

# World Contraception Day

## 26 September

Promotion of family planning – and ensuring access to preferred contraceptive methods for women and couples – is essential to securing the well-being and autonomy of women, while supporting the health and development of communities. Contraceptive use has increased in many parts of the world, especially in Asia and Latin America, but continues to be low in sub-Saharan Africa. Globally, use of modern contraception has risen slightly, from 54% in 1990 to 57.4% in 2015. Regionally, the proportion of women aged 15–49 reporting use of a modern contraceptive method has risen minimally or plateaued between 2008 and 2015. In Africa it went from 23.6% to 28.5%, in Asia it has risen slightly from 60.9% to 61.8%, and in Latin America and the Caribbean it has remained stable at 66.7%.

Use of contraception by men makes up a relatively small subset of the above prevalence rates. The modern contraceptive methods for men are limited to male condoms and sterilization (vasectomy).

## *Journée Mondiale de la Contraception*

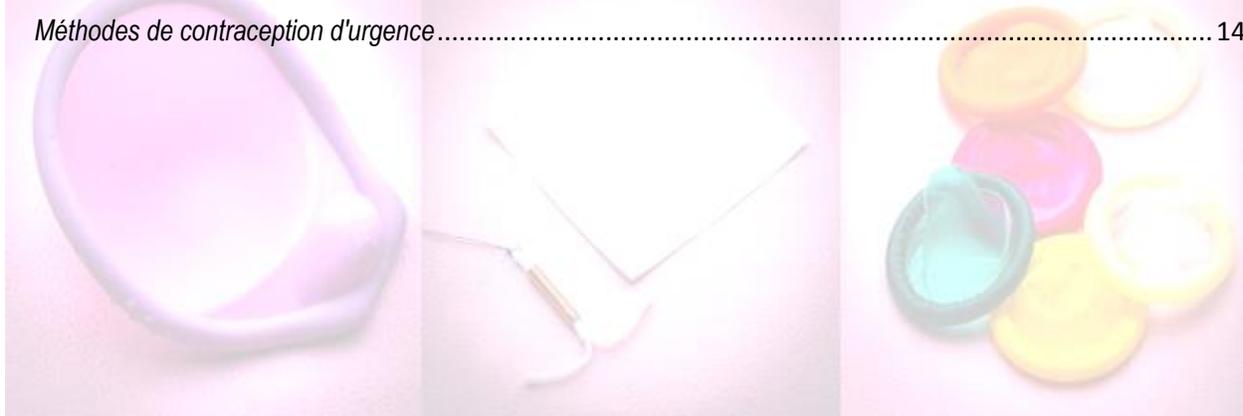
*La promotion de la planification familiale – et la garantie de l'accès aux méthodes de contraception de leur choix pour les femmes et pour les couples – est essentielle si l'on veut assurer le bien-être et l'autonomie des femmes tout en soutenant la santé et le développement des communautés.*

*L'utilisation des contraceptifs a augmenté dans de nombreuses régions du monde, en particulier en Asie et en Amérique latine, mais reste faible en Afrique subsaharienne. Au niveau mondial, l'utilisation des contraceptifs a augmenté, passant de 54% en 1990 à 57,4% en 2014. Au niveau régional, la proportion de femmes mariées âgées de 15 à 49 ans indiquant utiliser une méthode contraceptive moderne a très faiblement augmenté entre 2008 et 2014. En Afrique, elle est passée de 23,6% à 27,6%, en Asie, elle a légèrement progressé passant de 60,9 à 61%, de même qu'en Amérique latine et dans les Caraïbes, passant de 66,7% à 67%.*

*L'utilisation de la contraception par les hommes représente un sous-ensemble relativement faible des taux de prévalence ci-dessus. Les méthodes contraceptives modernes concernant les hommes se limitent au préservatif et à la stérilisation (vasectomie) (OMS, 2018)*

## Table des matières

1.	Inserting a contraceptive implant soon after childbirth .....	3
	<i>L'insertion d'un implant peu après l'accouchement .....</i>	4
2.	Brief teaching methods to improve contraceptive use among young people .....	5
	<i>Stratégies éducatives de courte durée visant à améliorer l'utilisation de la contraception chez les jeunes .....</i>	6
3.	Behavioral interventions to promote condom use among women living with HIV .....	8
	<i>Interventions comportementales visant à promouvoir l'utilisation de préservatifs chez les femmes vivants avec le VIH .....</i>	8
4.	Insufficient evidence to confirm an association between hormonal contraception and HIV acquisition .....	9
	<i>Insuffisance de preuves pour confirmer une association entre la contraception hormonale et la contraction du VIH .....</i>	10
5.	Interventions delivered by mobile phone to support client use of family planning/contraception.....	11
	<i>Les interventions réalisées par téléphone portable pour soutenir la personne dans l'utilisation du planning familial et/ou de la contraception.....</i>	11
6.	Methods of emergency contraception.....	13
	<i>Méthodes de contraception d'urgence.....</i>	14



## 1. Inserting a contraceptive implant soon after childbirth

### **Background**

The spacing of pregnancies has a positive impact on health of both pregnant women and newborns. The contraceptive implant is a highly effective progestin-only method of birth control. Normally, a contraceptive implant is provided at the first (usually at six weeks) postpartum visit. However, some women do not come back, or have sex before this check-up visit. The insertion of a contraceptive implant after childbirth but before hospital discharge is worthy of consideration; it is convenient in terms of time and place, and may increase the number of women that use this method.

