



Protocole de contraception du Québec

Protocole de contraception du Québec

Direction du développement des individus et des communautés

Janvier 2016

RÉDACTION ET RECHERCHE

Édith Guilbert M.D., M. Sc., FCMFC, médecin-conseil
Institut national de santé publique du Québec
Responsable 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
Membre 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

Geneviève Ménard, inf., M. Sc. (administration), directrice-conseil
Affaires externes

Suzanne Durand, inf., M. Sc. inf., D.E.S.S. (bioéthique), directrice
Développement et soutien professionnel

Collège des médecins du Québec :

Dr Jean-Bernard Trudeau, M.D., secrétaire adjoint
Direction générale

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 :

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, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal

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 – 1^{er} trimestre 2016
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISBN : 978-2-550-74813-7(PDF)

© Gouvernement du Québec (2016)

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.

Responsabilité professionnelle 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* (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).

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) et le Protocole québécois pour le traitement d'une infection à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae* chez une personne asymptomatique 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 leur contraceptif (ex. : femme présentant de la dysménorrhée, une leucorrhée abondante, des saignements irréguliers, des saignements abondants), l'infirmière doit effectuer un test de triage pour éliminer l'infection à *Chlamydia trachomatis* et la gonorrhée avant tout ajustement. Si le test est positif, l'infirmière devra diriger la femme vers un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IP SPL).

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 (IPSPL)..... | 5 |
| 2.4 | Documentation | 5 |
| 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 | 9 |
| 3.6 | Contre-indications | 9 |
| 4 | Ajuster la contraception | 15 |
| 4.1 | Activités de l’infirmière..... | 15 |
| 4.2 | Clientèle visée | 15 |
| 4.3 | Indications..... | 15 |
| 4.4 | Modalités et conditions d’application spécifiques | 15 |
| 4.5 | Modèles-cadres d’une ordonnance individuelle | 16 |
| 4.5.1 | Contraceptifs oraux combinés, timbre contraceptif, anneau vaginal contraceptif | 16 |
| 4.5.2 | Timbre contraceptif..... | 23 |
| 4.5.3 | Contraceptif oral à progestatif seul | 24 |
| 4.5.4 | Injection contraceptive..... | 27 |
| 4.5.5 | Stérilet au cuivre | 31 |
| 4.5.6 | Stérilet au lévonorgestrel | 34 |
| 5 | Prescrire la contraception d’urgence | 39 |
| 5.1 | Activités de l’infirmière..... | 39 |
| 5.2 | Clientèle visée | 39 |
| 5.3 | Indications..... | 39 |
| 5.4 | Modalités et conditions d’application spécifiques | 40 |
| 5.5 | Modèles-cadres d’une ordonnance individuelle | 41 |
| 5.6 | Contre-indications | 43 |
| 5.6.1 | Contraceptif oral d’urgence au lévonorgestrel | 43 |
| 5.6.2 | Contraceptif oral d’urgence à l’acétate d’ulipristal..... | 43 |
| 5.6.3 | Stérilet au cuivre d’urgence | 43 |
| 5.7 | Activités spécifiques de l’infirmière | 44 |
| | Références | 45 |

| | | |
|-----------------|---|-----------|
| Annexe A | Formulaire d'évaluation de l'infirmière pour l'amorce, le renouvellement et l'ajustement de la contraception | 47 |
| Annexe B | Comment passer d'un contraceptif à un autre en dehors de la période menstruelle | 57 |
| Annexe C | Formulaire d'évaluation pour la contraception orale d'urgence..... | 61 |
| Annexe D | Formulaire d'admissibilité au stérilet au cuivre d'urgence..... | 65 |
| Annexe E | Algorithme de contraception d'urgence | 69 |
| Annexe F | Contraceptifs hormonaux : composition, voie d'administration et indications autres que contraceptives..... | 73 |
| Annexe G | Questionnaire sur la santé du patient | 77 |
| Annexe H | Outils en cas d'oubli d'un contraceptif | 81 |

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'IP SPL 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 de prendre également en considération l'ensemble des besoins liés à la santé sexuelle, notamment les interventions infirmières en matière d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) prévues au *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang* et au *Protocole québécois pour le traitement d'une infection à Chlamydia trachomatis ou à Neisseria gonorrhoeae chez une personne asymptomatique* et 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 BERCER (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 augmente 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, test de grossesse, test de dépistage du cancer du col de l'utérus.
 - Si une ou plusieurs relations sexuelles non protégées, recueillir les données à l'égard de la relation sexuelle non protégée (chapitre 5, section 5.7).
- Déterminer le besoin de contraception hormonale ou de stérilet ou d'ajustement ou de contraception orale 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](#).

- 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) 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 IPSPL si nécessaire.

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

Signes et symptômes liés aux contraceptifs oraux combinés/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.
- 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.
- Douleur importante dans un membre inférieur (cuisse ou mollet).

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 le stérilet dans le vagin.
- 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.
- Douleur pelvienne et/ou abdominale inhabituelle.
- Fièvre et frissons inexplicables.
- Diagnostic récent d'une maladie cardiaque ischémique.

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 *Les 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 (IPSPL)

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'IPSPL 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 contre-indication nécessitant d'être dirigée vers le médecin traitant ou l'IPSPL, 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 semaines, mois, années.

b) Renouveler

On entend par renouveler, le fait de represcrire 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 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

En plus des modalités présentées au chapitre 2, 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 pendant les menstruations.
- 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 pendant les

menstruations. 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 un test de grossesse au besoin.
- Les consignes en cas d'oubli (annexe H).
 - Les consignes en cas de saignements irréguliers :
 - 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 moins de 7 jours 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 moins de 7 jours 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 moins de 7 jours tous les 21 jours d'hormones.

En plus des modalités présentées au chapitre 2, certaines modalités et conditions d'application particulières s'appliquent avant d'amorcer et de renouveler le stérilet :

- S'assurer qu'un médecin ou une IPSPL est disponible pour insérer un stérilet ou enlever un stérilet et en réinsérer un nouveau, le cas échéant.
- Vérifier avec le médecin ou l'IPSPL 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'IPSPL 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 (attention requise)*. 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'IPSPL.
- 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.
- Pour la pose d'un stérilet au cuivre, l'infirmière doit :
 - Vérifier, avec le médecin ou l'IPSPL 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'IPSPL 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 dans les 48 heures qui suivent l'accouchement ou la césarienne ou à partir de 4 semaines après.

3.5 Modèles-cadres d'une ordonnance individuelle

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

Contraceptifs oraux combinés :

- 21 comprimés : prendre 1 comprimé par jour pendant 21 jours, 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.

Timbre contraceptif :

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

Anneau vaginal contraceptif :

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

Contraceptif oral à progestatif seul :

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

Injection contraceptive :

- 1 injection intramusculaire toutes les 12 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 IPSPL.

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 présenté 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'IPSPL. Il est également recommandé de diriger vers le médecin ou l'IPSPL les femmes dont l'état de santé soulèvent 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.

