

Protocole de contraception du Québec Mise à jour 2018

Protocole de contraception du Québec Mise à jour 2018

Direction du développement des individus et des communautés

Juillet 2018

RÉDACTION ET RECHERCHE

Édith Guilbert M.D., M. Sc., FCMFC, médecin-conseil
Institut national de santé publique du Québec
Coordonnatrice du Comité d'experts en planning familial de l'Institut national de santé publique
Médecin, Centre hospitalier universitaire de Québec

Marie-Soleil Wagner, M.D., M. Sc., FRCSC, FACOG, obstétricienne-gynécologue
Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
Présidente du Comité d'experts en planning familial de l'Institut national de santé publique

Jocelyn Bérubé, M.D., M. Sc., directeur, clinique de planification des naissances
Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette
Membre du Comité d'experts en planning familial de l'Institut national de santé publique

Pierre-André Dubé, M. Sc., pharmacien-toxicologue
Institut national de santé publique du Québec

SOUTIEN À LA RÉDACTION

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec :

Barbara Harvey, inf., M. Sc. inf., infirmière-conseil
Développement et soutien professionnel

Chantale Desbiens, inf., M. Sc. Inf., directrice adjointe, Pratique infirmière
Direction, Développement et soutien professionnel

Carol-Anne Langlois, inf., M. Sc. inf., Conseillère à la qualité de la pratique
Direction, Développement et soutien professionnel

RÉVISION LINGUISTIQUE

Odette Lord
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

RÉVISEURS SCIENTIFIQUES

Membres du Comité d'experts en planning familial de l'Institut national de santé publique :

Audrey Binette, MD, MPH, FRCSC, obstétricienne-gynécologue, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Françoise Gendron, M.D., médecin-conseil, Direction de santé publique de l'Estrie

Mathieu Leboeuf, M.D., MPH, FRCSC, obstétricien-gynécologue, Centre hospitalier universitaire de Québec

Sylvie Ouellet, M.D., médecin, Direction de santé publique, Centre intégré de santé et services sociaux de la Montérégie-Centre

Catherine Risi, M.D., M. Sc., Direction de santé publique, Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre

Geneviève Roy, M.D., MPH, FRCSC, obstétricienne-gynécologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Marc Steben, M.D., médecin-conseil, Unité des infections transmissibles sexuellement et par le sang

Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 2^e trimestre 2018
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISBN : 978-2-550-81546-4

© Gouvernement du Québec (2018)

Avant-propos

Professionnelles autorisées

Le présent protocole a été élaboré à l'intention des infirmières autorisées à prescrire conformément au *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier*, sanctionné en octobre 2015. L'activité professionnelle de l'infirmière décrite dans ce protocole, prise en application de ce Règlement est la suivante :

- prescrire la contraception hormonale, un stérilet ou la contraception orale d'urgence, selon un protocole développé dans le cadre d'une activité qui découle du Programme national de santé publique 2015-2025.

Responsabilités professionnelles des infirmières autorisées

Du point de vue déontologique, l'infirmière est entièrement responsable de son exercice professionnel.

Les infirmières visées doivent posséder la compétence professionnelle requise, c'est-à-dire les connaissances scientifiques, les habiletés et le jugement clinique inhérents à l'activité exercée.

Considérant que ce protocole s'appuie sur les données scientifiques les plus récentes et qu'il est reconnu comme norme de pratique par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) ainsi que par le Collège des médecins du Québec (CMQ), les infirmières habilitées à prescrire doivent donc s'y conformer. Les principes encadrant l'exercice des activités de l'infirmière visées au règlement ainsi que les prérequis pour pouvoir exercer ces activités, établis par l'OIIQ et le CMQ, sont énoncés dans le document *Prescription infirmière : guide explicatif conjoint*. L'infirmière doit également s'y conformer.

Les infirmières autorisées à prescrire la contraception hormonale, un stérilet ou la contraception orale d'urgence doivent posséder les compétences requises en matière de contraception et, à cette fin, assurer la mise à jour et le développement de leurs compétences professionnelles.

À cet effet, la formation en ligne sur la contraception hormonale et les stérilets, conçue par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et l'OIIQ, est offerte aux infirmières sur le portail de formation continue de l'OIIQ, *Mistral* (www.mistral.oiiq.org).

Une formation supplémentaire dans le domaine de la contraception et des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) peut être requise pour soutenir les infirmières dans le développement de leurs compétences. Des activités de formation dans le domaine des ITSS, en application du Programme national de santé publique, sont offertes par l'INSPQ (www.inspq.qc.ca/formation/institut/itss).

Par ailleurs, les infirmières autorisées à prescrire la contraception hormonale, un stérilet ou la contraception orale d'urgence sont appelées à travailler de concert avec les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPS), les médecins de famille et les médecins spécialistes, le cas échéant. Une telle collaboration vise à faciliter la pratique des infirmières en contraception, mais aussi à optimiser la qualité des soins et à fournir une prestation de service adaptée à la clientèle.

Situations cliniques visées

Cette nouvelle activité fait appel aux activités réservées de l'infirmière, notamment en matière d'évaluation de la condition de santé physique et mentale, de surveillance clinique et de suivi infirmier. Selon les constats découlant de son évaluation, l'infirmière habilitée pourra prescrire la contraception hormonale et le stérilet, ajuster la contraception hormonale et prescrire la contraception orale d'urgence selon la situation clinique et les besoins.

Processus d'élaboration

Ce protocole est le fruit d'un travail mené par l'INSPQ. Il s'appuie sur les données scientifiques les plus récentes. Le protocole a été conçu par le Comité d'experts en planning familial de l'INSPQ.

Périodiquement mis à jour selon les plus récentes lignes directrices canadiennes, américaines et internationales en matière de contraception, il est l'outil de référence pour les infirmières et les infirmiers habilités à prescrire conformément au *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier*. Le Comité d'experts en planning familial a tenu compte des évidences scientifiques les plus récentes et est arrivé à un consensus sur le contenu de ce protocole.

Ce protocole s'applique en complémentarité avec le *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang* du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le *Protocole québécois pour le traitement d'une infection à Chlamydia trachomatis ou à Neisseria gonorrhoeae chez une personne asymptomatique*, le *Protocole sur le traitement pharmacologique ITS – Approche syndromique*, le *Protocole médical Initial des mesures diagnostiques et un traitement pharmacologique chez une femme présentant des pertes vaginales inhabituelles* et le *Guide sur le traitement d'une infection non compliquée à Chlamydia trachomatis ou à Neisseria gonorrhoeae* de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Dans le cadre de l'ajustement de la contraception hormonale pour la femme se présentant pour des effets indésirables de son contraceptif (ex. : femme présentant de la dysménorrhée, une leucorrhée abondante, des saignements irréguliers, des saignements abondants), l'infirmière doit mettre en œuvre plusieurs interventions dont celle d'effectuer un test de triage pour éliminer l'infection à *Chlamydia trachomatis* et la gonorrhée avant tout ajustement. Dans les situations d'ajustement de la contraception hormonale, l'infirmière devra planifier une visite systématique de suivi, 3 mois après la première consultation pour l'effet indésirable visé, puis diriger la femme vers un médecin ou une IPS si certains symptômes particuliers (détails fournis dans la section 4. Ajuster la contraception) apparaissent avant ou lors de cette visite de 3 mois.

Table des matières

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Principes généraux en contraception | 1 |
| 2 | Activités professionnelles des infirmières autorisées à prescrire conformément au règlement | 3 |
| 2.1 | Interventions de l’infirmière | 3 |
| 2.2 | Normes relatives à l’ordonnance | 5 |
| 2.3 | Transmission de l’information au médecin traitant ou à l’infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPS)..... | 6 |
| 2.4 | Documentation | 6 |
| 3 | Amorcer et renouveler la contraception | 7 |
| 3.1 | Activités de l’infirmière | 7 |
| 3.2 | Clientèle visée | 7 |
| 3.3 | Indications | 7 |
| 3.4 | Modalités et conditions d’application spécifiques | 7 |
| 3.5 | Modèles-cadres d’une ordonnance individuelle..... | 10 |
| 3.6 | Contre-indications..... | 11 |
| 4 | Ajuster la contraception | 17 |
| 4.1 | Activités de l’infirmière | 17 |
| 4.2 | Clientèle visée | 17 |
| 4.3 | Indications | 17 |
| 4.4 | Modalités et conditions d’application spécifiques | 17 |
| 4.5 | Modèles-cadres d’une ordonnance individuelle..... | 18 |
| 4.5.1 | Contraceptifs oraux combinés, timbre contraceptif, anneau vaginal contraceptif | 18 |
| 4.5.2 | Timbre contraceptif | 26 |
| 4.5.3 | Contraceptif oral à progestatif seul..... | 28 |
| 4.5.4 | Injection contraceptive | 32 |
| 4.5.5 | Stérilet au cuivre..... | 36 |
| 4.5.6 | Stérilet au lévonorgestrel..... | 40 |
| 5 | Prescrire la contraception d’urgence | 47 |
| 5.1 | Activités de l’infirmière | 47 |
| 5.2 | Clientèle visée | 47 |
| 5.3 | Indications | 47 |
| 5.4 | Modalités et conditions d’application spécifiques | 48 |
| 5.5 | Modèles-cadres d’une ordonnance individuelle..... | 49 |
| 5.6 | Contre-indications..... | 51 |
| 5.6.1 | Contraceptif oral d’urgence au lévonorgestrel..... | 51 |
| 5.6.2 | Contraceptif oral d’urgence à l’acétate d’ulipristal | 51 |
| 5.6.3 | Stérilet au cuivre d’urgence | 52 |
| 5.7 | Activités spécifiques de l’infirmière..... | 52 |
| | Références | 55 |

| | | |
|-----------------|---|-----------|
| Annexe A | Formulaire d'évaluation par l'infirmière pour l'amorce, le renouvellement et l'ajustement de la contraception..... | 57 |
| Annexe B | Comment passer d'un contraceptif à un autre en dehors de la période menstruelle | 67 |
| Annexe C | Formulaire d'évaluation pour la contraception orale d'urgence..... | 71 |
| Annexe D | Formulaire d'admissibilité au stérilet au cuivre d'urgence..... | 75 |
| Annexe E | Algorithme de contraception d'urgence | 79 |
| Annexe F | Contraceptifs hormonaux : composition, voie d'administration et indications autres que contraceptives | 83 |
| Annexe G | Questionnaire sur la santé du patient | 87 |
| Annexe H | Outils en cas d'oubli d'un contraceptif | 91 |

1 Principes généraux en contraception

L'activité professionnelle de prescription de contraception s'inscrit en continuité avec les activités qui sont réservées aux infirmières, notamment en matière d'évaluation de la condition physique et mentale, de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), de surveillance et de suivi de la situation clinique. Ainsi, l'infirmière autorisée à prescrire la contraception hormonale, le stérilet ou la contraception orale d'urgence le fera sur la base de ses activités professionnelles en s'assurant que la prescription réponde le mieux possible aux besoins de la femme, assurera le suivi requis par la situation clinique, et ce, en mettant à profit la collaboration interprofessionnelle. Ainsi, elle aura recours au médecin traitant ou à l'IPS de la femme lorsque la situation clinique le requiert comme le prévoit le protocole.

L'infirmière qui prescrit une contraception doit savoir que les soins en matière de contraception dépassent la simple offre d'une méthode contraceptive. Ils incluent la prise en compte de l'ensemble des besoins liés à la santé sexuelle, notamment les interventions infirmières en matière d'ITSS prévues au *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang*, au *Protocole québécois pour le traitement d'une infection à Chlamydia trachomatis ou à Neisseria gonorrhoeae chez une personne asymptomatique*, au *Protocole sur le traitement pharmacologique ITSS – Approche syndromique*, au *Protocole médical Initier des mesures diagnostiques et un traitement pharmacologique chez une femme présentant des pertes vaginales inhabituelles* et au *Guide sur le traitement d'une infection non compliquée à Chlamydia trachomatis ou à Neisseria gonorrhoeae* de l'INESSS et aux consignes en matière de dépistage du cancer du col utérin selon les normes de pratique attendues.

À ce titre, l'intervention en matière de contraception requiert une approche intégrée qui évalue un ensemble de facteurs ayant une influence tant sur le choix du contraceptif que sur le maintien de la santé sexuelle. L'évaluation clinique doit être effectuée selon un processus structuré et porter sur les différents paramètres pertinents à la situation de santé de la femme, et ce, en privilégiant une technique d'entrevue en planification des naissances, telle que la technique BERGER (Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication et Retour) (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2013).

Ainsi, en tout temps, l'infirmière doit agir dans l'intérêt de la femme et offrir des soins de qualité, efficaces et sécuritaires. Le choix d'un moyen de contraception doit tenir compte de la condition sociale et financière de la femme, de ses croyances, de sa culture, de ses comportements sexuels et de ses besoins en santé sexuelle. Le respect de la décision de la femme quant au choix du moyen contraceptif améliore l'observance.

2 Activités professionnelles des infirmières autorisées à prescrire conformément au règlement

2.1 Interventions de l'infirmière

Les interventions de l'infirmière décrites ci-dessous sont données à titre indicatif seulement. Elles doivent s'adapter à la situation clinique visée de la femme impliquant l'amorce, le renouvellement ou l'ajustement de la contraception ou la prescription de la contraception orale d'urgence. Les modalités et les conditions d'application générales y sont aussi présentées.

a) Évaluer la condition physique et mentale de la femme

- Procéder à l'évaluation de l'état de santé de la personne (annexe A) :
 - Bilan de santé.
 - Profil contraceptif.
 - Habitudes de vie.
 - Contre-indications.
 - Prise de la tension artérielle.
 - Au besoin, mesures liées à l'indice de masse corporelle.
 - Au besoin, test de grossesse.
 - Au besoin, test de dépistage du cancer du col de l'utérus, selon les indications des lignes directrices québécoises, si présence d'une ordonnance collective ou référence à un médecin ou une IPS pour ce test.
 - Si une ou plusieurs relations sexuelles non protégées, recueillir les données selon le guide de dépistage des ITSS à l'égard de l'ensemble des relations sexuelles non protégées (chapitre 5, section 5.7).
- Déterminer le besoin de contraception régulière, d'ajustement ou d'urgence.
- Donner l'enseignement et le counseling sur les divers aspects de la contraception selon le cas, dont l'application des consignes de passage d'un contraceptif à un autre afin de réduire le risque de grossesse (annexe B).
- Soutenir la prise de décision de la femme.
- Remplir le formulaire d'évaluation infirmière pour l'amorce, le renouvellement et l'ajustement de la contraception (annexe A) ou le formulaire d'évaluation pour la prescription de la contraception orale d'urgence (annexe C) ou le formulaire d'éligibilité au stérilet au cuivre d'urgence (annexe D).

b) Initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique*

L'infirmière doit appliquer les consignes de dépistage des ITSS et du cancer du col de l'utérus en fonction de l'âge et des facteurs de risque de la femme :

- Faire un dépistage de l'infection à *Chlamydia trachomatis* et de la gonorrhée chez les femmes asymptomatiques de 25 ans et moins et chez celles qui sont à risque d'infections transmissibles sexuellement en se référant au *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang*.

- Assurer le suivi et au besoin se référer au *Protocole québécois pour le traitement d'une infection à Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae* chez une personne asymptomatique ou au *Guide sur le traitement d'une infection non compliquée à Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae*, pour les infirmières ayant le droit de prescrire.
- Dans l'éventualité de l'insertion d'un stérilet, faire un dépistage de l'infection à *Chlamydia trachomatis* et de la gonorrhée chez les femmes asymptomatiques de 25 ans et moins et chez celles qui sont à risque d'infections transmissibles sexuellement.
- Informer les femmes sur les pratiques sexuelles à risque réduit.

c) Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance

L'infirmière qui détient les habiletés et les connaissances, peut, sur la base de son évaluation, initier des mesures diagnostiques et un traitement pharmacologique selon une ordonnance, qu'elle soit individuelle ou collective.

- Effectuer un test de dépistage du cancer du col de l'utérus aux 2 à 3 ans à partir de 21 ans, si présence d'une ordonnance collective, ou référer à un médecin ou une IPS pour ce test.
- Initier des mesures diagnostiques et un traitement pharmacologique chez une femme présentant des pertes vaginales inhabituelles, lorsqu'elle ajuste la contraception, si présence d'une ordonnance collective référant au protocole médical de l'INESSS. Sinon, référer à un médecin ou à une IPS.

Rappelons que le Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin prévoit l'obligation de faire référence intégralement aux protocoles publiés par l'INESSS lorsque l'ordonnance porte sur une condition clinique visée par un tel protocole.

d) Prescrire la contraception hormonale, un stérilet ou la contraception d'urgence

- Vérifier les contre-indications à la méthode choisie par la femme.
- Indiquer le contraceptif hormonal ou le stérilet choisi par la femme, et donner l'enseignement approprié.
- Remplir l'ordonnance individuelle en se référant aux dispositions applicables aux ordonnances individuelles prévues au *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin*.
- Signer et remettre à la femme l'ordonnance individuelle à l'intention du pharmacien.
- Effectuer le suivi et prévoir une rencontre avec un médecin ou une IPS si nécessaire. Une visite obligatoire de suivi après l'initiation de la contraception n'est pas justifiée, selon les données probantes (Centers for Disease Control and Prevention. U.S. Selected practice recommendations for contraceptive use, 2016); elle peut cependant être planifiée et effectuée selon les besoins.

e) Connaître et reconnaître les signes ou les symptômes nécessitant de diriger immédiatement la femme vers un médecin ou une IPS

Signes et symptômes liés aux contraceptifs oraux combinés (COC)/timbre contraceptif/anneau vaginal contraceptif :

- Douleur abdominale importante.
- Douleur thoracique importante, pouvant être accompagnée de toux, de dyspnée et de douleur s'exacerbant à la respiration.
- Douleur importante dans un membre inférieur (cuisse ou mollet).

- Céphalée importante, pouvant être accompagnée d'étourdissements, de sensation de faiblesse, d'engourdissement latéralisé ou non.
- Problème de vision (perte de vision complète ou partielle, vision embrouillée latéralisée ou non).
- Trouble du langage.

Signes et symptômes liés aux contraceptifs oraux à progestatif seul :

- Céphalée importante, pouvant être accompagnée d'étourdissements, de sensation de faiblesse, d'engourdissement latéralisé ou non.
- Problème de vision (perte de vision, vision embrouillée latéralisée ou non).
- Trouble du langage.

Signes et symptômes liés aux injections contraceptives :

- Céphalée importante, pouvant être accompagnée d'étourdissements, de sensation de faiblesse, d'engourdissement latéralisé ou non.
- Problème de vision (perte de vision, vision embrouillée latéralisée ou non).
- Trouble du langage.

Signes et symptômes liés au stérilet au cuivre/stérilet au lévonorgestrel

- Impression que la longueur du fil du stérilet a changé.
- Impression de sentir que le stérilet est déplacé dans le vagin ou le col.
- Douleur ou saignement pendant les relations sexuelles.
- Saignement vaginal abondant inhabituel.
- Impression d'être enceinte.
- Besoin d'un traitement pour l'infection à *Chlamydia trachomatis* ou pour la gonorrhée chez une personne symptomatique
- Douleur pelvienne ou abdominale inhabituelle.
- Fièvre et frissons inexplicables.

2.2 Normes relatives à l'ordonnance

Les infirmières autorisées à prescrire doivent respecter les dispositions du Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin. Outre ce règlement, il est conseillé de consulter le guide d'exercice *ordonnances faites par un médecin*, publié par le Collège des médecins du Québec (CMQ), pour s'assurer de respecter les normes exigées lors de la rédaction d'une ordonnance.

2.3 Transmission de l'information au médecin traitant ou à l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPS)

L'infirmière qui prescrit la contraception hormonale, un stérilet ou la contraception orale d'urgence n'a pas l'obligation d'en informer le médecin traitant ou l'IPS si la situation clinique de la femme correspond aux indications du protocole. Cependant, dans une perspective de continuité de soins et de pratiques collaboratives, l'infirmière est encouragée à le faire. Par contre, si la femme présente une ou des contre-indications ou des signes et symptômes nécessitant d'être dirigée vers le médecin traitant ou l'IPS, l'infirmière informe le professionnel concerné de ses interventions au moyen du formulaire de communication conçu à cet effet. Des précisions plus détaillées sont présentées à la section 1.3 du guide de l'OIIQ et du CMQ, *Prescription infirmière : guide explicatif conjoint*.

2.4 Documentation

L'infirmière doit inscrire au dossier de la femme les interventions qu'elle a effectuées selon les normes de documentation en vigueur.

3 Amorcer et renouveler la contraception

Les modalités permettant aux infirmières d'amorcer et de renouveler une méthode contraceptive sont décrites dans ce chapitre.

3.1 Activités de l'infirmière

a) Amorcer

On entend par amorcer, le fait de prescrire une méthode contraceptive à une femme qui n'en a jamais fait l'usage ou qui n'en a pas utilisé depuis plusieurs jours, semaines, mois, années.

b) Renouveler

On entend par renouveler, le fait de re-prescrire à une femme la même méthode contraceptive avant l'échéance de sa prescription antérieure.

3.2 Clientèle visée

La clientèle visée est constituée de toutes les femmes en bonne santé qui ont eu leur ménarche et ont besoin de contraception hormonale ou d'un stérilet.

Pour ce qui est des femmes de moins de 14 ans : « Le consentement aux soins requis par l'état de santé du mineur est donné par le titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur. Le mineur de 14 ans et plus peut, néanmoins, consentir seul à ces soins » (*Code civil du Québec*, art. 14).

3.3 Indications

a) Amorcer

L'indication d'amorcer est de permettre à une femme en bonne santé n'ayant pas d'ordonnance individuelle de contraception hormonale ou de stérilet d'y avoir accès en conformité avec le *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin*.

b) Renouveler

L'indication du renouvellement est de permettre à une femme en bonne santé, dont l'ordonnance individuelle de contraception hormonale ou de stérilet arrive à échéance, d'en recevoir une autre en conformité avec le *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin*.

3.4 Modalités et conditions d'application spécifiques

Les contraceptifs hormonaux et les contraceptifs à progestatif seul peuvent être débutés :

- dans les 5 jours qui suivent le début de la menstruation, idéalement le premier jour, en particulier pour le timbre contraceptif;
- n'importe quel jour du cycle, aussi appelé en *Quick start* ou « début rapide », à condition d'avoir écarté la présence d'une grossesse et en recommandant : 1) l'utilisation du condom à toutes les relations sexuelles pendant les 7 premiers jours d'utilisation, et 2) un test de grossesse de contrôle 2 à 4 semaines après le début de l'utilisation de la méthode;
- immédiatement après un avortement chirurgical ou médical;

- immédiatement après un avortement spontané complété;
- à partir de 6 semaines post-partum pour les contraceptifs hormonaux combinés et immédiatement post-partum pour les contraceptifs à progestatif seul.

