent prévoir la formation et la certification des prestataires, ainsi que le suivi et l'évaluation minutieux des programmes.
- WHO/UNAIDS. Conclusions and recommendations from the technical consultation on male circumcision and HIV prevention: research implications for policy and programming. Montreux, March 6-8, 2007.
 - Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Information package on male circumcision and HIV prevention: Insert 3 – Health benefits and associated risks*. Genève: OMS 2005. ([texte intégral](#))
- A mesure que les programmes intègrent des services de circoncision volontaire dans des conditions sûres aux activités de prévention du VIH déjà existantes, il est nécessaire de poursuivre les recherches dans plusieurs domaines : taux de prévalence du VIH, taux de prévalence de la circoncision masculine, pratiques actuelles de circoncision (en particulier pour ce qui est de l'innocuité), faisabilité de l'introduction ou de l'amplification des programmes et effets sociaux et culturels à long terme de l'introduction de la circoncision pour les hommes adultes à titre d'intervention de santé publique. En général, dans le cadre de la prévention intégrée du VIH, les questions de recherche devront se concentrer sur les moyens d'améliorer l'acceptabilité, la qualité et l'innocuité de la circoncision masculine, de rendre cette méthode plus accessible et de réduire les inquiétudes à l'égard des risques.
- Aggleton, P. "Just a snip?": a social history of male circumcision. *Reprod Health Matters* 2007;15(29):15-21. ([texte intégral](#))
 - Dowsett GW, Couch M. Male circumcision and HIV prevention: is there really enough of the right kind of evidence? *Reprod Health Matters* 2007;15(29):33-44.
 - Williams B, Lloyd-Smith JO, Gouws E, et al. The potential impact of male circumcision on HIV in sub-Saharan Africa. *PLoS Med* July 2006;3(7):1032-1040. ([texte intégral](#))

Counseling en matière de contraception et supports de travail

- Pour être efficace, le counseling en planification familiale nécessite des prestataires bien formés et motivés, ainsi que la participation active des clients. Le counseling doit s'appuyer sur le principe du choix éclairé et s'accompagner de décisions qui sont prises par les clients mêmes. L'interaction entre client et prestataire peut être compromise par des obstacles comme des barrières médicales inutiles, le biais du prestataire, un certain mal à l'aise concernant la discussion de questions sexuelles et de sexualité et la différence de statut entre le prestataire et le client.
 - Informed choice in family planning: helping people decide. *Popul Rep* 2000;Series J(no. 50). ([texte intégral](#))
 - Les prestataires ont souvent l'impression qu'ils protègent leurs clients contre des résultats néfastes en imposant des restrictions médicales sur certaines méthodes de contraception.
 - Best K. Des barrières médicales souvent inutiles : les refus sans base scientifiques peuvent limiter les options des femmes et mettre en danger leur santé. *Network en français*, Family Health International 2002;21(3). ([texte intégral](#))
 - Au cours des dernières années, de nouvelles stratégies ont été élaborées qui permettent d'améliorer sensiblement la qualité du counseling. Le Population Council a élaboré la « stratégie de counseling équilibrée » qui articule l'interaction client-prestataire de manière à se concentrer sur les besoins du client, à soutenir le choix du client sur une méthode convenable et à améliorer les informations fournies sur la méthode. Des études effectuées dans différents sites ont constaté des améliorations marquées de l'interaction client-prestataire quand les prestataires appliquaient la stratégie de counseling équilibrée, accompagnée de supports de travail. EngenderHealth a aussi conçu une approche d'amélioration de la qualité du counseling désignée Orientation Clientèle et Efficacité Prestations (technique COPE), qui s'est révélé améliorer la performance des prestataires et aussi profiter aux clients en leur offrant un service de meilleur qualité. Cette technique utilise quatre outils : un jeu de guides d'évaluation personnelle, un guide d'interview des clients, une analyse du flux de la clientèle et un outil de plan d'action.
 - León FR, Ríos A, Zumarán A, et al. Enhancing quality for clients: the balanced counseling strategy. *Program Brief*, Population Council. No.3: 2003. ([texte intégral](#))
 - Improving provider performance: results from Guinea and Kenya. *Compass*, EngenderHealth. 2002;1. ([texte intégral](#))
- Le counseling en matière de planification familiale et de choix contraceptif pendant les soins prénatals est une stratégie efficace pour atteindre les femmes quand leur demande en contraception sera élevée.
 - Barber SL. Family planning advice and postpartum contraceptive use among low-income women in Mexico. *Int Fam Plan Perspect* 2007;33(1):6-12. ([texte intégral](#))
- Les meilleures pratiques pour assurer un counseling et une interaction client-prestataire de haute qualité consistent notamment à bien traiter le client, à lui fournir la méthode désirée, à adapter les informations à chaque cas individuel, à assurer une interaction dynamique, à éviter la surcharge d'informations et à utiliser et fournir des supports mnémoniques. Les informations sur la planification familiale devront comporter notamment des informations sur l'efficacité, les

