

# Bulletin médical de l'IPPF

## Sommaire

Nouvelles recommandations sur la sécurité des méthodes contraceptives pour les femmes ayant des problèmes de santé

Mary E Gaffield, Kelly R Culwell

Déclaration des droits sexuels de l'IPPF

1  
5

## Nouvelles recommandations sur la sécurité des méthodes contraceptives pour les femmes ayant des problèmes de santé : Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, 4<sup>e</sup> édition, publié par l'OMS

Mary E Gaffield, PhD

Kelly R Culwell, MD, MPH

### Historique

Les critères de recevabilité médicale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur l'utilisation de la contraception présentent des recommandations solidement étayées sur le degré d'innocuité des méthodes de contraception face à plus de 80 conditions et caractéristiques médicales. Ces recommandations visent à servir de référence pendant la préparation des programmes nationaux de planification familiale/santé sexuelle et reproductive pour la prestation de contraceptifs. La première publication des *Critères de recevabilité médicale sur l'utilisation de la contraception* date de 1996, et a été rééditée en 2000 et 2004. En avril 2008, un groupe de travail d'experts de l'OMS a procédé à la révision des nouvelles preuves scientifiques présentées dans la 3<sup>e</sup> édition et rédigé 251 nouvelles recommandations pour la 4<sup>e</sup> édition, dont certaines concernent l'ajout d'une pathologie supplémentaire, lupus érythémateux disséminé – (LED) et de 12 états/caractéristiques secondaires nouveaux liés à des pathologies préexistantes. Le présent article revient sur les recommandations mises à jour et le processus d'élaboration des nouvelles lignes directrices.

### Elaboration des lignes directrices

Avant la réunion, a été menée une révision systématique des preuves scientifiques, et ses résultats distribués au groupe de travail. Le groupe rassemblait des utilisateurs des lignes directrices, plus 43 experts de 23 pays spécialisés en planification familiale à l'échelle internationale, en analyse de preuves scientifiques et en pharmacologie. La révision systématique a servi de base aux délibérations en réunion, et les recommandations ont été adoptées par consensus.

### Définition de catégories de recommandation

La démonstration du degré de sécurité lié à l'utilisation des méthodes contraceptives et aux pathologies prises en compte a été faite à partir de quatre catégories, notifiées de 1 à 4. A savoir :

1 = aucune restriction à l'utilisation

2 = les avantages liés à l'utilisation de cette méthode compensent largement en général les risques théoriques ou prouvés

3 = les risques théoriques ou prouvés liés à l'utilisation de cette méthode sont généralement plus grands que les avantages

4 = risque inacceptable pour la santé

Lorsque les ressources nécessaires à la décision médicale manquent, ces quatre catégories peuvent être ramenées à deux. Pour les pathologies placées en catégories 1 et 2, la méthode contraceptive peut être utilisée, tandis que pour celles placées en catégories 3 ou 4, l'utilisation de la méthode concernée est fortement déconseillée. Différentes catégories de recommandation peuvent s'appliquer selon qu'il s'agit d'adopter ("Ad") une méthode ou de la continuer ("C"). Si "Ad" et "C" ne sont pas précisés, la même catégorie s'appliquera dans les deux cas.

Pour la stérilisation chirurgicale masculine et féminine, on a gradué les niveaux de sécurité de la procédure selon la pathologie considérée en fonction des 4 catégories suivantes :

- A (accepter) = il n'existe aucune raison médicale de refuser la stérilisation pour cette pathologie
- P (prudence) = la procédure se fait normalement dans le cadre du protocole de routine mais avec davantage de préparation et de précautions
- D (différer) = l'intervention est différée jusqu'à ce que l'état pathologique soit évalué et/ou corrigé.
- S (spécial) = la procédure devrait être suivie dans un environnement disposant d'un chirurgien et d'une équipe expérimentés et de l'équipement pour l'anesthésie générale, ainsi que de tout autre soutien médical nécessaire.