Les stérilets au cuivre peuvent être insérés :

- en période menstruelle;
- n'importe quel jour du cycle en *Quick start*, à condition d'avoir écarté la présence d'une grossesse :
 - Absence de signe et symptômes de grossesse ET
 - Aucune relation sexuelle non protégée depuis la dernière menstruation (date et flux normaux);
OU
 - Résultat négatif au test urinaire de grossesse et insertion au plus tard 6 jours après la date d'ovulation prévue chez une femme qui a des cycles menstruels réguliers et est certaine de la date du début de ses dernières menstruations;
 - résultat négatif au test urinaire de grossesse et utilisation d'une méthode de contraception fiable de façon correcte et constante depuis la dernière menstruation jusqu'au jour de l'insertion;
- immédiatement après un avortement chirurgical ou médical;
- en période post-partum : immédiatement ou selon les modalités de *Quick start*.

Les stérilets au lévonorgestrel peuvent être insérés :

- en période menstruelle
- n'importe quel jour du cycle en *Quick start*, en recommandant l'utilisation du condom à toutes les relations sexuelles ou d'une autre méthode contraceptive pendant les 7 premiers jours d'utilisation et à condition d'avoir écarté la présence d'une grossesse :
 - absence de signe et symptômes de grossesse ET
 - aucune relation sexuelle non protégée depuis la dernière menstruation (date et flux normaux);
OU
 - résultat négatif au test urinaire de grossesse et utilisation d'une méthode de contraception fiable de façon correcte et constante depuis la dernière menstruation jusqu'au jour de l'insertion;
- immédiatement après un avortement chirurgical ou médical;
- en période post-partum : immédiatement ou selon les modalités de *Quick start*.

En plus des modalités présentées au chapitre 1, certaines modalités d'application spécifiques s'appliquent concernant l'amorce ou le renouvellement des contraceptifs hormonaux combinés (contraceptifs oraux combinés [COC], timbre et anneau contraceptifs) :

- Sur demande de la femme et après discussion avec elle, l'infirmière est autorisée à prescrire les contraceptifs hormonaux combinés sur le mode cyclique, c.-à-d. avec une période d'arrêt des hormones toutes les 3 semaines qui permet la survenue d'un saignement de retrait.

- Sur demande de la femme et après discussion avec elle, l’infirmière est autorisée à prescrire les contraceptifs hormonaux combinés sur le mode continu, c.-à-d. sans période d’arrêt. Les informations devant être données à la femme concernant l’utilisation des contraceptifs hormonaux combinés sur le mode continu doivent inclure :
 - L’importance de l’observance de la médication.
 - La nécessité de bien observer les signes et symptômes de grossesse et de consulter pour effectuer un test de grossesse au besoin.
 - La possibilité d’arrêter la médication pendant 3-4 jours et pas plus de 7 jours, après au moins 21 jours ou 3 semaines d’utilisation, pour avoir un saignement de retrait.
 - Les consignes en cas d’oubli (annexe H).
 - Les consignes en cas de saignements irréguliers (voir section 4.5.1 Saignements irréguliers)

En plus des modalités présentées au chapitre 1, certaines modalités et conditions d’application particulières s’appliquent avant d’amorcer et de renouveler le stérilet :

- S’assurer qu’un médecin ou une IPS est disponible pour insérer ou enlever un stérilet et en réinsérer un nouveau, le cas échéant.
- Vérifier avec le médecin ou l’IPS les modalités concernant l’insertion (clientèle, insertion durant la période menstruelle ou non, test de grossesse ou non avant l’insertion, prémédication, etc.) et le coût du stérilet.
- Diriger la femme pour une prise de rendez-vous pour l’insertion du stérilet et informer le médecin ou l’IPS concerné de ses interventions (incluant le résultat du dépistage) au moyen du formulaire de communication conçu à cet effet intitulé *Formulaire de communication de l’infirmière au médecin traitant ou à l’infirmière praticienne spécialisée*. Ce formulaire est disponible dans le guide de l’OIIQ et du CMQ, *Prescription infirmière : guide explicatif conjoint*. Le consentement de la femme est alors requis avant de transmettre la demande de consultation au médecin ou à l’IPS.
- S’assurer que la femme utilisera une méthode contraceptive toutes les fois qu’elle aura des relations sexuelles d’ici la pose de son stérilet et pendant 7 jours après l’insertion d’un stérilet au lévonorgestrel.
- Pour l’insertion d’un stérilet au cuivre ou au lévonorgestrel, l’infirmière doit :
 - Vérifier, avec le médecin ou l’IPS qui insérera le stérilet, le type de stérilet au cuivre ou au lévonorgestrel à inscrire sur le formulaire de communication pour attention requise.
 - Si le médecin ou l’IPS a déjà en sa possession des stérilets au cuivre, informer la femme du type de stérilet qui sera inséré et de son coût.
- Pour la période post-partum :
 - Le stérilet au cuivre ou au lévonorgestrel peut être inséré immédiatement après la délivrance du placenta ou au moment de la césarienne. Il peut aussi être inséré dans les semaines qui suivent la naissance, mais cela nécessite que la femme utilise une méthode contraceptive efficace jusqu’à l’insertion.

3.5 Modèles-cadres d'une ordonnance individuelle

Ce protocole s'applique pour l'ordonnance individuelle de :

Contraceptifs oraux combinés :

Utilisation cyclique :

- 21 comprimés : prendre 1 comprimé par jour pendant 21 jours consécutifs, puis arrêter 7 jours, pour 24 mois.
- 28 comprimés : prendre 1 comprimé par jour pendant 28 jours consécutifs, pour 24 mois.
- 91 comprimés : prendre 1 comprimé par jour pendant 91 jours consécutifs, pour 24 mois.

Utilisation continue :

- 21 comprimés : prendre 1 comprimé par jour pendant 21 jours consécutifs et débiter immédiatement un autre boîtier, pour 24 mois.
- 28 comprimés : prendre 1 comprimé d'hormone par jour pendant 21 jours consécutifs, jeter les comprimés placebo, et débiter immédiatement un autre boîtier, pour 24 mois.
- 91 comprimés : prendre 1 comprimé par jour pendant 84 jours consécutifs, jeter les comprimés placebo, et débiter immédiatement un autre boîtier, pour 24 mois.

Timbre contraceptif :

Utilisation cyclique :

- Appliquer 1 timbre par semaine, pendant 3 semaines consécutives suivies d'un intervalle de 7 jours sans timbre, pour 24 mois.

Utilisation continue

- Appliquer 1 timbre par semaine, pendant 3 semaines consécutives et débiter immédiatement une série de 3 autres timbres, pour 24 mois.

Anneau vaginal contraceptif :

Utilisation cyclique :

- Insérer l'anneau vaginal et le garder en place pendant une période de 21 jours consécutifs. Retirer ensuite l'anneau et attendre 7 jours avant d'en insérer un nouveau, pour 24 mois.

Utilisation continue :

- Insérer l'anneau vaginal et le garder en place pendant une période de 21 jours consécutifs. Retirer ensuite l'anneau et en insérer un nouveau, pour 24 mois.

Contraceptif oral à progestatif seul :

- Prendre 1 comprimé par jour pendant 28 jours consécutifs, pour 24 mois.

Injection contraceptive¹ :

- 1 injection intramusculaire toutes les 12-13 semaines, pour 24 mois.

Stérilet :

- Stérilet au cuivre (indiquer, au besoin, le type de stérilet au cuivre).
- Stérilet au lévonorgestrel (indiquer, au besoin, le type de stérilet au lévonorgestrel).
- Le stérilet doit être inséré par un médecin ou par une IPS.

Selon le *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin*, la prescription peut être d'une durée de 24 mois telle que présentée dans les modèles ci-dessus. Par contre, selon son évaluation de la situation de la femme, l'infirmière pourrait décider de faire une prescription pour une période moins longue et revoir la femme plus rapidement. À noter qu'une liste des différents produits contraceptifs est disponible à l'annexe F.

3.6 Contre-indications

En présence de contre-indications, l'infirmière ne peut pas amorcer ou renouveler la contraception et doit diriger la femme vers le médecin ou l'IPS. Il est également recommandé de diriger vers le médecin ou l'IPS les femmes dont l'état de santé soulève une hésitation quant à l'initiation d'une des méthodes contraceptives ci-dessous, comme celles qui présentent une pathologie rare ou celles qui ont de multiples pathologies.

Contraceptifs oraux combinés

- Grossesse.
- Avant 6 semaines post-partum².
- Hypertension artérielle (systolique supérieure ou égale à 140 mm Hg, diastolique supérieure ou égale à 90 mm Hg) maîtrisée ou non par un médicament.
- Hypertension artérielle avec maladie vasculaire.
- Antécédent personnel de thrombo-embolie veineuse.
- Thrombophilie.
- Thrombo-embolie veineuse et anticoagulothérapie.
- Antécédent de thrombo-embolie veineuse chez un parent du premier degré (père, mère, frère, sœur).
- Antécédent de thrombose veineuse superficielle.
- Cardiopathie ischémique.
- Antécédent personnel d'accident vasculaire cérébral.
- Cardiomyopathie péripartum

¹ Prendre note que l'INSPQ a publié en juin 2017 un avis intitulé : *Élucider les consignes de sécurité liées à la manutention de l'acétate de médroxyprogestérone en dépôt*. Ce document est disponible sur le site : www.inspq.qc.ca/contraception - Documents officiels et avis scientifiques.

² En post-partum, l'infirmière peut diriger vers le médecin la femme qui désire une contraception hormonale combinée avant le délai de 6 semaines.

- Cardiopathie valvulaire compliquée (c.-à-d., avec hypertension pulmonaire, risque de fibrillation auriculaire ou histoire d'endocardite bactérienne subaiguë).
- Cumul de plusieurs facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire (tels que âge avancé, tabagisme, diabète, hypertension artérielle, faible HDL, LDL élevé ou triglycérides élevés)
- Antécédent personnel de migraine avec aura ou accompagnée de symptômes neurologiques.
- Antécédent personnel de cancer du sein ou cancer du sein actuel.
- Lupus érythémateux.
- Diabète accompagné de rétinopathie, de néphropathie, de neuropathie ou de maladie vasculaire.
- Diabète non compliqué, mais d'une durée de plus de 20 ans.
- Hépatite aiguë, cirrhose grave, affection vésiculaire symptomatique, antécédents de cholestase sous contraception hormonale combinée.
- Tumeur hépatique (adénome hépatocellulaire, hépatome).
- Antécédent de pancréatite ou d'hypertriglycémie.
- Maladie inflammatoire de l'intestin (colite ulcéreuse et maladie de Crohn)
- Chirurgie bariatrique avec procédures menant à une malabsorption (pour contraceptifs administrés par voie orale seulement)
- Chirurgie majeure avec immobilisation prolongée (confinement dans un lit pendant plus de 72 heures)
- Toute pathologie impliquant une immobilité prolongée (confinement dans un lit pendant plus de 72 heures)
- Greffe avec complications (échec de la greffe, rejet, vasculopathie de l'allogreffe cardiaque)
- Hypersensibilité à l'une des composantes du médicament.
- Femmes de 35 ans et plus :
 - qui fument;
 - qui présentent des migraines de toute nature.
- Prise de médicaments ou de substances³ pouvant interagir avec les contraceptifs oraux combinés (liste non exhaustive) :
 - Certains anticonvulsivants : carbamazépine, eslicarbazépine, lamotrigine, oxcarbazépine, perampanel, phénobarbital, phénytoïne, primidone, rufinamide, topiramate.
 - Fosamprénavir
 - Rifampicine, rifabutine.
- Autres conditions médicales importantes ou inhabituelles.

³ Le millepertuis a été retiré de cette liste car les données cliniques concernant ses effets lors de l'utilisation des COC sont insuffisantes. Les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis (CDC) n'ont pas non plus retenu cette substance comme ayant des interactions avec la contraception hormonale combinée, dans leur publication de 2016 sur les critères d'éligibilité aux méthodes contraceptives.

Timbre contraceptif

- Contre-indications identiques à celles des contraceptifs oraux combinés.
- Femme dont le poids est égal ou supérieur à 90 kg.

Anneau vaginal contraceptif

- Contre-indications identiques à celles des contraceptifs oraux combinés.
- Sténose vaginale.
- Anomalie structurelle du vagin.
- Prolapsus pelvien.

Contraceptif oral à progestatif seul

- Grossesse.
- Antécédent personnel de cancer du sein ou cancer du sein actuel.
- Hypersensibilité à l'une des composantes du médicament.
- Lupus érythémateux.
- Cirrhose grave.
- Tumeur hépatique (adénome hépatocellulaire, hépatome).
- Chirurgie bariatrique avec procédures menant à une malabsorption
- Utilisation de médicaments ou de substances pouvant interagir avec le contraceptif oral à progestatif seul :
 - Certains anticonvulsivants : carbamazépine, eslicabazépine, oxcarbazépine, perampanel, phénobarbital, phénytoïne, primidone, rufinamide, topiramate.
 - rifampicine, rifabutine.
- Autres conditions médicales importantes ou inhabituelles.

Injection contraceptive

- Grossesse.
- Antécédent personnel de cancer du sein ou cancer du sein actuel.
- Hypersensibilité à l'une des composantes du médicament.
- Antécédent personnel de cardiopathie ischémique.
- Antécédent personnel d'accident vasculaire cérébral.
- Lupus érythémateux.
- Cirrhose grave.
- Tumeur hépatique (adénome hépatocellulaire, hépatome).
- Diabète accompagné de rétinopathie, de néphropathie, de neuropathie ou de maladie vasculaire.
- Diabète non compliqué, mais d'une durée de plus de 20 ans.

- Hypertension artérielle (systolique supérieure ou égale à 160 mm Hg, diastolique supérieure ou égale à 100 mm Hg).
- Hypertension artérielle avec maladie vasculaire
- Cumul de plusieurs facteurs de risque de maladie cardiovasculaire (tels que âge avancé, tabagisme, diabète, hypertension artérielle, faible HDL, LDL élevé ou triglycérides élevés).
- Saignement vaginal inexpliqué.
- Arthrite rhumatoïde sous thérapie immunosuppressive
- Autres conditions médicales importantes ou inhabituelles.

Stérilet au cuivre

- Grossesse.
- Immédiatement après un avortement septique.
- Septicémie puerpérale.
- Lupus érythémateux.
- Saignement vaginal anormal inexpliqué.
- Maladie trophoblastique (môle hydatiforme) actuelle.
- Cancer du col en attente de traitement
- Antécédent personnel de cancer de l'endomètre.
- Anomalie anatomique connue de l'utérus.
- Greffe avec complications.
- Atteinte inflammatoire pelvienne actuelle.
- Infection actuelle à *Chlamydia trachomatis* ou gonorrhée actuelle ou cervicite muco-purulente.
- Tuberculose pelvienne.
- Hypersensibilité au cuivre.
- Autres conditions médicales importantes ou inhabituelles.

Stérilet au lévonorgestrel

- Grossesse.
- Immédiatement après un avortement septique.
- Septicémie puerpérale.
- Lupus érythémateux.
- Saignement vaginal anormal inexpliqué.
- Maladie trophoblastique (môle hydatiforme) actuelle.
- Cancer du col en attente de traitement.
- Antécédent personnel de cancer du sein.
- Antécédent personnel de cancer de l'endomètre.

- Anomalie anatomique connue de l'utérus.
- Greffe avec complications.
- Atteinte inflammatoire pelvienne actuelle.
- Infection actuelle à *Chlamydia trachomatis* ou gonorrhée actuelle ou cervicite muco-purulente.
- Tuberculose pelvienne.
- Cirrhose grave.
- Tumeur hépatique (adénome hépatocellulaire, hépatome).
- Hypersensibilité au lévonorgestrel.
- Autres conditions médicales importantes ou inhabituelles.

4 Ajuster la contraception

Les modalités permettant aux infirmières d'ajuster la contraception hormonale ou l'utilisation du stérilet sont décrites dans ce chapitre.

4.1 Activités de l'infirmière

Ajuster

On entend par ajuster un contraceptif le fait de changer la méthode contraceptive.

4.2 Clientèle visée

La clientèle visée est constituée de toutes les femmes en bonne santé qui ont eu leur ménarche et ont besoin de contraception hormonale ou de stérilet.

Pour ce qui est des femmes de moins de 14 ans : « Le consentement aux soins requis par l'état de santé du mineur est donné par le titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur. Le mineur de 14 ans et plus peut, néanmoins, consentir seul à ces soins » (*Code civil du Québec*, art. 14).

4.3 Indications

L'indication générale de l'ajustement contraceptif est de permettre à une femme en bonne santé qui utilise une méthode contraceptive hormonale ou un stérilet et qui présente une insatisfaction, des difficultés d'utilisation ou des effets indésirables mineurs, d'obtenir si requis, un ajustement de son contraceptif pour une période maximale de deux ans, en conformité avec le *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin*.

Dans les cas d'effets indésirables mineurs, autres que ceux qui sont mentionnés dans ce protocole, d'effets indésirables majeurs (section 2.1) ou selon les consignes indiquées dans les interventions qui suivent, l'infirmière doit diriger la femme vers le médecin ou l'IPS.

4.4 Modalités et conditions d'application spécifiques

En plus des modalités et conditions d'application qui sont présentées au chapitre 2, certaines modalités et conditions d'application spécifiques s'appliquent avant d'ajuster la contraception :

- L'infirmière doit appliquer les consignes de passage d'un contraceptif à un autre afin de réduire le risque de grossesse (annexe B).
- L'infirmière doit effectuer un test de grossesse dans tous les cas où l'on suspecte ou constate une situation pouvant réduire l'efficacité de la méthode contraceptive (problème d'observance, interaction médicamenteuse, trouble gastro-intestinal).
- L'infirmière doit diriger la femme vers un médecin ou une IPS lorsque les tentatives d'ajustement échouent, en présence d'autres effets indésirables ou plaintes que ceux qui sont présentés ici ou tels que consignés au chapitre 2 ou si elle estime que la situation clinique présentée dépasse ses compétences ou sa zone de confort.

4.5 Modèles-cadres d'une ordonnance individuelle

Insatisfaction de la femme à l'égard de sa méthode contraceptive

Il se peut qu'une femme faisant l'usage d'une méthode contraceptive considère que celle-ci ne convienne plus à son style de vie ou à ses choix personnels. Dans ce cas, il est approprié de modifier la méthode contraceptive en vérifiant les contre-indications à la nouvelle méthode contraceptive (chapitre 3), en remplissant le formulaire d'évaluation de l'infirmière (annexe A), en appliquant les consignes de passage d'un contraceptif à un autre afin de réduire au maximum le risque de grossesse (annexe B) et en remettant à la femme une ordonnance individuelle.

Difficultés de la femme à l'égard de l'utilisation de sa méthode contraceptive

Il se peut qu'une femme faisant l'usage d'une méthode contraceptive considère que celle-ci est trop contraignante ou difficile à utiliser. Dans ce cas, il est approprié de modifier la méthode contraceptive en vérifiant les contre-indications à la nouvelle méthode contraceptive (chapitre 3), en remplissant le formulaire d'évaluation de l'infirmière (annexe A), en appliquant les consignes de passage d'un contraceptif à un autre afin de réduire le risque de grossesse (annexe B) et en remettant une ordonnance individuelle à la femme.

Effets indésirables des méthodes contraceptives et indications d'ajustement

Il se peut qu'une femme faisant l'usage d'une méthode contraceptive présente des effets indésirables liés à cette méthode. Dans ce cas, il est approprié d'appliquer certaines consignes ou de modifier la méthode contraceptive en :

- Procédant à la révision de l'état de santé de la femme :
 - Bilan de santé.
 - Habitudes de vie.
 - Prise de la tension artérielle.
 - Indice de masse corporelle au besoin.
 - Profil contraceptif.
 - Facteurs de risque des infections sexuellement transmissibles.
- Évaluant et en consignait au dossier le ou les effets indésirables éprouvés par la femme.
- Appliquant toutes les interventions qui suivent selon l'effet indésirable présenté par la femme.

4.5.1 CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINÉS, TIMBRE CONTRACEPTIF, ANNEAU VAGINAL CONTRACEPTIF

Nausées

Des nausées, parfois accompagnées de vomissements, peuvent survenir durant les premiers mois d'utilisation des contraceptifs hormonaux combinés. Ces symptômes ont tendance à disparaître avec le temps. Les nausées peuvent être associées à l'effet hormonal du contraceptif, mais également à :

- La grossesse.
- Une intolérance au lactose.
- Un trouble gastro-intestinal (ex. : gastroentérite).

Interventions

- Faire un test de grossesse → Si résultat positif, diriger la femme vers un médecin ou une IPS.
- Vérifier les effets de la consommation de produits lactés durant la semaine d'arrêt du contraceptif (ne pas consommer les comprimés placebo), afin de vérifier la possibilité d'intolérance au lactose. Si les nausées persistent ou s'amplifient → Diriger la femme vers le médecin ou l'IPS.
- En présence d'autres symptômes → La diriger vers le médecin ou l'IPS.
- En l'absence de grossesse, de symptômes d'intolérance au lactose ou d'autres symptômes :
 - Lui recommander de prendre les contraceptifs oraux avec de la nourriture ou le soir au coucher.
 - En l'absence de contre-indications, changer pour 1) un autre contraceptif hormonal combiné à dose plus faible en œstrogène ; 2) une autre voie d'administration du contraceptif hormonal (timbre ou anneau) ; 3) un contraceptif à progestatif seul ; 4) un stérilet au cuivre ou au lévonorgestrel.
- Faire un suivi systématique de la femme 3 mois après cette consultation pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable et en l'absence d'efficacité ou présence d'effets indésirables liées à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la femme vers le médecin ou l'IPS.