- < 6 mois post-partum chez les femmes qui allaitent¹.
- < 6 semaines post-partum chez les femmes qui n'allaitent pas².
- Hypertension artérielle nouvelle (systolique \geq 140 mm Hg, diastolique \geq 90 mm Hg), hypertension artérielle non maîtrisée ou maîtrisée par un médicament.
- Antécédents personnels de thrombo-embolie veineuse, thrombophilie.
- Thrombo-embolie veineuse et anticoagulothérapie.
- Antécédents de thrombo-embolie veineuse chez un parent du premier degré (père, mère, frère, sœur).
- Cardiopathie ischémique.
- Antécédents d'accident vasculaire cérébral.
- Cardiopathie valvulaire compliquée.
- Migraine avec aura ou accompagnée de symptômes neurologiques.
- Antécédents personnels de cancer du sein ou cancer du sein actuel.
- Lupus érythémateux.
- Diabète accompagné de rétinopathie, de néphropathie ou de neuropathie.
- 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).
- Antécédents de pancréatite ou d'hypertriglycéridémie.
- Opération chirurgicale majeure avec immobilisation prolongée.
- Hypersensibilité à l'une des composantes du médicament.
- Femmes de 35 ans et plus :
 - qui fument;
 - qui présentent des migraines de toute nature.
- Utilisation de médicaments ou de substances pouvant interagir avec les contraceptifs oraux combinés :
 - Certains anticonvulsivants : carbamazépine, oxcarbazépine, primidone, topiramate, phénobarbital, phénytoïne, lamotrigine.
 - Certains antibiotiques : rifampicine, rifabutine.
 - Autre : millepertuis.
- Autres conditions médicales importantes ou inhabituelles.

¹ En post-partum, l'infirmière peut diriger vers le médecin la femme qui allaite et qui désire une contraception hormonale combinée avant le délai de 6 mois.

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

Timbre contraceptif

- Contre-indications identiques à celles des contraceptifs oraux combinés.
- Femme dont l'indice de masse corporelle est ≥ 30 .
- Trouble cutané généralisé.

Anneau vaginal contraceptif

- Contre-indications identiques aux contre-indications des contraceptifs oraux combinés.
- Sténose vaginale.
- Anomalie structurelle du vagin.
- Prolapsus utéro-vaginal.

Contraceptif oral à progestatif seul

- Grossesse.
- Antécédents personnels de cancer du sein ou cancer du sein actuel.
- Hypersensibilité à l'une des composantes du médicament.
- Thrombo-embolie veineuse actuelle.
- Lupus érythémateux.
- Cirrhose grave.
- Tumeur hépatique (adénome hépatocellulaire, hépatome).
- Utilisation de médicaments ou de substances pouvant interagir avec le contraceptif oral à progestatif seul :
 - Certains anticonvulsivants : carbamazépine, oxcarbazépine, primidone, topiramate, phénobarbital, phénytoïne.
 - Certains antibiotiques : rifampicine, rifabutine.
 - Autre : millepertuis.
- Autres conditions médicales importantes ou inhabituelles.

Injection contraceptive

- Grossesse.
- < 6 semaines post-partum chez les femmes qui allaitent³.
- Antécédents personnels de cancer du sein ou cancer du sein actuel.
- Hypersensibilité à l'une des composantes du médicament.
- Thrombo-embolie veineuse profonde actuelle.
- Cardiopathie ischémique actuelle.
- Accident vasculaire cérébral actuel.

³ En post-partum, l'infirmière peut diriger vers le médecin la femme qui allaite et qui désire une contraception à base d'acétate de médroxyprogestérone avant le délai de 6 semaines.

- Lupus érythémateux.
- Cirrhose grave.
- Tumeur hépatique (adénome hépatocellulaire, hépatome).
- Diabète accompagné de rétinopathie, de néphropathie ou de neuropathie.
- Diabète non compliqué, mais d'une durée de plus de 20 ans.
- Hypertension artérielle (systolique ≥ 160 mm Hg, diastolique ≥ 100 mm Hg).
- Cumul de plusieurs facteurs de risque de maladie cardiovasculaire (âge élevé, tabagisme, diabète, hypertension artérielle).
- Saignement vaginal inexpliqué.
- Autres conditions médicales importantes ou inhabituelles.

Stérilet au cuivre

- Grossesse.
- De 48 heures à < 4 semaines post-partum.
- Immédiatement après un avortement septique.
- Septicémie puerpérale.
- Lupus érythémateux.
- Saignement vaginal anormal inexpliqué.
- Maladie trophoblastique (antécédents de môle hydatiforme).
- Antécédents personnels de cancer du col.
- Antécédents personnels de cancer de l'endomètre.
- Anomalie anatomique connue de l'utérus.
- Antécédents personnels de transplantation d'organe.
- Infection pelvienne actuelle.
- Infection à *Chlamydia trachomatis* ou gonorrhée actuelle.
- Syndrome d'immunodéficience acquise (sida).
- Tuberculose pelvienne.
- Hypersensibilité au cuivre.
- Autres conditions médicales importantes ou inhabituelles.

Stérilet au lévonorgestrel

- Grossesse.
- De 48 heures à < 4 semaines post-partum.
- Immédiatement après un avortement septique.
- Septicémie puerpérale.

- Lupus érythémateux.
- Saignement vaginal anormal inexpliqué.
- Maladie trophoblastique (antécédents de môle hydatiforme).
- Antécédents personnels de cancer du col.
- Antécédents personnels de cancer du sein.
- Antécédents personnels de cancer de l'endomètre.
- Anomalie anatomique connue de l'utérus.
- Antécédents personnels de transplantation d'organe.
- Infection pelvienne actuelle.
- Infection à *Chlamydia trachomatis* ou gonorrhée actuelle.
- Syndrome d'immunodéficience acquise (sida).
- Tuberculose pelvienne.
- Cirrhose grave.
- Tumeur hépatique (adénome hépatocellulaire, hépatome).
- Hypersensibilité au lévonorgestrel.
- Diagnostic récent d'une maladie cardiaque ischémique.
- 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 modifier la méthode contraceptive.

4.2 Clientèle visée

La clientèle visée est constituée de toutes les femmes en bonne santé qui 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, ou d'effets indésirables majeurs (section 2.1), l'infirmière doit diriger la femme vers le médecin ou l'IP SPL.

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 l'on 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 IP SPL lorsque les tentatives d'ajustement échouent, que d'autres effets indésirables ou plaintes que ceux qui sont présentés ici sont présents ou tel que consigné au chapitre 2.

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.
- Évaluant et en consignait au dossier le ou les effets indésirables éprouvés par la femme.
- Appliquant 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 positif, diriger la femme vers le médecin ou l'IPSPL.
- 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'IPSPL.
- En présence d'autres symptômes → La diriger vers le médecin ou l'IPSPL.
- En l'absence de grossesse, de symptômes d'intolérance au lactose et 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 ; 3) un contraceptif à progestatif seul ; 4) un stérilet au cuivre ou au lévonorgestrel.