### Nouvelles recommandations sur les contraceptifs pour les femmes souffrant d'un LED

Bon nombre de femmes souffrant d'un LED peuvent être considérées comme de bonnes candidates pour la plupart des méthodes contraceptives, y compris les méthodes hormonales. Cela dit, il faut souligner le risque élevé de maladie cardiaque ischémique, d'accident vasculaire cérébral et de thromboembolie veineuse.<sup>1-3</sup> Ainsi, toute femme souffrant d'un LED et concomitamment de l'une de ces pathologies doit recevoir les mêmes recommandations que les autres femmes présentant ces pathologies.

Ces recommandations sont réparties en quatre sous-catégories identifiées à partir des différences de risque et de complications selon la pathologie. A savoir : anticorps antiphospholipides positifs (ou inconnus), thrombocytopénie sévère, traitement immunosuppresseur, et les femmes ne présentant aucun de ces facteurs de risque.

Les anticorps antiphospholipides positifs augmentent sensiblement les risques de thrombose artérielle et veineuse chez la femme,<sup>4,5</sup> laquelle devrait éviter l'utilisation des méthodes hormonales combinées : contraceptifs oraux combinés (COC), le patch (P), anneaux vaginaux hormonaux (A) et contraceptifs injectables combinés (CIC). Les méthodes à progestérone seule devraient aussi être utilisées avec prudence en raison des risques de thrombose. Il n'y a aucune restriction sur l'utilisation des dispositifs intra-utérins en cuivre (DIU - Cu).

La thrombocytopénie sévère augmente le risque de saignement. Il conviendra d'évaluer le facteur de risque en fonction du degré de gravité de la thrombocytopénie et ses manifestations cliniques comme, par exemple la ménorrhagie, qui est courante. Tous les contraceptifs hormonaux, y compris le dispositifs intra-utérins à diffusion lévonorgestrel (DIU-LNG),<sup>6</sup> peuvent aider à soigner la ménorrhagie chez les femmes souffrant de thrombocytopénie sévère, les avantages de ces méthodes compensant largement les risques qu'elles impliquent. Cela dit, le AMPR (contraceptifs injectables à base d'acétate de médroxyprogestérone retard) ne sera utilisé qu'avec prudence car cette méthode peut provoquer

Tableau. Catégories de recevabilité médicales sur l'utilisation des méthodes contraceptives pour les femmes ayant un problème de santé\*, nouveautés et mise à jour 2009, de l'OMS