### **Study characteristics**

We searched for randomised studies up to 28 October 2016. We looked at whether insertion of contraceptive implant soon after childbirth or when women come back for the first postpartum check-up affected use of this contraception method. We included three studies with a total of 410 women.

### **Key results**

Use of a contraceptive implant was higher when it was applied right after childbirth than when it was applied four to six weeks later. There appeared to be little or no difference between the groups in the continuation rate of contraceptive implant use at 6 months. It was unclear whether there was any difference between the groups in continuation of contraceptive use at 12 months or in the unintended pregnancy rate at 12 months.

Although vaginal bleeding and other adverse effects in the first six weeks after birth including nausea, hair loss, hirsutism, headache, and acne seem to be higher in women that receive this method a few days after childbirth rather than four to six weeks later, this finding however cannot be definitely concluded as all participants knew the nature of the intervention they received (were not blinded) and the reports of these adverse effects were not objectively assessed. It was unclear whether there was any difference between the groups at 12 months in heavy, irregular vaginal bleeding or associated severe cramping, rates of unintended pregnancy, or in measures of participants' satisfaction. Nor was it clear whether there was any difference in breastfeeding rates at 6 months. The included studies were conducted in the USA, and generalisation of these findings to other population or settings should be applied with caution.

### **Quality of the evidence**

Overall, the quality of the evidence was moderate to very low. The main limitations were imprecision and risk of bias (related to lack of blinding and to attrition). Further good quality, well-designed randomised controlled trials will provide additional information.

## L'insertion d'un implant peu après l'accouchement

### **Contexte**

*Espacer temporellement plusieurs grossesses a un impact positif sur la santé à la fois des femmes enceintes et des nouveau-nés. Les implants contraceptifs sont une méthode de contraception hautement efficace à base de progestérone. Normalement, un implant contraceptif est proposé à la première visite post-partum (généralement au bout de six semaines). Cependant, certaines femmes ne viennent pas à cette visite, ou ont des rapports sexuels avant cette visite de contrôle. L'insertion d'un implant contraceptif après l'accouchement, mais avant la sortie de l'hôpital mérite d'être considéré ; il est pratique en termes de temps et de contexte et peut accroître le nombre de femmes utilisant cette méthode.*

### **Caractéristiques de l'étude**

*Nous avons recherché des études randomisées jusqu'au 28 octobre 2016. Nous avons cherché à déterminer si l'insertion d'implants contraceptifs immédiatement après l'accouchement ou lorsque les femmes reviennent pour le premier contrôle post-partum affecte l'utilisation de cette méthode de contraception. Nous avons inclus trois études portant sur un total de 410 femmes.*

### **Principaux résultats**

*L'utilisation d'un implant contraceptif était plus élevée lorsque celui-ci était inséré immédiatement après l'accouchement plutôt que lorsqu'il était inséré quatre à six semaines plus tard. Il semble n'y avoir que peu ou pas de différences entre les groupes au niveau du taux de personnes continuant d'utiliser des implants contraceptifs au bout de 6 mois. Il était difficile de savoir s'il y avait une différence entre les groupes au niveau de la poursuite de l'utilisation des contraceptifs à 12 mois ou au niveau du taux de grossesses non désirées au bout de 12 mois.*

*Bien que les saignements vaginaux et d'autres effets indésirables durant les six premières semaines après l'accouchement, tels que les nausées, la perte de cheveux, l'hirsutisme, les maux de tête, et l'acné semblent être plus fréquents chez les femmes ayant reçu cette intervention quelques jours après l'accouchement, plutôt que de quatre à six semaines plus tard, ce résultat n'est cependant pas définitif car toutes les participantes savaient la nature de l'intervention qu'elles recevaient (l'intervention n'était pas cachée ou les participantes « mises en aveugle ») et ces effets indésirables n'étaient pas évalués objectivement. Il était difficile de savoir s'il y avait une différence entre les groupes au bout de 12 mois au niveau des saignements vaginaux importants et irréguliers ou des crampes sévères, des taux de grossesses non désirées, ou dans les mesures de la satisfaction des participants. De même, il n'y avait aucune différence claire dans les taux d'allaitement au bout de 6 mois. Les études*

incluses ont été menées aux États-Unis, et la généralisation de ces résultats à d'autres contextes ou populations doit être réalisée avec prudence.