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. 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.
- Une infection transmissible sexuellement comme la gonorrhée et l'infection à *Chlamydia trachomatis*.
- Une interaction médicamenteuse.
- Un trouble gastro-intestinal provoquant vomissements et/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 positif, diriger la femme vers le médecin ou l'IPSPL.
- 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'implication 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 test est positif, diriger la femme vers le médecin ou l'IPSPL.
- 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'IPSPL.

- En présence d'autres symptômes → La diriger vers le médecin ou l'IPSPL.
- Faire du counseling antitabagique si indiqué.
- Si le test de grossesse est négatif et que les saignements persistent depuis au moins 3 mois et en l'absence d'une détection positive de gonorrhée ou de *Chlamydia trachomatis*, d'interaction médicamenteuse, d'autres symptômes et de contre-indications :
 - Changer pour un autre contraceptif hormonal combiné.
 - Changer pour une autre voie d'administration du contraceptif hormonal combiné.
 - Changer pour un autre contraceptif.
 - Diriger vers la femme le médecin ou l'IPSPL dans un délai ≤ 3 mois si persistance de saignements irréguliers malgré le changement de contraceptif ou de voie d'administration.

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 oral combiné, mais également à :

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

Interventions

- Faire un test de grossesse → Si positif, diriger la femme vers le médecin ou l'IPSPL.
- 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'implication si la 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'IPSPL.
- En présence d'autres symptômes → La diriger vers le médecin ou l'IPSPL.
- Si le 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. 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.

Leucorrhée abondante

Elle peut survenir chez certaines femmes qui prennent des contraceptifs hormonaux combinés. Elle est plus fréquente chez les utilisatrices d'anneau contraceptif (5 %) et n'affecte 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 ou non sexuellement.

Interventions

- Rechercher d'autres symptômes comme le prurit vaginal, les brûlures vaginales, une odeur vaginale nauséabonde, des douleurs pelviennes, une dyspareunie → Si positif, diriger la femme vers le médecin ou l'IPSPL.
- Effectuer un test de triage pour éliminer l'infection à *Chlamydia trachomatis* et la gonorrhée → Si le test est positif, diriger la femme vers le médecin ou l'IPSPL.
- En l'absence d'autres symptômes, de gonorrhée ou de *Chlamydia trachomatis* et 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.
 - La diriger vers le médecin ou l'IPSPL si persistance de leucorrhée abondante malgré le changement de contraceptif ou de voie d'administration.

Mastalgie

Environ 30 % des femmes qui commencent à prendre des contraceptifs oraux 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 positif, diriger la femme vers le médecin ou l'IPSPL.
- En présence d'autres symptômes → La diriger vers le médecin ou l'IPSPL.
- Si le 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 ; un stérilet au cuivre ou au lévonorgestrel.

- Diriger la femme vers le médecin ou l'IP SPL si elle ne voit pas d'amélioration par rapport aux approches précédentes.

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 positif, diriger la femme vers le médecin ou l'IP SPL.
- 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'IP SPL.
- En présence d'autres symptômes → La diriger vers le médecin ou l'IP SPL.
- Si le 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'IP SPL si elle ne voit pas d'amélioration par rapport à l'approche précédente ou si l'acné est très importante.

Troubles de l'humeur

Ils peuvent survenir chez certaines femmes qui prennent des contraceptifs hormonaux combinés. Par contre, le risque de dépression n'est pas augmenté. Les troubles de 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'IP SPL.

- Si présence de troubles invalidants du sommeil → La diriger vers le médecin ou l'IPSPL.
- 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 : si les symptômes sont toujours présents et en l'absence de contre-indications, prescrire un autre contraceptif.
 - La diriger vers le médecin ou l'IPSPL si elle ne voit pas d'amélioration par rapport à l'approche précédente.

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 à une diminution d'exercices physiques.
- Une maladie systémique.
- La prise de certains médicaments.

Interventions

- Faire un test de grossesse → Si positif, diriger la femme vers le médecin ou l'IPSPL.
- En présence d'autres symptômes → La diriger vers le médecin ou l'IPSPL.
- 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'IPSPL.
- Si le 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 réduire sa consommation d'aliments ou de boissons hypercaloriques.
 - En l'absence de contre-indications, discuter avec elle de la possibilité d'utiliser un autre contraceptif.
 - La diriger vers le médecin ou l'IPSPL si elle ne voit pas d'amélioration par rapport aux approches précédentes.

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 infection 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, diriger la femme vers le médecin ou l'IPSPL.
- En présence de douleurs pelviennes en dehors des menstruations, d'une dyspareunie nouvelle ou de fièvre/frissons → La diriger vers le médecin ou l'IPSPL.
- En présence d'autres symptômes → La diriger vers le médecin ou l'IPSPL.
- Si la dysménorrhée persiste depuis plus de 3 mois et en l'absence d'une détection positive de gonorrhée ou de *Chlamydia trachomatis*, de douleurs pelviennes, de dyspareunie, de fièvre/frissons 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.
 - En l'absence de contre-indications, discuter avec elle de la possibilité d'utiliser un autre contraceptif.
 - Diriger la femme vers le médecin ou l'IPSPL dans un délai de ≤ 3 mois si elle ne voit pas d'amélioration par rapport à l'approche précédente.

Céphalée de retrait

Elle peut survenir chez certaines femmes qui prennent des contraceptifs hormonaux combinés. Elle est secondaire du 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'IPSPL.
- Vérifier la prise de tension artérielle → Si anormale, la diriger vers le médecin ou l'IPSPL.

- 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.
 - Diriger la femme vers le médecin ou l'IPSPL si elle ne voit pas d'amélioration avec les approches précédentes.

4.5.2 TIMBRE CONTRACEPTIF

Réaction cutanée locale

Un total de 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'IPSPL.
- En l'absence d'autres symptômes, d'une réaction plus étendue et de contre-indications :
 - 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.

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 la gonorrhée et l'infection à *Chlamydia trachomatis*.
- 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 positif, diriger la femme vers le médecin ou l'IPSPL.
- 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'implication 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 test est positif, diriger la femme vers le médecin ou l'IPSPL.
- 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'IPSPL.
- En présence d'autres symptômes → La diriger vers le médecin ou l'IPSPL.
- Faire un counseling antitabagique si indiqué.
- Si les saignements persistent depuis plus de 3 mois, que le 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 :
 - 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.
 - Changer pour un autre contraceptif.
 - La diriger vers le médecin ou l'IPSPL dans un délai ≤ 3 mois si persistance malgré les approches précédentes.

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 médicaments réduisant l'efficacité du contraceptif et augmentant le risque de grossesse.

Interventions

- Faire un test de grossesse → Si positif, diriger la femme vers le médecin ou l'IPSPL.
- 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'implication 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'IPSPL.
- En présence d'autres symptômes → La diriger vers le médecin ou l'IPSPL.
- Si le 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. 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 positif, diriger la femme vers le médecin ou l'IPSPL.
- 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'IPSPL.
- En présence d'autres symptômes → La diriger vers le médecin ou l'IPSPL.
- Si le 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'IPSPL si elle ne voit pas d'amélioration par rapport à l'approche précédente ou si l'acné est très importante.