Etat	1. Aucune restriction	2. Avantages généralement supérieurs aux risques	3. Risques généralement supérieurs aux avantages	4. Risque pour la santé inacceptable	Stérilisation
<i>Lupus érythémateux disséminé (LED)</i>					
Anticorps antiphospholipides positifs (ou inconnus)	DIU-Cu		PS, AMPR, NET-EN, Implant au LNG ou à l'ETG, DIU-LNG	COC, P, A, CIC	Spéciale
Thrombocytopénie sévère		COC, P, A, CIC, PS, AMPR (C), NET-EN (C), Implant au LNG, DIU-Cu (C), DIU-LNG	AMPR (Ad), NET-EN (Ad), DIU-Cu (Ad)		Spéciale
Traitement immunosuppresseur	DIU-Cu (C)	COC, P, A, CIC, PS, AMPR, NET-EN, implant au LNG ou à l'ETG, DIU-Cu (Ad), DIU-LNG			Spéciale
Aucune des pathologies ci-dessus	DIU-Cu	COC, P, A, CIC, PS, AMPR, NET-EN, Implant au LNG ou à l'ETG, DIU-LNG			Prudence
<i>Traitements antirétroviraux</i>					
Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI)	COC, P, A, CIC, PS, AMPR, NET-EN, Implant au LNG ou à l'ETG	DIU-Cu <sup>†</sup> , DIU-LNG <sup>†</sup>	DIU-Cu (Ad) <sup>‡</sup> ou DIU-LNG (Ad) <sup>‡</sup> , Spermicide, Diaphragme avec spermicide		
Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI)	AMPR	COC, P, A, CIC, PS, NET-EN, Implant au LNG ou à l'ETG, DIU-Cu et DIU-LNG <sup>†</sup>	DIU-Cu (Ad) <sup>‡</sup> ou DIU-LNG (Ad) <sup>‡</sup> , Spermicide, Diaphragme avec spermicide		
Inhibiteurs de la protéase combinés au ritonavir	AMPR	Implant au LNG ou à l'ETG, DIU-Cu <sup>†</sup> , DIU-LNG <sup>†</sup>	COC, P, A, CIC, PS, DIU-Cu (Ad) <sup>‡</sup> , DIU-LNG (Ad) <sup>‡</sup> , Spermicide, Diaphragme avec spermicide		
<i>Le VIH et le sida</i>					
Risque élevé de VIH				Diaphragme avec spermicide	
Infectée au VIH			Spermicide		
Sida			Spermicide		
<i>Anticonvulsivants</i>					
Certains anticonvulsivants (phénytoïne, carbamazépine barbiturique, primidone, topiramate, oxcarbazépine)	AMPR	NET-EN, Implant au LNG ou à l'ETG			
Lamotrigine	PS, AMPR, NET-EN, Implant au LNG ou à l'ETG, DIU-Cu, DIU-LNG		COC, P, A, CIC		
<i>Traitements antimicrobiens</i>					
Antibiotiques à large spectre, fongicides, antiparasitaires	COC, P, A, CIC, PS, AMPR, NET-EN, IMPLANT AU LNG OU À L'ETG, DIU-CU, DIU-LNG				
Traitement à la rifampicine ou à la rifabutine	AMPR	NET-EN, Implant au LNG ou à l'ETG			
<i>Postpartum (femmes allaitantes ou non, cas de césarienne inclus)</i>					
< 48 heures y compris pose immédiate après l'expulsion du placenta	DIU-Cu, DIU-LNG en l'absence d'allaitement maternel		DIU-LNG en cas d'allaitement maternel		
<i>Obésité</i>					
Des premières règles à <18 ans et ≥30 kg/m <sup>2</sup> d'indice de masse corporelle	NET-EN	AMPR			

Etat	1. Aucune restriction	2. Avantages généralement supérieurs aux risques	3. Risques généralement supérieurs aux avantages	4. Risque pour la santé inacceptable	Stérilisation
<i>Cirrhose</i>					
Cirrhose légère (compensée)	COC, P, A, CIC, PS, AMPR, NET-EN, Implant au LNG ou à l'ETG, DIU-Cu, DIU-LNG				Accepter
<i>Crise aiguë</i>					
Aiguë ou poussée	PS, AMPR, NET-EN, Implant au LNG ou à l'ETG, DIU-Cu, DIU-LNG	Pour continuation : COC, P, A, CIC	Pour adoption : COC, P, A, CIC	Pour adoption si l'état est grave : COC, P, A	
Porteur	COC, P, A, CIC, PS, AMPR, NET-EN, Implant au LNG ou à l'ETG, DIU-Cu, DIU-LNG				
Chronique	COC, P, A, CIC, PS, AMPR, NET-EN, Implant au LNG ou à l'ETG, DIU-Cu, DIU-LNG				Accepter
<i>Tumeurs du foie</i>					
Tumeur du foie – hyperplasie nodulaire focale bénigne	DIU-Cu	COC, P, A, CIC, PS, AMPR, NET-EN, Implant au LNG ou à l'ETG, DIU-LNG			Accepter
<i>Thrombose veineuse profonde (TVP)/Embolie pulmonaire (EP)</i>					
TVP/EP et sous traitement anticoagulant	DIU-Cu	PS, AMPR, NET-EN, Implant au LNG ou à l'ETG, DIU-LNG		COC, P, A, CIC	Spéciale

**Abbreviations :** Ad = adoption; C = continuation ; CIC = contraceptif injectable combiné ; COC = contraceptif oral combiné ; DIU-Cu = dispositifs intra-utérins en cuivre; AMPR = contraceptifs injectables à base d'acétate de médroxyprogestérone retard ; ETG = implant libérant de l'étonogestrel; LNG = implant libérant du lévonorgestrel ; DIU-LNG = 'dispositifs intra-utérins à diffusion lévonorgestrel; NET-EN = contraceptifs injectables à base d'énanate de norethistérone ; P = patch; PS = progestatif seul ; A = anneau vaginal.