### **Qualité des preuves**

Dans l'ensemble, la qualité des preuves était très faible à modérée. Les principales limitations étaient les imprécisions et le risque de biais (lié à l'absence de mise en aveugle et à l'attrition). D'autres essais contrôlés randomisés de bonne qualité, et bien conçus permettraient d'offrir des informations supplémentaires.

**Citation:** Sothornwit J, Werawatakul Y, Kaewrudee S, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Immediate versus delayed postpartum insertion of contraceptive implant for contraception. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 4. Art. No.: CD011913. DOI: 10.1002/14651858.CD011913.pub2.  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011913.pub2/epdf>

## **2. Brief teaching methods to improve contraceptive use among young people**

### **Background**

Young people up to age 25 have high rates of unplanned pregnancy. They need modern birth control methods and services. We wanted to find ways to educate young people about birth control that are brief enough for clinic use.

### **Methods**

To 7 March 2016, we ran computer searches for randomized and non-randomized studies. The teaching strategy could involve up to three sessions of 15 to 60 minutes plus follow-up. The effort had to address an effective method of birth control. Main outcomes were pregnancy and birth control use.

### **Results**

We found 11 studies from 1983 to 2015 that included 8338 women. Ten studies were from the USA and one was from China. We focused here on the five studies that showed some effect. Two tested special counseling. At one year, teens with special counseling for their age used birth control more effectively than those with standard counseling.

Two studies used audiovisual tools plus counseling. One trial provided a slide-tape presentation on sexual health for young men. At one year, the treatment group was more likely than the control group to use an effective contraceptive and have a partner who used oral contraceptives (OCs). The other used a computer program for decision-making for young women. At one year, more women in the intervention group at one site used OCs compared with the control group. Two other studies showed some effect. In one, young women with phone follow-up and counseling were more likely to have consistent OC use at three months and six months than the group with counseling only. Also at three months, they were more likely to report condom use at last sex. One trial that assigned sites

compared an enhanced package of birth control services after abortion versus standard care. At six months, the enhanced-service group was more likely to use effective contraception and use condoms consistently and correctly.

### **Authors' conclusions**

Few studies tested brief teaching methods for young people. About half of the studies had some effect, but they differed in methods and in ages and life situations of the young people. More intense strategies could work better, but would be difficult for many clinics to use. Overall, study quality was low.

## Stratégies éducatives de courte durée visant à améliorer l'utilisation de la contraception chez les jeunes

### **Contexte**

*Les taux élevés de grossesses non désirées et d'avortement chez les jeunes femmes dans le monde rend nécessaire l'amélioration de l'accès aux services modernes de contraception. En Afrique subsaharienne, le taux de naissances est de 121 pour 1000 parmi les jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans. Aux États-Unis, 6 % des adolescentes de 15 à 19 ans étaient enceintes en 2010. La plupart des grossesses chez les jeunes femmes âgées de moins de 25 ans ne sont pas désirées.*

### **Objectifs**

*L'objectif était d'identifier les interventions éducatives courtes visant à améliorer l'utilisation de la contraception chez les jeunes et pouvant être mises en oeuvre dans une clinique ou un établissement similaire disposant de ressources limitées.*

### **Stratégie de recherche documentaire**

*Jusqu'au 7 mars 2016, nous avons recherché des études dans CENTRAL, PubMed, POPLINE, Web of Science, ClinicalTrials.gov et ICTRP.*

### **Critères de sélection**

*Nous avons pris en compte les essais contrôlés randomisés (ECR) avec assignation d'individus ou de groupes, ainsi que des études non randomisées (ENR). Nous avons inclus les jeunes gens jusqu'à l'âge de 25 ans.*

*L'intervention devait être suffisamment rapide pour le contexte d'une clinique, c'est-à-dire comporter une à trois sessions de 15 à 60 minutes, accompagnées d'un éventuel suivi. Elle devait mettre l'accent sur une ou plusieurs méthodes de contraception efficaces. Les critères d'évaluation principaux étaient la survenue d'une grossesse et l'utilisation de contraceptifs.*

### **Recueil et analyse des données**

*Nous avons évalué les titres et résumés identifiés au cours des recherches. Un auteur a extrait et saisi les données dans Review Manager et un deuxième auteur a vérifié leur exactitude. Nous avons examiné la qualité méthodologique des études.*

*Pour les résultats dichotomiques, nous avons calculé le rapport de cotes de Mantel-Haenszel (RC) avec un intervalle de confiance (IC) à 95 %. Pour les variables continues, nous avons calculé la différence moyenne (DM) avec un IC à 95 %. Nous avons utilisé des mesures*

ajustées pour les ECR en grappes, habituellement des RC, rapportés par les investigateurs. Pour les ENR, dans lesquelles les facteurs de confusion doivent être contrôlés, nous avons également rapporté les mesures d'ajustement. Nous n'avons pas effectué de méta-analyse à cause des variations entre les interventions et les mesures de résultats.

