INSPQ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

Protocole de contraception du Québec – Mise à jour 2024

AVIS ET RECOMMANDATIONS

MARS 2024

GUIDE DE PRATIQUE PROFESSIONNELLE

Québec

RÉDACTION ET RECHERCHE

Édith Guilbert M.D., M. Sc., médecin-conseil et professeure de clinique
Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec
Département d'obstétrique, gynécologie et reproduction, Université Laval

Hélène Arguin, Ph. D., conseillère scientifique
Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

Mathieu Bélanger, M.D., FRCSC, obstétricien et gynécologue, Fellow en planification famililale
Département d'obstétrique-gynécologie, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Véronique Thibault, Dt.P., Ph. D. (c), conseillère scientifique
Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

COMITÉ SCIENTIFIQUE POUR LA MISE À JOUR DU *PROTOCOLE DE CONTRACEPTION DU QUÉBEC*

Édith Guilbert M.D., M. Sc., FCMFC, médecin-conseil, coordonnatrice du Comité scientifique pour la mise à jour du *Protocole de contraception du Québec*
Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

Mathieu Bélanger, M.D., FRCSC, obstétricien et gynécologue, Fellow en planification famililale
Département d'obstétrique-gynécologie, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Ema Ferreira, Pharm D, FCSHP, pharmacienne et professeure titulaire de clinique
Centre hospitalier universitaire Ste-Justine et Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal

Maude Gagnon, M.D., médecin de famille
Clinique de planification des naissances du Centre hospitalier universitaire de Québec - Hôpital St-François d'Assise
Chargée d'enseignement, Faculté de médecine, Université Laval

Julie Poirier, M. Sc., DESS, infirmière praticienne spécialisée
CISSS Chaudière-Appalaches, professeure de clinique à l'UQAR

Jessica Lamontagne, DEC, infirmière
Soins infirmiers Isabelle Lechasseur, Réseau Infirmia, Québec
Mathieu Leboeuf, M.D., MPH, FRCSC, obstétricien et gynécologue
Centre hospitalier universitaire de Québec – Université Laval et directeur du département d'obstétrique, gynécologie et reproduction de l'Université Laval

Geneviève Roy, M.D., MPH, FRCSC, obstétricienne et gynécologue
Centre hospitalier de l'Université de Montréal et professeure agrégée au département d'obstétrique-gynécologie de l'Université de Montréal

Frédéric St-Pierre, Ph. D., coordonnateur scientifique
Direction de l'évaluation et de la pertinence des modes d'intervention en santé
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

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 – 2e trimestre 2024
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-97125-2 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2024)

RÉVISEURS SCIENTIFIQUES

Audrey Binette, obstétricienne-gynécologue
Département d'obstétrique et gynécologie, Hôpital régional de Rimouski

Marie Gélinas, infirmière clinicienne en planning
CISSS de Laval Clinique Planning

Françoise Gendron, médecin de famille
Direction de santé publique de l'Estrie

Anne-Sophie Gignac, chargée de projet
Fédération du Québec pour le planning des naissances

Paskale Hamel, directrice générale
SOS Grossesse Estrie

Carol-Anne Roy-Chevalier, conseillère scientifique
Équipe Infections transmissibles sexuellement et par le sang, Direction des risques biologiques, INSPQ

Run Kim, infirmière, conseillère à la qualité de la pratique
Direction, développement et soutien professionnel, désignée par Monsieur Luc Mathieu, Président, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Annie White-Gosselin, infirmière praticienne spécialisée en première ligne, CIUSSS du Centre-Sud de l'Ile de Montréal, Direction des services généraux et des partenariats urbains GMF CLSC du Plateau-Mont-Royal

Stéphane Ouellet, obstétricien-gynécologue, inspecteur, Direction de l'amélioration de l'exercice, désigné par Docteur Mauril Gaudreault, Président, Collège des médecins du Québec

Les réviseurs ont été conviés à apporter des commentaires sur la version préfinale de ce document et en conséquence, n'en ont pas révisé ni endossé le contenu final.

Les auteurs ainsi que les membres du comité scientifique et réviseurs ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts. Les conflits d'intérêts potentiels sont listés à l'annexe XI.