<sup>†</sup> Aucune nouvelle restriction à l'utilisation des méthodes mécaniques (préservatifs, spermicides et diaphragme avec spermicides) n'a été ajoutée, sauf indication contraire.

<sup>‡</sup> Si l'état clinique est bon

<sup>§</sup> Si l'état clinique n'est pas bon

des saignements accrus ou irréguliers, et est irréversible jusqu'à 11 à 13 semaines après l'administration.

Les femmes souffrant de thrombocytopenie sévère présentent un risque de saignement spontané. Il leur sera donc conseillé de consulter un spécialiste et de suivre un traitement avant de se faire poser un stérilet.

Pour les femmes suivant un traitement immunosuppresseur, les avantages de toutes les méthodes contraceptives compensent généralement les risques en l'absence de toute autre complication. Il en va de même pour le LED sans complication.

Pour toutes les pathologies secondaires au LED, il n'y a aucune restriction à l'utilisation des méthodes barrières. Cela dit, le LED fait partie des pathologies pour lesquelles la grossesse non planifiée peut constituer un risque inacceptable pour la santé. Aussi conviendra-t-il de souligner auprès des femmes souffrant de LED que l'utilisation seule de méthodes mécaniques et basées sur le comportement n'est peut-être pas le choix le plus approprié pour elles en raison de taux typiques d'échec relativement plus élevés de ces méthodes.

Pour les femmes souffrant de LED et ayant opté pour une stérilisation permanente, l'intervention peut être réalisée avec une certaine prudence et en l'absence de facteurs de risque. Cela dit, les soins d'un spécialiste et des précautions particulières sont nécessaires pour toute stérilisation chirurgicale de femmes souffrant de complications liées à un LED.

## Recommandations mises à jour

### Traitement antirétroviral

Pour les femmes sous inhibiteurs de la transcriptase inverse, nucléosidiques ou non nucléosidiques, il n'y a aucune restriction à l'utilisation de contraceptif oral, injectable ou par implant. On déconseillera aux patientes sous inhibiteurs de la protéase combinés au ritonavir les contraceptifs oraux en raison de données suggérant d'éventuelles interactions médicamenteuses susceptibles d'affecter la sécurité et l'efficacité tant du contraceptif hormonal que de l'ARV.<sup>7-14</sup> En revanche, les contraceptifs injectables et par implant peuvent être utilisés. Le traitement antirétroviral ne restreint pas l'utilisation du stérilet qu'il soit au cuivre ou au LNG. La

pose de l'un comme de l'autre est cependant déconseillée pour toute nouvelle utilisatrice dont l'état clinique n'est pas bon, mais une maladie survenue après la pose n'en exige pas nécessairement le retrait.

Bien qu'il n'y ait aucune interaction médicamenteuse connue entre le traitement ARV et l'utilisation de méthodes mécaniques, l'utilisation d'un spermicide seul ou d'un diaphragme (avec spermicide) devrait être évitée pour les raisons avancées plus bas dans les recommandations visant les femmes présentant un VIH ou un sida.<sup>15</sup> Le préservatif peut être utilisé en toute sécurité quelle que soit le traitement ARV suivie.

### Le VIH et le sida

L'utilisation du diaphragme (avec spermicide) doit être évitée chez les femmes à risque élevé d'infection à VIH, parce que le dosage élevé de nonoxynol-9 comme spermicide est associé à un risque accru de lésions génitales entraînant une plus grande vulnérabilité à l'infection à VIH.<sup>16</sup> Comme les spermicides peuvent irriter la muqueuse vaginale et ainsi entraîner une excréation virale augmentée et une transmission du VIH aux partenaires sexuels non infectés, il est déconseillé aux femmes présentant une infection à VIH ou un sida de les utiliser.