Troubles de 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 troubles de 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'IPSPL.
- 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 : si les symptômes sont toujours présents et en l'absence de contre-indications, tenter un changement de contraceptif.
 - La diriger vers le médecin ou l'IPSPL si elle ne voit pas d'amélioration par rapport aux approches précédentes.

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 à une diminution d'exercices physiques.
- Une maladie systémique.
- La prise de certains médicaments.

Interventions

- Faire un test de grossesse → Si positif, diriger la femme vers le médecin ou l'IPSPL.
- En présence d'autres symptômes → Diriger la femme vers le médecin ou l'IPSPL.

- 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'IPSPL.
- Si le 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 réduire sa consommation d'aliments ou boissons hypercaloriques.
 - En l'absence de contre-indications, discuter avec elle de la possibilité d'utiliser un autre contraceptif.
 - Diriger la femme vers le médecin ou l'IPSPL si elle ne voit pas d'amélioration par rapport aux approches précédentes.

4.5.4 INJECTION CONTRACEPTIVE

Saignements irréguliers

Des saignements irréguliers surviennent chez environ 25 % des utilisatrices d'injection contraceptive durant les trois premiers mois d'utilisation. Ils diminuent avec la durée d'utilisation et, après un an d'utilisation, seulement 15 % des femmes présentent des saignements. 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 positif, diriger la femme vers le médecin ou l'IPSPL.
- 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'implication 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 test est positif, diriger la femme vers le médecin ou l'IPSPL.
- En présence d'autres symptômes → La diriger vers le médecin ou l'IPSPL.
- Si les saignements persistent depuis plus de 3 mois et que le test de grossesse est négatif et, en l'absence d'une détection positive de gonorrhée ou de *Chlamydia trachomatis*, 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. 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.
- Diriger la femme vers le médecin ou l'IP SPL dans un délai de ≤ 3 mois si persistance malgré les approches précédentes.

Aménorrhée

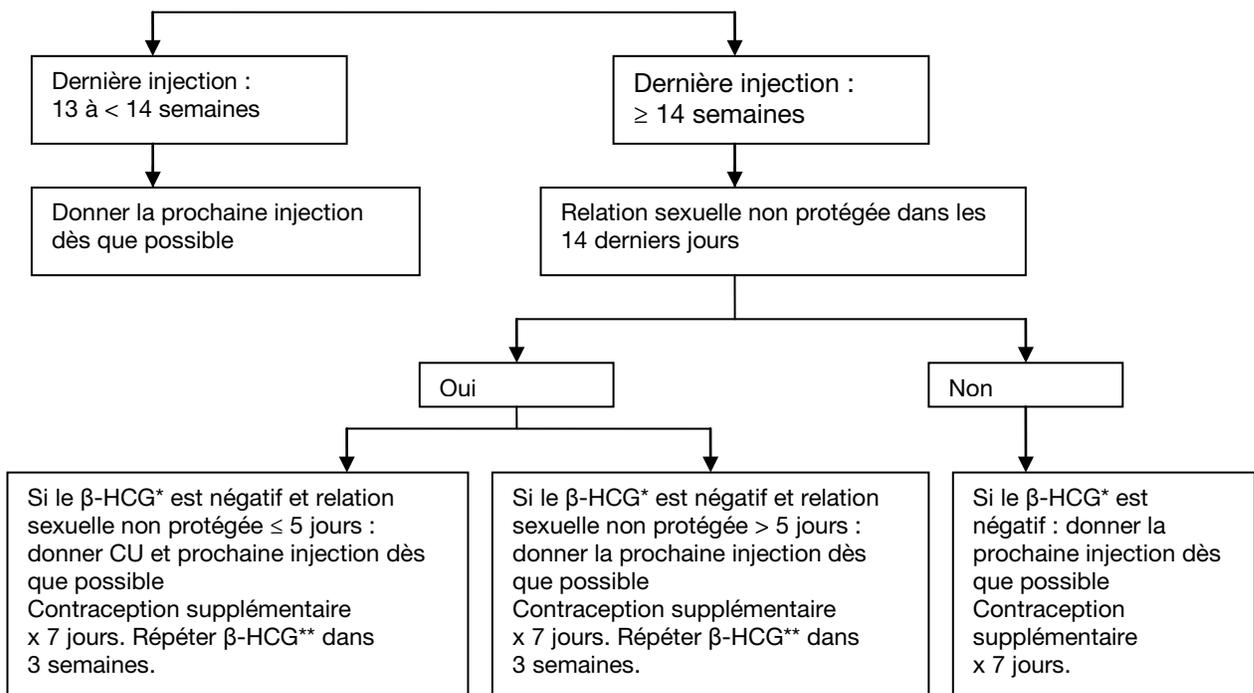
L'aménorrhée est un effet indésirable « normal » et bénéfique de l'utilisation de l'injection contraceptive. Elle est présente chez 55 à 60 % des femmes après un an d'utilisation et chez 70 % après 2 ans. L'aménorrhée peut être associée à l'effet hormonal du contraceptif, mais également à :

- 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 positif, diriger la femme vers le médecin ou l'IP SPL. Si 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'implication si elle n'a pas de contre-indications.
- En présence d'autres symptômes → La diriger vers le médecin ou l'IP SPL.
- Si le 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, 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 positif, diriger la femme vers le médecin ou l'IPSPL.
- En présence d'autres symptômes → Diriger la femme vers le médecin ou l'IPSPL.
- 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'IPSPL.
- Si le 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'IPSPL si elle ne voit pas d'amélioration par rapport à l'approche précédente ou si l'acné est très importante.

Troubles de 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 troubles de l'humeur. Les troubles de 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'IPSPL.
- Si présence de troubles invalidants du sommeil → La diriger vers le médecin ou l'IPSPL.
- 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 : si les symptômes sont toujours présents et en l'absence de contre-indications, tenter un changement de contraceptif.
 - La diriger vers le médecin ou l'IPSPL si elle ne voit pas d'amélioration par rapport aux approches précédentes.

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 positif, diriger la femme vers le médecin ou l'IPSPL.
- En présence d'autres symptômes → La diriger vers le médecin ou l'IPSPL.
- 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'IPSPL.
- Si le 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 réduire sa consommation d'aliments ou boissons hypercaloriques.
 - En l'absence de contre-indications, discuter avec elle de la possibilité d'utiliser un autre contraceptif.
 - La diriger vers le médecin ou l'IPSPL si elle ne voit pas d'amélioration par rapport aux approches précédentes.

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 positif, diriger la femme vers le médecin ou l'IPSPL.
- 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'IPSPL 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 d'un quart

de tour, 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 test est positif, diriger la femme vers le médecin ou l'IPSPL.
- En présence de douleurs pelviennes ou de fièvre/frissons → La diriger vers le médecin ou l'IPSPL.
- En présence d'autres symptômes → La diriger vers le médecin ou l'IPSPL.
- Si le 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.
 - La diriger vers le médecin ou l'IPSPL dans un délai de ≤ 3 mois si elle ne voit pas d'amélioration par rapport à l'approche précédente.