### **Résultats principaux**

Nous avons trouvé 11 études, publiées entre 1983 et 2015, qui portaient sur un total de 8338 participants. Dix avaient été réalisées aux États-Unis et une en Chine. Nous nous sommes concentrés ici sur les effets de l'intervention pour nos principaux critères d'évaluation. Cinq études ont montré certains effets sur l'utilisation de contraceptifs. Sur 5 trois ECR étudiant des méthodes de conseil innovantes, une étude a mis en évidence un effet de l'intervention. À un an, les adolescentes ayant bénéficié d'un conseil de développement étaient plus susceptibles d'utiliser la contraception efficacement que celles ayant reçu un conseil standard (RC 48,38, IC à 95 % de 5,96 à 392,63).

Trois études associaient un outil audiovisuel au conseil ; deux de celles-ci ont rapporté un effet sur l'utilisation de contraceptifs. Une ENR portant sur de jeunes hommes âgés de 15 à 18 ans a examiné une présentation de diapositives associée à une consultation de santé reproductive. À un an, le groupe de l'intervention était plus susceptible que celui ayant reçu le suivi standard d'indiquer avoir utilisé une contraception efficace lors de leur dernier rapport sexuel et avoir une partenaire prenant des contraceptifs oraux (RC ajusté 1,51 et 1,66, respectivement). Une autre étude utilisait un programme informatique d'aide à la prise de décision pour la contraception en plus d'un conseil standard pour les femmes de 20 ans ou moins. À un an, les femmes du groupe d'intervention d'un site étaient moins nombreuses à ne pas utiliser de contraception orale que celles du groupe de conseil seul (3,4 % contre 8,8 %; P rapporté = 0,05).

Dans trois ECR, un suivi par téléphone était fourni après le conseil ; l'une des études a montré un effet sur l'utilisation de la contraception chez les femmes de 16 à 24 ans. Les femmes ayant reçu un conseil puis un suivi téléphonique pour encourager l'utilisation de contraceptifs étaient plus susceptibles que le groupe de conseil seul de rapporter une utilisation constante de contraceptifs oraux après trois mois (RC 1,41, IC à 95 % de 1,06 à 1,87) et six mois (RC 1,39, IC à 95 % de 1,03 à 1,87). Également à trois mois, elles étaient plus susceptibles d'indiquer qu'elles avaient utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel (RC 1,45, IC à 95 % de 1,03 à 2,03).

Deux essais randomisés en grappes ont porté sur la formation de prestataires aux méthodes de contraception et au conseil. Un essai ayant démontré un effet de l'intervention testait des services de contrôle des naissances complets après un avortement pour les femmes jusqu'à l'âge de 25 ans. À six mois, le groupe ayant bénéficié du service complet était plus susceptible que le groupe de soins standard de rapporter l'utilisation d'une contraception efficace (RC ajusté rapporté 2,03, IC à 95 % de 1,04 à 3,98) et l'utilisation systématique et correcte de préservatifs (RC ajusté rapporté 5,68, IC à 95 % de 3,39 à 9,53).

### **Conclusions des auteurs**

*Il existe peu d'études ayant testé des méthodes d'enseignement rapide auprès des jeunes. Nous avons noté une hétérogénéité entre les études en termes d'âge et de situation dans la vie des participants. Sur les cinq études ayant fait apparaître un certain effet, une apportait des preuves de qualité modérée et quatre étaient des études anciennes avec des preuves de mauvaise qualité. Des stratégies plus intensives pourraient être plus efficaces, mais il serait difficile d'étendre leur utilisation à de nombreux établissements.*

**Citation:** Lopez LM, Grey TW, Tolley EE, Chen M. Brief educational strategies for improving contraception use in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 3. Art. No.: CD012025. DOI: 10.1002/14651858.CD012025.pub2.  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD012025.pub2/epdf6>

### **3. Behavioral interventions to promote condom use among women living with HIV**

Behavioral interventions to promote condom use and/or to modify HIV sexual risk behaviours include individual counseling, skills training, coping strategies, peer education, and social and educational support. This systematic review of randomized controlled trials assessed the effects of behavioral interventions on promoting condom use among women living with HIV, a population at higher risk to other sexually transmitted infections (STIs). Based on five eligible studies, we found that behavioral interventions promoting consistent condom use in HIV-positive women did not have a significant impact on outcomes, when compared to standard care or minimal HIV-related support. However, these findings should be used with caution since they are based on a few small trials that were targeted specifically towards HIV-positive women. New research is needed to assess the potential personal and public health gains that could arise from a combination of interventions that promote safe sexual behavior and adopt a harm reduction approach, particularly in developing countries, where HIV infection rates among women remain high.