### Anticonvulsivants

Il est déconseillé aux femmes sous lamotrigine en monothérapie d'utiliser en combinaison une méthode contraceptive hormonale, car cela peut nuire tant à la sécurité qu'à l'efficacité des deux traitements.<sup>21</sup> En revanche, elles peuvent utiliser sans risque les contraceptifs à la progestérone seule, les dispositifs et les méthodes mécaniques. Les femmes sous autres anticonvulsivants inducteurs d'enzymes peuvent désormais utiliser le AMPR, le NET-EN et les implants, car il n'existe aucune preuve d'interaction médicamenteuse nocive.<sup>19</sup>

### Traitements antimicrobiens

Il n'y a pas de restriction à l'utilisation des méthodes contraceptives pour les femmes sous traitement antibiotique à large spectre, fongicide ou antiparasitaire. Celles sous rifampicine ou rifabutine devraient cependant éviter d'utiliser les méthodes hormonales combinées et les

progestatifs seuls (PS) en raison d'études suggérant que ces antibiotiques en réduisent l'efficacité.<sup>37</sup> Les femmes sous rifampicine ou rifabutine peuvent néanmoins utiliser le AMPR, le NET-EN et les implants puisqu'il n'existe pas d'interaction nocive démontrée due à ces méthodes.

### Pose de dispositif post-partum

La pose d'un dispositif intra-utérin en cuivre ou au LNG peut se faire dans les 48 heures suivant l'expulsion du placenta, y compris après césarienne ou pour les femmes allaitantes ou non-allaitantes. La pose immédiate est associée à de plus faibles taux d'expulsion que la pose retardée.<sup>38</sup> L'utilisation du DIU-LNG est cependant plutôt déconseillée aux femmes allaitantes.

### AMPR et obésité

Les jeunes filles dans la tranche d'âge située entre les premières règles et < 18 ans et dont l'indice de masse corporelle (IMC)  $\geq 30$  peuvent utiliser le AMPR, mais des études montrent qu'elles sont plus susceptibles de prendre du poids que les adolescentes obèses n'utilisant pas le AMPR ou bien celles qui ne sont pas obèses et l'utilisent.<sup>39</sup>

### Les problèmes hépatiques

Les femmes souffrant de cirrhose légère, d'hépatite virale chronique ou qui sont porteuses du virus de l'hépatite peuvent en toute sécurité utiliser tous les types de contraception hormonale et les méthodes mécaniques. De récentes études suggèrent que les COC n'augmentent ni la gravité de la fibrose hépatique, ni le risque de carcinome hépatocellulaire chez les femmes souffrant d'hépatite chronique. De surcroît, l'utilisation des COC ne semble pas déclencher de défaillance ou de grave dysfonctionnement hépatique chez les femmes porteuses du virus de l'hépatite.<sup>40</sup> La stérilisation chirurgicale volontaire est une méthode sans risque et acceptable.

Les femmes souffrant d'hyperplasie nodulaire focale peuvent généralement utiliser tous les types de contraception (hormonale, dispositif et méthodes barrières), puisque les études montrent l'absence d'influence sur la progression ou la régression des lésions du foie.<sup>41</sup> La stérilisation chirurgicale est également considérée comme acceptable.

Les cellules du foie ne possèdent pas de récepteurs de la progestérone, l'utilisation des méthodes à base de progestérone seule n'affecte pas directement la fonction hépatique. Les femmes en crise aiguë ou poussée d'hépatite virale peuvent donc utiliser ces méthodes ou le dispositif en toute sécurité. Néanmoins, les méthodes à base d'œstrogènes étant métabolisées par le foie, l'initiation ou l'utilisation de COC, de P, d'A ou de CIC doit être évitée (catégories 3 ou 4). Si l'une de ces méthodes était initiée avant le diagnostic, les avantages à continuer la contraception l'emporteraient néanmoins sur les risques.<sup>40</sup>

### Thrombose veineuse profonde/Embolie pulmonaire (TVP/EP)

De nouvelles recommandations sont désormais disponibles pour les femmes souffrant de TVP/EP et traitées aux anticoagulants. Les méthodes hormonales combinées (COC, P, A, CIC) doivent être évitées, mais les méthodes à base de progestérone seule et le dispositif intra-utérin en cuivre peuvent généralement être utilisées. L'utilisation du AMPR ne présente ni risque significatif d'hématome au point d'injection, ni augmentation du risque de saignements vaginaux trop abondants ou irréguliers chez les femmes sous traitement anticoagulant.<sup>42</sup> Les méthodes mécaniques sont elles aussi sans danger. Quant à la stérilisation chirurgicale, l'intervention devra suivre la procédure de catégorie "spéciale".