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 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 positif, diriger la femme vers le médecin ou l'IPSPL.
- 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'IPSPL 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 d'un quart de tour, 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 test est positif, diriger la femme vers le médecin ou l'IPSPL.

- En présence de douleurs pelviennes ou de fièvre/frissons → La diriger vers le médecin ou l'IPSPL.
- En présence d'autres symptômes → La diriger vers le médecin ou l'IPSPL.
- Si le 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. Ce cycle peut être répété 1 fois PRN.
 - La diriger vers le médecin ou l'IPSPL dans un délai de ≤ 3 mois si elle ne voit pas d'amélioration par rapport à l'approche précédente.

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

Interventions

- Faire un test de grossesse → Si positif, diriger la femme vers le médecin ou l'IPSPL.
- Effectuer un test de triage pour éliminer l'infection à *Chlamydia trachomatis* et la gonorrhée → Si le test est positif, diriger la femme vers le médecin ou l'IPSPL.
- 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'IPSPL 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 d'un quart de tour, puis la retirer – cette pratique peut faire ressortir les fils du stérilet sans modifier la position de ce dernier.
- En présence de douleurs pelviennes en dehors des menstruations, d'une dyspareunie nouvelle ou de fièvre/frissons → La diriger vers le médecin ou l'IPSPL.
- En présence d'autres symptômes → La diriger vers le médecin ou l'IPSPL.

- Si le 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.
 - La diriger vers le médecin ou l'IPSPL dans un délai de ≤ 3 mois si elle ne voit pas d'amélioration par rapport à l'approche précédente.

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 test soit positif ou négatif, diriger la femme vers le médecin ou l'IPSPL.
- 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'IPSPL 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 d'un quart de tour, 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'IPSPL.

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. 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 positif, diriger la femme vers le médecin ou l'IPSPL.
- Effectuer un test de triage pour éliminer l'infection à *Chlamydia trachomatis* et la gonorrhée → Si le test est positif, diriger la femme vers le médecin ou l'IPSPL.
- 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'IPSPL 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 d'un quart de tour, puis la retirer – cette pratique peut faire ressortir les fils du stérilet sans modifier la position de ce dernier.
- En présence de douleurs pelviennes ou de fièvre/frissons → Diriger la femme vers le médecin ou l'IPSPL.
- En présence d'autres symptômes → La diriger vers le médecin ou l'IPSPL.
- Si les saignements persistent depuis plus de 3 mois, que le 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.
 - La diriger vers le médecin ou l'IPSPL dans un délai de ≤ 3 mois si elle ne voit pas d'amélioration par rapport à l'approche précédente.

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

Interventions

- Faire un test de grossesse → Si positif, diriger la femme vers le médecin ou l'IPSPL.
- Effectuer un test de triage pour éliminer l'infection à *Chlamydia trachomatis* et la gonorrhée → Si le test est positif, diriger la femme vers le médecin ou l'IPSPL.
- 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'IPSPL 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 d'un quart de tour, puis la retirer – cette pratique peut faire ressortir les fils du stérilet sans modifier la position de ce dernier.
- En présence de douleurs pelviennes en dehors de menstruations, d'une dyspareunie nouvelle ou de fièvre/frissons → Diriger la femme vers le médecin ou l'IPSPL.
- En présence d'autres symptômes → La diriger vers le médecin ou l'IPSPL.
- Si la dysménorrhée persiste depuis plus de 3 mois, que le 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.
 - La diriger vers le médecin ou l'IPSPL dans un délai de ≤ 3 mois si elle ne voit pas d'amélioration par rapport à l'approche précédente.

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. 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 le test est positif, diriger la femme vers le médecin ou l'IPSPL.
- 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'IPSPL 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 d'un quart de tour, 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'IPSPL.
- Si le 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'IPSPL 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 positif, diriger la femme vers le médecin ou l'IPSPL.
- En présence d'autres symptômes → La diriger vers le médecin ou l'IPS.
- Rechercher la prise de nouveaux médicaments → Si présents, la diriger vers le médecin ou l'IPS.
- En l'absence d'autres symptômes, si le 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.
 - La diriger vers le médecin ou l'IPS si elle ne voit pas d'amélioration par rapport aux approches précédentes ou si l'acné est très sévère.

Troubles de l'humeur

Les troubles de l'humeur de nature dépressive peuvent survenir occasionnellement chez les utilisatrices de stérilet au lévonorgestrel. Les troubles de 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'IPSPL.
- 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.
 - La diriger vers le médecin ou l'IPS si elle ne voit pas d'amélioration par rapport à l'approche précédente.

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 de l'ingestion d'aliments ou à une diminution d'exercices physiques.
- Une maladie systémique.

Interventions

- Faire un test de grossesse → Si positif, diriger la femme vers le médecin ou l'IPSPL.
- En présence d'autres symptômes → La diriger vers le médecin ou l'IPS.
- En l'absence d'autres symptômes et si le 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.
 - La diriger vers le médecin ou l'IPS si elle ne voit pas d'amélioration par rapport aux approches précédentes

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 âge de procréer 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 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-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 probabilités sont variables de pouvoir avoir recours à un médecin ou à une IPSPL 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. 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'IPSPL ne pourrait l'insérer.
- La COU à l'acétate d'ulipristal (UPA) 30 mg est plus efficace que la COU au lévonorgestrel (LNG), quel que soit le délai entre la RSNP et la consultation, en particulier, 4 à 5 jours après la RSNP.
- La COU au 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/m².⁴ 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, les circonstances d'échec contraceptif et le coût, la COU à l'UPA devrait être le premier choix chez les femmes dont l'IMC est égal ou supérieur à 25 kg/m².

S'assurer que la femme n'est pas enceinte :

- Absence de symptômes de grossesse.
- Test de grossesse urinaire négatif.

S'assurer que la femme pratiquera l'abstinence ou utilisera un condom toutes les fois qu'elle aura des relations sexuelles d'ici l'insertion du stérilet au cuivre d'urgence, le cas échéant.

⁴ 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.

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 IPSPL pour l'insertion d'un stérilet au cuivre d'urgence.

Offrir un counseling contraceptif dans le but de favoriser l'amorce 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 et fait 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 IPSPL 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. 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'IPSPL ne pourrait l'insérer; ensuite, l'infirmière communique avec le médecin ou l'IPSPL 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 IPSPL 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. 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'IPSPL pour l'insertion d'un stérilet, au cas où elle ne se présenterait pas pour l'insertion ou que le médecin ou l'IPSPL ne pourrait l'insérer. Si la femme désire un stérilet d'urgence, l'infirmière communique avec le médecin ou l'IPSPL avant de la diriger pour l'insertion du stérilet.

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

- COU au lévonorgestrel (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 (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 | Backup Plan [®] , Contingency [®] , Lévonorgestrel [®] , Next Choice, Norlevo, Option 2, Teva-Lévonorgestrel [®] | 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 [®] , Norlevo [®] | 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 (édition du 20 novembre 2015).