### **Interventions comportementales visant à promouvoir l'utilisation de préservatifs chez les femmes vivants avec le VIH**

*Les interventions comportementales visant à promouvoir l'utilisation de préservatifs et/ou à modifier les comportements sexuels associés à un risque de transmission du VIH incluent les conseils individuels, la formation comportementale, les stratégies d'adaptation, l'éducation par les pairs et le soutien social et éducatif. Cette revue systématique des essais contrôlés randomisés évaluait les effets des interventions comportementales visant à promouvoir l'utilisation de préservatifs chez les femmes vivant avec le VIH, une population présentant un*

*risque plus élevé de contracter d'autres infections sexuellement transmissibles (IST). Sur la base de cinq études éligibles, nous avons observé que les interventions comportementales visant à promouvoir l'utilisation systématique de préservatifs chez les femmes séropositives pour le VIH n'avaient pas d'impact significatif sur les résultats par rapport aux soins standards ou à un soutien minimum en matière de VIH. Néanmoins, ces résultats devraient être interprétés avec précaution car ils reposent sur un nombre limité d'essais de petite taille qui ciblaient spécifiquement des femmes séropositives pour le VIH. De nouvelles recherches sont nécessaires afin d'évaluer les bénéfices potentiels, pour la santé publique et personnelle, d'une combinaison d'interventions visant à promouvoir des comportements sexuels sûrs et adoptant une approche de réduction des dommages, en particulier dans les pays en voie de développement où les taux d'infection par le VIH demeurent élevés chez les femmes.*

**Citation:** Lopez LM, Grey TW, Chen M, Denison J, Stuart G. Behavioral interventions for improving contraceptive use among women living with HIV. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 8. Art. No.: CD010243. DOI:10.1002/14651858.CD010243.pub3.  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007844.pub2/epdf7>

#### **4. Insufficient evidence to confirm an association between hormonal contraception and HIV acquisition**

Modern contraception methods play an important role in global health, empowering women to avoid unintended pregnancy and thus reducing avoidable deaths and ill-health of mothers and babies related to unintended pregnancies. Hormonal methods are those in which women receive female sex hormones (progestogens with or without oestrogens), by mouth, injection, vaginal rings, skin patches, progestogen-containing intrauterine devices or devices implanted below the skin. It is known that monkeys treated with high doses of progestogen (higher than those used for contraception) are more likely to be infected with HIV. It is also known that hormonal contraception alters the systemic and local human immune system in ways which might increase susceptibility to HIV infection, and that progestogen contraception lowers the woman's own oestrogen levels causing thinning of the lining of the vagina. In some, but not all, observational studies, it was found that women using hormonal contraception (specifically DMPA) were more likely to acquire HIV. However, as these were not randomised trials, this effect might be related to the characteristics of women who choose to use hormonal contraception, rather than an effect of the contraceptive itself.

This review found only one ongoing trial with no data available to date. There is thus no high quality evidence available as to whether or not hormonal contraception is associated with HIV acquisition. Because of the importance of hormonal contraception for women's

health, no change in practice would be justified without such evidence. Appropriate randomised trials are needed to answer this important question.

All women using non-barrier contraception should be advised that such contraception does not protect against HIV infection, and that they should take such precautions as are appropriate to their personal circumstances.

### *Insuffisance de preuves pour confirmer une association entre la contraception hormonale et la contraction du VIH*

*Les méthodes de contraception modernes jouent un rôle important dans le domaine de la santé mondiale, permettant aux femmes d'éviter les grossesses non désirées et donc de réduire les décès et les problèmes de santé évitables chez les mères et les bébés liés à des grossesses non désirées. Les méthodes hormonales sont celles parmi lesquelles les femmes reçoivent des hormones sexuelles féminines (progestatifs avec ou sans oestrogènes), par voie orale, par injection, par anneaux vaginaux, par patchs à coller sur la peau, par un progestatif contenant des dispositifs intra-utérins ou des dispositifs implantés sous la peau. Nous savons que les singes traités avec des doses élevées de progestatifs (plus élevées que celles utilisées pour la contraception) sont plus susceptibles d'être infectés par le VIH. Nous savons également que la contraception hormonale altère le système immunitaire humain systémique et local de telle manière que cela pourrait accroître la sensibilité à l'infection par le VIH et que la contraception progestative diminue les niveaux d'oestrogènes de la femme provoquant un amincissement de la muqueuse du vagin. Dans certaines études observationnelles, mais pas toutes, il a été découvert que les femmes utilisant une contraception hormonale (spécifiquement l'AMPR) étaient plus susceptibles de contracter le VIH. Cependant, comme il ne s'agissait pas d'essais randomisés, cet effet pourrait être lié à la caractéristique des femmes qui choisissent d'utiliser une contraception hormonale, plutôt qu'à un effet de la contraception elle-même.*

*Cette revue n'a trouvé qu'un essai en cours sans données disponibles à ce jour. Aucune preuve de haute qualité n'est donc disponible pour déterminer si la contraception hormonale est associée à la contraction du VIH. En raison de l'importance de la contraception hormonale pour la santé de la mère, aucun changement dans la pratique ne serait justifié sans une telle preuve. Des essais randomisés appropriés sont nécessaires pour répondre à cette importante question.*

*Toutes les femmes utilisant une contraception sans méthode barrière doivent être informées qu'une telle contraception ne protège pas contre l'infection par le VIH et qu'elles devraient prendre les précautions appropriées à leur situation personnelle.*