Mise en page et révision linguistique

Marie-Cloé Lépine, agente administrative
Institut national de santé publique du Québec

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier chaleureusement, en plus des membres du comité scientifique et des réviseurs, les personnes suivantes, pour leur précieuse collaboration à la mise à jour du *Protocole de contraception du Québec 2024* :

Les externes en médecine de l'Université Laval qui, dans le cadre d'un stage en santé publique supervisés par Dre Édith Guilbert entre 2020 et 2023, ont participé à l'extraction de données, l'évaluation d'articles et l'écriture de rapports scientifiques indispensables à la rédaction de cette mise à jour : Golub Antunovic, Marc Bergeron, Samuel Bérubé, Louis-François Boucher, Emily Duong, Jérôme Garneau, Fatima Sarah Kadi, Chloé Lacombe, Reinemary Michael, Dariane Mignault, Alexia Morin-Labbé, Leon Muscalenco, Charles-Éric Noël-Laflamme, Gilles-Philippe Pagé, Charles-Vincent Paré, Geneviève Pelletier, Thomas Pelletier, Marie-Sophie Pépin-Blanchette, Élie Simard, Rachelle St-Onge, Jean-Benoît Veillette, Emily Wang, Kevin Yang Wu et Fayçal Zine-Eddine.

Virginie Houle, bibliothécaire à l'INSPQ, pour son soutien ainsi que pour la réalisation de nos nombreuses recherches documentaires, ainsi que ses collègues bibliothécaires, Andrée Dagenais, Véronic Fortin, Mahée Lacourse, Vana Ké et Olivier Robert, qui les ont révisées.

Sylvain Labrie et Magali Leverd, technicien et technicienne en documentation à l'INSPQ, pour leur soutien quant à la recherche et au transfert de nombreux articles scientifiques.

Johanne Roy, conseillère experte aux dossiers cliniques infirmiers, Direction nationale des soins et services infirmiers, Direction générale des affaires universitaires, médicales, pharmaceutiques et infirmières, ministère de la Santé et des Services sociaux et Martine Longtin, conseillère et coordonnatrice clinique aux Méthodes de soins informatisées (MSI), Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (CESS), pour leurs conseils et leur collaboration concernant l'arrimage entre le *Protocole de contraception du Québec* 2024 et les MSI sur l'implant contraceptif.

Carol-Anne Roy-Chevalier, conseillère scientifique, équipe Infections transmissibles sexuellement et par le sang, Direction des risques biologiques, INSPQ, pour sa révision attentive de l'annexe I, dans un premier temps, et de tout le document, par la suite.

Annie Montreuil, conseillère scientifique, équipe Produits et substances psychoactives, Direction du développement des individus et des communautés, INSPQ, pour ses conseils et enseignements concernant le vapotage.

Claudia Blais, conseillère scientifique, responsable de la surveillance des maladies cardiométaboliques au Bureau d'information et d'études en santé des populations (BIESP), INSPQ, pour ses conseils concernant les taux d'incidence d'accident vasculaire cérébral et d'infarctus du myocarde chez les femmes du Québec.

Mélina Castonguay, sage-femme, et Luce Pinard, présidente de l'Ordre des sages-femmes du Québec pour leurs judicieuses informations concernant les pratiques sages-femmes en contraception.

Dre Véronique Déry, chef scientifique à la qualité, Direction valorisation scientifique qualité, INSPQ, et Mathieu Roy, conseiller scientifique, Soutien aux affaires scientifiques, évaluation et recherche, INSPQ, pour leurs conseils en matière d'élaboration de recommandations et pour la validation de notre méthodologie.

Dre Kathryn M. Curtis, Dre Antoinette Nguyen et Dre Naomi Tepper, de la Division de la Santé Reproductive des *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), Atlanta, Géorgie, États-Unis, pour leur collaboration afin d'arrimer les critères d'éligibilité aux contraceptifs du PCQ 2024 avec les critères américains d'éligibilité aux méthodes contraceptives du USMEC 2024.

Dre Alison Edelman et Shaalini Ramanadhan du *Complex Family Planning Fellowship, University Health Network*, Portland, Oregon, États-Unis, ainsi que Dre Diana Blithe et Clint Dart du *National Institute of Health*, Bethesda, Maryland, pour leur collaboration sur le chapitre sur la contraception d'urgence.