- Dans le cas de l'utilisation de la COU au 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 au 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 à l'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 à l'UPA, selon les consignes suivantes :
 - Contraceptif oral combiné (COC), timbre et anneau contraceptifs : commencer 5 jours après la prise de COU à l'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 14 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) et injection contraceptive : commencer la méthode 5 jours après la prise de COU à l'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 14 premiers

jours d'utilisation. Faire un test de grossesse de contrôle 3 à 4 semaines après le début de la POP ou l'injection.

- La COU à l'UPA pourrait être moins efficace chez les femmes qui utilisent les médicaments ou produits suivants : phénytoïne, rifampin et rifampicine, phénobarbital, primidone, carbamazépine, bosentan, felbamate, griséofulvine, oxcarbazépine, topiramate, ritonavir, millepertuis.
- La COU à l'UPA pourrait réduire l'efficacité des médicaments suivants : dabigatran, digoxine. De plus, 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 au 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.
- Septicémie puerpérale.
- Immédiatement après un avortement septique.
- Lupus érythémateux.
- Saignement vaginal anormal inexpliqué.
- Maladie trophoblastique (antécédents de môle hydatiforme).
- Antécédents personnels de cancer du col.
- Antécédents personnels de cancer de l'endomètre.
- Anomalie anatomique connue de l'utérus.
- Antécédents personnels de transplantation d'organe.
- Infection pelvienne actuelle ou dans les trois derniers mois.
- Infection à *Chlamydia trachomatis* et/ou gonorrhée actuelle.
- Syndrome d'immunodéficience acquise (sida).

- 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.
 - 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 (si < 6 mois post-partum).
- 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

- Centers for Disease Control and Prevention. (2013). [U.S. selected practice recommendations for contraceptive use, 2013](#). *Morbidity and Mortality Weekly Report – Recommendations and Reports*, 62(5).
- Collège des médecins du Québec. (2005). *Les ordonnances faites par un médecin*. Montréal, QC : CMQ. [Document en révision]
- 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>
- 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
- 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. (2015a). [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.

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2015b). [Directive clinique de la SOGC n° 329 : consensus canadien sur la contraception \(2^e partie de 4\)](#). *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada / Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, 37(11), S1-S47.

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (sous presse). [Directive clinique de la SOGC n° 329 : consensus canadien sur la contraception \(3^e partie de 4\)](#). *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada / Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*.

Annexe A

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

Formulaire d'évaluation de 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 | Prénom, nom |
| Raison de la consultation : | Numéro de dossier |
| | Date de naissance |
| | Jour Mois Année |

Bilan de santé

Antécédents personnels : _____

Antécédents gynécologiques : _____

Médicaments en cours : _____

Allergies et/ou intolérances : _____

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

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

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'IPSPL 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"/> |
| < 6 mois post-partum chez les femmes qui allaitent. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 semaines post-partum chez les femmes qui n'allaitent pas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hypertension artérielle nouvelle (systolique : > 140 mm Hg, diastolique : > 90 mm Hg), hypertension artérielle non maîtrisée ou maîtrisée par un médicament. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antécédents personnels de thrombo-embolie veineuse, thrombophilie. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Thrombo-embolie veineuse et anticoagulothérapie. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antécédents de thrombo-embolie veineuse chez un parent du premier degré (père, mère, frère, sœur). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cardiopathie ischémique. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antécédents d'accident vasculaire cérébral. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cardiopathie valvulaire compliquée. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Migraine avec aura ou accompagnée de symptômes neurologiques. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antécédents personnels 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"/> |
| Opération chirurgicale majeure avec immobilisation prolongée. | <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, oxcarbazépine, primidone, topiramate, phénobarbital, phénytoïne, lamotrigine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Certains antibiotiques : rifampicine, rifabutine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autre : millepertuis | <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 l'indice de masse corporelle ≥ 30 . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trouble cutané généralisé. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Anneau vaginal contraceptif | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 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 utéro-vaginal. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Contraceptif oral à progestatif seul | | |
| 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"/> |
| Thrombo-embolie veineuse actuelle. | <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"/> |
| Utilisation de médicaments ou de substances pouvant interagir avec le contraceptif oral à progestatif seul : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Certains anticonvulsivants : carbamazépine, oxcarbazépine, primidone, topiramate, phénobarbital, phénytoïne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Certains antibiotiques : rifampicine, rifabutine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autre : millepertuis | <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"/> |
| < 6 semaines post-partum chez la femme qui allaite. | <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"/> |
| Thrombo-embolie veineuse actuelle. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cardiopathie ischémique actuelle. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Accident vasculaire cérébral actuel. | <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 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"/> |
| Hypertension artérielle (systolique > 160 mm Hg, diastolique > 100 mm Hg). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cumul de plusieurs facteurs de risque de maladie cardiovasculaire (âge élevé, tabagisme, diabète, hypertension artérielle). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Saignement vaginal inexplicé. | <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"/> |
| De 48 h à < 4 semaines post-partum. | <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 (antécédents de môle hydatiforme). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antécédents personnels de cancer du col. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antécédents personnels de cancer de l'endomètre. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anomalie anatomique connue de l'utérus. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antécédents personnels de transplantation d'organe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infection pelvienne actuelle. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> et/ou gonorrhée actuelle. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Syndrome d'immunodéficience acquise. | <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"/> |
| De 48 h à < 4 semaines post-partum. | <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 (antécédents de môle hydatiforme). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antécédents personnels de cancer du col. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antécédents personnels de cancer du sein. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antécédents personnels de cancer de l'endomètre. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anomalie anatomique connue de l'utérus. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antécédents de transplantation d'organe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infection pelvienne actuelle. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> et/ou gonorrhée actuelle. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). | <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"/> |
| Diagnostic récent d'une maladie cardiaque ischémique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres conditions médicales importantes ou inhabituelles. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Évaluation

TA

Poids (au besoin) :

Taille (au besoin) :

Test de grossesse (au besoin) :

IMC (au besoin) :

Autres observations :

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

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) :

| 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 | |
| <input type="checkbox"/> Démonstration de la pose du condom | |
| <input type="checkbox"/> Dépistage des ITSS | |
| <input type="checkbox"/> Vérification de l'immunisation contre le VPH et l'hépatite B | |
| <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 | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| | Oui | Non |
| La cliente comprend les conseils donnés et peut les mettre en pratique : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | |
| | Oui | Non |
| Orientation vers le médecin ou l'IP SPL en raison de contre-indications ou d'échec des approches d'ajustement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Orientation pour insertion de stérilet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Orientation pour stérilet d'urgence | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Administration de contraception orale d'urgence | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Remise de la prescription de l'infirmière à l'intention du pharmacien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Planification du suivi

Prochain rendez-vous avec l'infirmière : _____

Suivi avec un médecin ou une IPSPL : _____

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 clientes

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 sûre 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 : _____

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

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

Caractéristique de la dernière menstruation : normale anormale

Longueur habituelle des cycles menstruels : _____

Date et heure de la dernière relation sexuelle non protégée : _____

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

Préciser dates depuis DDM : _____

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.