effets secondaires, les avantages et les inconvénients, l'utilisation correcte, le suivi et les complications, ainsi que sur la prévention du VIH/sida. Les recommandations d'amélioration de la qualité du counseling incluent la rédaction de documents et de messages IEC bien conçus, attrayants et novateurs, ainsi que la formation continue des prestataires de soins à se montrer sensibles et compréhensifs aux besoins et désirs des femmes.

- Nawar L, Kharboush I, Ibrahim MA, et al. Impact of improved client-provider interaction on women's achievement of fertility goals in Egypt. USAID: December 2004. ([texte intégral](#))
 - Murphy EM. Best practices in client-provider interactions in reproductive health services: a review of the literature. Maximizing Access and Quality (MAQ), USAID: 2002. ([texte intégral](#))
 - León FR. Peru: providers' compliance with quality of care norms. Population Council: November 1999. ([texte intégral](#))
- La participation et la communication des clients sont des volets indispensables d'une bonne prise en charge de la santé que les prestataires, comme les clients, ont tendance à sous-estimer. D'après les résultats de recherche du Projet Assurance Qualité (QAP), de l'USAID, quatre facteurs influencent la participation des clients pendant les séances de counseling, à savoir (1) la manière dont les prestataires fournissent les informations, (2) la manière avec laquelle ils encouragent la communication, (3) la manifestation ou non d'émotions négatives par les prestataires et (4) le niveau d'éducation des clients. Ces résultats portent à croire qu'une stratégie assurant non seulement la formation des prestataires et mais aussi l'éducation des clients à des aptitudes de communication fondamentales pourrait accroître la participation des clients pendant les séances de counseling.
- Operations research results: Client communication behaviors with healthcare providers in Indonesia. Quality Assurance Project, USAID October 2002. ([texte intégral](#))
 - Les interventions comportant des interactions client-prestataire ont tendance à améliorer davantage la satisfaction des clients que d'autres facteurs, comme l'utilisation continue de contraceptifs ou le changement de préférences en matière de procréation.
 - Nawar L, Kharboush I, Ibrahim MA, et al. Impact of improved client-provider interaction on women's achievement of fertility goals in Egypt. USAID: December 2004. ([texte intégral](#))
 - Les enquêtes auprès des clients et les interviews après la visite peuvent être un moyen rapide et peu coûteux de déterminer les domaines de service où la qualité pourrait être améliorée. De plus, la conduite d'efforts pour corriger les raisons de non-satisfaction des clients peut en soi se traduire par une meilleure satisfaction.
 - Williams T, Schutt-Aine J, Cuca Y. Measuring family planning service quality through client satisfaction exit interviews. *Int Fam Plan Perspect* 2000;26(2):63-71. ([texte intégral](#))
- Le renouveau d'intérêt et l'utilisation de lignes directrices en matière de planification familiale en vue d'améliorer la qualité des soins se sont répandus au cours des dernières années. L'OMS, l'une des nombreuses institutions mondiales qui a reconnu le besoin d'amélioration et de normalisation de la qualité, a établi en l'an 2000 un document intitulé *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, qui a été mis à jour en français en 2005 et qui sert de référence pour les prestataires de services en santé de la reproduction. Une étude effectuée en 2002 par FHI a estimé que la qualité méthodologique de ces critères de l'OMS surpassait celle de 279 autres séries de directives.