**Citation:** Hofmeyr GJ, Singata M, Sneden J. Hormonal contraception for women exposed to HIV infection. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 5. Art. No.: CD009741. DOI: 10.1002/14651858.CD009741.pub2.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009741.pub2/epdf>

## **5. Interventions delivered by mobile phone to support client use of family planning/contraception**

Contraception - methods or devices used to prevent pregnancy – has significant benefits for women's and children's health. Despite these benefits, an estimated 225 million women in developing countries were not using a modern contraceptive method in 2014 despite wanting to avoid pregnancy. Expansion of mobile phone use in recent years has led to increased interest in healthcare delivery via mobile phone and the potential to deliver support wherever the person is located, whenever it is needed, and to reach populations with restricted access to services. Mobile phone-based interventions have been demonstrated to be effective in other health areas, but not yet in the field of contraception. In 2014, we undertook computer searches for randomised trials evaluating mobile phone-based interventions to increase contraception use. We found five trials. Three trials used text messaging to support women in continuing to use a specific method of contraception. Two trials aimed to improve both uptake and continued use of contraception - one with voice and one with text messaging. Our review provides limited evidence that interventions delivered by mobile phone improve contraception use. One trial in the USA reported that women were more likely to continue to take the contraceptive pill from an intervention comprising a range of educational text messages. One trial in Cambodia reported increased use of contraception at four months post abortion from an intervention comprising voice messages and phone counsellor support. Another trial in the USA reported improved attendance for the first but not subsequent contraceptive injection appointments from an intervention comprising reminders and healthy self management text messages. Simple text message contraceptive pill reminders did not reduce missed pills in a small trial in the USA. No difference in contraception use was reported amongst users of isotretinoin (a drug used for acne) from an intervention that provided health information via text messages and mail. In conclusion, evidence indicates that a series of voice messages and counsellor support can improve contraception amongst women seeking abortion services not wanting to get pregnant again at the current time, and data suggest that daily educational text messages can improve continued use of the contraceptive pill. However, the cost value and long-term effectiveness of these interventions remain unknown. More good quality trials are needed to establish the effectiveness of interventions delivered by mobile phone to increase contraception use.

### **Les interventions réalisées par téléphone portable pour soutenir la personne dans l'utilisation du planning familial et/ou de la contraception**

*La contraception - méthodes ou dispositifs utilisés pour prévenir une grossesse – a des bénéfices importants pour la santé des enfants et des femmes. Malgré ces bénéfices, on estime que 225 millions de femmes, dans les pays en voie de développement, n'utilisent pas,*

en 2014, une méthode moderne de contraception malgré leur désir d'éviter une grossesse. L'expansion de l'utilisation du téléphone portable de ces dernières années a conduit à accroître l'intérêt porté à la délivrance de soins via le téléphone portable et la possibilité de fournir un soutien quelque soit l'endroit où se trouve la personne, quelque soit le moment où elle en a besoin, et d'atteindre des populations qui ont un accès restreint aux services de santé. Des interventions basées sur le téléphone portable ont démontré leur efficacité dans d'autres domaines de la santé mais pas encore dans celui de la contraception.

En 2014, nous avons effectué des recherches informatisées afin d'identifier des essais randomisés évaluant des interventions basées sur le téléphone portable pour améliorer l'utilisation de la contraception. Nous avons trouvé cinq essais. Trois essais utilisaient des messages texte pour encourager les femmes à continuer d'utiliser une méthode de contraception spécifique. Deux essais visaient à améliorer à la fois le recours et la poursuite de l'utilisation de la contraception - une par des messages audio et l'autre par des messages texte. Notre revue fournit des éléments de preuve limités indiquant que les interventions réalisées par téléphone portable améliorent l'utilisation de la contraception. Un essai aux États-Unis a rapporté que les femmes étaient plus susceptibles de continuer à prendre la pilule contraceptive grâce à une intervention comprenant un éventail de messages texte éducatifs. Un essai au Cambodge a rapporté une augmentation du recours à une contraception à quatre mois après avortement grâce à une intervention comprenant des messages audio et le soutien par un conseiller au téléphone. Un autre essai, aux États-Unis, rapportait une amélioration de la présence à la première injection contraceptive mais pas aux suivantes grâce à une intervention comprenant des rappels et des messages texte d'autogestion de sa santé. Des messages texte de simples rappels pour la pilule contraceptive n'ont pas réduit les oublis de pilule dans un petit essai aux États Unis. Aucune différence dans l'utilisation de la contraception n'était rapportée chez les utilisatrices d'isotrétinoïne (un médicament utilisé pour traiter l'acné) dans une intervention qui fournissait des informations de santé par des messages texte et des courriels.