Saignements irréguliers

De 10 à 30 % des femmes présentent des saignements irréguliers durant les premiers mois d'utilisation des contraceptifs hormonaux combinés. Ils sont, en général, peu abondants et disparaissent spontanément durant les premiers mois d'utilisation. Ils ne sont pas associés à une réduction de l'efficacité du contraceptif à moins d'un problème d'observance, d'une interaction médicamenteuse ou d'un trouble gastro-intestinal. Les saignements irréguliers peuvent être associés à l'effet hormonal du contraceptif, mais également à :

- La grossesse.
- L'oubli de comprimés, timbre retiré ou détaché ou anneau retiré.
- Une infection transmissible sexuellement comme la gonorrhée et l'infection à *Chlamydia trachomatis*.
- Une interaction médicamenteuse.
- Un trouble gastro-intestinal provoquant vomissements ou diarrhées.
- L'usage du tabac.
- La présence d'une anomalie dans l'utérus (ex. : polype, myome) ou au col (polype, ectropion, cancer, etc.).
- Une maladie systémique, tel un trouble thyroïdien.

Interventions

- Faire un test de grossesse → Si résultat positif, diriger la femme vers un médecin ou une IPS.
- Évaluer l'observance → Si problème, discuter avec elle des stratégies qui augmentent l'observance ou changer pour une méthode contraceptive qui lui demande moins d'assiduité si elle n'a pas de contre-indications.

- Effectuer un test de triage pour éliminer l'infection à *Chlamydia trachomatis* et la gonorrhée → Si le résultat du test est positif, soit diriger la femme vers le médecin ou l'IPS ou appliquer l'ordonnance collective *Initier des mesures diagnostiques et un traitement pharmacologique chez une femme présentant des pertes vaginales inhabituelles*.
- Vérifier les interactions médicamenteuses potentielles (communication possible avec le pharmacien de la femme) → Si présence d'interactions médicamenteuses, la diriger vers le médecin ou l'IPS.
- En présence d'autres symptômes (dyspareunie profonde nouvelle, sensibilité abdominale basse, fièvre/frissons, pertes vaginales anormales) → La diriger vers le médecin ou l'IPS.
- Faire un counseling anti-tabagique si indiqué.
- Si le résultat du test de grossesse est négatif et en l'absence d'une détection positive de gonorrhée ou de *Chlamydia trachomatis*, d'interaction médicamenteuse, d'autres symptômes et de contre-indications :
 - Continuer avec le même contraceptif hormonal combiné, en particulier si les saignements irréguliers surviennent dans les premiers mois de l'utilisation du contraceptif.
 - Changer pour un autre contraceptif hormonal combiné.
 - Changer pour une autre voie d'administration du contraceptif hormonal combiné (timbre ou anneau).
 - Changer pour un autre contraceptif.
 - Si la femme utilise la contraception hormonale en continu :
 - COC : après la prise d'au moins 21 comprimés d'hormones, possibilité d'arrêt pendant 3-4 jours et reprise des comprimés d'hormones. Pas plus d'un arrêt de 7 jours ou moins, tous les 21 jours d'hormones.
 - Timbre : après l'utilisation d'au moins 3 timbres, possibilité d'arrêt pendant 3-4 jours et reprise d'un nouveau timbre d'hormones. Pas plus d'un arrêt de 7 jours ou moins, tous les 21 jours d'hormones.
 - Anneau : après l'utilisation d'au moins un anneau pendant 3 semaines, possibilité d'arrêt pendant 3-4 jours et reprise d'un nouvel anneau. Pas plus d'un arrêt de 7 jours ou moins, tous les 21 jours d'hormones.
- Faire un suivi systématique de la femme 3 mois après cette consultation ou avant 3 mois, à la demande de la femme, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable et en l'absence d'efficacité ou présence d'effets indésirables liées à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la femme vers le médecin ou l'IPS.
- Recommander à la femme de communiquer avec vous rapidement si elle développe de la dyspareunie profonde nouvelle, une sensibilité abdominale basse, de la fièvre/frissons ou des pertes vaginales anormales d'ici à la visite de suivi afin de la référer au médecin ou à l'IPS.

Aménorrhée

De 2 à 3 % des femmes présentent de l'aménorrhée lors de l'utilisation des contraceptifs hormonaux combinés. Ce pourcentage augmente avec la durée d'utilisation. La quantité et la durée de saignement de retrait sous contraceptif hormonal sont habituellement moindres qu'à l'habitude. S'il y

a eu des saignements irréguliers durant la prise d'hormones, le saignement de retrait peut ne pas survenir. L'aménorrhée peut être associée à l'effet hormonal du contraceptif hormonal combiné, mais également à :

- La grossesse.
- Toute situation ou prise de médicaments réduisant l'efficacité du contraceptif et augmentant le risque de grossesse.

Interventions

- Faire un test de grossesse → Si résultat positif, diriger la femme vers un médecin ou une IPS.
- Évaluer l'observance → Si problème, discuter avec elle des stratégies qui augmentent l'observance ou changer pour une méthode contraceptive qui lui demande moins d'assiduité si elle n'a pas de contre-indications.
- Vérifier les interactions médicamenteuses potentielles (communication possible avec le pharmacien de la femme → Si présence d'interactions médicamenteuses, la diriger vers le médecin ou l'IPS.
- En présence d'autres symptômes → La diriger vers le médecin ou l'IPS.
- Si le résultat du test de grossesse est négatif et en l'absence d'interaction médicamenteuse, d'autres symptômes et de contre-indications :
 - Rassurer la femme, lui conseiller de surveiller les signes et symptômes de grossesse et d'éviter tout oubli contraceptif. Lui conseiller aussi de repasser un test de grossesse dans deux semaines.
 - Changer pour un autre contraceptif hormonal combiné, une autre voie d'administration ou un autre contraceptif si la femme n'est pas à l'aise avec cet effet indésirable.

Pertes vaginales inhabituelles

Elles peuvent survenir chez certaines femmes qui prennent des contraceptifs hormonaux combinés. Elles sont plus fréquentes chez les utilisatrices d'anneau contraceptif (5 %) et n'affectent pas son efficacité. Cet effet indésirable, parfois incommodant, peut toutefois faciliter les relations sexuelles chez les femmes souffrant de sécheresse vaginale. La leucorrhée abondante peut être associée à l'effet hormonal du contraceptif, mais également à :

- Une infection vaginale ou cervicale transmissible sexuellement ou non.

Interventions

- Appliquer le Protocole de l'INESSS *Initier des mesures diagnostiques et un traitement pharmacologique chez une femme présentant des pertes vaginales inhabituelles* selon une ordonnance individuelle ou collective OU effectuer un test de triage pour éliminer l'infection à *Chlamydia trachomatis* et la gonorrhée et diriger immédiatement la femme vers le médecin ou l'IPS pour une investigation appropriée sans attendre le résultat du test de triage.
- Une fois l'investigation et un traitement appropriés effectués et en l'absence de contre-indications :
 - Rassurer la femme.
 - Changer pour un autre contraceptif hormonal combiné, une autre voie d'administration ou un autre contraceptif si elle n'est pas à l'aise avec cet effet indésirable.

- Faire un suivi systématique de la femme 3 mois après cette consultation ou avant 3 mois, à la demande de la femme, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable et en l'absence d'efficacité ou présence d'effets indésirables liées à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la femme vers le médecin ou l'IPS.
- Recommander à la femme de communiquer avec vous rapidement si elle développe de la dyspareunie profonde nouvelle, une sensibilité abdominale basse, de la fièvre/frissons ou des pertes vaginales anormales d'ici à la visite de suivi afin de la référer au médecin ou à l'IPS.

Mastalgie

Environ 30 % des femmes qui commencent à prendre des contraceptifs hormonaux combinés développent de la mastalgie dans les premiers mois d'utilisation. Lors des premiers cycles d'utilisation, la mastalgie est plus fréquente chez les utilisatrices du timbre que chez celles qui utilisent la pilule ou l'anneau contraceptif. Habituellement, la mastalgie diminue avec le temps. La mastalgie peut être associée à l'effet hormonal du contraceptif, mais également à :

- Une grossesse.
- Une affection des seins.

Interventions

- Faire un test de grossesse → Si résultat positif, diriger la femme vers un médecin ou une IPS.
- En présence d'autres symptômes → La diriger vers le médecin ou l'IPS.
- Si le résultat du test de grossesse est négatif et en l'absence d'autres symptômes :
 - Rassurer la femme.
 - Lui recommander un soutien-gorge bien ajusté, une diminution de la prise de caféine et une augmentation de la consommation de graines de lin (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2006).
 - Si la mastalgie est prémenstruelle → Lui conseiller l'utilisation du contraceptif hormonal en continu.
 - En l'absence d'autres symptômes et de contre-indications, changer pour 1) un autre contraceptif hormonal combiné à dose plus faible en estrogène; 2) une autre voie d'administration du contraceptif hormonal combiné; 3) un contraceptif à progestatif seul; 4) un stérilet au cuivre ou au lévonorgestrel.
- Faire un suivi systématique de la femme 3 mois après cette consultation ou avant 3 mois, à la demande de la femme, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable et/ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable et en l'absence d'efficacité et/ou présence d'effets indésirables liées à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la femme vers le médecin ou l'IPS.

Acné

Elle peut survenir chez certaines femmes qui prennent des contraceptifs hormonaux combinés. Par ailleurs, la contraception hormonale combinée améliore généralement l'acné. Moins de 10 % des utilisatrices rapportent une aggravation de leur acné. L'acné peut être associée à l'effet hormonal du contraceptif, mais également à :

- Une acné préexistante.
- Une grossesse.
- La prise de certains médicaments.
- Une affection endocrinienne.

Interventions

- Faire un test de grossesse → Si résultat positif, diriger la femme vers un médecin ou une IPS.
- Rechercher un changement dans la médication (sur ordonnance, en vente libre, produits de santé naturels) depuis la manifestation de l'effet indésirable et dans les trois derniers mois → Si présent, diriger la femme vers le médecin ou l'IPS.
- En présence d'autres symptômes → La diriger vers le médecin ou l'IPS.
- Si le résultat du test de grossesse est négatif et en l'absence d'autres symptômes et de prise de nouveaux médicaments :
 - Rassurer la femme et lui dire que cet effet indésirable devrait s'atténuer avec le temps.
 - Lui conseiller l'utilisation de produits en vente libre contre l'acné, après consultation du pharmacien.
 - En l'absence de contre-indications, discuter avec elle de la possibilité d'utiliser un autre contraceptif.
 - ⊖ La diriger vers le médecin ou l'IPS-si l'acné est très importante.
- Faire un suivi systématique de la femme 3 mois après cette consultation ou avant 3 mois, à la demande de la femme, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable et en l'absence d'efficacité ou présence d'effets indésirables liées à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la femme vers le médecin ou l'IPS.

Effets sur l'humeur

Des effets sur l'humeur peuvent survenir chez certaines femmes qui prennent des contraceptifs hormonaux combinés. Par contre, le risque de dépression comme telle⁴ n'est pas augmenté. Les effets sur l'humeur peuvent être associés à l'effet hormonal du contraceptif, mais également à :

- Une raison psychosociale.
- Un trouble dépressif ou anxieux sous-jacent.

Interventions

- Vérifier la présence d'éléments déclencheurs.
- Faire remplir le *Questionnaire sur la santé du patient PHQ-9* (annexe G) ; si le score est égal ou supérieur à 10 ou s'il y a présence d'idées suicidaires → Diriger la femme vers le médecin ou l'IPS.
- Si présence de troubles invalidants du sommeil → La diriger vers le médecin ou l'IPS.

⁴ Comme nous n'abordons dans ce document que les effets sur l'humeur, nous ne visons ici que le dépistage des symptômes de dépression.

- Si le score au questionnaire est inférieur à 10, que la femme ne présente pas d'idées suicidaires et qu'il y a absence de troubles invalidants du sommeil :
 - Rassurer la femme et lui dire que cet effet indésirable devrait s'atténuer avec le temps.
 - Lui conseiller de faire de l'exercice physique régulièrement, par exemple, aller marcher rapidement 30 minutes par jour.
 - La revoir deux semaines plus tard pour une réévaluation en utilisant le *Questionnaire sur la santé du patient PHQ-9* : si les symptômes sont toujours présents et en l'absence de contre-indications, prescrire un autre contraceptif ou référer à un médecin ou une IPS.
- Si la femme n'a pas été référée ou vu un médecin ou une IPS, faire un suivi systématique de la femme un mois après la 2^e consultation pour ce problème afin de vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable, en l'absence d'efficacité ou présence d'effets indésirables liées à la nouvelle stratégie adoptée et dans tous les cas où l'infirmière a besoin de soutien professionnel, diriger la femme vers le médecin ou l'IPS.

Prise de poids

Elle peut survenir chez certaines femmes qui prennent des contraceptifs hormonaux combinés. Cependant, il n'est pas démontré que cette prise de poids est secondaire à la contraception hormonale. Une rétention hydrique ressentie sous forme de ballonnement peut se produire en période prémenstruelle. La prise de poids peut être associée à l'effet hormonal du contraceptif, mais également à :

- Une grossesse.
- Une augmentation de l'apport calorique ou une diminution d'exercices physiques.
- Une maladie systémique.
- La prise de certains médicaments.

Interventions

- Faire un test de grossesse → Si résultat positif, diriger la femme vers un médecin ou une IPS.
- En présence d'autres symptômes → La diriger vers le médecin ou l'IPS.
- Rechercher un changement dans la médication (sur ordonnance, en vente libre, produits de santé naturels) depuis la manifestation de l'effet indésirable et dans les trois derniers mois → Si présent, la diriger vers le médecin ou l'IPS.
- Si le résultat du test de grossesse est négatif et en l'absence d'autres symptômes et de nouveaux médicaments :
 - Rassurer la femme et lui dire qu'il est très peu probable que sa prise de poids soit liée à l'utilisation de la contraception hormonale combinée.
 - Lui conseiller d'augmenter ses activités physiques et de réviser sa consommation d'aliments ou de boissons. Une consultation auprès d'un(e) nutritionniste ou d'un(e) kinésologue peut être suggérée.
 - En l'absence de contre-indications, discuter avec elle de la possibilité d'utiliser un autre contraceptif.

- Faire un suivi systématique de la femme 3 mois après cette consultation ou avant 3 mois, à la demande de la femme, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable et en l'absence d'efficacité ou présence d'effets indésirables liées à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la femme vers le médecin ou l'IPS.

Dysménorrhée persistante

Elle peut être présente chez certaines femmes. En général, la contraception hormonale combinée diminue la dysménorrhée, notamment, les contraceptifs oraux combinés la diminuent de 60 %. La dysménorrhée persistante n'est pas toujours améliorée par les contraceptifs hormonaux combinés et peut être associée à :

- Une infection transmissible sexuellement comme la gonorrhée et l'infection à *Chlamydia trachomatis*.
- Une atteinte inflammatoire pelvienne.
- Une affection gynécologique (ex. : endométriose, adénomyose).

Interventions

- Effectuer un test de triage pour éliminer l'infection à *Chlamydia trachomatis* et la gonorrhée → Si le test est positif, soit diriger la femme vers le médecin ou l'IPS, soit appliquer l'ordonnance collective *Initier des mesures diagnostiques et un traitement pharmacologique chez une femme présentant des pertes vaginales inhabituelles*.
- En présence de sensibilité abdominale basse en dehors des menstruations, d'une dyspareunie profonde nouvelle, de fièvre/frissons, ou de pertes vaginales anormales → La diriger vers le médecin ou l'IPS.
- En présence d'autres symptômes → La diriger vers le médecin ou l'IPS.
- Si la dysménorrhée persiste depuis au moins 3 mois et en l'absence d'une détection positive de gonorrhée ou de *Chlamydia trachomatis*, de sensibilité abdominale basse en dehors des menstruations, de dyspareunie profonde nouvelle, de fièvre/frissons, de pertes vaginales anormales ou d'autres symptômes :
 - Rassurer la femme et lui dire que cet effet indésirable devrait s'atténuer avec le temps.
 - En l'absence de contre-indications, lui conseiller l'utilisation d'ibuprofène 200 mg, 1 à 2 comprimés toutes les 4 à 6 heures (max. : 1200 mg/24 h), à débiter 24-48 heures avant la période menstruelle, jusqu'à l'arrêt des douleurs. Ingérer l'ibuprofène avec de la nourriture pour réduire ses effets digestifs. En présence de contre-indications à l'ibuprofène, l'acétaminophène 500 mg, 1 à 2 comprimés toutes les 4 à 6 heures (max. : 4 g/24 h) est une autre option.
 - En l'absence de contre-indications, discuter avec elle de la possibilité d'utiliser un autre contraceptif.
- Faire un suivi systématique de la femme 3 mois après cette consultation ou avant 3 mois, à la demande de la femme, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable et en l'absence d'efficacité ou présence d'effets indésirables liées à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la femme vers le médecin ou l'IPS.

- Recommander à la femme de communiquer avec vous rapidement si elle développe de la dyspareunie profonde nouvelle, une sensibilité abdominale basse, de la fièvre/frissons ou de pertes vaginales anormales d'ici à la visite de suivi afin de la référer au médecin ou à l'IPS.

Céphalée de retrait

Elle peut survenir chez certaines femmes qui prennent des contraceptifs hormonaux combinés. Elle est secondaire au retrait des estrogènes dans la période sans hormone. Elle peut être associée à l'effet hormonal du contraceptif, mais également à :

- Une migraine.
- Une affection systémique.

Interventions

- En présence d'autres symptômes (ex. : symptômes ophtalmologiques ou neurologiques associés, migraine chez une femme de 35 ans et plus, etc.) → Diriger la femme vers le médecin ou l'IPS.
- Vérifier la tension artérielle → Si anormale, la diriger vers le médecin ou l'IPS.
- En l'absence d'autres symptômes et si la tension artérielle est normale :
 - Rassurer la femme.
 - Lui conseiller l'utilisation du contraceptif hormonal en continu.
 - En l'absence de contre-indications, lui conseiller l'utilisation d'ibuprofène 200 mg, 1 à 2 comprimés toutes les 4 à 6 heures (max. : 1200 mg/24 h), à débiter 24-48 heures avant la période menstruelle, jusqu'à l'arrêt des douleurs. Ingérer l'ibuprofène avec de la nourriture pour réduire ses effets digestifs. En présence de contre-indications à l'ibuprofène, l'acétaminophène 500 mg, 1 à 2 comprimés toutes les 4 à 6 heures (max. : 4 g/24h) est une autre option.
- Faire un suivi systématique de la femme 3 mois après cette consultation ou avant 3 mois, la demande de la femme, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable et en l'absence d'efficacité ou présence d'effets indésirables liées à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la femme vers le médecin ou l'IPS.

4.5.2 TIMBRE CONTRACEPTIF

Réaction cutanée locale

Environ 20 % des femmes qui utilisent le timbre contraceptif présentent des réactions au site d'application (rougeur, douleur ou inconfort). Ces réactions sont considérées comme légères ou modérées et causent l'arrêt de la méthode dans seulement 2 % des cas. On n'a pas démontré que ces réactions étaient associées à de la phototoxicité ou à de la photoallergie. La réaction cutanée locale est associée à :

- Une irritation locale liée aux substances qui constituent le timbre.
- Une allergie aux substances qui constituent le timbre.
- Une maladie dermatologique sous-jacente.

Interventions

- Vérifier que la réaction est localisée au site de pose du timbre et que cette réaction est de légère à modérée.
- En présence d'autres symptômes ou d'une réaction plus étendue → Diriger la femme vers le médecin ou l'IPS.
- En l'absence d'autres symptômes, d'une réaction plus étendue et de contre-indications au timbre contraceptif :
 - Réviser les modalités d'utilisation du timbre : appliquer le timbre sur une peau propre, sèche (PAS au sortir du bain ni de la douche), saine et intacte ; éviter de l'appliquer aux endroits où les vêtements serrés risquent d'exercer des frottements ; ne pas dépasser la durée d'application de 7 jours.
 - Conseiller à la femme de changer de site d'application du timbre à chaque semaine (rotation des sites d'application).
 - Changer de méthode contraceptive si elle se sent trop incommodée.
- Faire un suivi systématique de la femme 3 mois après cette consultation ou avant 3 mois, à la demande de la femme, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable et en l'absence d'efficacité ou présence d'effets indésirables liées à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la femme vers le médecin ou l'IPS.

Prise de poids

Elle peut survenir chez certaines femmes qui prennent des contraceptifs hormonaux combinés. Cependant, il n'est pas démontré que cette prise de poids est secondaire de la contraception hormonale. Une rétention hydrique ressentie sous forme de ballonnement peut se produire en période prémenstruelle. La prise de poids peut être associée à l'effet hormonal du contraceptif, mais également à :

- Une grossesse.
- Une augmentation de l'apport calorique ou une diminution d'exercices physiques.
- Une maladie systémique.
- La prise de certains médicaments.

Interventions

- Faire un test de grossesse → Si résultat positif, diriger la femme vers un médecin ou une IPS.
- En présence d'autres symptômes → La diriger vers le médecin ou l'IPS.
- Rechercher un changement dans la médication (sur ordonnance, en vente libre, produits de santé naturels) depuis la manifestation de l'effet indésirable et dans les trois derniers mois → Si présent, la diriger vers le médecin ou l'IPS.
- Si le résultat du test de grossesse est négatif et en l'absence d'autres symptômes et de nouveaux médicaments :
 - Rassurer la femme et lui dire qu'il est très peu probable que sa prise de poids soit liée à l'utilisation de la contraception hormonale combinée.

- Si le poids de la femme est égal ou excède 90 kg, lui indiquer que son contraceptif peut être moins efficace et discuter avec elle de la pertinence d'utiliser une autre voie d'administration du contraceptif hormonal combiné, un autre contraceptif, selon ses besoins et son observance contraceptive.
- Lui conseiller d'augmenter ses activités physiques et de réviser sa consommation d'aliments ou de boissons. Une consultation auprès d'un(e) nutritionniste ou d'un(e) kinésologue peut être suggérée.
- En l'absence de contre-indications, discuter avec elle de la possibilité d'utiliser un autre contraceptif.
- Faire un suivi systématique de la femme 3 mois après cette consultation ou avant 3 mois, à la demande de la femme, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable et en l'absence d'efficacité ou présence d'effets indésirables liées à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la femme vers le médecin ou l'IPS.

4.5.3 CONTRACEPTIF ORAL À PROGESTATIF SEUL

Saignements irréguliers

Environ 12 % des utilisatrices de contraceptif oral à progestatif seul présentent des saignements irréguliers fréquents. Ils diminuent avec la durée d'utilisation. Seulement 40 % des utilisatrices présentent des cycles réguliers. Un counseling préalable à ce sujet est recommandé. Les saignements irréguliers peuvent être associés à l'effet hormonal du contraceptif, mais également à :

- La grossesse.
- L'oubli de comprimés.
- Une infection transmissible sexuellement comme l'infection à *Chlamydia trachomatis* et la gonorrhée.
- Une interaction médicamenteuse.
- Un trouble gastro-intestinal provoquant vomissements et/ou diarrhées.
- Une maladie systémique, tel un trouble thyroïdien.
- L'usage du tabac.
- La présence d'une anomalie dans l'utérus (ex. : polype, myome) ou au col (polype, ectropion, cancer, etc.).