- Stanback J, Katz K. Methodological quality of WHO medical eligibility criteria for contraceptive use. *Contraception* 2002;66(1):1-5. ([résumé](#))
- Les séances de formation et un encadrement qui encourage l'application des lignes directrices, comme celle de l'OMS, peuvent améliorer la qualité des soins dispensés par les prestataires.
 - Stanback J, Griffey S, Lynam P, et al. Improving adherence to family planning guidelines in Kenya: an experiment. *Int J Qual Health Care* 2007;19(2):68-73. ([résumé](#))
- Le recours des prestataires à des supports de travail et à des outils de prise de décision relève la communication en matière de santé, même lorsque les clients sont peu instruits et que la formation ou la supervision des prestataires est limitée.
 - Les supports de travail, comme les listes de contrôle, sont des volets indispensables pour assurer que les prestataires fournissent des soins de qualité, bien qu'ils puissent ne pas être suffisants pour stimuler l'adoption d'une méthode spécifique.
 - Hubacher D, Vilchez R, Gmach R, et al. The impact of clinician education on IUD uptake, knowledge and attitudes: results of a randomized trial. *Contraception* 2006;73(6):628-33. ([résumé](#))
 - La [Liste de contrôle pour le DIU](#) établie par FHI est efficace et la recherche a montré que les prestataires la trouvent facile d'emploi. La formation à l'application des lignes directrices de l'OMS et la vulgarisation de ces critères devront précéder l'utilisation de la liste de contrôle, en particulier compte tenu des récents changements et mises à jour apportés à ces lignes directrices.
 - Wesson J, Gmach R, Gazi R. Provider views on the acceptability of an IUD checklist screening tool. *Contraception* 2006;74(5):382-88. ([résumé](#))
 - *L'outil d'aide à la prise de décision à l'usage des clients et des prestataires de planification familiale*, établi par l'OMS, sert de support de décision et de travail. L'emploi de cet outil a amélioré la communication entre client et prestataire, d'après une évaluation réalisée en 2006 au Nicaragua. La performance des prestataires pendant les séances de counseling avec les nouveaux clients s'est améliorée considérablement après cette intervention et a aussi changé de façon positive le comportement des clients. L'impact de cet outil a été plus marqué avec les nouveaux clients qu'avec les clients habituels et avec les clients d'un niveau d'instruction moins élevé.
 - Kim YM, Davila C, Tellez C. Evaluation of the World Health Organization's family planning decision-making tool: improving health communication in Nicaragua. *Patient Edu Counsel* 2007;66(2):235-242. ([résumé](#))
 - Un [tableau illustré sur l'efficacité des différentes méthodes de contraception](#), mise sous forme finale pendant une réunion du Groupe d'experts de l'OMS, a récemment été révisée et modifiée. Cette fiche aide à fournir de meilleures informations aux clients sur l'efficacité des méthodes.
 - Steiner MJ, Trussell J, Johnson S. Communicating contraceptive effectiveness: an updated counseling chart. *Am J Ob & Gyn* July 2007;49(3):118.

- Les prestataires qui ont été formés à l'emploi des supports de travail et qui les *utilisent* améliorent leur performance, mais la formation à elle seule ne semble pas suffire pour améliorer la performance.
 - León FR. Peru: providers' compliance with quality of care norms. Population Council: November 1999. ([texte intégral](#))
- Les lignes directrices sur la prestation des services n'agissent pas par elles seules ; l'application des pratiques recommandées ne s'améliore pas sans des interventions actives.
 - La propagation active, et non passive, des lignes directrices se traduit par de meilleurs résultats. Avec de bonnes méthodes de vulgarisation, les lignes directrices sur la prestation des services peuvent améliorer les pratiques. La « formation en cascade », qui est souvent critiquée, peut être efficace dans les conditions appropriées.
 - Stanback J, Brechin G, Lynam P, et al. *The Effectiveness of National Dissemination of Updated Reproductive Health/Family Planning Guidelines in Kenya. Final Report*. Research Triangle Park, NC: Family Health International, 2001.

Pour de plus amples informations sur le counseling en matière de planification familiale, consulter <http://www.fhi.org/fr/Topics/clientprovider.htm>.

Pour accéder aux informations complémentaires concernant les supports de travail, consulter <http://www.fhi.org/fr/RH/Pubs/servdelivery/index.htm>.