En conclusion, des éléments de preuves indiquent qu'une succession de messages audio et d'un soutien par conseiller peuvent améliorer la contraception chez des femmes ayant recours à des services pratiquant l'avortement et ne désirant pas une autre grossesse dans l'immédiat, et les données suggèrent que des messages texte éducatifs quotidiens peuvent améliorer la poursuite de l'utilisation de la pilule contraceptive. Cependant, le coût bénéfice et l'efficacité à long terme de ces interventions restent inconnus. Davantage d'essais de bonne qualité sont nécessaires pour établir l'efficacité des interventions fournies par téléphone portable pour améliorer l'utilisation de la contraception.

**Citation:** Smith C, Gold J, Ngo TD, Sumpter C, Free C. Mobile phone-based interventions for improving contraception use. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 6. Art. No.: CD011159. DOI: 10.1002/14651858.CD011159.pub2.  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011159.pub2/epdf>

## 6. Methods of emergency contraception

### **Background**

Emergency contraception (EC) is using a drug or copper intrauterine device (Cu-IUD) to prevent pregnancy shortly after unprotected intercourse. Several interventions are available for EC. Information on the comparative effectiveness, safety and convenience of these methods is crucial for reproductive healthcare providers and the women they serve. Researchers in Cochrane collected and analyzed all relevant studies to answer this question.

### **Study characteristics**

We searched 10 English-language and three Chinese-language databases for published studies in any language, in February 2017. We also searched grey literature databases and websites and contacted experts and authors for eligible studies. Studies had to report information on interventions to prevent pregnancy after a single act of unprotected intercourse. We included 115 randomized controlled trials with 60,479 women in this review. Ninety-two trials were conducted in China. The evidence is up-to-date to February 2017.

### **Key results**

The studies compared 25 different interventions of different types of emergency contraception. The studies showed the following.

Levonorgestrel and mifepristone were more effective than Yuzpe regimen (estradiol-levonorgestrel combination). Our findings suggest that if 29 women per 1000 become pregnant with Yuzpe, between 11 and 24 women per 1000 will do so with the levonorgestrel, and that if 25 women per 1000 become pregnant with Yuzpe, between one and 10 women per 1000 will do so with mifepristone.

Mid-dose mifepristone (25 mg to 50 mg) was probably more effective than levonorgestrel. Low-dose mifepristone (less than 25 mg) was probably less effective than mid-dose mifepristone, but both were more effective than levonorgestrel (two doses of 0.75 mg). Ulipristal acetate (UPA) was also more effective than levonorgestrel.

Levonorgestrel users had fewer side effects than Yuzpe users, and might be more likely to resume menstruation before the expected date. UPA users were probably more likely to resume menstruation after the expected date. Menstrual delay was probably the main adverse effect of mifepristone and seemed to be dose-related. Cu-IUD may be associated with higher risks of abdominal pain than mifepristone.

### **Quality of the evidence**

The quality of the evidence for the primary outcome (observed number of pregnancies) ranged from moderate to high, and for other outcomes ranged from very low to high. The main limitations were risk of bias (associated with poor reporting of methods), imprecision and inconsistency.

## Méthodes de contraception d'urgence

### **Question de la revue**

*Le but de cette revue Cochrane était d'évaluer l'efficacité et l'innocuité de différentes méthodes de contraception d'urgence pour éviter une grossesse après des rapports sexuels non protégés.*

### **Contexte**

*La contraception d'urgence (CU) utilise un médicament ou un dispositif intra-utérin (DIU) en cuivre pour prévenir la grossesse peu après un rapport sexuel non protégé. Plusieurs interventions sont disponibles pour la CU. Les informations concernant l'efficacité comparative, l'innocuité et la commodité de ces méthodes sont cruciales pour les personnels de santé reproductive et pour les femmes qu'ils assistent. Les chercheurs de Cochrane ont recueilli et analysé toutes les études pertinentes afin de répondre à cette question.*

### **Caractéristiques de l'étude**

*Nous avons effectué des recherches dans 10 bases de données en anglais et trois bases de données en chinois pour trouver des études publiées dans n'importe quelle langue, en février 2017. Nous avons également effectué des recherches dans les bases de données et les sites internet de littérature grise, et contacté des experts et des auteurs pour identifier des études éligibles. Les études devaient rapporter des informations sur des interventions visant à prévenir la grossesse après un unique rapport sexuel non protégé. Nous avons inclus 115 essais contrôlés randomisés portant sur 60 479 femmes dans cette revue. Quarante-deux essais étaient réalisés en Chine. Les preuves sont à jour jusqu'en février 2017.*

### **Résultats principaux**

*Les études ont comparé 25 interventions diverses de différents types de contraception d'urgence. Les études ont montré les éléments suivants.*

*Le lévonorgestrel et la mifépristone étaient plus efficaces que la méthode de Yuzpe (combinaison d'œstradiol et de lévonorgestrel). Nos résultats suggèrent que si 29 femmes pour 1000 tombent enceintes avec la méthode de Yuzpe, entre 11 et 24 femmes sur 1000 le seront avec le lévonorgestrel, et que si 25 femmes pour 1000 tombent enceintes avec la méthode de Yuzpe, entre une et 10 femmes sur 1000 le seront avec la mifépristone.*