Interventions

- Faire un test de grossesse → Si résultat positif, diriger la femme vers un médecin ou une IPS.
- Évaluer l'observance → Si problème, discuter avec elle des stratégies qui augmentent l'observance ou changer pour une méthode contraceptive qui lui demande moins d'assiduité si elle n'a pas de contre-indications.
- Effectuer un test de triage pour éliminer l'infection à *Chlamydia trachomatis* et la gonorrhée → Si le résultat du test est positif, soit diriger la femme vers le médecin ou l'IPS, soit appliquer l'ordonnance collective *Initier des mesures diagnostiques et un traitement pharmacologique chez une femme présentant des pertes vaginales inhabituelles.*

- Vérifier les interactions médicamenteuses potentielles (communication possible avec le pharmacien de la femme) → Si présence d'interactions médicamenteuses, diriger la femme vers le médecin ou l'IPS.
- En présence d'autres symptômes (dyspareunie profonde nouvelle, sensibilité abdominale basse, fièvre/frissons, pertes vaginales anormales) → La diriger vers le médecin ou l'IPS.
- Faire un counseling antitabagique si indiqué.
- Si le résultat du test de grossesse est négatif et, en l'absence d'une détection positive de gonorrhée ou de l'infection à *Chlamydia trachomatis*, d'interaction médicamenteuse, d'autres symptômes et de contre-indications :
 - Continuer avec le même contraceptif, en particulier si les saignements irréguliers surviennent dans les premiers mois de l'utilisation du contraceptif.
 - Rassurer la femme et lui dire que cet effet indésirable devrait s'atténuer avec le temps.
 - En l'absence de contre-indications, lui conseiller l'utilisation d'ibuprofène 200 mg, 1 à 2 comprimés toutes les 4 à 6 heures (max. : 1200 mg/24 h), pendant 10 jours. Ingérer l'ibuprofène avec de la nourriture pour réduire ses effets digestifs. Au besoin, ce cycle peut être répété 1 fois PRN.
 - Changer pour un autre contraceptif.
- Faire un suivi systématique de la femme 3 mois après cette consultation ou avant 3 mois, à la demande de la femme, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable et en l'absence d'efficacité ou présence d'effets indésirables liées à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la femme vers le médecin ou l'IPS.
- Recommander à la femme de communiquer avec vous rapidement si elle développe de la dyspareunie profonde nouvelle, une sensibilité abdominale basse, de la fièvre/frissons ou des pertes vaginales anormales d'ici à la visite de suivi afin de la référer au médecin ou à l'IPS.

Aménorrhée

Environ 10 % des femmes utilisant le contraceptif à progestatif seul peuvent présenter de l'aménorrhée. L'aménorrhée peut être associée à l'effet hormonal du contraceptif, mais également à :

- La grossesse.
- Toute situation ou prise de médicaments réduisant l'efficacité du contraceptif et augmentant le risque de grossesse.

Interventions

- Faire un test de grossesse → Si résultat positif, diriger la femme vers un médecin ou une IPS.
- Évaluer l'observance → Si problème, discuter avec elle des stratégies qui augmentent l'observance ou changer pour une méthode contraceptive qui lui demande moins d'assiduité si elle n'a pas de contre-indications.
- Vérifier les interactions médicamenteuses potentielles (communication possible avec le pharmacien de la femme) → Si présence d'interactions médicamenteuses, diriger la femme vers le médecin ou l'IPS.
- En présence d'autres symptômes → La diriger vers le médecin ou l'IPS.

- Si le résultat du test de grossesse est négatif et en l'absence d'interaction médicamenteuse, d'autres symptômes et de contre-indications :
 - Rassurer la femme, lui conseiller de surveiller les signes et symptômes de grossesse et d'éviter tout oubli contraceptif. Lui conseiller aussi de repasser un test de grossesse dans deux semaines.
 - Si l'aménorrhée persiste, faire un test de grossesse aux 3 mois.
 - Changer pour un autre contraceptif si elle n'est pas à l'aise avec cet effet indésirable.

Acné

Il s'agit d'un effet indésirable peu fréquent ($\leq 1\%$). L'acné peut être associée à l'effet hormonal du contraceptif, mais également à :

- Une acné préexistante.
- Une grossesse.
- La prise de certains médicaments.
- Une affection endocrinienne.

Interventions

- Faire un test de grossesse → Si résultat positif, diriger la femme vers un médecin ou une IPS.
- Rechercher un changement dans la médication (sur ordonnance, en vente libre, produits de santé naturels) depuis la manifestation de l'effet indésirable et dans les trois derniers mois → Si présent, diriger la femme vers le médecin ou l'IPS.
- En présence d'autres symptômes → La diriger vers le médecin ou l'IPS.
- Si le résultat du test de grossesse est négatif et en l'absence d'autres symptômes et de prise de nouveaux médicaments :
 - Rassurer la femme et lui dire que cet effet indésirable devrait s'atténuer avec le temps.
 - Lui conseiller l'utilisation de produits en vente libre contre l'acné, après consultation du pharmacien.
 - En l'absence de contre-indications, discuter avec elle de la possibilité d'utiliser une autre méthode contraceptive.
 - La diriger vers le médecin ou l'IPS si l'acné est très importante.
- Faire un suivi systématique de la femme 3 mois après cette consultation ou avant 3 mois, à la demande de la femme, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable et en l'absence d'efficacité ou présence d'effets indésirables liées à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la femme vers le médecin ou l'IPS.

Effets sur l'humeur

Il s'agit d'un effet indésirable peu fréquent ($\leq 1\%$). Les études démontrent qu'il n'y a pas de hausse des symptômes de dépression chez les utilisatrices de contraceptifs oraux à progestatif seul. Les effets sur l'humeur peuvent être associés à l'effet hormonal du contraceptif, mais également à :

- Une raison psychosociale.

- Un trouble dépressif ou anxieux sous-jacent.

Interventions

- Vérifier la présence d'éléments déclencheurs.
- Faire remplir le *Questionnaire sur la santé du patient PHQ-9* (annexe G) ; si le score est égal ou supérieur à 10 ou qu'il y a présence d'idées suicidaires → Diriger la femme vers le médecin ou l'IPS.
- S'il y a présence de troubles invalidants du sommeil → La diriger vers le médecin ou l'IPS.
- Si le score est inférieur à 10, que la femme ne présente pas d'idées suicidaires et qu'il y a absence de troubles invalidants du sommeil :
 - Rassurer la femme et lui dire que cet effet indésirable devrait s'atténuer avec le temps.
 - Lui conseiller de faire de l'exercice physique régulièrement, par exemple, marcher rapidement 30 minutes par jour.
 - La revoir deux semaines plus tard pour une réévaluation en utilisant le *Questionnaire sur la santé du patient PHQ-9* : si les symptômes sont toujours présents et en l'absence de contre-indications, prescrire un autre contraceptif ou référer à un médecin ou une IPS.
- Si la femme n'a pas été référée ou vu un médecin ou une IPS, faire un suivi systématique de la femme un mois après la 2^e consultation pour ce problème afin de vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable, en l'absence d'efficacité ou présence d'effets indésirables liées à la nouvelle stratégie adoptée et dans tous les cas où l'infirmière a besoin de soutien professionnel, diriger la femme vers le médecin ou l'IPS.

Prise de poids

Il s'agit d'un effet indésirable peu fréquent ($\leq 1\%$). La prise de poids peut être associée à l'effet hormonal du contraceptif, mais également à :

- Une grossesse
- Une augmentation de l'apport calorique ou une diminution d'exercices physiques.
- Une maladie systémique.
- La prise de certains médicaments.

Interventions

- Faire un test de grossesse → Si résultat positif, diriger la femme vers un médecin ou une IPS.
- En présence d'autres symptômes → Diriger la femme vers le médecin ou l'IPS.
- Rechercher un changement dans la médication (sur ordonnance, en vente libre, produits de santé naturels) depuis la manifestation de l'effet indésirable et dans les trois derniers mois → Si présent, la diriger vers le médecin ou l'IPS.
- Si le résultat du test de grossesse est négatif et en l'absence d'autres symptômes :
 - Rassurer la femme et lui dire qu'il est très peu probable que sa prise de poids soit liée à l'utilisation du contraceptif oral à progestatif seul.

- Lui conseiller d'augmenter ses activités physiques et de réviser sa consommation d'aliments ou boissons. Une consultation auprès d'un(e) nutritionniste ou d'un(e) kinésologue peut être suggérée.
- En l'absence de contre-indications, discuter avec elle de la possibilité d'utiliser un autre contraceptif.
- Faire un suivi systématique de la femme 3 mois après cette consultation ou avant 3 mois, à la demande de la femme, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable et en l'absence d'efficacité ou présence d'effets indésirables liées à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la femme vers le médecin ou l'IPS.

4.5.4 INJECTION CONTRACEPTIVE

Saignements irréguliers

Des saignements irréguliers surviennent chez environ 25 % des utilisatrices de l'injection contraceptive durant les trois premiers mois d'utilisation. Ils diminuent avec la durée d'utilisation et, après un an, seulement 15 % des femmes présentent des saignements irréguliers. Un counseling pré-utilisation à ce sujet est recommandé. Les saignements irréguliers peuvent être associés à l'effet hormonal du contraceptif, mais également à :

- La grossesse : rarissime.
- Une infection transmissible sexuellement comme la gonorrhée et l'infection à *Chlamydia trachomatis*.
- Une maladie systémique, tel un trouble thyroïdien.
- La présence d'une anomalie dans l'utérus (ex. : polype, myome) ou au col (polype, ectropion, cancer, etc.).

Interventions

- Faire un test de grossesse → Si résultat positif, diriger la femme vers un médecin ou une IPS.
- Évaluer l'observance → Si problème, discuter avec elle des stratégies qui augmentent l'observance ou changer pour une méthode contraceptive qui lui demande moins d'assiduité si elle n'a pas de contre-indications.
- Effectuer un test de triage pour éliminer l'infection à *Chlamydia trachomatis* et la gonorrhée → Si le résultat du test est positif, soit diriger la femme vers le médecin ou l'IPS, soit appliquer l'ordonnance collective *Initier des mesures diagnostiques et un traitement pharmacologique chez une femme présentant des pertes vaginales inhabituelles*.
- En présence d'autres symptômes (dyspareunie profonde nouvelle, sensibilité abdominale basse, fièvre/frissons, pertes vaginales anormales) → La diriger vers le médecin ou l'IPS.
- Si le résultat du test de grossesse est négatif et, en l'absence d'une détection positive de *Chlamydia trachomatis* ou de gonorrhée, d'autres symptômes et de contre-indications :
 - Rassurer la femme et lui dire que cet effet indésirable devrait s'atténuer avec le temps.
 - En l'absence de contre-indications, lui conseiller l'utilisation d'ibuprofène 200 mg, 1 à 2 comprimés toutes les 4 à 6 heures (max. : 1200 mg/24 h), pendant 10 jours. Ingérer l'ibuprofène avec de la nourriture pour réduire ses effets digestifs. Au besoin, ce cycle peut être répété 1 fois PRN.

- Donner, à une reprise, la prochaine injection de 8 à 10 semaines après la précédente.
- Changer pour un autre contraceptif hormonal.
- Faire un suivi systématique de la femme 3 mois après cette consultation ou avant 3 mois, à la demande de la femme pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable et en l'absence d'efficacité ou présence d'effets indésirables liés à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la femme vers le médecin ou l'IPS.
- Recommander à la femme de communiquer avec vous rapidement si elle développe de la dyspareunie profonde nouvelle, une sensibilité abdominale basse, de la fièvre/frissons ou des pertes vaginales anormales d'ici à la visite de suivi afin de la référer au médecin ou à l'IPS.

Aménorrhée

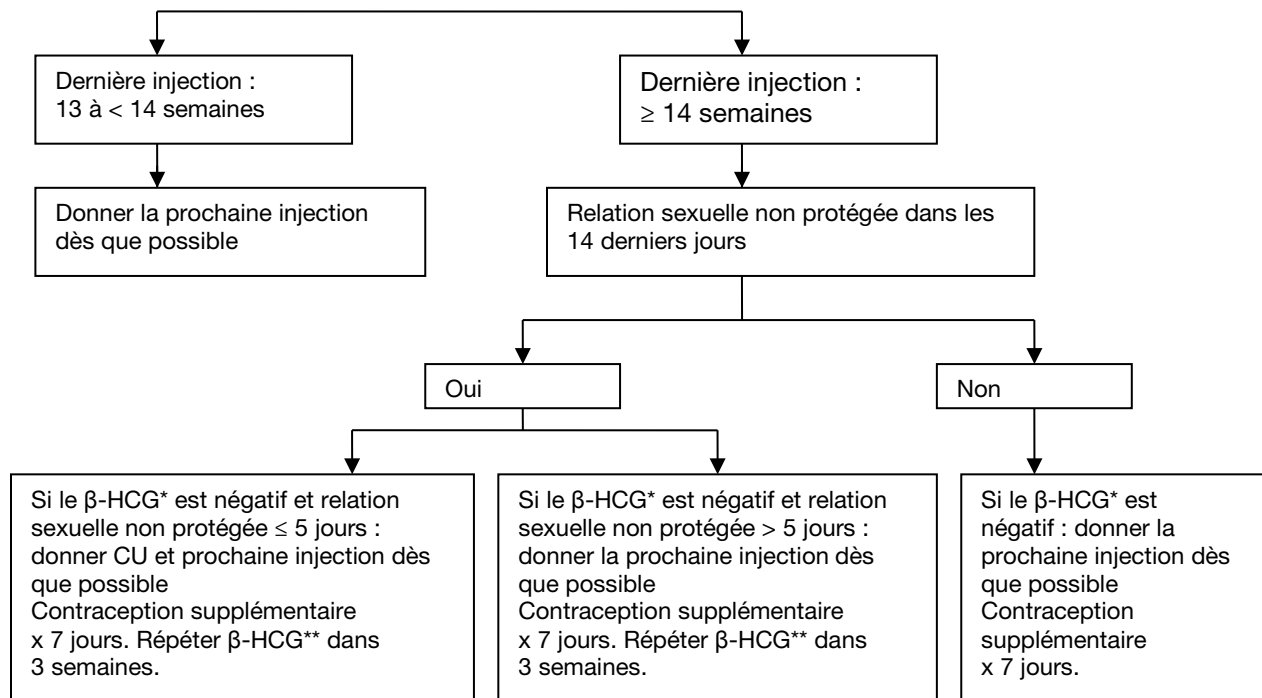
L'aménorrhée est un effet indésirable « normal » et bénéfique de l'utilisation de l'injection contraceptive. Elle est présente chez 55 à 60 % des femmes après un an d'utilisation et chez 70 % après 2 ans. L'aménorrhée peut être associée à l'effet hormonal du contraceptif, mais également à :

- La grossesse : rarissime.

Interventions

- Faire un test de grossesse seulement si problème d'observance et délai ≥ 14 semaines entre les injections ou si présence d'autres symptômes de grossesse → Si résultat positif, diriger la femme vers un médecin ou une IPS. Si résultat négatif, appliquer les consignes d'oublis propres à l'injection contraceptive.
- Évaluer l'observance → Si problème, discuter avec elle des stratégies qui augmentent l'observance ou changer pour une méthode contraceptive qui lui demande moins d'assiduité si elle n'a pas de contre-indications.
- En présence d'autres symptômes → La diriger vers le médecin ou l'IPS.
- Si le résultat du test de grossesse est négatif et en l'absence d'autres symptômes et de contre-indications :
 - Rassurer la femme.
 - Changer pour un autre contraceptif si elle n'est pas à l'aise avec cet effet indésirable.

Figure 1 Consignes en cas de délais de l'injection contraceptive



* Puisqu'il est possible de procéder au dépistage du taux de β -HCG dans l'urine directement en pharmacie ou en clinique, ce type de dépistage peut être privilégié aux dépens du dépistage du taux sérique de β -HCG.

** En procédant à nouveau au dépistage du β -HCG, 3 semaines après l'injection, nous sommes en mesure de nous assurer qu'une grossesse non souhaitée n'est pas passée inaperçue.

Source : Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, Opinion de comité de la SOGC no 219. 2008.

Acné

Il s'agit d'un effet indésirable peu fréquent. L'acné peut être associée à l'effet hormonal du contraceptif, mais également à :

- Une acné préexistante.
- Une grossesse.
- La prise de certains médicaments.
- Une affection endocrinienne.

Interventions

- Faire un test de grossesse → Si résultat positif, diriger la femme vers un médecin ou une IPS.
- En présence d'autres symptômes → Diriger la femme vers le médecin ou l'IPS.
- Rechercher un changement dans la médication (sur ordonnance, en vente libre, produits de santé naturels) depuis la manifestation de l'effet indésirable et dans les trois derniers mois → Si présent, la diriger vers le médecin ou l'IPS.
- Si le résultat du test de grossesse est négatif et en l'absence d'autres symptômes et de prise de nouveaux médicaments :
 - Rassurer la femme et lui dire que cet effet indésirable devrait s'atténuer avec le temps.

- Lui conseiller l'utilisation de produits en vente libre contre l'acné, après consultation du pharmacien.
- En l'absence de contre-indications, discuter avec elle de la possibilité d'utiliser un autre contraceptif.
- La diriger vers le médecin ou l'IPS si l'acné est très importante.
- Faire un suivi systématique de la femme 3 mois après cette consultation ou avant 3 mois, à la demande de la femme, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable et en l'absence d'efficacité ou présence d'effets indésirables liées à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la femme vers le médecin ou l'IPS.

Effets sur l'humeur

Bien que des variations de l'humeur aient été signalées chez les utilisatrices de l'injection contraceptive et qu'elles puissent mener à l'abandon du traitement, les études prospectives comparatives ne semblent pas démontrer une hausse des symptômes de dépression chez ces femmes. D'autres études sont toutefois nécessaires pour évaluer un lien potentiel entre l'injection contraceptive et les effets sur l'humeur. Les effets sur l'humeur peuvent être associés à l'effet hormonal du contraceptif, mais également à :

- Une raison psychosociale.
- Un trouble dépressif ou anxieux sous-jacent.

Interventions

- Vérifier la présence d'éléments déclencheurs.
- Faire remplir le *Questionnaire sur la santé du patient PHQ-9* (annexe G) ; si le score est égal ou supérieur à 10 ou s'il y a présence d'idées suicidaires → Diriger la femme vers le médecin ou l'IPS.
- Si présence de troubles invalidants du sommeil → La diriger vers le médecin ou l'IPS.
- Si le score au questionnaire est inférieur à 10, que la femme ne présente pas d'idées suicidaires et qu'il y a absence de troubles invalidants du sommeil :
 - Rassurer la femme et lui dire que cet effet indésirable devrait s'atténuer avec le temps.
 - Lui conseiller de faire de l'exercice physique régulièrement, par exemple, marcher rapidement 30 minutes par jour.
 - La revoir deux semaines plus tard pour une réévaluation en utilisant le *Questionnaire sur la santé du patient PHQ-9* : si les symptômes sont toujours présents et en l'absence de contre-indications, prescrire un autre contraceptif ou référer à un médecin ou une IPS.
- Si la femme n'a pas été référée ou vu un médecin ou une IPS, faire un suivi systématique de la femme un mois après la 2^e consultation pour ce problème afin de vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable, en l'absence d'efficacité ou présence d'effets indésirables liées à la nouvelle stratégie adoptée et dans tous les cas où l'infirmière a besoin de soutien professionnel, diriger la femme vers le médecin ou l'IPS.

Prise de poids

Une augmentation du poids a été notée chez 56 % des utilisatrices et une perte de poids ou un poids stable chez 44 %. Selon la monographie du produit, les gains de poids moyens seraient de l'ordre de 2,5 kg au cours de la première année d'utilisation, 3,7 kg après la 2^e année et 6,3 kg après la 3^e année. La prise de poids peut être associée à l'effet hormonal du contraceptif, mais également à :

- Une grossesse.
- Une augmentation de l'apport calorique ou une diminution d'exercices physiques.
- Une maladie systémique.
- La prise de certains médicaments.

Interventions

- Faire un test de grossesse → Si résultat positif, diriger la femme vers un médecin ou une IPS.
- En présence d'autres symptômes → La diriger vers le médecin ou l'IPS.
- Rechercher un changement dans la médication (sur ordonnance, en vente libre, produits de santé naturels) depuis la manifestation de l'effet indésirable et dans les trois derniers mois → Si présent, la diriger vers le médecin ou l'IPS.
- Si le résultat du test de grossesse est négatif et en l'absence d'autres symptômes :
 - Rassurer la femme et lui dire qu'il est possible que sa prise de poids soit liée à l'utilisation de l'injection contraceptive.
 - Lui conseiller d'augmenter ses activités physiques et de réviser sa consommation d'aliments ou boissons. Une consultation auprès d'un(e) nutritionniste ou d'un(e) kinésologue peut être suggérée.
 - En l'absence de contre-indications, discuter avec elle de la possibilité d'utiliser un autre contraceptif.
- Faire un suivi systématique de la femme 3 mois après cette consultation ou avant 3 mois, à la demande de la femme, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable et en l'absence d'efficacité ou présence d'effets indésirables liés à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la femme vers le médecin ou l'IPS.

4.5.5 STÉRILET AU CUIVRE

Saignements irréguliers

Les saignements irréguliers sont un effet indésirable qui peut survenir durant les premiers mois d'utilisation d'un stérilet au cuivre et une raison fréquente possible d'arrêt de la méthode. Ils diminuent avec le temps. C'est pourquoi un counseling préalable à ce sujet est important. Par contre, ils conduisent rarement à une anémie. Les saignements irréguliers peuvent être associés à l'effet du stérilet sur l'endomètre, mais également à :

- Une grossesse.
- Une expulsion partielle du stérilet.
- Une infection transmissible sexuellement comme la gonorrhée et l'infection à *Chlamydia trachomatis*.

- Une infection de l'endomètre ou du col.
- Une affection de l'endomètre (ex. : fibrome, polype) ou du col (polype, ectropion, cancer, etc.).
- Une maladie systémique tel un trouble thyroïdien.