Mary E Gaffield, PhD, Département Santé reproductive et Recherche, Organisation mondiale de la santé, Genève, Suisse  
(auteur correspondant – [gaffieldm@who.int](mailto:gaffieldm@who.int))

Kelly R Culwell, MD, MPH

Fédération internationale pour la planification familiale  
Londres, Royaume-Uni

### Références

1. Urowitz MB, Bookman AA, Koehler BE, Gordon DA, Smythe HA, Ogryzlo MA. The bimodal mortality pattern of systemic lupus erythematosus. *Am J Med* 1976;60:221-5.
2. Manzi S, Meilahn EN, Rairie JE, et al. Age-specific incidence rates of myocardial infarction and angina in women with systemic lupus erythematosus: comparison with Framingham study. *Am J Epidemiol* 1997;145:408-15.
3. Cervera R, Khamashta MA, Font J, et al. Morbidity and mortality in systemic lupus erythematosus during a 10-year period: a comparison of early and late manifestations in a cohort of 1,000 patients. *Medicine (Baltimore)* 2003;82:299-308.
4. Choojitarom K, Verasertniyom O, Totemchokhyakarn K, et al. Lupus nephritis and Raynaud's phenomenon are significant risk factors for vascular thrombosis in SLE patients with positive antiphospholipid antibodies. *Clin Rheumatol* 2008; 27:345-51.