Intervention infirmière

Test de grossesse fait : Oui Non, Résultat : _____

Contraception orale d'urgence prescrite. Spécifiez : _____

Dirigée vers le médecin ou l'IPSPL : _____

Motifs de l'orientation : _____

Signature de l'infirmière : _____ Date : _____

Annexe D

Formulaire d'admissibilité au stérilet au cuivre d'urgence

Formulaire d’admissibilité au stérilet au cuivre d’urgence

Date de la consultation : _____

Nom et prénom de la femme : _____

Date de naissance : _____

| Contre-indications au stérilet au cuivre d’urgence : | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Grossesse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Septicémie puerpérale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Immédiatement après un avortement septique | <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 (antécédents de môle hydatiforme) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antécédents personnels de cancer du col | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antécédents personnels de cancer de l’endomètre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anomalie anatomique connue de l’utérus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antécédents personnels de transplantation d’organe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infection pelvienne actuelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> et/ou gonorrhée actuelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Syndrome d’immunodéficience acquise (sida) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tuberculose pelvienne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hypersensibilité au cuivre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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.
- 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.

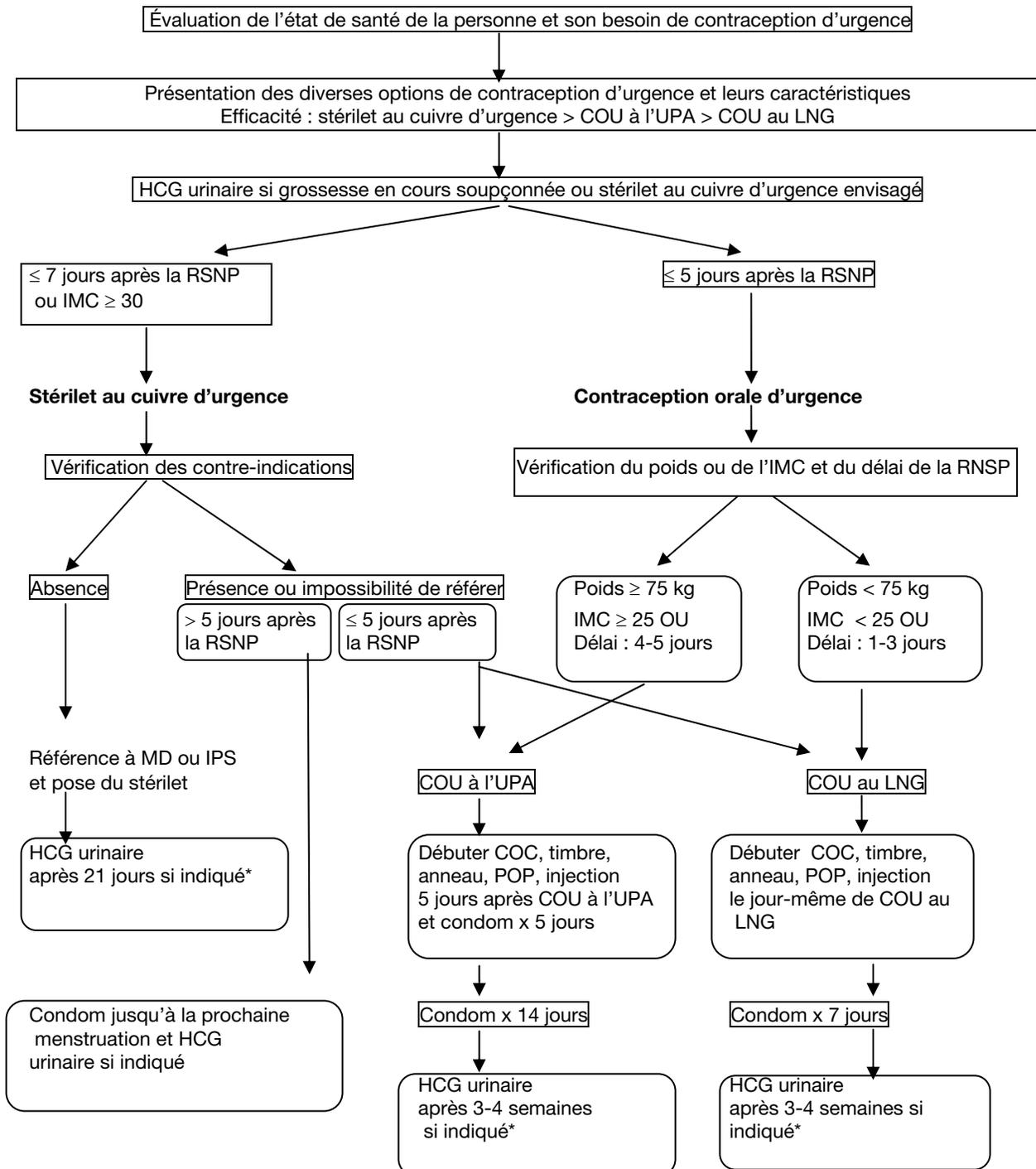
Signature de l’infirmière : _____ Date : _____

Annexe E

Algorithme de contraception d'urgence

Algorithme de contraception d'urgence

ALGORITHME DE CONTRACEPTION D'URGENCE



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

Légende:

Acné Approuvé par Santé Canada pour le traitement de l'acné

COC Approuvé par Santé Canada pour la contraception orale continue

MP Formulation monophasique

BP Formulation biphase

TP Formulation triphasique

Yaz plus Contient 451 mcg de lévoméfolate de calcium

PO Voie orale

IM Voie intramusculaire

TOP Timbre transdermique pour application topique

IVag Voie intravaginale

IU Voie intra-utérine

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 D^r 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