Interventions

- Faire un test de grossesse → Si résultat positif, diriger la femme vers un médecin ou une IPS.
- Faire un examen gynécologique pour vérifier la présence adéquate des fils du stérilet au niveau du col de l'utérus et l'absence du stérilet comme tel sortant par le col → Si les fils sont absents, si les fils sont perçus comme trop longs, si une partie du stérilet est visualisée dans le col ou si l'infirmière ne fait pas d'examen gynécologique, diriger rapidement la femme vers le médecin ou l'IPS et s'assurer que la femme utilise une autre méthode de contraception en attendant le diagnostic (condom à toutes les relations sexuelles). Si les fils du stérilet ne sont pas visualisés dans le col, l'infirmière peut y insérer une cytobrosse, lui faire faire une rotation délicate de 360 degrés, puis la retirer délicatement – cette pratique peut faire ressortir les fils du stérilet sans modifier la position de ce dernier.
- Effectuer un test de triage pour éliminer l'infection à *Chlamydia trachomatis* et la gonorrhée → Si le résultat du test est positif, soit diriger la femme vers le médecin ou l'IPS, soit appliquer l'ordonnance collective *Initier des mesures diagnostiques et un traitement pharmacologique chez une femme présentant des pertes vaginales inhabituelles*.
- En présence de dyspareunie profonde nouvelle, de sensibilité abdominale basse, de fièvre/frissons ou de pertes vaginales anormales → La diriger vers le médecin ou l'IPS.
- En présence d'autres symptômes → La diriger vers le médecin ou l'IPS.
- Si le résultat du test de grossesse est négatif, que le stérilet est bien placé et en l'absence d'une détection positive de gonorrhée ou de *Chlamydia trachomatis*, de douleurs pelviennes et d'autres symptômes :
 - Rassurer la femme et lui dire que cet effet indésirable devrait s'atténuer avec le temps.
 - En l'absence de contre-indications, lui conseiller l'utilisation d'ibuprofène 200 mg, 1 à 2 comprimés toutes les 4 à 6 heures (max. : 1200 mg/24 h), pendant 10 jours. Ingérer l'ibuprofène avec de la nourriture pour réduire ses effets digestifs. Ce cycle peut être répété 1 fois PRN.
- Faire un suivi systématique de la femme 3 mois après cette consultation ou avant 3 mois, à la demande de la femme, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable et en l'absence d'efficacité ou présence d'effets indésirables liées à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la femme vers le médecin ou l'IPS.
- Recommander à la femme de communiquer avec vous rapidement si elle développe de la dyspareunie profonde nouvelle, une sensibilité abdominale basse, de la fièvre/frissons ou des pertes vaginales anormales d'ici à la visite de suivi afin de la référer au médecin ou à l'IPS.

Saignements abondants (ménorragie)

Les femmes qui utilisent le stérilet au cuivre peuvent avoir des menstruations plus abondantes et plus longues, en particulier durant la première année d'utilisation. C'est une raison fréquente d'arrêt de la méthode. C'est pourquoi un counseling préalable à ce sujet est important. Ces saignements

conduisent parfois à une anémie. Les saignements abondants peuvent être associés à l'effet du stérilet sur l'endomètre, mais également à :

- Une grossesse.
- Une infection transmissible sexuellement comme la gonorrhée et l'infection à *Chlamydia trachomatis*.
- Une infection de l'endomètre.
- La présence d'une anomalie dans l'utérus (ex. : polype, myome) ou au col (polype, ectropion, cancer, etc.).
- Une maladie systémique tel un trouble thyroïdien.

Interventions

- Faire un test de grossesse → Si résultat positif, diriger la femme vers un médecin ou une IPS.
- Faire un examen gynécologique pour vérifier la présence adéquate des fils du stérilet au niveau du col de l'utérus et l'absence du stérilet comme tel sortant par le col → Si les fils sont absents, si les fils sont perçus comme trop longs, si une partie du stérilet est visualisée dans le col ou si l'infirmière ne fait pas d'examen gynécologique, diriger rapidement la femme vers le médecin ou l'IPS et s'assurer que la femme utilise une autre méthode de contraception en attendant le diagnostic (condom à toutes les relations sexuelles). Si les fils du stérilet ne sont pas visualisés dans le col, l'infirmière peut y insérer une cytobrosse, lui faire faire une rotation délicate de 360 degrés, puis la retirer – cette pratique peut faire ressortir les fils du stérilet sans modifier la position de ce dernier.
- Effectuer un test de triage pour éliminer l'infection à *Chlamydia trachomatis* et la gonorrhée → Si le résultat du test est positif, soit diriger la femme vers le médecin ou l'IPS, soit appliquer l'ordonnance collective *Initier des mesures diagnostiques et un traitement pharmacologique chez une femme présentant des pertes vaginales inhabituelles*.
- En présence de dyspareunie profonde nouvelle, de sensibilité abdominale basse, de fièvre/frissons ou de pertes vaginales anormales → La diriger vers le médecin ou l'IPS.
- En présence d'autres symptômes → La diriger vers le médecin ou l'IPS.
- Si le résultat du test de grossesse est négatif et que le stérilet est bien placé et, en l'absence d'une détection positive de gonorrhée ou de *Chlamydia trachomatis*, de douleurs pelviennes et d'autres symptômes :
 - Rassurer la femme et lui dire que cet effet indésirable devrait s'atténuer avec le temps.
 - En l'absence de contre-indications, lui conseiller l'utilisation d'ibuprofène 200 mg, 1 à 2 comprimés toutes les 4 à 6 heures (max. : 1200 mg/24 h), pendant 10 jours. Ingérer l'ibuprofène avec de la nourriture pour réduire ses effets digestifs. Au besoin, ce cycle peut être répété 1 fois PRN.
- Faire un suivi systématique de la femme 3 mois après cette consultation ou avant 3 mois, à la demande de la femme, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable et en l'absence d'efficacité ou présence d'effets indésirables liées à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la femme vers le médecin ou l'IPS.

- Recommander à la femme de communiquer avec vous rapidement si elle développe de la dyspareunie profonde nouvelle, une sensibilité abdominale basse, de la fièvre/frissons ou des pertes vaginales anormales d'ici à la visite de suivi afin de la référer au médecin ou à l'IPS.

Dysménorrhée

Les femmes qui utilisent le stérilet au cuivre peuvent avoir des menstruations plus douloureuses, en particulier durant la première année d'utilisation. C'est une raison fréquente d'arrêt de la méthode. C'est pourquoi un counseling préalable à ce sujet est important. La dysménorrhée peut être associée à l'effet du stérilet sur l'endomètre et le myomètre, mais également à :

- Une grossesse.
- Une expulsion partielle du stérilet.
- Une infection transmissible sexuellement comme la gonorrhée et l'infection à *Chlamydia trachomatis*.
- Une atteinte inflammatoire pelvienne.
- Une affection gynécologique (ex. : endométriose, adénomyose).

Interventions

- Faire un test de grossesse → Si résultat positif, diriger la femme vers un médecin ou une IPS.
- Effectuer un test de triage pour éliminer l'infection à *Chlamydia trachomatis* et la gonorrhée → Si le résultat du test est positif, soit diriger la femme vers le médecin ou l'IPS, soit appliquer l'ordonnance collective *Initier des mesures diagnostiques et un traitement pharmacologique chez une femme présentant des pertes vaginales inhabituelles*.
- Faire un examen gynécologique pour vérifier la présence adéquate des fils du stérilet au niveau du col de l'utérus et l'absence du stérilet comme tel sortant par le col → Si les fils sont absents, si les fils sont perçus comme trop longs, si une partie du stérilet est visualisée dans le col ou si l'infirmière ne fait pas d'examen gynécologique, diriger rapidement la femme vers le médecin ou l'IPS et s'assurer que la femme utilise une autre méthode de contraception en attendant le diagnostic (condom à toutes les relations sexuelles). Si les fils du stérilet ne sont pas visualisés dans le col, l'infirmière peut y insérer une cytobrosse, lui faire faire une rotation délicate de 360 degrés, puis la retirer – cette pratique peut faire ressortir les fils du stérilet sans modifier la position de ce dernier.
- En présence de sensibilité abdominale basse en dehors des menstruations, d'une dyspareunie profonde nouvelle, de fièvre/frissons ou de pertes vaginales anormales → La diriger vers le médecin ou l'IPS.
- En présence d'autres symptômes → La diriger vers le médecin ou l'IPS.
- Si le résultat du test de grossesse est négatif et que le stérilet est bien placé et, en l'absence d'une détection positive de gonorrhée ou de *Chlamydia trachomatis*, de douleurs pelviennes ou d'expulsion du stérilet et d'autres symptômes :
 - Rassurer la femme et lui dire que cet effet indésirable devrait s'atténuer avec le temps.
 - En l'absence de contre-indications, lui conseiller l'utilisation d'ibuprofène 200 mg, 1 à 2 comprimés toutes les 4 à 6 heures (max. : 1200 mg/24 h), à débiter 24-48 heures avant la période menstruelle, jusqu'à l'arrêt des douleurs. Ingérer l'ibuprofène avec de la nourriture pour réduire ses effets digestifs. En présence de contre-indications à l'ibuprofène,

l'acétaminophène 500 mg, 1 à 2 comprimés toutes les 4 à 6 heures (max. : 4 g/24 h) est une autre option.

- Faire un suivi systématique de la femme 3 mois après cette consultation ou avant 3 mois, à la demande de la femme, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable et en l'absence d'efficacité ou présence d'effets indésirables liées à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la femme vers le médecin ou l'IPS.
- Recommander à la femme de communiquer avec vous rapidement si elle développe de la dyspareunie profonde nouvelle, une sensibilité abdominale basse ou de la fièvre/frissons, pertes vaginales anormales d'ici à la visite de suivi afin de la référer au médecin ou à l'IPS.

Aménorrhée

Il est rare que les femmes qui utilisent le stérilet au cuivre présentent une aménorrhée. L'aménorrhée peut être associée à :

- Une grossesse.
- Une dysfonction hormonale.
- Une maladie systémique.

Interventions

- Faire un test de grossesse → que le résultat du test soit positif ou négatif, diriger la femme vers un médecin ou une IPS.
- Faire un examen gynécologique pour vérifier la présence adéquate des fils du stérilet au niveau du col de l'utérus et l'absence du stérilet comme tel sortant par le col → Si les fils sont absents, si les fils sont perçus comme trop longs, si une partie du stérilet est visualisée dans le col ou si l'infirmière ne fait pas d'examen gynécologique, diriger rapidement la femme vers le médecin ou l'IPS et s'assurer que la femme utilise une autre méthode de contraception en attendant le diagnostic (condom à toutes les relations sexuelles). Si les fils du stérilet ne sont pas visualisés dans le col, l'infirmière peut y insérer une cytobrosse, lui faire faire une rotation délicate de 360 degrés, puis la retirer délicatement – cette pratique peut faire ressortir les fils du stérilet sans modifier la position de ce dernier.
- En présence d'autres symptômes → Diriger la femme vers le médecin ou l'IPS.

4.5.6 STÉRILET AU LÉVONORGESTREL

Saignements irréguliers

Les saignements irréguliers sont un effet indésirable fréquent durant les premiers mois d'utilisation d'un stérilet au lévonorgestrel et une raison fréquente d'arrêt de la méthode. Ils diminuent avec le temps. C'est pourquoi un counseling préalable à ce sujet est important. Par contre, ces saignements sont souvent peu abondants. L'utilisation du stérilet Mirena^{MD} est associée à une réduction de l'abondance menstruelle d'une telle importance qu'après un an d'utilisation, 50 % des femmes sont aménorrhéiques et 25 % sont oligoménorrhéiques. L'utilisation du stérilet Jaydess^{MD} est également associée à une réduction de l'abondance menstruelle chez 22 % des utilisatrices et à une aménorrhée possible chez 12 % des utilisatrices. Le profil de saignement lors de l'utilisation du stérilet Kyleena^{MD} se situe entre les profils du Mirena^{MD} et du Jaydess^{MD} et la probabilité d'aménorrhée après un an avec le stérilet Kyleena^{MD} est de 12,7%. Les saignements irréguliers peuvent être associés à l'effet du stérilet sur l'endomètre, mais également à :

- Une grossesse.
- Une expulsion partielle du stérilet.
- Une infection transmissible sexuellement comme la gonorrhée et l'infection à *Chlamydia trachomatis*.
- Une infection de l'endomètre ou du col.
- La présence d'une anomalie dans l'utérus (ex. : polype, myome) ou au col (polype, ectropion, cancer, etc.).
- Une maladie systémique tel un trouble thyroïdien.

Interventions

- Faire un test de grossesse → Si résultat positif, diriger la femme vers un médecin ou une IPS.
- Effectuer un test de triage pour éliminer l'infection à *Chlamydia trachomatis* et la gonorrhée → Si le résultat du test est positif, soit diriger la femme vers le médecin ou l'IPS, soit appliquer l'ordonnance collective *Initier des mesures diagnostiques et un traitement pharmacologique chez une femme présentant des pertes vaginales inhabituelles*.
- Faire un examen gynécologique pour vérifier la présence adéquate des fils du stérilet au niveau du col de l'utérus et l'absence du stérilet comme tel sortant par le col → Si les fils sont absents, si les fils sont perçus comme trop longs, si une partie du stérilet est visualisée dans le col ou si l'infirmière ne fait pas d'examen gynécologique, diriger rapidement la femme vers le médecin ou l'IPS et s'assurer que la femme utilise une autre méthode de contraception en attendant le diagnostic (condom à toutes les relations sexuelles). Si les fils du stérilet ne sont pas visualisés dans le col, l'infirmière peut y insérer une cytobrosse, lui faire faire une rotation délicate de 360 degrés, puis la retirer – cette pratique peut faire ressortir les fils du stérilet sans modifier la position de ce dernier.
- En présence de dyspareunie profonde nouvelle, de sensibilité abdominale basse, de fièvre/frissons ou de pertes vaginales anormales → Diriger la femme vers le médecin ou l'IPS.
- En présence d'autres symptômes → La diriger vers le médecin ou l'IPS.
- Si le résultat du test de grossesse est négatif, que le stérilet est bien placé et, en l'absence d'une détection positive de gonorrhée ou de *Chlamydia trachomatis*, de douleurs pelviennes et d'autres symptômes :
 - Rassurer la femme et lui dire que cet effet indésirable devrait s'atténuer avec le temps.
 - En l'absence de contre-indications, lui conseiller l'utilisation d'ibuprofène 200 mg, 1 à 2 comprimés toutes les 4 à 6 heures (max. : 1200 mg/24 h), pendant 10 jours. Ingérer l'ibuprofène avec de la nourriture pour réduire ses effets digestifs. Au besoin, ce cycle peut être répété 1 fois PRN.
- Faire un suivi systématique de la femme 3 mois après cette consultation ou avant 3 mois, à la demande de la femme, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable et en l'absence d'efficacité ou présence d'effets indésirables liées à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la femme vers le médecin ou l'IPS.
- Recommander à la femme de communiquer avec vous rapidement si elle développe de la dyspareunie profonde nouvelle, une sensibilité abdominale basse ou de la fièvre/frissons, pertes vaginales anormales d'ici à la visite de suivi afin de la référer au médecin ou à l'IPS.

Dysménorrhée

Les femmes qui utilisent le stérilet au lévonorgestrel peuvent avoir des menstruations plus douloureuses, en particulier durant la première année d'utilisation. C'est une raison fréquente d'arrêt de la méthode. C'est pourquoi un counseling préalable à ce sujet est important. Cependant, certaines femmes peuvent voir une réduction jusqu'à 90 % de leur dysménorrhée habituelle avec ce type de stérilet, même en présence d'endométriose. La dysménorrhée peut être associée à l'effet du stérilet sur l'endomètre et le myomètre, mais également à :

- Une grossesse.
- Une expulsion partielle du stérilet.
- Une infection transmissible sexuellement comme la gonorrhée et l'infection à *Chlamydia trachomatis*.
- Une atteinte inflammatoire pelvienne.
- Une affection gynécologique (ex. : endométriose, adénomyose).

Interventions

- Faire un test de grossesse → Si résultat positif, diriger la femme vers un médecin ou une IPS.
- Effectuer un test de triage pour éliminer l'infection à *Chlamydia trachomatis* et la gonorrhée → Si le résultat du test est positif, soit diriger la femme vers le médecin ou l'IPS, soit appliquer l'ordonnance collective *Initier des mesures diagnostiques et un traitement pharmacologique chez une femme présentant des pertes vaginales inhabituelles*.
- Faire un examen gynécologique pour vérifier la présence adéquate des fils du stérilet au niveau du col de l'utérus et l'absence du stérilet comme tel sortant par le col → Si les fils sont absents, si les fils sont perçus comme trop longs, si une partie du stérilet est visualisée dans le col ou si l'infirmière ne fait pas d'examen gynécologique, diriger rapidement la femme vers le médecin ou l'IPS et s'assurer que la femme utilise une autre méthode de contraception en attendant le diagnostic (condom à toutes les relations sexuelles). Si les fils du stérilet ne sont pas visualisés dans le col, l'infirmière peut y insérer une cytobrosse, lui faire faire une rotation délicate de 360 degrés, puis la retirer – cette pratique peut faire ressortir les fils du stérilet sans modifier la position de ce dernier.
- En présence de sensibilité abdominale basse en dehors de menstruations, d'une dyspareunie profonde nouvelle, de fièvre/frissons ou de pertes vaginales anormales → Diriger la femme vers le médecin ou l'IPS.
- En présence d'autres symptômes → La diriger vers le médecin ou l'IPS.
- Si la dysménorrhée persiste depuis au moins 3 mois, que le résultat du test de grossesse est négatif et que le stérilet est bien placé et, en l'absence d'une détection positive de gonorrhée ou de *Chlamydia trachomatis*, de douleurs pelviennes ou d'expulsion du stérilet et d'autres symptômes :
 - Rassurer la femme et lui dire que cet effet indésirable devrait s'atténuer avec le temps.
 - En l'absence de contre-indications, lui conseiller l'utilisation d'ibuprofène 200mg, 1 à 2 comprimés toutes les 4 à 6 heures (max. : 1200 mg/24 h), à débiter 24-48 heures avant la période menstruelle, jusqu'à l'arrêt des douleurs. Ingérer l'ibuprofène avec de la nourriture pour réduire ses effets digestifs. En présence de contre-indications à l'ibuprofène,

l'acétaminophène 500 mg, 1 à 2 comprimés toutes les 4 à 6 heures (max. : 4 g/24h) est une autre option.

- Faire un suivi systématique de la femme 3 mois après cette consultation ou avant 3 mois à la demande de la femme, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable et en l'absence d'efficacité ou présence d'effets indésirables liées à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la femme vers le médecin ou l'IPS.
- Recommander à la femme de communiquer avec vous rapidement si elle développe de la dyspareunie profonde nouvelle, une sensibilité abdominale basse ou de la fièvre/frissons, pertes vaginales anormales d'ici à la visite de suivi afin de la référer au médecin ou à l'IPS.

Aménorrhée

L'aménorrhée est un phénomène fréquent chez les utilisatrices de stérilet au lévonorgestrel : après un an d'utilisation, 50 % des femmes sont aménorrhéiques avec le stérilet Mirena^{MD} et environ 12 % des utilisatrices du stérilet Jaydess^{MD} le deviennent; le pourcentage de femmes aménorrhéiques avec le Kyleena^{MD} se situe entre les pourcentages pour le Mirena^{MD} et le Jaydess^{MD} (22,5%). L'aménorrhée peut être associée à l'effet du stérilet sur l'endomètre, mais également à :

- Une grossesse.
- Une dysfonction hormonale.
- Une maladie systémique.

Interventions

- Faire un test de grossesse → si résultat positif, diriger la femme vers un médecin ou une IPS.
- Faire un examen gynécologique pour vérifier la présence adéquate des fils du stérilet au niveau du col de l'utérus et l'absence du stérilet comme tel sortant par le col → Si les fils sont absents, si les fils sont perçus comme trop longs, si une partie du stérilet est visualisée dans le col ou si l'infirmière ne fait pas d'examen gynécologique, diriger rapidement la femme vers médecin ou l'IPS et s'assurer que la femme utilise une autre méthode de contraception en attendant le diagnostic (condom à toutes les relations sexuelles). Si les fils du stérilet ne sont pas visualisés dans le col, l'infirmière peut y insérer une cytobrosse, lui faire faire une rotation délicate de 360 degrés, puis la retirer – cette pratique peut faire ressortir les fils du stérilet sans modifier la position de ce dernier.
- En présence d'autres symptômes → Diriger la femme vers le médecin ou l'IPS.
- Si le résultat du test de grossesse est négatif et que le stérilet est bien placé et, en l'absence d'autres symptômes :
 - Rassurer la femme.
 - La diriger vers le médecin ou l'IPS si elle est inquiète.

Acné

L'acné peut survenir chez près de 2-3 % des utilisatrices de stérilet au lévonorgestrel. L'acné peut être associée à l'effet hormonal du stérilet, mais également à :

- Une acné préexistante.
- Une grossesse.

- La prise de certains médicaments.
- Une affection endocrinienne.

Interventions

- Faire un test de grossesse → Si résultat positif, diriger la femme vers un médecin ou une IPS.
- En présence d'autres symptômes → La diriger vers le médecin ou l'IPS.
- Rechercher un changement dans la médication (sur ordonnance, en vente libre, produits de santé naturels) depuis la manifestation de l'effet indésirable et dans les trois derniers mois → Si présent, diriger la femme vers le médecin ou l'IPS.
- → Si présents, la diriger vers le médecin ou l'IPS.
- En l'absence d'autres symptômes, si le résultat du test de grossesse est négatif et en l'absence de nouveaux médicaments :
 - Rassurer la femme et lui dire que cet effet indésirable devrait s'atténuer avec le temps.
 - Lui conseiller l'utilisation de produits en vente libre contre l'acné, après consultation du pharmacien.
- Faire un suivi systématique de la femme 3 mois après cette consultation ou avant 3 mois à la demande de la femme, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable et en l'absence d'efficacité ou présence d'effets indésirables liées à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la femme vers le médecin ou l'IPS.

Effets sur l'humeur

Les effets sur l'humeur de nature dépressive peuvent survenir occasionnellement chez les utilisatrices de stérilet au lévonorgestrel. Les effets sur l'humeur peuvent être associés à l'effet hormonal du stérilet, mais également à :

- Une raison psychosociale.
- Un trouble dépressif ou anxieux sous-jacent.