5. Wahl DG, Guillemin F, de Maistre E, et al. Risk for venous thrombosis related to antiphospholipid antibodies in systemic lupus erythematosus -- a meta-analysis. *Lupus* 1997;6:467-73.
6. Schaedel ZE, Dolan G, Powell MC. The use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in the management of menorrhagia in women with hemostatic disorders. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:1361-63.
7. Zhang J, Chung E, Eley T, et al. Effect of atazanavir/ritonavir on the pharmacokinetics of ethinyl estradiol and 17-deacetyl-norgestimate in healthy female subjects. 47<sup>th</sup> Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy. Abstract A-1415. September 17-20, 2007, Chicago, IL.
8. Sekar V, Lefebvre E, Spinosa-Guzman S, et al. Pharmacokinetic interaction between ethinyl estradiol, norethindrone and TMC114, a new protease inhibitor. 46<sup>th</sup> Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy. Abstract A-368, September 27-30, 2006, San Francisco, CA.
9. GlaxoSmithKline. Prescription medicines. Lexiva (fosamprenavir calcium) ([http://www.gsk.com/products/prescription\\_medicines/us/medicines-ko.htm](http://www.gsk.com/products/prescription_medicines/us/medicines-ko.htm), accessed on 17 April 2009).
10. GlaxoSmithKline. Study APV10020. A phase I, open label, two period, single-sequence, drug-drug interaction study comparing steady-state plasma ethinyl estradiol and norethisterone pharmacokinetics following administration of brexvior for 21 days with and without fosamprenavir 700 mg twice daily (BID) and ritonavir 100 mg BID for 21 days in healthy adult female subjects (<http://www.gsk-clinicalstudyregister.com/files/pdf/23138.pdf>, accessed on 17 April 2009).
11. Merck & Company. Indinavir patient prescribing information. ([http://www.merck.com/product/usa/pi\\_circulars/c/crixivan/crixivan\\_ppi.pdf](http://www.merck.com/product/usa/pi_circulars/c/crixivan/crixivan_ppi.pdf), accessed on 2 April 2009).
12. Abbot Laboratories. Lopinavir and ritonavir prescribing information, 2009. (<http://rxabbott.com/pdf/kaletratabpi.pdf>, accessed on 17 April 2009).
13. Agouron Pharmaceuticals. Viracept (Nelfinavir mesylate) prescribing information, 2008. ([http://media.pfizer.com/files/products/uspi\\_viracept.pdf](http://media.pfizer.com/files/products/uspi_viracept.pdf), accessed on 17 April 2009).
14. United States Food and Drug Administration. Highlights of prescribing information. Aptivus (Tipranavir) Capsules, 250 mg. 2008 ([http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\\_docs/label/2008/021814s005\\_022292bl.pdf](http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2008/021814s005_022292bl.pdf), accessed on 4 June 2009).
15. World Health Organization. WHO/Conrad Technical Consultation on Nonoxynol-9. WHO, Geneva, 9-10 October 2001 ([http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO\\_RHR\\_03.08.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_RHR_03.08.pdf), accessed on 15 January 2010).
16. Wilkinson D, et al. Nonoxynol-9 for preventing vaginal acquisition of HIV infection by women from men. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002;4(CD003936).
17. Christensen J, Petrenaite V, Atterman J, et al. Oral contraceptives induce lamotrigine metabolism: evidence from a double-blind, placebo-controlled trial. *Epilepsia* 2007;48:484-9.
18. Contin M, Albani F, Ambrosetto G, et al. Variation in lamotrigine plasma concentrations with hormonal contraceptive monthly cycles in patients with epilepsy. *Epilepsia* 2006; 47:1573-5.
19. Reimers A, Helde G, Brodtkorb E. Ethinyl estradiol, not progestogens, reduces lamotrigine serum concentrations. *Epilepsia* 2005; 46:1414-7.
20. Sabers A, Buchholt JM, Uldall P, et al. Lamotrigine plasma levels reduced by oral contraceptives. *Epilepsy Res* 2001; 47:151-4.
21. Sabers A, Ohman I, Christensen J, et al. Oral contraceptives reduce lamotrigine plasma levels. *Neurology* 2003; 61:570-1.
22. Back DJ, Breckenridge AM, Crawford FE, et al. The effect of rifampicin on norethisterone pharmacokinetics. *Eur J Clin Pharmacol* 1979; 15:193-7.
23. Back DJ, Breckenridge AM, Crawford FE, et al. The effect of rifampicin on the pharmacokinetics of ethinylestradiol in women. *Contraception* 1980; 21:135-43.
24. Barditch-Crovo P, Trapnell CB, Ette E, et al. The effects of rifampicin and rifabutin on the pharmacokinetics and pharmacodynamics of a combination oral contraceptive. *Clin Pharmacol Therapeut* 1999; 65:428-38.
25. Bolt HM, Bolt M, Kappus H. Interaction of rifampicin treatment with pharmacokinetics and metabolism of ethinylestradiol in man. *Acta Endocrinologica (Copenhagen)* 1977; 85:189-97.
26. Gupta KC, Ali MY. Failure of oral contraceptive with rifampicin. *Med J Zambia* 1981; 15:23.
27. Hirsch A. [Letter: Sleeping pills]. [French]. *La Nouvelle Presse Médicale* 1973; 2:2957.
28. Hirsch A, Tillement JP, Chretien J. Effets contraires de la rifampicine sur les contraceptifs oraux: a propos de trois grossesses non désirées chez trois malades. *Revue Française des Maladies Respiratoires* 1975; 2:174-82.
29. Joshi JV, Joshi UM, Sankholi GM, et al. A study of interaction of a low-dose combination oral contraceptive with anti-tubercular drugs. *Contraception* 1980; 21:617-29.
30. Kropp R. [Rifampicin and oral contraceptives (author's transl)]. [German]. *Praxis der Pneumologie vereinigt mit Der Tuberkulosearzt* 1974; 28:270-2.
31. LeBel M, Masson E, Guilbert E, et al. Effects of rifabutin and rifampicin on the pharmacokinetics of ethinylestradiol and norethindrone. *J Clin Pharmacol* 1998; 38:1042-50.
32. Meyer B, Muller F, Wessels P, Maree J. A model to detect interactions between roxithromycin and oral contraceptives. *Clin Pharmacol Therapeut* 1990; 47:671-4.
33. Nocke-Finke L, Breuer H, Reimers D. [Effects of rifampicin on the menstrual cycle and on oestrogen excretion in patients taking oral contraceptives]. [German]. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 1973; 98:1521-3.
34. Piguet B, Muglioni JF, Chaline G. [Letter: Oral contraception and rifampicin]. [French]. *La Nouvelle Presse Médicale* 1975; 4:115-6.
35. Reimers D, Jezek A. [The simultaneous use of rifampicin and other antitubercular agents with oral contraceptives]. [German]. *Praxis der Pneumologie vereinigt mit Der*

*Tuberkulosearzt* 1971; 25:255-62.