*La dose moyenne de mifépristone (25 mg à 50 mg) était probablement plus efficace que le lévonorgestrel. La mifépristone à faible dose (moins de 25 mg) était probablement moins efficace que la mifépristone à dose moyenne, mais les deux étaient plus efficaces que le lévonorgestrel (deux doses de 0,75 mg). L'acétate d'ulipristal (AUP) était également plus efficace que le lévonorgestrel.*

*Les utilisatrices de lévonorgestrel avaient moins d'effets secondaires que les utilisatrices de la méthode de Yuzpe, et seraient plus susceptibles d'avoir leurs règles avant la date prévue. Les utilisatrices d'AUP étaient probablement plus susceptibles d'avoir leurs règles après la date prévue. Un retard menstruel était probablement le principal effet indésirable de la*

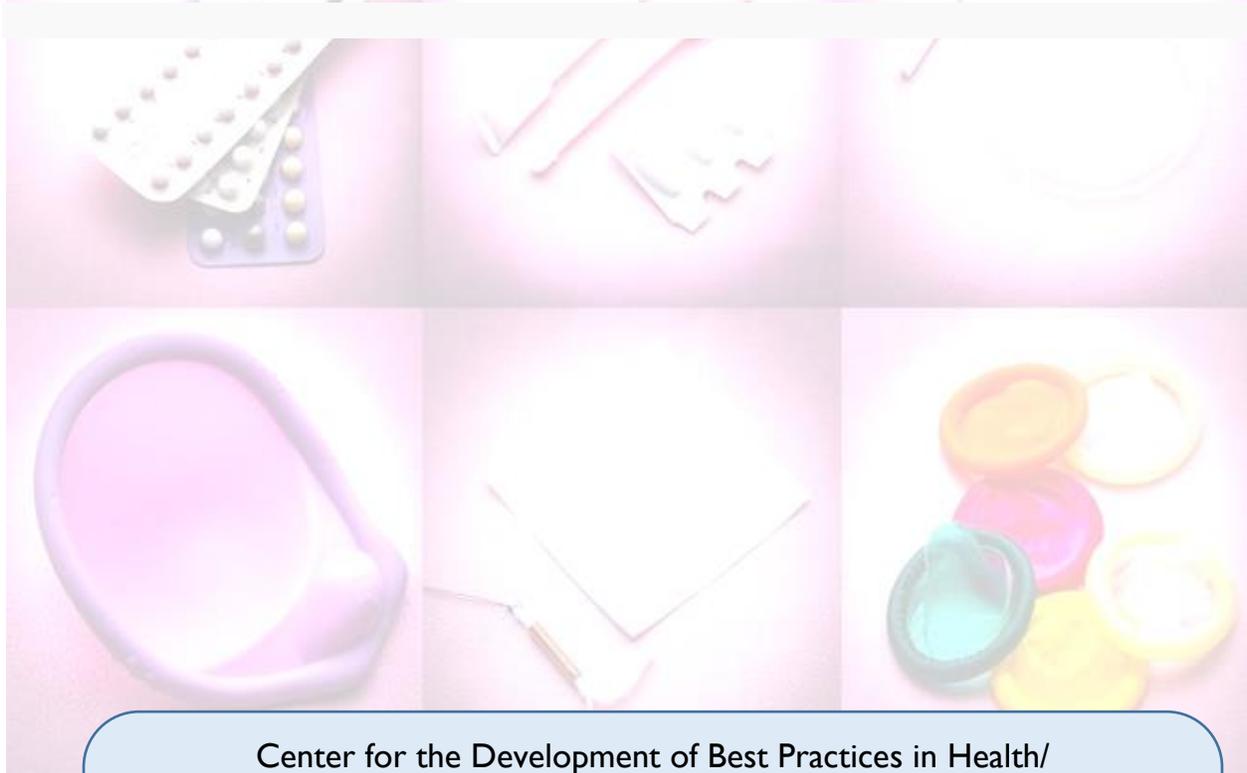
mifépristone et semblait être lié à la dose. Les DIU en cuivre pourraient être associés à des risques plus élevés de douleurs abdominales que la mifépristone.

### **Qualité des preuves**

La qualité des preuves pour le critère de jugement principal (nombre de grossesses observées) allait de modérée à élevée, et pour les autres critères de jugement, elle allait de très faible à élevée. Les principales limitations étaient le risque de biais (associé à un mauvais compte rendu des méthodes), d'imprécision et d'incohérence.

**Citation:** Shen J, Che Y, Showell E, Chen K, Cheng L. Interventions for emergency contraception. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 8. Art. No.: CD001324. DOI: 10.1002/14651858.CD001324.pub5.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001324.pub5/epdf>



Center for the Development of Best Practices in Health/

Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé

Phone: +237 242 081 919

Email: [camer.cdbpsh@gmail.com](mailto:camer.cdbpsh@gmail.com)

Web site: [www.cdbph.org](http://www.cdbph.org)

Henry Dunant Avenue – Messa, Yaoundé Cameroon