Interventions

- Faire remplir le *Questionnaire sur la santé du patient PHQ-9* (annexe G) ; si le score est égal ou supérieur à 10 ou s'il y a présence d'idées suicidaires → Diriger la femme vers le médecin ou l'IPS.
- Si présence de troubles invalidants du sommeil → La diriger vers le médecin ou l'IPS.
- Si le score au questionnaire est inférieur à 10, que la femme ne présente pas d'idées suicidaires et qu'il y a absence de troubles invalidants du sommeil :
 - Rassurer la femme et lui dire que cet effet indésirable devrait s'atténuer avec le temps.
 - Lui conseiller de faire de l'exercice physique régulièrement, par exemple, marcher rapidement 30 minutes par jour.
 - La revoir deux semaines plus tard pour une réévaluation en utilisant le *Questionnaire sur la santé du patient PHQ-9* : si les symptômes sont toujours présents et si elle ne voit pas d'amélioration en lien avec les approches précédentes, la diriger vers le médecin ou l'IPS.

- Si la femme n'a pas été référée ou vu un médecin ou une IPS, faire un suivi systématique de la femme un mois après la 2^e consultation pour ce problème afin de vérifier si les troubles de l'humeur sont réapparus. S'il y a reprise de l'effet indésirable, en l'absence d'efficacité des stratégies de réduction de cet effet indésirable et dans tous les cas où l'infirmière a besoin de soutien professionnel, diriger la femme vers le médecin ou l'IPS.

Prise de poids :

Une prise de poids est très rare avec l'utilisation d'un stérilet au lévonorgestrel. La prise de poids peut être associée à l'effet hormonal du stérilet, mais également à :

- Une grossesse (rare).
- Une augmentation l'apport calorique ou une diminution d'exercices physiques.
- Une maladie systémique.

Interventions

- Faire un test de grossesse → Si résultat positif, diriger la femme vers un médecin ou une IPS.
- En présence d'autres symptômes → La diriger vers le médecin ou l'IPS.
- En l'absence d'autres symptômes et si le résultat du test de grossesse est négatif :
 - Rassurer la femme et lui dire qu'il est très peu probable, mais possible, que sa prise de poids soit liée à l'utilisation du stérilet au lévonorgestrel.
 - Lui conseiller d'augmenter ses activités physiques et de réduire sa consommation d'aliments ou boissons hypercaloriques. Une consultation auprès d'un(e) nutritionniste ou d'un(e) kinésologue peut être suggérée.
- Faire un suivi systématique de la femme 3 mois après cette consultation ou avant 3 mois à la demande de la femme, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable et en l'absence d'efficacité ou présence d'effets indésirables liées à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la femme vers le médecin ou l'IPS.

5 Prescrire la contraception d'urgence

Les modalités permettant aux infirmières de prescrire la contraception d'urgence sont décrites dans ce chapitre.

5.1 Activités de l'infirmière

Prescrire la contraception d'urgence

On entend par prescrire la contraception d'urgence le fait de rédiger l'ordonnance de la contraception orale d'urgence. Dans certains cas, l'infirmière aura plutôt à diriger la femme pour l'insertion d'un stérilet au cuivre d'urgence.

5.2 Clientèle visée

La clientèle visée est constituée de toutes les femmes en bonne santé qui ont eu leur ménarche et qui ont besoin d'une contraception d'urgence.

Pour ce qui est des femmes de moins de 14 ans : « Le consentement aux soins requis par l'état de santé du mineur est donné par le titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur. Le mineur de 14 ans et plus peut, néanmoins, consentir seul à ces soins » (*Code civil du Québec*, art. 14).

5.3 Indications

Permettre à une femme qui a eu une relation sexuelle non protégée (RSNP) d'obtenir une contraception d'urgence afin de prévenir une grossesse non planifiée.

Le risque de grossesse non planifiée à la suite d'une RSNP est présent dans les contextes suivants :

- Non-utilisation de contraception.
- Glissement, rupture ou fuite d'un condom.
- Erreur d'utilisation d'un contraceptif hormonal (pilule, timbre, anneau, injection).
- Utilisation de la méthode du retrait (éjaculation intra ou extra-vaginale ou sur les organes génitaux externes).
- Délogement, problème d'insertion ou retrait prématuré du diaphragme ou de la cape cervicale.
- Mauvais calcul de la période fertile (relation sexuelle non protégée pendant une journée fertile du cycle).
- Relation sexuelle consentie ou non (abus ou agression) chez une femme qui n'utilise pas de contraception.
- Problème avec un stérilet et en attente de consultation.

5.4 Modalités et conditions d'application spécifiques

En plus des modalités présentées au chapitre 2, certaines modalités et conditions d'application spécifiques s'appliquent avant de prescrire la contraception d'urgence :

Indiquer les options de contraception d'urgence :

L'infirmière discute avec la femme des différentes options de contraception d'urgence, en lui indiquant leur efficacité, leur mode d'utilisation et leurs effets indésirables. Le stérilet au cuivre, dont le taux d'échec n'est que de 0,1 %, est nettement plus efficace que la contraception orale d'urgence (COU). Il offre également la possibilité d'une utilisation prolongée. Par contre, comme les possibilités sont variables de pouvoir avoir recours à un médecin ou à une IPS pour l'insertion d'un stérilet au cuivre dans les 7 jours qui suivent la RSNP, l'infirmière aura à prendre en considération le contexte organisationnel et la disponibilité des ressources dans sa discussion avec la femme sur le choix de la méthode.

Tenir compte de l'efficacité des différentes options de contraception d'urgence selon certains paramètres :

- Le stérilet au cuivre d'urgence est la méthode contraceptive d'urgence la plus efficace. Il peut être inséré jusqu'à 7 jours après la RSNP à condition que l'on ait éliminé la présence d'une grossesse et que la femme n'ait pas de contre-indications à l'utilisation de ce stérilet (annexe D). Pour les femmes qui désirent un stérilet au cuivre d'urgence et qui ont eu une RSNP dans les 5 jours précédant la consultation, il est suggéré qu'elles prennent la COU avant d'être dirigées pour l'insertion d'un stérilet, au cas où elles ne se présenteraient pas pour l'insertion du stérilet ou que le médecin ou l'IPS ne pourrait l'insérer.
- La COU à l'acétate d'ulipristal (COU-UPA) 30 mg est plus efficace que la COU au lévonorgestrel (COU-LNG), quel que soit le délai entre la RSNP et la consultation, en particulier, 4 à 5 jours après la RSNP.
- La COU-LNG pourrait être moins efficace chez les femmes ayant un poids égal ou supérieur à 75 kg ou un indice de masse corporelle (IMC) égal ou supérieur à 25 kg/m².⁵ La COU à l'UPA pourrait être moins efficace chez celles dont l'IMC est égal ou supérieur à 35 kg/m². Cependant, on estime que la COU en général conserve une certaine efficacité, quel que soit le poids ou l'IMC de la femme. L'infirmière ne doit pas décourager les femmes d'utiliser la COU en raison d'un problème de poids. Par contre, chez celles qui consultent pour la contraception d'urgence et dont l'IMC est égal ou supérieur à 30 kg/m², l'utilisation d'un stérilet au cuivre d'urgence devrait être encouragée. Après réflexion sur l'accès au stérilet au cuivre d'urgence, il faut considérer les circonstances d'échec du contraceptif et le coût de la COU pour faire un choix judicieux.
- Dans les situations d'oublis de contraceptif hormonal ou de « Quick Start » de la contraception hormonale, quel que soit l'IMC de la femme ou le délai de la RSNP, il est préférable d'opter pour la COU-LNG car elle n'interagit pas avec les contraceptifs hormonaux et ne nécessite qu'une protection contraceptive supplémentaire de 7 jours après sa prise et le début des contraceptifs hormonaux. La COU-UPA, quoique plus efficace chez les femmes dont l'IMC est égal ou supérieur à 25 kg/m² interagit avec les contraceptifs hormonaux et ces derniers peuvent en réduire l'efficacité s'ils sont débutés moins de 5 jours après la prise de COU-UPA. De plus, l'utilisation de

⁵ En l'absence de données scientifiques sur l'efficacité de la COU chez les adolescentes obèses, le Comité d'experts en planning familial considère qu'il y a lieu d'appliquer les mêmes consignes aux adolescentes qu'aux adultes.

la COU-UPA nécessite une protection contraceptive supplémentaire de 12 jours après sa prise et le début de l'efficacité des contraceptifs hormonaux.

- Concernant le coût de la COU : la COU-LNG est remboursée par les régimes publics et privés d'assurance médicament. Au moment de cette publication, la COU-UPA n'est pas remboursée par le régime public d'assurance médicament, mais peut être remboursée par certains régimes privés d'assurance médicament.

Exclure la possibilité que la femme n'est pas enceinte :

- Absence de symptômes de grossesse.
- Résultat négatif du test de grossesse urinaire.
- Questionnaire sur les relations sexuelles non protégées survenues dans ce cycle.

Expliquer à la femme l'importance de pratiquer l'abstinence ou d'utiliser un condom toutes les fois qu'elle aura des relations sexuelles d'ici l'insertion du stérilet au cuivre d'urgence, le cas échéant.

S'assurer que la femme reçoive sa contraception d'urgence :

- soit en remettant à la femme le contraceptif oral d'urgence.
- soit en signant et en remettant à la femme une ordonnance individuelle de contraceptif oral d'urgence à l'intention du pharmacien.
- soit en dirigeant la femme vers un médecin ou une IPS pour l'insertion d'un stérilet au cuivre d'urgence.

Offrir un counseling contraceptif dans le but de favoriser l'amorce rapide d'une méthode contraceptive régulière et, au besoin, amorcer, renouveler ou ajuster la contraception selon le présent protocole.

Dans le cas d'une agression sexuelle :

Comme ces femmes requièrent des soins qui dépassent le cadre des activités découlant de la *Loi sur la santé publique*, l'infirmière doit alors suivre les recommandations du *Guide d'intervention médicosociale* du MSSS pour y trouver le centre désigné et les organismes d'aide de chaque région (CALACS). L'infirmière dirige ensuite la personne victime d'agression sexuelle vers le centre désigné pour l'expertise médico-légale ou bien, en l'absence d'un tel centre, la référence est faite à un médecin de la communauté. Elle fait, ensuite, un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), dans le cas d'une femme âgée de moins de 18 ans, si ces interventions n'ont pas été initiées préalablement.

5.5 Modèles-cadres d'une ordonnance individuelle

Un algorithme pour l'application optimale de la contraception d'urgence est produit à l'annexe E.

Si la relation sexuelle non protégée est survenue dans les 120 dernières heures (5 jours), l'infirmière offre à la femme l'une des deux options suivantes :

- Un contraceptif oral d'urgence le plus tôt possible après la relation sexuelle non protégée.
- Une rencontre avec un médecin ou une IPS afin d'évaluer la pertinence d'insérer un stérilet d'urgence au cuivre. Cette option n'est possible que si l'on a éliminé la présence d'une grossesse

survenue lors d'une RSNP antérieure dans le cycle et que la femme n'a pas de contre-indications à l'utilisation du stérilet au cuivre (annexe D). Si elle désire un stérilet d'urgence, il est suggéré que la femme prenne la COU immédiatement au cas où elle ne se présenterait pas pour l'insertion ou que le médecin ou l'IPS ne pourrait l'insérer; ensuite, l'infirmière communique avec le médecin ou l'IPS avant de la diriger pour l'insertion du stérilet.

Si la relation sexuelle non protégée est survenue il y a 5 à 7 jours, l'infirmière offre à la femme :

- Une rencontre avec un médecin ou une IPS afin d'évaluer la pertinence d'insérer un stérilet d'urgence au cuivre. Cette option n'est possible que si l'on a éliminé la présence d'une grossesse survenue lors d'une RSNP antérieure au cycle et que la femme n'a pas de contre-indications à l'utilisation du stérilet au cuivre (annexe D). Pour la femme qui désire un stérilet au cuivre d'urgence et qui a eu une RSNP dans les 5 jours précédant la consultation, il est suggéré qu'elle prenne la COU avant d'être dirigée vers le médecin ou l'IPS pour l'insertion d'un stérilet, au cas où elle ne se présenterait pas pour l'insertion ou que le médecin ou l'IPS ne pourrait l'insérer. Si la femme désire un stérilet d'urgence, l'infirmière communique avec le médecin ou l'IPS avant de les diriger pour l'insertion du stérilet.

Modèle d'une ordonnance individuelle de contraception orale d'urgence :

- COU au lévonorgestrel (COU-LNG) : 2 comprimés de 0,75 mg administrés en une seule dose ou 1 comprimé de 1,5 mg en dose unique, le plus tôt possible après la relation sexuelle non protégée, dans les 5 jours qui suivent la relation sexuelle non protégée.
- COU à l'acétate d'ulipristal (COU-UPA) : 1 comprimé de 30 mg, le plus tôt possible après la relation sexuelle non protégée, dans les 5 jours qui suivent la relation sexuelle non protégée.

Tableau 1 Liste des contraceptifs oraux d'urgence

| Produit original | Produit générique | Progestatif | Posologie |
|------------------|--------------------------------------|----------------------------|---|
| Plan B | Next Choice, NorLevo, Option 2 | Lévonorgestrel 0,75 mg | 2 comprimés immédiatement (à privilégier) ou 1 comprimé aux 12 h pour 2 doses |
| Plan B* | Backup Plan Onestep, Contingency One | Lévonorgestrel 1,5 mg | 1 comprimé immédiatement |
| Ella* | | Ulipristal (acétate) 30 mg | 1 comprimé immédiatement |

* Médicament non couvert par le régime général d'assurance médicaments du Québec (décembre 2017).

- Dans le cas de l'utilisation de la COU-LNG, la femme peut commencer une méthode contraceptive hormonale en « Quick Start » ou reprendre sa méthode contraceptive (en cas d'oubli) le jour même ou le lendemain. La COU-LNG est la méthode de choix dans les circonstances de « Quick Start » :
 - Contraceptif oral combiné (COC), timbre et anneau contraceptifs : commencer la méthode le jour même et utiliser des condoms à toutes les relations sexuelles pendant les 7 premiers jours d'utilisation. Faire un test de grossesse de contrôle si pas de menstruation normale durant la période sans hormone. Si utilisation en continu, faire un test de grossesse de contrôle 3 à 4 semaines après le début de la méthode.

- Pilule à progestatif seul (POP) : commencer la méthode le jour même et utiliser des condoms à toutes les relations sexuelles pendant les 7 premiers jours d'utilisation. Faire un test de grossesse de contrôle 3 à 4 semaines après le début de la POP.
- Injection contraceptive : commencer la méthode le jour même et utiliser des condoms à toutes les relations sexuelles pendant les 7 premiers jours d'utilisation. Faire un test de grossesse de contrôle 3 à 4 semaines après l'injection.
- Dans le cas de l'utilisation de la COU-UPA, la femme peut commencer une méthode contraceptive en « Quick Start » ou reprendre sa méthode contraceptive (en cas d'oubli), 5 jours après avoir pris la COU-UPA, selon les consignes suivantes :
 - Contraceptif oral combiné (COC), timbre et anneau contraceptifs : commencer 5 jours après la prise de COU-UPA et utiliser des condoms à toutes les relations sexuelles pendant les 5 jours qui précèdent l'utilisation du COC, timbre et anneau contraceptifs et les 7 premiers jours d'utilisation (12 jours en tout). Faire un test de grossesse de contrôle si pas de menstruation normale durant la période sans hormone. Si utilisation en continu, faire un test de grossesse de contrôle 3 à 4 semaines après le début de la méthode.
 - Pilule à progestatif seul (POP) et injection contraceptive : commencer la méthode 5 jours après la prise de COU-UPA et utiliser des condoms à toutes les relations sexuelles pendant les 5 jours qui précèdent l'utilisation de la POP ou de l'injection contraceptive et les 7 premiers jours d'utilisation (12 jours en tout). Faire un test de grossesse de contrôle 3 à 4 semaines après le début de la POP ou l'injection.
 - La COU-UPA pourrait être moins efficace chez les femmes qui utilisent les médicaments ou produits suivants (liste non exhaustive) : bosentan, carbamazépine, eslicarbazépine, millepertuis, phénobarbital, phénytoïne, primidone, oxcarbazépine, rifampicine, rifampine, ritonavir, topiramate.
 - Les preuves sont insuffisantes concernant les effets de la COU à l'UPA sur l'efficacité des contraceptifs hormonaux combinés et à progestatif seul. Elle ne doit pas être utilisée en même temps que la COU-LNG.

5.6 Contre-indications

5.6.1 CONTRACEPTIF ORAL D'URGENCE AU LÉVONORGESTREL

Contre-indications

- Grossesse.
- Hypersensibilité au médicament.

5.6.2 CONTRACEPTIF ORAL D'URGENCE À L'ACÉTATE D'ULIPRISTAL

Contre-indications

- Grossesse.
- Hypersensibilité au médicament.

5.6.3 STÉRILET AU CUIVRE D'URGENCE

Contre-indications

- Grossesse.
- Immédiatement après un avortement septique.
- Septicémie puerpérale.
- Lupus érythémateux.
- Saignement vaginal anormal inexpliqué.
- Maladie trophoblastique (môle hydatiforme) actuelle.
- Cancer du col en attente de traitement.
- Antécédent personnel de cancer de l'endomètre.
- Anomalie anatomique connue de l'utérus.
- Greffe avec complications.
- Atteinte inflammatoire pelvienne actuelle.
- Infection actuelle à *Chlamydia trachomatis* ou gonorrhée actuelle ou cervicite muco-purulente.
- Tuberculose pelvienne.
- Hypersensibilité au cuivre.

5.7 Activités spécifiques de l'infirmière

En plus des activités professionnelles présentées au chapitre 2, l'infirmière procède aux activités spécifiques suivantes :

- Évaluation de la relation sexuelle non protégée :
 - date et heure de la dernière relation sexuelle non protégée;
 - circonstances de la dernière relation sexuelle non protégée (dépistage d'une agression sexuelle);
 - date des autres relations sexuelles non protégées depuis la date de la dernière menstruation afin d'évaluer la pertinence de l'utilisation du stérilet au cuivre d'urgence et d'en vérifier les contre-indications ;
 - date du début de la dernière menstruation;
 - caractéristiques de la dernière menstruation (normale ou non);
 - si la dernière menstruation n'était pas normale (c.-à-d. moins abondante, moins longue) ou remontait à plus de 4 semaines, faire un test de grossesse;
 - longueur habituelle des cycles menstruels;
 - date de l'accouchement ou de l'avortement;
 - Présence de signes et symptômes de grossesse;

- Donner l'enseignement et le counseling à la femme selon le choix de contraception d'urgence qu'elle a fait :
 - Pilule contraceptive d'urgence :
 - Informer la femme que la COU retarde ou empêche l'ovulation et n'est pas un médicament qui cause l'avortement.
 - L'informer que si les comprimés sont vomis dans les 3 heures qui suivent la prise, il faut répéter la dose.
 - L'informer que la COU ne la protège pas de la grossesse pour les relations sexuelles non protégées qui suivent son utilisation.
 - L'informer qu'elle devra passer un test de grossesse si elle ne présente pas de menstruations normales dans les 3-4 semaines suivant la prise de la COU.
 - Stérilet au cuivre d'urgence :
 - L'informer du processus d'insertion du stérilet au cuivre d'urgence.
 - L'informer de ne pas insérer quoi que ce soit dans son vagin dans les 24 heures qui suivent l'insertion du stérilet.
- Remplir le formulaire d'évaluation pour la contraception d'urgence (annexe C) ou le formulaire d'éligibilité au stérilet au cuivre d'urgence (annexe D) et l'ajouter au dossier médical.

Références

- Black A, Guilbert E et coll. Consensus canadien sur la contraception (Partie 3 de 4): chapitre 7 – Contraception intrautérine. *J Obstet Gynaecol Can* 2016;38(2):182-222.
- Black A, Guilbert E et coll. Consensus canadien sur la contraception (partie 3 de 4): chapitre 8 – Contraception à progestatif seul. *J Obstet Gynaecol Can* 2016;38(30):279-300.
- Black A Guilbert E et coll. Consensus canadien sur la contraception (4e partie de 4): chapitre 9 – Contraception hormonale combinée. *J Obstet Gynaecol Can* 2017;39(40):269-314.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2016). U.S. Selected practice recommendations for contraceptive use, 2016. *Morbidity and Mortality Weekly Report – Recommendations and Reports*, 65(4).
- Centers for Disease Control and Prevention. (2016). U.S. Medical eligibility criteria for contraceptive use, 2016. *Morbidity and Mortality Weekly Report – Recommendations and Reports*, 65(3).
- Collège des médecins du Québec. (2005). *Les ordonnances faites par un médecin*. Montréal, QC : CMQ. [Document en révision]
- Guilbert E, Dunn S, Black A. Addenda au Consensus canadien sur la contraception – Contraception d'urgence : 1) exclure la présence d'une grossesse avant l'insertion d'un DIU de cuivre et 2) amorcer une contraception hormonale après la prise d'une contraception d'urgence. *J Obstet Gynaecol Can* 2016 ;38(12) :1152-1153.
- Hatcher, R. A., Trussell, J., Nelson, A. L., Cates, W., Kowal, D., et Policar, M. (dir.). (2011). *Contraceptive technology* (20^e éd.). New York, NY : Ardent Media.
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. (2013). *Comment aider une femme à choisir sa contraception?* Repéré à <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2015) Protocole québécois pour le traitement d'une infection à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae* chez une personne asymptomatique. Repéré à <http://www.inesss.qc.ca/activites/ordonnances-collectives-et-prescription-infirmiere/prescription-infirmiere/infections-transmissibles-sexuellement-et-par-le-sang.html>
- Institut national d'excellence en santé et services sociaux. (2017) Traitement pharmacologique ITSS- Approche syndromique. Repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Outils/Guides_ITSS/Guide_ITSS-Syndromes_majavril2017.pdf
- Institut national d'excellence en santé et services sociaux. (2018) Initier des mesures diagnostiques et un traitement pharmacologique chez une femme présentant des pertes vaginales inhabituelles. Repéré à http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Ordonnances_collectives/Vaginite/INESSS_Protocole-medical-traitement-cervicite-vaginite.pdf
- Institut national d'excellence en santé et services sociaux. (2018) Traitement pharmacologique ITSS - Infections non compliquée à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae* Repéré à http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Outils/Guides_ITSS/Guide_ITSS-Chlamydia_gonorrhoeae.pdf

Loi médicale, RLRQ, chapitre M-9.