Émilie Audy, coordonnatrice de l'équipe Périnatalité, petite-enfance et santé reproductive, Direction du développement des individus et des communautés, INSPQ, Julie Laforest, chef d'unité scientifique, Santé et bien-être des populations, Direction du développement des individus et des communautés, INSPQ, et Caroline Drolet, directrice scientifique, Direction du développement des individus et des communautés, INSPQ, pour leur indéfectible soutien et leurs encouragements tout au long du processus de mise à jour du *Protocole de contraception du Québec*.

Marie-Cloé Lépine, agente administrative, Direction du développement des individus et des communautés, INSPQ, et Isabelle Gignac, technicienne en communication, Secrétariat général, INSPQ, pour leur patience, leur dévouement et leur rigueur lors de la mise en page et de la révision linguistique du *Protocole de contraception du Québec*.

Enfin, nous remercions toutes les personnes qui, de près ou de loin, nous ont apporté leurs conseils, leur écoute et leur soutien à chacune des étapes de cette mise à jour.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ..... **IX**

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES ..... **XI**

1 INTRODUCTION **1**

1.1 Références 2

2 PRINCIPES GÉNÉRAUX EN CONTRACEPTION **3**

2.1 Compétences et formation 3

2.2 Norme de pratique 3

2.3 Intention thérapeutique 3

2.4 Ajustement thérapeutique 4

2.5 Collaboration interprofessionnelle 4

2.6 Intégration des domaines de connaissances 4

2.7 Counseling en contraception 5

2.8 Références 7

3 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES DES INFIRMIÈRES AUTORISÉES À PRESCRIRE CONFORMÉMENT AU RÈGLEMENT **11**

3.1 Indications des interventions infirmières 11

3.2 Interventions de l'infirmière 11

3.3 Normes relatives à l'ordonnance 17

3.4 Transmission de l'information à l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne ou au médecin traitant 17

3.5 Documentation 17

3.6 Références 17

4 LA CONTRACEPTION D'URGENCE **18**

4.1 Activités de l'infirmière 18

4.2 Clientèle visée 18

4.3 Indications 18

4.4 Contre-indications 19

4.5 Types de contraceptifs d'urgence 20

4.5.1 Stérilet d'urgence 20

4.5.2 Contraceptif oral d'urgence 20

4.6 Utilisation de la contraception d'urgence 21

4.6.1 Indiquer les options de contraception d'urgence 21

4.6.2 Timing de la contraception d'urgence 21

4.6.3 Indice de masse corporelle et COU 22

4.6.4 Allaitement et COU 23

4.6.5 Interactions médicamenteuses 23

4.6.6 Prévention et gestion des effets indésirables ... 24
4.6.7 Initiation de la contraception régulière après la COU ... 24
4.7 Suivi lors de bouleversement sociosanitaire ... 25
4.8 Activités spécifiques de l'infirmière ... 26
4.9 Résumé des recommandations ... 27
4.10 Références ... 31
5 L'IMPLANT CONTRACEPTIF ... 35
5.1 Activités de l'infirmière ... 35
5.2 Clientèle visée ... 35
5.3 Indications ... 35
5.4 Contre-indications ... 35
5.5 Description de l'implant contraceptif ... 36
5.6 Début de l'utilisation de l'implant contraceptif ... 37
5.6.1 Moment de l'insertion ... 37
5.6.2 Facteurs affectant l'efficacité de l'implant contraceptif ... 39
5.6.3 Allaitement et implant ... 39
5.6.4 Prévention de l'arrêt de la méthode contraceptive ... 39
5.7 Ajustement des effets indésirables de l'implant contraceptif ... 40
5.7.1 Saignements irréguliers ... 40
5.7.2 Aménorrhée ... 43
5.7.3 Céphalées ... 43
5.7.4 Acné ... 44
5.7.5 Prise de poids ... 45
5.7.6 Mastalgie ... 45
5.7.7 Effets sur l'humeur ... 46
5.8 Gestion des complications sérieuses de l'implant ... 47
5.9 Suivi ... 49
5.9.1 Suivi régulier ... 49
5.9.2 Durée d'utilisation ... 49
5.9.3 Suivi lors de bouleversement sociosanitaire ... 50
5.10 Activités spécifiques de l'infirmière ... 51
5.11 Résumé des recommandations ... 51
5.12 Références ... 52
6 LE STÉRILET AU LÉVONORGESTREL ... 57
6.1 Activités de l'infirmière ... 57
6.2 Clientèle visée ... 57
6.3 Indications ... 57
6.4 Contre-indications ... 58