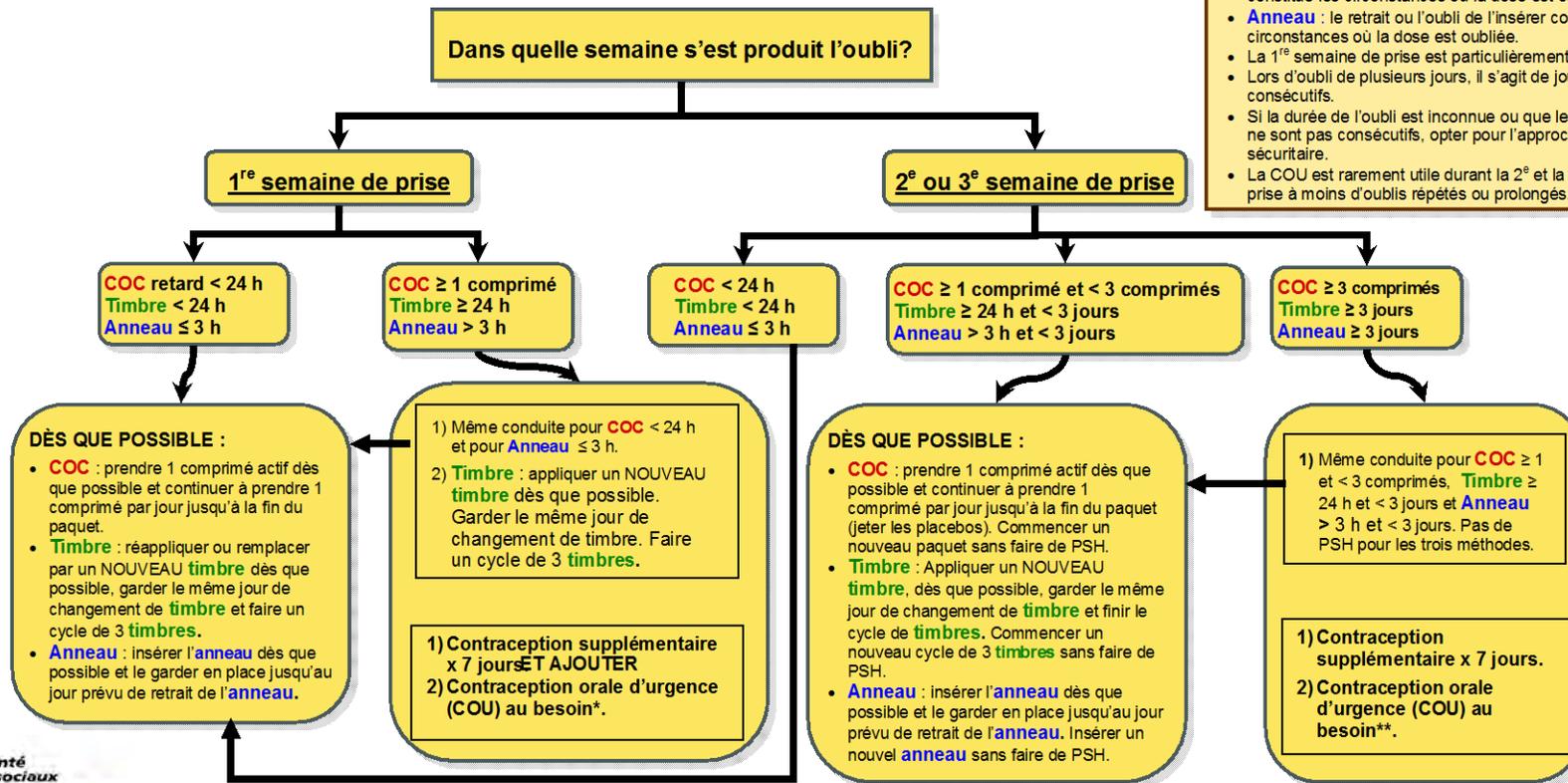
Outils en cas d'oubli d'un contraceptif

Outils en cas d'oubli d'un contraceptif

ALGORITHMME 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

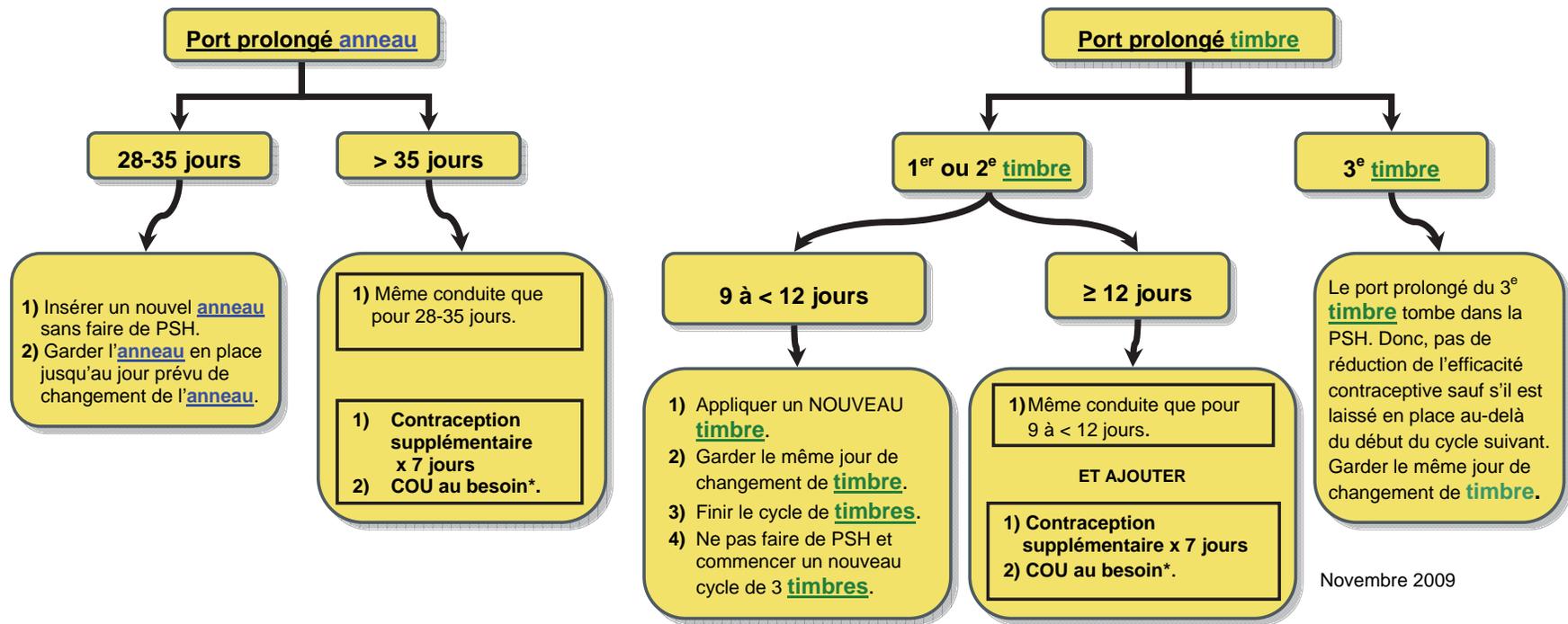
Élaboré par : Nathanaëlle Thériault, M.D., Catherine Risi, M.D., Johanne Lessard, inf.B.Sc., DESS Sc., Édith Guilbert, M.D., M.Sc.

Source : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Avis du Comité d'experts en planning familial. 2007 et/ou Guilbert E, Black A, Dunn S. Missed hormonal contraceptives : New recommendations – Committee opinion. J Obstet Gynaecol Can. 2008 Nov;30(11) :1050-77.

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

services maladies infectieuses santé services
et innovation microbiologie toxicologie prévention des maladies chroniques
santé au travail innovation santé au travail impact des politiques publiques
impact des politiques publiques développement des personnes et des communautés
promotion de saines habitudes de vie recherche services
santé au travail promotion, prévention et protection de la santé impact des politiques
sur les déterminants de la santé recherche et innovation services de laboratoire et diagnostic
recherche surveillance de l'état de santé de la population

www.inspq.qc.ca