Loi sur la santé publique, RLRQ, chapitre S-2.2.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2010). *Guide d'intervention médicosociale* (éd. rev.). Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000650/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014). *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang* (éd. rev.). Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000090/>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, et Collège des médecins du Québec. (2015). *Prescription infirmière : guide explicatif conjoint*. Repéré à <http://www.oiiq.org/publications/repertoire/prescription-infirmiere-guide-explicatif-conjoint>

Organisation mondiale de la santé. (2015). *Medical eligibility criteria for contraceptive use* (5^e éd.). Repéré à http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181468/1/9789241549158_eng.pdf

Organisation mondiale de la santé. (2016). *Selected practice recommendations for contraceptive use* (Third ed.). Repéré à <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252267/1/9789241565400-eng.pdf?ua=1>

Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier, D. 839-2015, (2015) 147 G.O. II, 3872.

Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin, RLRQ, chapitre M-9, r. 25.1.

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2006). Directive clinique de la SOGC n° 170 : mastalgie. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada / Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, 28(1), 61-71.

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2008). Opinion de comité de la SOGC n° 219 : oubli de doses de contraceptif hormonal : nouvelles recommandations. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada / Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, 30(11), 1063-1077.

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2015). Directive clinique de la SOGC n° 329 : consensus canadien sur la contraception (1^{re} partie de 4). *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada / Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, 37(10), S1-S33.

Annexe A

**Formulaire d'évaluation par l'infirmière pour l'amorce,
le renouvellement et l'ajustement de la contraception**

Formulaire d'évaluation par l'infirmière pour l'amorce, le renouvellement et l'ajustement de la contraception

| Consultation | Information supplémentaire |
|--|---|
| Date de la consultation _____ Âge : _____ | Numéro d'assurance maladie |
| Parent(s) au courant de la démarche : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O | Nom, Prénom |
| Raison de la consultation : | Numéro de dossier |
| | Date de naissance |
| | Année Mois Jour |

Bilan de santé

Antécédents personnels : _____

Antécédents gynécologiques : _____

Antécédents familiaux : _____

Médicaments en cours : _____

Immunisation : _____

Allergies et/ou intolérances : _____

Date du dernier examen gynécologique : _____ Date du dernier test Pap : _____

| | | | | | | |
|---|--------------------------------------|--|---------------------------------|------------|------------|------------|
| Gravida : | Para : | Aborta : Spontané : <input type="checkbox"/> Provoqué : <input type="checkbox"/> | DDM : Année Mois Jour / / | Normale : | Oui | Non |
| Ménarche : ans | Cycle : jours | Régulier : | Oui | Non | | |
| Durée des menstruations : jours | Flux : | Dysménorrhée | Oui | Non | | |
| Saignement intermenstruel : | | | Oui | Non | | |
| Coïtarche : ans | Nombre de partenaires depuis un an : | | | | | |
| Relation sexuelle non protégée depuis les dernières menstruations | | | | Oui | Non | |
| Si oui, date de la dernière relation sexuelle non protégée : | | | Année Mois Jour / / | | | |
| Autres informations pertinentes : | | | | | | |

Profil contraceptif

Contraception actuelle : _____

Contraceptions antérieures : _____

Motifs d'arrêt : _____

Observance de la contraception : _____

Type de protection contre les ITSS : _____

Protection contre les ITSS : Toujours Souvent Parfois Jamais

Type de contraception à laquelle la cliente s'intéresse : _____

Évaluation des connaissances actuelles : _____

Ressources (personnelles, familiales, financières) : _____

Autres : _____

Habitudes de vie

Alimentation : _____

Activité physique : _____

Drogues, alcool : _____

Relation familiale : _____

Tabagisme, nombre de cigarettes par jour : _____

Violence physique, verbale ou sexuelle : _____

Autres : _____

Évaluation

TA _____ **Poids** (au besoin) :

Test de grossesse (au besoin) : _____ **Taille** (au besoin) :

Autres observations : _____ **IMC** (au besoin) :

Effets indésirables, difficultés ou insatisfaction exprimés par la femme (dans le cas d'une consultation pour l'ajustement du contraceptif) :

Contre-indications à la contraception hormonale dans le cadre de la prescription par une infirmière

Il est recommandé de diriger vers le médecin ou l'IPS les femmes dont l'état de santé soulève une hésitation quant à l'initiation d'une des méthodes contraceptives énumérées ci-dessous.

| Contraceptifs oraux combinés | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Contre-indications | Oui | Non |
| Grossesse. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avant 6 semaines post-partum. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hypertension artérielle (systolique supérieure ou égale à 140 mm Hg, diastolique supérieure ou égale à 90 mm Hg) maîtrisée ou non par un médicament. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hypertension artérielle avec maladie vasculaire. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antécédent personnel de thrombo-embolie veineuse. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Thrombophilie. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Thrombo-embolie veineuse et anticoagulothérapie. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antécédent de thrombo-embolie veineuse chez un parent du premier degré (père, mère, frère, sœur). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antécédent de thrombose veineuse superficielle. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cardiopathie ischémique. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antécédent personnel d'accident vasculaire cérébral. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cardiomyopathie péripartum. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cardiopathie valvulaire compliquée (c.-à-d., avec hypertension pulmonaire, risque de fibrillation auriculaire ou histoire d'endocardite bactérienne subaiguë). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cumul de plusieurs facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire (tels que âge avancé, tabagisme, diabète, hypertension artérielle, faible HDL, LDL élevé ou triglycérides élevés). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antécédent personnel de migraine avec aura ou accompagnée de symptômes neurologiques. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antécédent personnel de cancer du sein ou cancer du sein actuel. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lupus érythémateux. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabète accompagné de rétinopathie, de néphropathie ou de neuropathie. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabète non compliqué, mais d'une durée de plus de 20 ans. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hépatite aiguë, cirrhose grave, affection vésiculaire symptomatique, antécédents de cholestase sous contraception hormonale combinée. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tumeur hépatique (adénome hépatocellulaire, hépatome). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antécédents de pancréatite ou d'hypertriglycémie. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maladie inflammatoire de l'intestin (colite ulcéreuse et maladie de Crohn). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chirurgie bariatrique avec procédures menant à une malabsorption (pour contraceptifs administrés par voie orale, seulement). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chirurgie majeure avec immobilisation prolongée (confinement dans un lit pendant plus de 72 heures). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Toute pathologie impliquant une immobilité prolongée (confinement dans un lit pendant plus de 72 heures) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Greffe avec complications (échec de la greffe, rejet, vasculopathie de l'allogreffe cardiaque) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hypersensibilité à l'une des composantes du médicament. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Femmes de 35 ans et plus : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| qui fument | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| qui présentent des migraines de toute nature | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Utilisation de médicaments ou de substances pouvant interagir avec les contraceptifs oraux combinés : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Certains anticonvulsivants : carbamazépine, eslicarbazépine, lamotrigine, oxcarbazépine, perampanel, phénobarbital, phénytoïne, primidone, rufinamide, topiramate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Fosamprénavir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rifampicine, rifabutine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres conditions médicales importantes ou inhabituelles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Timbre contraceptif | | |
| Contre-indications | Oui | Non |
| Contre-indications identiques à celles des contraceptifs oraux combinés. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Femme dont le poids est égal ou supérieur à 90 kg. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anneau vaginal contraceptif <input type="checkbox"/> | | |
| Contre-indications | Oui | Non |
| Contre-indications identiques à celles des contraceptifs oraux combinés. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sténose vaginale. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anomalie structurelle du vagin. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prolapsus pelvien. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Contraceptif oral à progestatif seul | | |
| Contre-indications | Oui | Non |
| Grossesse. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antécédent personnel de cancer du sein ou cancer du sein actuel. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hypersensibilité à l'une des composantes du médicament. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lupus érythémateux. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cirrhose grave. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tumeur hépatique (adénome hépatocellulaire, hépatome). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chirurgie bariatrique avec procédures menant à une malabsorption | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Utilisation de médicaments ou de substances pouvant interagir avec le contraceptif oral à progestatif seul : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Certains anticonvulsivants : carbamazépine, eslicabazépine, oxcarbazépine, perampanel, phénobarbital, phénytoïne, primidone, rufinamide, topiramate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rifampicine, rifabutine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres conditions médicales importantes ou inhabituelles. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Injection contraceptive | | |
| Contre-indications | Oui | Non |
| Grossesse. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antécédents personnels de cancer du sein ou cancer du sein actuel. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hypersensibilité à l'une des composantes du médicament. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antécédent personnel de cardiopathie ischémique. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antécédent personnel d'accident vasculaire cérébral. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lupus érythémateux. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cirrhose grave. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tumeur hépatique (adénome hépatocellulaire, hépatome). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabète accompagné de rétinopathie, de néphropathie, de neuropathie ou de maladie vasculaire. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabète non compliqué, mais d'une durée de plus de 20 ans. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hypertension artérielle (systolique supérieure ou égale 160 mm Hg, diastolique supérieure ou égale 100 mm Hg). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hypertension artérielle avec maladie vasculaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cumul de plusieurs facteurs de risque de maladie cardiovasculaire (tels que âge avancé, tabagisme, diabète, hypertension artérielle, faible HDL, LDL élevé ou triglycérides élevés). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Saignement vaginal inexplicé. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Arthrite rhumatoïde sous thérapie immunosuppressive | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres conditions médicales importantes ou inhabituelles. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Stérilet au cuivre | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Contre-indications | Oui | Non |
| Grossesse. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Immédiatement après un avortement septique. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Septicémie puerpérale. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lupus érythémateux. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Saignement vaginal anormal inexpliqué. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maladie trophoblastique (môle hydatiforme) actuelle. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cancer du col en attente de traitement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antécédent personnel de cancer de l'endomètre. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anomalie anatomique connue de l'utérus. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Grefe avec complications | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Atteinte inflammatoire pelvienne actuelle. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infection actuelle à <i>Chlamydia trachomatis</i> ou gonorrhée actuelle ou cervicite muco-purulente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tuberculose pelvienne. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hypersensibilité au cuivre. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres conditions médicales importantes ou inhabituelles. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stérilet au lévonorgestrel | | |
| Contre-indications | Oui | Non |
| Grossesse. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Immédiatement après un avortement septique. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Septicémie puerpérale. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lupus érythémateux. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Saignement vaginal anormal inexpliqué. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maladie trophoblastique (môle hydatiforme) actuelle. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cancer du col en attente de traitement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antécédent personnel de cancer du sein. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antécédent personnel de cancer de l'endomètre. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anomalie anatomique connue de l'utérus. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Grefe avec complications | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Atteinte inflammatoire pelvienne actuelle. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infection actuelle à <i>Chlamydia trachomatis</i> ou gonorrhée actuelle ou cervicite muco-purulente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tuberculose pelvienne. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cirrhose grave. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tumeur hépatique (adénome hépatocellulaire, hépatome). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hypersensibilité au lévonorgestrel. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres conditions médicales importantes ou inhabituelles. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Analyse (Liste des problèmes):

Décision clinique (telle qu'elle apparaît sur la prescription de l'infirmière) :

Contraceptif choisi par la femme (dans le cas de l'amorce ou du renouvellement d'un contraceptif) :

Approches, interventions ou changement de contraceptif selon le protocole choisi par la femme (dans le cas d'une consultation pour l'ajustement du contraceptif) :

Autres :

| Interventions et enseignements | |
|--|--|
| Enseignement de la méthode choisie : <input type="checkbox"/> Mode d'action | <input type="checkbox"/> Mode d'utilisation <input type="checkbox"/> Conduite en cas d'oubli |
| <input type="checkbox"/> Recommandations concernant le début de la contraception | Préciser : |
| <input type="checkbox"/> Information sur le renouvellement du contraceptif | Préciser : |
| <input type="checkbox"/> Information sur les effets indésirables possibles et les signes de danger | |
| <input type="checkbox"/> Démonstration de la pose du condom | |
| <input type="checkbox"/> Dépistage des ITSS | Préciser : |
| <input type="checkbox"/> Vérification de l'immunisation contre le VPH et l'hépatite B | Préciser : |
| <input type="checkbox"/> Double protection (grossesse – ITSS) | |
| <input type="checkbox"/> Évaluation de l'intention d'utiliser la double protection | |
| <input type="checkbox"/> Remise de condoms | |
| <input type="checkbox"/> Information sur la contraception orale d'urgence | |

| | | |
|--|------------|------------|
| <input type="checkbox"/> Counseling antitabac | | |
| <input type="checkbox"/> Ressources dans la communauté | | |
| <input type="checkbox"/> Remise de documentation | Préciser : | |
| Validation de la compréhension | | |
| La cliente comprend les conseils donnés et peut les mettre en pratique : | Oui | Non |
| | | |
| Orientation vers le médecin ou l'IPS en raison de contre-indications ou d'échec des approches d'ajustement | Oui | Non |
| Orientation pour insertion de stérilet | Oui | Non |
| Orientation pour stérilet d'urgence | Oui | Non |
| Administration de contraception orale d'urgence Type de COU remise : | Oui | Non |
| Remise de la prescription de l'infirmière à l'intention du pharmacien Type de COU prescrite : | Oui | Non |
| Autres : | | |

Planification du suivi

Prochain rendez-vous avec l'infirmière : _____

Suivi avec un médecin ou une IPS : _____

Relance téléphonique prévue : _____

Signature de l'infirmière : _____ Date : _____

Annexe B

**Comment passer d'un contraceptif à un autre
en dehors de la période menstruelle**

Comment passer d'un contraceptif à un autre en dehors de la période menstruelle

| ALLER VERS → | Contraceptifs oraux combinés | Timbre contraceptif | Anneau vaginal contraceptif | Contraceptif oral à progestatif seul (POP) | Injection progestative | Implant | Système intra-utérin (SIU) au lévonorgestrel | Stérilet au cuivre |
|--|--|--|--|--|---|--|--|--|
| MÉTHODE INITIALE | | | | | | | | |
| Contraceptifs oraux combinés (COC) | Pas d'interruption Prendre le 1 ^{er} co du nouveau COC le jour suivant la prise de n'importe quel co de l'ancien COC | Appliquer le timbre et prendre un co de COC le jour même et un co le lendemain | Pas d'interruption Insérer le jour suivant la prise de n'importe quel co de COC | Prenez un co de POP et un de COC pendant 2 jours en même temps | Injecter et prendre un co de COC par jour pendant 7 jours | Insérer et prendre un co de COC par jour pendant 7 jours | Insérer et prendre un co de COC par jour pendant 7 jours | Insérer jusqu'à 5 jours après avoir pris un co de COC |
| Timbre contraceptif | Prendre le premier co de COC 1 jour avant de décoller le timbre | | Pas d'interruption Insérer l'anneau et enlever le timbre le même jour | Prendre le premier co de POP 2 jours avant de décoller le timbre | Injecter 7 jours avant de décoller le timbre | Insérer 7 jours avant de décoller le timbre | Insérer 7 jours avant de décoller le timbre | Insérer jusqu'à 5 jours après avoir décollé le timbre |
| Anneau vaginal contraceptif | Prendre le premier co de COC 1 jour avant de retirer l'anneau | Appliquer le timbre 2 jours avant de retirer l'anneau | | Débuter 2 jours avant de retirer l'anneau | Injecter 7 jours avant de retirer l'anneau | Insérer 7 jours avant de retirer l'anneau | Insérer 7 jours avant de retirer l'anneau | Insérer jusqu'à 5 jours après avoir retiré l'anneau |
| Contraceptif oral à progestatif seul (POP) | Prendre un co de COC et un co de POP par jour pendant 7 jours | Appliquer le timbre et prendre un co de POP par jour pendant 7 jours | Insérer l'anneau et prendre un co de POP par jour pendant 7 jours | | Injecter et prendre un co de POP par jour pendant 7 jours | Insérer et prendre un co de POP par jour pendant 7 jours | Insérer et prendre un co de POP par jour pendant 7 jours | Insérer jusqu'à 5 jours après avoir pris un co de POP |
| Injection progestative | Prendre le 1 ^{er} co de COC au plus tard 13 0/7 semaines* après la dernière injection | Appliquer le timbre au plus tard 13 0/7 semaines après la dernière injection | Insérer l'anneau au plus tard 13 0/7 semaines après la dernière injection | Prendre le 1 ^{er} co de POP au plus tard 13 5/7 semaines* après la dernière injection | | Insérer au plus tard 13 0/7 semaines après la dernière injection | Insérer au plus tard 13 0/7 semaines après la dernière injection | Insérer au plus tard 14 5/7 semaines après la dernière injection |
| Implant | Prendre un co de COC par jour pendant 7 jours avant de retirer l'implant | Appliquer le timbre pendant 7 jours avant de retirer l'implant | Insérer l'anneau 7 jours avant de retirer l'implant | Prendre un co de POP pendant 2 jours avant de retirer l'implant | Injecter 7 jours avant de retirer l'implant | | Insérer 7 jours avant de retirer l'implant | Insérer jusqu'à 5 jours après avoir retiré l'implant |
| Système intra-utérin au lévonorgestrel | Prendre un co de COC par jour pendant 7 jours avant de retirer le SIU | Appliquer le timbre pendant 7 jours avant de retirer le SIU | Insérer l'anneau 7 jours avant de retirer le SIU | Prendre un co de POP pendant 2 jours avant de retirer le SIU | Injecter 7 jours avant de retirer le SIU | Insérer 7 jours avant de retirer le SIU | Insérer le nouveau SIU le jour du retrait de l'ancien SIU | Insérer le jour du retrait du SIU |
| Stérilet au cuivre | Prende le 1 ^{er} co de COC 7 jours avant le retrait du stérilet | Débuter 7 jours avant le retrait du stérilet | Débuter 7 jours avant le retrait du stérilet | Débuter 2 jours avant le retrait du stérilet | Injecter 7 jours avant le retrait du stérilet | Insérer 7 jours avant le retrait du stérilet | Insérer le jour du retrait du stérilet et condoms x 7 jours avant et après le changement | Insérer le jour du retrait du stérilet |

* Le délai entre l'ancienne méthode et l'insertion d'un stérilet au cuivre tient compte de l'effet contraceptif post-coïtal du stérilet au cuivre. L'expression « 13 0/7 semaines » signifie 13 semaines et 0 jour ou 13 semaines justes et « 13 5/7 semaines » signifie 13 semaines et 5 jours.

Instructions à donner aux patientes

Si vous devez passer d'un contraceptif à un autre, il n'est pas nécessaire d'attendre à la prochaine menstruation. Suivez les directives ci-dessus pour passer d'un contraceptif (à la verticale) à un autre (en à l'horizontale).

Si vous n'êtes pas certaine de bien comprendre les directives, passez d'un contraceptif à un autre dans la même journée et utilisez les condoms à toutes vos relations sexuelles, pendant les 7 derniers jours de prise de votre ancien contraceptif et les 7 premiers jours de l'utilisation de votre nouveau contraceptif, pour un total de 14 jours.

L'utilisation de la contraception orale d'urgence peut être envisagée pour passer d'une méthode contraceptive à l'autre de façon sécuritaire.

Lorsque l'on passe d'un contraceptif à un autre, il peut arriver que les menstruations soient temporairement dérégulées. C'est normal et il n'y a pas lieu de s'inquiéter. Après un cycle de contraceptif, les menstruations redeviendront régulières. En cas de doute, n'hésitez pas à faire un test de grossesse de contrôle, 3 à 4 semaines après le changement.

Source : Adapté d'un tableau du Reproductive Health Access Project (www.reproductiveaccess.org) par le Comité d'experts en planning familial de l'Institut national de santé publique du Québec (www.inspq.qc.ca)

Annexe C

Formulaire d'évaluation pour la contraception orale d'urgence

Formulaire d'évaluation pour la contraception orale d'urgence

Anamnèse

Date de la consultation : _____

Nom et prénom de la femme : _____

Date de naissance (Année Mois Jour) : _____

Poids = _____ Taille = _____ IMC (Poids ÷ Taille²) = _____

Date du début de la dernière menstruation (DDM) : _____

Caractéristique de la dernière menstruation : normale anormale

Durée habituelle des cycles menstruels : _____

Date et heure de la dernière relation sexuelle non protégée :

Autres relations sexuelles non protégées depuis la DDM, l'accouchement ou l'avortement?
 Oui Non

Préciser dates depuis DDM (Année Mois Jour) : _____

Signes et symptômes de grossesse : Oui Non

Contraception utilisée habituellement : _____

Raison(s) de la demande de contraception d'urgence :

- Aucune contraception
- Glissement, rupture ou fuite d'un condom ou problème avec une méthode barrière. Spécifiez :

- Erreur ou problèmes à l'utilisation d'un contraceptif
- Mauvais calcul de la période fertile lors de l'utilisation de méthodes naturelles
- Vomissements d'un comprimé de COU < 3 heures après la prise et non repris
- Autre : _____

Contexte de violence? Oui Non

Si agression sexuelle, diriger la femme vers un centre désigné. Si violence conjugale, donner feuillets d'information après avoir fait le counseling approprié.

Analyse (Liste des problèmes) :

Intervention infirmière

Test de grossesse fait : Oui Non, Résultat : _____

Enseignement de la contraception orale d'urgence : _____

Contraception orale d'urgence prescrite. Spécifiez : _____

Suivi par l'infirmière. Spécifiez :

Contraception régulière : _____

Dépistage : _____

Dirigée vers le médecin ou l'IPS : _____

Motifs de l'orientation : _____

Signature de l'infirmière : _____ Date : _____
(Année Mois Jour)

Annexe D

Formulaire d'admissibilité au stérilet au cuivre d'urgence

Formulaire d’admissibilité au stérilet au cuivre d’urgence

Date de la consultation (Année Mois Jour) : _____

Nom et prénom de la femme : _____

Date de naissance (année Mois Jour) : _____

| Contre-indications au stérilet au cuivre d’urgence : | Oui | Non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Grossesse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Immédiatement après un avortement septique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Septicémie puerpérale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lupus érythémateux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Saignement vaginal anormal inexpliqué | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maladie trophoblastique (môle hydatiforme) actuelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cancer du col en attente de traitement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antécédent personnel de cancer de l’endomètre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anomalie anatomique connue de l’utérus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Greffe avec complications | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Atteinte inflammatoire pelvienne actuelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infection actuelle à <i>Chlamydia trachomatis</i> ou gonorrhée actuelle ou cervicite mucopurulente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tuberculose pelvienne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hypersensibilité au cuivre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Exclusion d’une grossesse avant l’insertion d’un stérilet au cuivre d’urgence | Oui | Non |
|---|------------|------------|
| Absence de signes ou symptômes de grossesse | Oui | Non |
| Test de grossesse urinaire NÉGATIF ce jour | Oui | Non |
| Date du début de la dernière menstruation normale, l’accouchement ou l’avortement (Année Mois Jour) | | |
| Date de la dernière relation sexuelle non protégées (RSNP) (Année Mois Jour) | | |
| Y a-t-il eu d’autres RSNP depuis la date du début de la dernière menstruation normale, l’accouchement ou l’avortement?* | Oui | Non |

* Prendre note que s’il y a eu d’autres RSNP depuis la date du début de la dernière menstruation et que ces RSNP ont eu lieu dans les deux semaines avant la consultation, il se pourrait que le test urinaire soit un FAUX négatif. Dans ce cas, l’insertion d’un stérilet au cuivre d’urgence doit être discutée avec le médecin.