6.5 Description du stérilet au lévonorgestrel ... 59
6.6 Début de l'utilisation du stérilet au lévonorgestrel ... 60
6.6.1 Moment de l'insertion ... 60
6.6.2 Facteurs affectant l'efficacité du stérilet au lévonorgestrel ... 62
6.6.3 Allaitement et stérilet au lévonorgestrel ... 62
6.6.4 Prévention de l'arrêt de la méthode contraceptive ... 62
6.7 Ajustement des effets indésirables du stérilet au lévonorgestrel ... 62
6.7.1 Saignements irréguliers et/ou ménorragies ... 63
6.7.2 Dysménorrhée ... 66
6.7.3 Aménorrhée ... 67
6.7.4 Acné ... 68
6.7.5 Prise de poids ... 69
6.7.6 Mastalgie ... 69
6.7.7 Effets sur l'humeur ... 70
6.8 Gestion des complications sérieuses du stérilet au lévonorgestrel ... 71
6.9 Suivi ... 72
6.9.1 Suivi régulier ... 72
6.9.2 Durée d'action ... 73
6.9.3 Retrait du stérilet ... 73
6.9.4 Suivi lors de bouleversement sociosanitaire ... 74
6.10 Activités spécifiques de l'infirmière ... 75
6.11 Résumé des recommandations ... 75
6.12 Références ... 76
7 LE STÉRILET AU CUIVRE ... 81
7.1 Activités de l'infirmière ... 81
7.2 Clientèle visée ... 81
7.3 Indications ... 81
7.4 Contre-indications ... 81
7.5 Description du stérilet au cuivre ... 83
7.6 Début de l'utilisation du stérilet au cuivre ... 84
7.6.1 Moment de l'insertion ... 84
7.6.2 Facteurs affectant l'efficacité du stérilet au cuivre ... 86
7.6.3 Allaitement et stérilet au cuivre ... 86
7.6.4 Prévention de l'arrêt de la méthode contraceptive ... 86
7.7 Ajustement des effets indésirables du stérilet au cuivre ... 86
7.7.1 Saignements irréguliers et/ou ménorragies ... 87
7.7.2 Dysménorrhée ... 89
7.7.3 Aménorrhée ... 91

7.8 Gestion des complications sérieuses du stérilet au cuivre ... 91
7.9 Suivi ... 93
7.9.1 Suivi régulier ... 93
7.9.2 Durée d'action ... 93
7.9.3 Retrait du stérilet ... 93
7.9.4 Suivi lors de bouleversement sociosanitaire ... 94
7.10 Activités spécifiques de l'infirmière ... 95
7.11 Résumé des recommandations ... 95
7.12 Références ... 96
8 L'INJECTION CONTRACEPTIVE ... 100
8.1 Activités de l'infirmière ... 100
8.2 Clientèle visée ... 100
8.3 Indications ... 100
8.4 Contre-indications ... 100
8.5 Description de l'injection contraceptive ... 103
8.6 Début de l'utilisation de l'injection contraceptive ... 104
8.6.1 Début de l'utilisation ... 104
8.6.2 Facteurs affectant l'efficacité de l'injection contraceptive ... 106
8.6.3 Allaitement et injection contraceptive ... 106
8.6.4 Prévention de l'arrêt de la méthode contraceptive ... 106
8.7 Ajustement des effets indésirables de l'injection contraceptive ... 106
8.7.1 Saignements irréguliers ... 107
8.7.2 Aménorrhée ... 109
8.7.3 Céphalées ... 110
8.7.4 Acné ... 111
8.7.5 Prise de poids ... 111
8.7.6 Effets sur l'humeur ... 112
8.8 Gestion des complications sérieuses de l'injection contraceptive ... 113
8.9 Suivi ... 115
8.9.1 Suivi régulier ... 115
8.9.2 Suivi lors de bouleversement sociosanitaire ... 115
8.10 Activités spécifiques de l'infirmière ... 116
8.11 Résumé des recommandations ... 116
8.12 Références ... 116
9 LES CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS ... 123
9.1 Activités de l'infirmière ... 123
9.2 Clientèle visée ... 123
9.3 Indications ... 123