36. Skolnick JL, Stoler BS, Katz DB, et al. Rifampicin, oral contraceptives, and pregnancy. *JAMA* 1976; 236:1382.

37. Szoka PR, Edgren RA. Drug interactions with oral contraceptives: compilation and analysis of an adverse experience report database. *Fertil Steril* 1988; 49:s31-s38.

38. Kapp N, Curtis KM. Intrauterine device insertion during the postpartum period: a systematic review. *Contraception* 2009;80:327-36.

39. Curtis KM, Ravi A, Gaffield ML. Progestogen-only contraceptive use in obese women. *Contraception* 2009;80:346-54.

40. Kapp N, Tilley IB, Curtis KM. The effects of hormonal contraceptive use among women with viral hepatitis or cirrhosis of the liver: a systematic review. *Contraception* 2009;80:381-6.

41. Kapp N, Curtis KM. Hormonal contraceptive use among with women with liver tumors: a systematic review. *Contraception* 2009;80:387-90.

42. Culwell KR, Curtis KM. Use of contraceptive methods by women with current venous thromboembolism on anticoagulant therapy: a systematic review. *Contraception* 2009;80:337-45.

### Pour plus d'informations

Pour une information complète sur la 4<sup>e</sup> édition des Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, prière de consulter :

[http://whqlibdoc.who.int/HQ/2008/WHO\\_RHR\\_08.19\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/HQ/2008/WHO_RHR_08.19_fre.pdf)

## Changer de paradigme : Elargir les horizons – Déclaration des droits sexuels de l'IPPF

**« Trop souvent déniés et trop souvent négligés, les droits sexuels méritent notre attention et notre priorité. Le moment est venu de les respecter. Le moment est venu de les exiger. »**

*Jacqueline Sharpe, Présidente de l'IPPF*

Approuvée en mai 2008 par le Conseil de gouvernance de l'IPPF, la *Déclaration des droits sexuels de l'IPPF* été élaborée par une commission d'experts internationaux, dont des spécialistes reconnus de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction, ainsi que des membres du personnel et des hauts volontaires de l'IPPF.

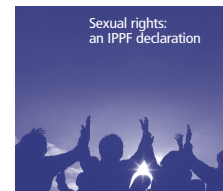
La Déclaration offre un cadre universel ambitieux afin que toute personne puisse jouir du meilleur état de santé qu'elle soit capable d'atteindre. La Déclaration est fondée sur les traités et accords fondamentaux et internationaux de droits humains et elle est influencée par les conclusions et recommandations des rapporteurs spéciaux de l'ONU et autres organes de l'ONU.

Elle vise à identifier explicitement les droits sexuels et à encourager

une vision inclusive de la sexualité. Cette vision a pour objet de respecter, protéger et promouvoir les droits de tous à l'autonomie sexuelle, ainsi qu'à faire avancer la santé et les droits sexuels selon le principe de la non-discrimination.

La Déclaration élargit la vision et la conviction de l'IPPF que la santé sexuelle et la santé reproductive font partie intégrante des droits de toute personne à jouir des meilleures normes possibles de santé sexuelle et reproductive, sans tenir compte de son âge, sexe, ethnicité, identité de genre, orientation sexuelle, handicap, statut VIH, état civil et statut social.

Ce document est un outil indispensable dans toute intervention fondée sur les droits et dans toute action visant à plaider la cause des droits sexuels, car la sexualité fait partie intégrante de l'être humain.



**La Déclaration peut être commandée à l'adresse suivante : [info@ippf.org](mailto:info@ippf.org) ou consultée en ligne en suivant ce lien : [www.ippf.org](http://www.ippf.org)**