Points importants d’information à donner :

- Le stérilet au cuivre d’urgence est nettement plus efficace que la pilule contraceptive d’urgence : son efficacité est de 99,9 % (seulement 1 femme sur 1000 devient enceinte).
- L’insertion du stérilet au cuivre d’urgence peut s’avérer légèrement douloureuse, mais l’infirmière peut vous donner des conseils pour réduire ces douleurs.
- N’insérez rien dans votre vagin durant les premières 24 heures qui suivent l’insertion.

- Après l'insertion du stérilet au cuivre d'urgence, vous pourriez avoir quelques petites pertes sanguines ainsi que de légères douleurs au ventre. Vos menstruations pourront être un peu plus abondantes et douloureuses que d'habitude, pendant les premiers mois. Chez la plupart des femmes, ces symptômes diminuent avec le temps.
- Si vous présentez des douleurs aux ventres accompagnées de pertes vaginales anormales avec de la fièvre ou des frissons, consultez un médecin rapidement. Vous pourriez présenter une infection suite à l'insertion du stérilet.
- Le stérilet au cuivre que l'on vous insérera en urgence peut être laissé en place de 3 à 10 ans, selon le type de stérilet.
- Vous pouvez faire enlever le stérilet au cuivre au moment de votre choix. Une fois enlevé, votre fertilité se rétablit immédiatement. Si vous ne désirez pas le garder et utiliser une autre méthode de contraception, vous pouvez le faire enlever à la prochaine menstruation.

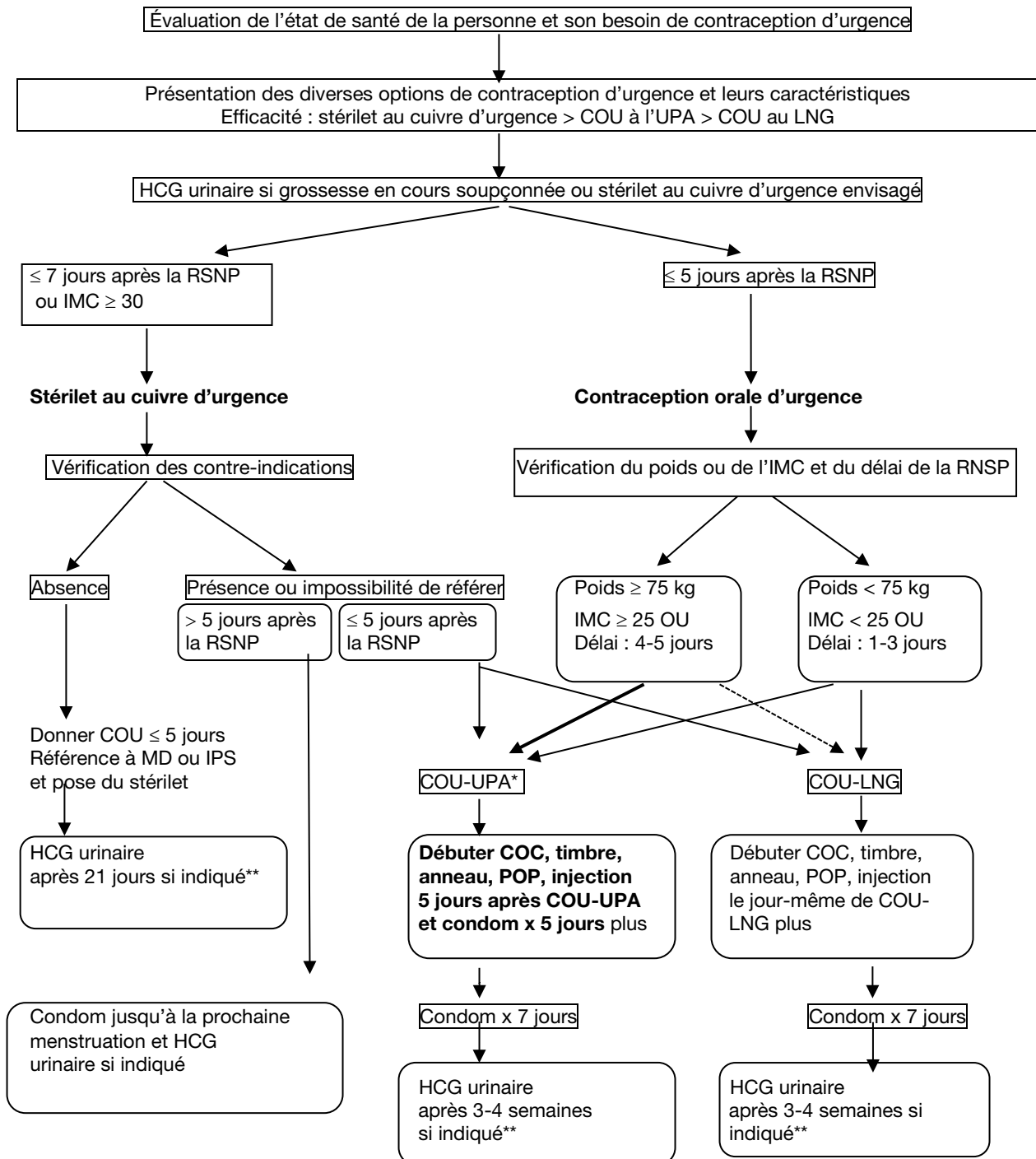
Signature de l'infirmière : _____ Date : _____
(Année Mois Jour)

Annexe E

Algorithme de contraception d'urgence

Algorithme de contraception d'urgence

ALGORITHME DE CONTRACEPTION D'URGENCE



* En date de la publication, la COU-UPA n'est pas remboursée par le régime public d'assurance médicament du Québec. Si la femme ne peut se la procurer, la COU-LNG ou un stérilet au cuivre d'urgence pourront être suggérés.

** Indications de β-HCG urinaire : absence de menstruations ou saignements anormaux 3-4 semaines après insertion de stérilet au cuivre d'urgence ou prise de COU.

Annexe F

**Contraceptifs hormonaux : composition, voie
d'administration et indications autres que contraceptives**

Contraceptifs hormonaux : composition, voie d'administration et indications autres que contraceptives

| Produit original | Produit générique | EE (mcg) | Progestatif | Voie | RAMQ | COC | Acné | MP | BP | TP | Cycles (jours) |
|--|---|----------|------------------------------|------|------|-----|------|----|----|----|----------------|
| Micronor | Jencycla, Movisse | 0 | Noréthindrone 0,35 mg | PO | x | | | x | | | 28 |
| LoLo | | 10 | Noréthindrone 1-0 mg | PO | | x | | | x | | 28 |
| Yaz | | 20 | Drospirenone 3 mg | PO | x | x | x | x | | | 28 |
| Yaz plus* | | 20 | Drospirenone 3 mg | PO | | x | | x | | | 28 |
| Alesse | Alysen, Aviane, Esme | 20 | Lévonorgestrel 100 mcg | PO | x | | x | x | | | 21, 28 |
| Minestrin | | 20 | Noréthindrone 1 mg | PO | x | | | x | | | 21, 28 |
| Linessa | | 25 | Désogestrel 100-125-150 mcg | PO | x | | | | | x | 21, 28 |
| Tri-Cyclen Lo | Tricira Lo | 25 | Norgestimate 180-215-250 mcg | PO | x | | | | | x | 21, 28 |
| Marvelon Ortho-Cept | Apri, Freya, Mirvala | 30 | Désogestrel 150 mcg | PO | x | | | x | | | 21, 28 |
| Yasmin | | 30 | Drospirenone 3 mg | PO | x | | x | x | | | 21, 28 |
| Demulen 30 | | 30 | Éthinodiol (diacétate) 2 mg | PO | x | | | x | | | 21, 28 |
| Min-Ovral | Ovima, Portia | 30 | Lévonorgestrel 150 mcg | PO | x | | | x | | | 21, 28 |
| Seasonale | Indayo | 30 | Lévonorgestrel 150 mcg | PO | x | x | | x | | | 91 |
| Seasonique | | 30-10 | Lévonorgestrel 150 mcg | PO | x | x | | x | | | 91 |
| Triquilar | | 30-40-30 | Lévonorgestrel 50-75-125 mcg | PO | x | | | | | x | 21, 28 |
| Loestrin | | 30 | Noréthindrone 1,5 mg | PO | x | | | x | | | 21, 28 |
| Brevicon 0,5/35 Ortho 0,5/35 | | 35 | Noréthindrone 0,5 mg | PO | x | | | x | | | 21, 28 |
| Brevicon 1/35 Ortho 1/35 Sélect 1/35 | | 35 | Noréthindrone 1 mg | PO | x | | | x | | | 21, 28 |
| Synphasic | | 35 | Noréthindrone 0,5-1 mg | PO | x | | | | x | | 21, 28 |
| Ortho 7/7/7 | | 35 | Noréthindrone 0,5-0,75-1 mg | PO | x | | | | | x | 21, 28 |
| Cyclen | | 35 | Norgestimate 250 mcg | PO | x | | | x | | | 21, 28 |
| Tri-Cyclen | | 35 | Norgestimate 180-215-250 mcg | PO | x | | x | | | x | 21, 28 |
| Depo-Provera | Suspension injectable d'acétate de médroxyprogestérone USP (Sandoz) | 0 | Médroxyprogestérone 150 mcg | IM | x | | | | | | 12 sem |
| Evra | | 35/24 h | Norelgestromine 200 mcg/24 h | TOP | x | | | | | | 7 |
| Nuvaring | | 15/24 h | Étonorgestrel 120 mcg/24 h | IVag | x | | | | | | 3 sem |
| Jaydess | | 0 | Lévonorgestrel 6 mcg/24 h | IU | x | | | | | | 3 ans |
| Kyleena | | 0 | Lévonorgestrel 9 mcg/24 h | IU | | | | | | | 5 ans |
| Mirena | | 0 | Lévonorgestrel 14 mcg/24 h | IU | x | | | | | | 5 ans |

Légende

Acné: Approuvé par Santé Canada pour le traitement de l'acné; BP: Formulation biphasique; COC: Approuvé par Santé Canada pour la contraception orale continue; EE: Éthinylestradiol; IM: Voie intramusculaire; IU: Voie intra-utérine (Stérilet); IVag: Voie intravaginale (Anneau); MP: Formulation monophasique; PO: Voie orale; RAMQ: Couvert par le Régime général d'assurance médicament (Sept. 2017); TOP: Timbre transdermique pour application topique; TP: Formulation triphasique; Yaz plus*: Contient 451 mcg de lévoméfolate de calcium.

Réalisé par Pierre-André Dubé, M.Sc., pharmacien-toxicologue, Institut national de santé publique du Québec

Mise à jour : 2017-09-28

Annexe G

Questionnaire sur la santé du patient

QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ DU PATIENT - 9 (PHQ-9)

Au cours des 2 dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?
(Veuillez cocher (✓) votre réponse)

| | Jamais | Plusieurs jours | Plus de la moitié du temps | Presque tous les jours |
|---|--------|-----------------|----------------------------|------------------------|
| 1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Avoir peu d'appétit ou manger trop | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre | 0 | 1 | 2 | 3 |

FOR OFFICE CODING 0 + + +
=Total Score:

Si vous avez coché au moins un des problèmes évoqués, à quel point ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à vous entendre avec les autres difficile(s) ?

Pas du tout
difficile(s)

Assez
difficile(s)

Très
difficile(s)

Extrêmement
difficile(s)

Source : Conçu par les Dr Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke et leurs collègues grâce à une allocation d'études de Pfizer Inc. La reproduction, la traduction, l'affichage ou la distribution de ce document sont autorisés.

Annexe H

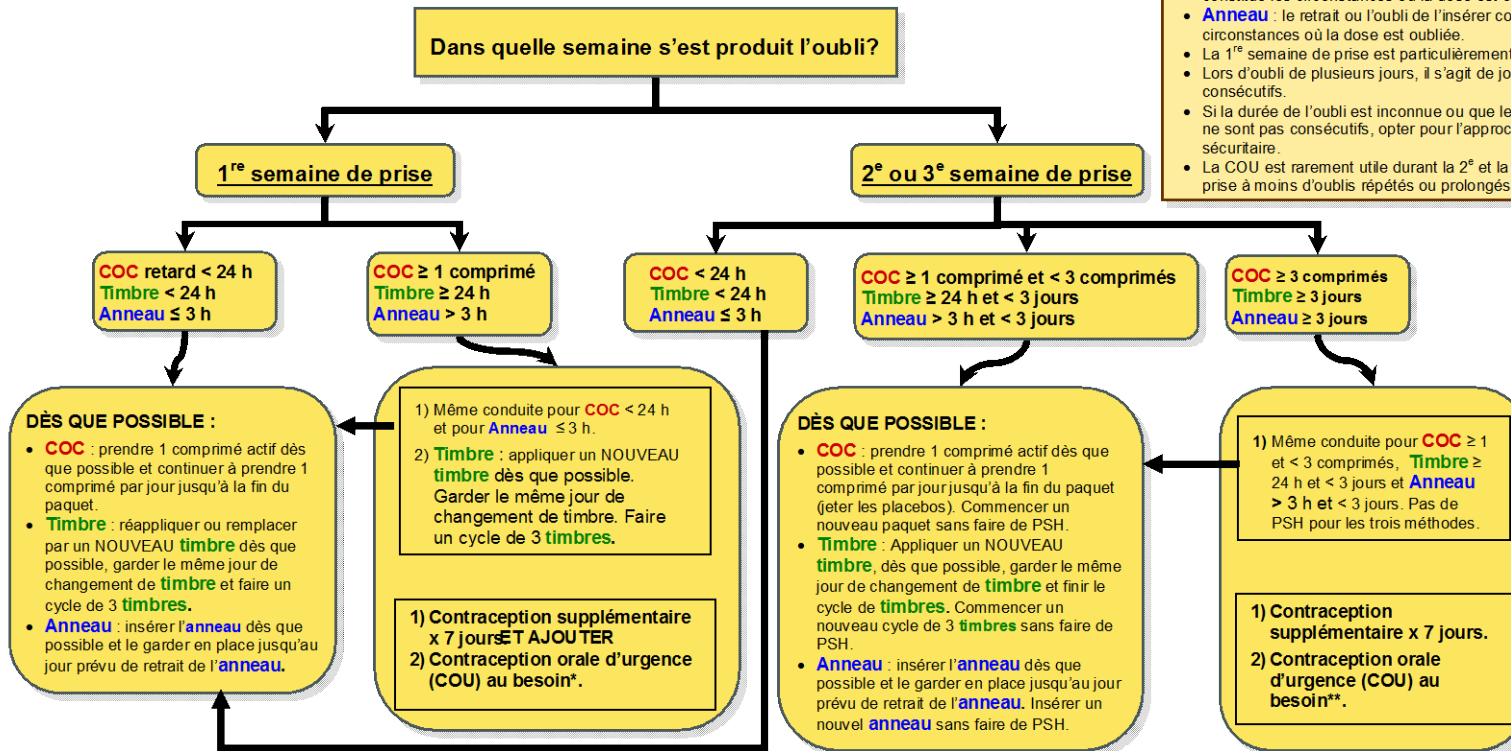
Outils en cas d'oubli d'un contraceptif

Outils en cas d'oubli d'un contraceptif

ALGORITHME DÉCISIONNEL : OUBLI DE CONTRACEPTIF HORMONAL COMBINÉ
 contraceptifs oraux combinés (COC), timbre, anneau

Notions clés :

- La période sans hormone (PSH) doit être au maximum de 7 jours.
- Au moins 7 jours consécutifs de prise adéquate du contraceptif sont requis pour empêcher l'ovulation.
- Le retard est calculé à partir de l'heure où aurait dû être prise la dose oubliée.
- **Timbre** : le détachement ou le retard de l'application constitue les circonstances où la dose est oubliée.
- **Anneau** : le retrait ou l'oubli de l'insérer constitue les circonstances où la dose est oubliée.
- La 1^{re} semaine de prise est particulièrement cruciale.
- Lors d'oubli de plusieurs jours, il s'agit de jours consécutifs.
- Si la durée de l'oubli est inconnue ou que les jours d'oubli ne sont pas consécutifs, opter pour l'approche la plus sécuritaire.
- La COU est rarement utile durant la 2^e et la 3^e semaine de prise à moins d'oublis répétés ou prolongés.

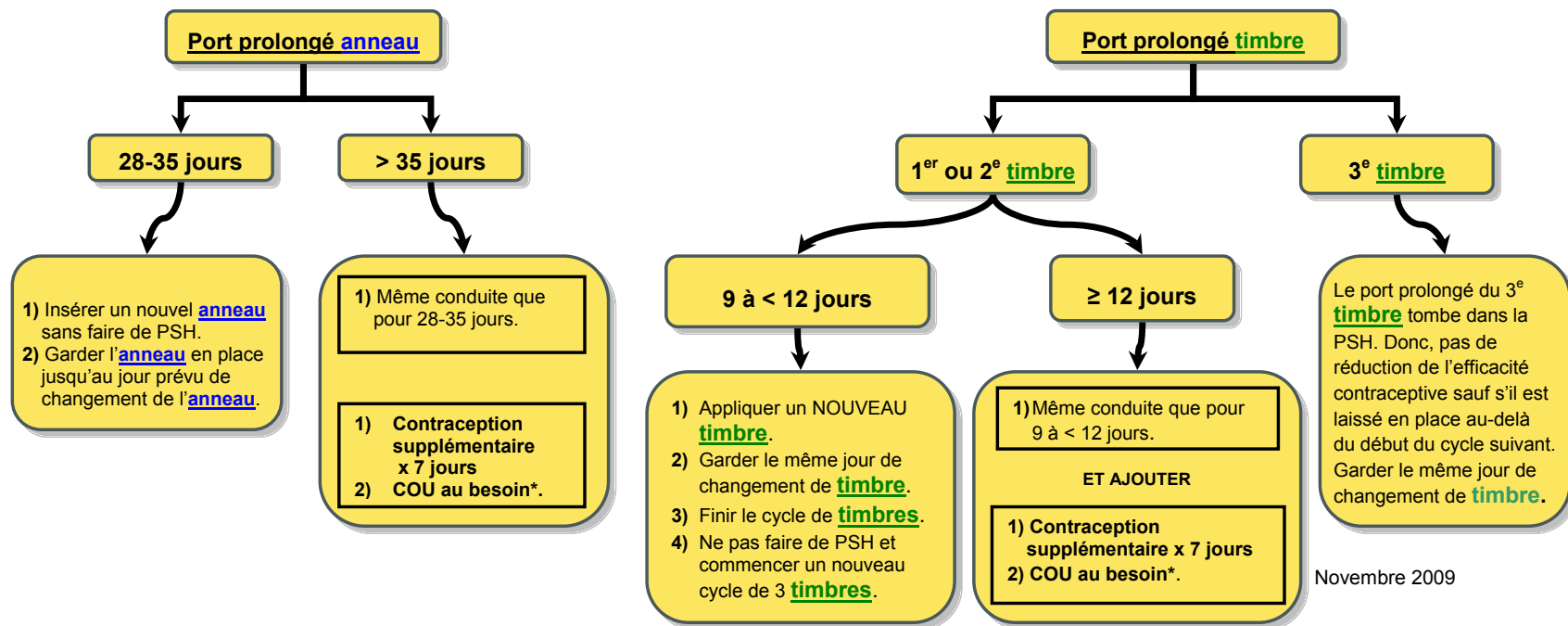


* COU indiquée si relation(s) sexuelle(s) non protégée(s) dans les 5 jours précédents
 ** Si oublis répétés ou prolongés

ALGORITHME DÉCISIONNEL : PORT PROLONGÉ DU **TIMBRE** ET DE L'**ANNEAU** CONTRACEPTIFS

Notions clés :

- Le port prolongé signifie que le produit est laissé en place plus longtemps que prévu.
- Timbre** : période de grâce de 2 jours avec timbre en place.
- Anneau** : période de grâce de 2 semaines avec anneau en place.



Novembre 2009

* COU indiquée si relation(s) sexuelle(s) non protégée(s) dans les 5 jours précédents

CONSIGNES EN CAS D'OUBLI DE CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS PRIS EN CONTINU

Pour les femmes qui ont des relations sexuelles non protégées au cours des cinq jours précédant ou suivant l'oubli :

- Lorsque l'oubli survient pendant les deux premières semaines d'utilisation d'un schéma continu, appliquez les règles portant sur l'oubli au cours des deux premières semaines d'une utilisation cyclique. Lorsque l'oubli survient pendant plus de sept jours consécutifs (ce qui constitue l'équivalent du prolongement de la période sans hormone), prenez une CU dès que possible et recommencez à utiliser le schéma continu comme s'il s'agissait de la « première » fois en tenant compte du type de CU utilisée.
- L'oubli survenant pendant sept jours consécutifs ou moins est sans danger, pour autant que la femme ait pris des contraceptifs hormonaux combinés pendant au moins 21 jours consécutifs.
- À la suite d'un oubli pendant sept jours consécutifs ou moins, tout nouvel oubli au cours des 21 jours suivants doit entraîner la mise en œuvre des règles portant sur l'oubli dans le cadre d'une utilisation cyclique.

LES CONSIGNES EN CAS DE SAIGNEMENTS IRRÉGULIERS LORS DE LA PRISE EN CONTINU DES CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS

- COC : après la prise d'au moins 21 comprimés d'hormones, possibilité d'arrêt pendant 3-4 jours et reprise des comprimés d'hormones. Pas plus d'un arrêt de 7 jours ou moins, tous les 21 jours d'hormones.
- Timbre : après l'utilisation d'au moins 3 timbres, possibilité d'arrêt pendant 3-4 jours et reprise d'un nouveau timbre d'hormones. Pas plus d'un arrêt de 7 jours ou moins, tous les 21 jours d'hormones.
- Anneau : après l'utilisation d'au moins un anneau pendant 3 semaines, possibilité d'arrêt pendant 3-4 jours et reprise d'un nouvel anneau. Pas plus d'un arrêt de 7 jours ou moins, tous les 21 jours d'hormones.

www.inspq.qc.ca