9.4 Contre-indications ... 123
9.5 Description des contraceptifs hormonaux combinés ... 127
9.6 Début de l'utilisation des contraceptifs hormonaux combinés ... 129
9.6.1 Début de l'utilisation ... 129
9.6.2 Facteurs affectant l'efficacité des contraceptifs hormonaux combinés ... 130
9.6.3 Allaitement et contraceptifs hormonaux combinés ... 132
9.6.4 Prévention de l'arrêt de la méthode contraceptive ... 132
9.7 Ajustement des effets indésirables des contraceptifs hormonaux combinés ... 132
9.7.1 Nausées et vomissements ... 133
9.7.2 Saignements irréguliers ... 134
9.7.3 Aménorrhée ... 136
9.7.4 Pertes vaginales inhabituelles ... 137
9.7.5 Dysménorrhée persistante ... 138
9.7.6 Céphalée ... 139
9.7.7 Acné ... 139
9.7.8 Prise de poids ... 140
9.7.9 Mastalgie ... 141
9.7.10 Effets sur l'humeur ... 142
9.7.11 Réaction cutanée locale (timbre contraceptif seulement) ... 143
9.8 Gestion des complications sérieuses des contraceptifs hormonaux combinés ... 143
9.8.1 Taux d'incidence des principales complications sérieuses des CHC ... 143
9.8.2 Données probantes sur les principales complications sérieuses des CHC ... 144
9.8.3 Facteurs de risque des TEV ... 144
9.8.4 Autres considérations ... 145
9.9 Suivi ... 145
9.9.1 Suivi régulier ... 145
9.9.2 Suivi lors de bouleversement sociosanitaire ... 146
9.10 Activités spécifiques de l'infirmière ... 146
9.11 Résumé des recommandations ... 147
9.12 Références ... 147
10 LES PILULES À PROGESTATIF SEUL ... 153
10.1 Activités de l'infirmière ... 153
10.2 Clientèle visée ... 153
10.3 Indications ... 153
10.4 Contre-indications ... 153
10.5 Description des pilules à progestatif seul ... 154
10.6 Début de l'utilisation des pilules à progestatif seul ... 155
10.6.1 Début de l'utilisation ... 155

10.6.2 Facteurs affectant l'efficacité des pilules à progestatif seul ... 157
10.6.3 Allaitement et pilule à progestatif seul ... 158
10.6.4 Prévention de l'arrêt de la méthode contraceptive ... 158
10.7 Ajustement des effets indésirables des pilules à progestatif seul ... 158
10.7.1 Saignements irréguliers ... 159
10.7.2 Aménorrhée ... 161
10.7.3 Céphalée ... 162
10.7.4 Acné ... 162
10.7.5 Prise de poids ... 163
10.7.6 Mastalgie ... 164
10.7.7 Effets sur l'humeur ... 165
10.8 Gestion des complications sérieuses des pilules à progestatif seul ... 166
10.9 Suivi ... 167
10.9.1 Suivi régulier ... 167
10.9.2 Suivi lors de bouleversement sociosanitaire ... 167
10.10 Activités spécifiques de l'infirmière ... 167
10.11 Résumé des recommandations ... 167
10.12 Références ... 168

ANNEXE I LISTE DES DOCUMENTS RELATIFS À LA GESTION DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG ... 171

ANNEXE II FORMULAIRE D'ÉVALUATION PAR L'INFIRMIÈRE POUR L'AMORCE, LE RENOUVELLEMENT ET L'AJUSTEMENT DE LA CONTRACEPTION ... 175

ANNEXE III COMMENT PASSER D'UN CONTRACEPTIF À UN AUTRE EN DEHORS DE LA PÉRIODE MENSTRUELLE ... 185

ANNEXE IV FORMULAIRE D'ÉVALUATION POUR LA CONTRACEPTION ORALE D'URGENCE ... 188

ANNEXE V FORMULAIRE D'ADMISSIBILITÉ AU STÉRILET AU CUIVRE D'URGENCE ... 191

ANNEXE VI CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ AUX MÉTHODES CONTRACEPTIVES ... 193

ANNEXE VII LES MODÈLES-TYPES D'ORDONNANCE INDIVIDUELLE DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES ... 202

ANNEXE VIII LES CÉPHALÉES ... 204

ANNEXE IX PHQ-9 — QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ MENTALE DE LA PERSONNE ... 206

ANNEXE X OUTILS EN CAS D'OUBLI D'UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE RÉVERSIBLE À COURTE DURÉE D'ACTION (MCRCA) ... 207

ANNEXE XI DÉCLARATION DES CONFLITS D'INTÉRÊTS POTENTIELS ... 213

LISTE DES TABLEAUX

Chapitre 2 **Principes généraux en contraception**
Tableau 1 Modèle BERCER 5
Tableau 2 Décision partagée 5
Tableau 3 Stratégies pour réduire les perceptions erronées 7
Tableau 4 Évaluation de la qualité du counseling par la personne 7

Chapitre 3 **Activités professionnelles des infirmières autorisées à prescrire conformément au règlement**
Tableau 1 Catégories en rapport avec les critères de recevabilité médicale pour l'utilisation des méthodes contraceptives 13

Chapitre 4 **La contraception d'urgence**
Tableau 1 Contre-indications absolues (catégorie 4) et relatives (catégorie 3) concernant la contraception d'urgence 19
OUTIL Contraception d'urgence 29

Chapitre 5 **L'implant contraceptif**
Tableau 1 Contre-indications absolues (catégorie 4) et relatives (catégorie 3) concernant l'implant contraceptif 36
Tableau 2 Moment de l'insertion dans les situations où l'efficacité de l'implant contraceptif n'est pas immédiate 38
Tableau 3 Équivalence des anti-inflammatoires non stéroïdiens 42

Chapitre 6 **Le stérilet au lévonorgestrel**
Tableau 1 Contre-indications absolues (catégorie 4) et relatives (catégorie 3) concernant le stérilet au lévonorgestrel 58
Tableau 2 Moment de l'insertion dans les situations où l'efficacité du SIU-LNG n'est pas immédiate 61
Tableau 3 Équivalence des anti-inflammatoires non stéroïdiens 65

Chapitre 7 **Le stérilet au cuivre**
Tableau 1 Contre-indications absolues (catégorie 4) et relatives (catégorie 3) concernant le stérilet au cuivre 82
Tableau 2 Moment de l'insertion du stérilet au cuivre dans les situations où il faut vérifier la survenue de RSNP depuis la DDM 85
Tableau 3 Équivalence des anti-inflammatoires non stéroïdiens 88

Chapitre 8 **l'injection contraceptive**
Tableau 1 Contre-indications absolues (catégorie 4) et relatives (catégorie 3) concernant l'injection contraceptive d'acétate de médroxyprogestérone-retard (AMPR) 101
Tableau 2 Moment de l'injection dans les situations où l'efficacité de l'injection contraceptive à l'AMPR n'est pas immédiate 105
Tableau 3 Équivalence des anti-inflammatoires non stéroïdiens 109

Chapitre 9 **Les contraceptifs hormonaux combinés**

Tableau 1 Contre-indications absolues (catégorie 4) et relatives (catégorie 3) concernant les contraceptifs hormonaux combinés 124

Tableau 2 Moment du début de l'utilisation dans les situations où l'efficacité des CHC n'est pas immédiate 130

Tableau 3 Interactions médicamenteuses 131

Chapitre 10 **Les pilules à progestatif seul**

Tableau 1 Contre-indications absolues (catégorie 4) et relatives (catégorie 3) concernant les pilules à progestatif seul 154

Tableau 2 Moment du début de l'utilisation dans les situations où l'efficacité des PPS n'est pas immédiate 156

Tableau 3 Interactions médicamenteuses 157

Tableau 4 Équivalence des anti-inflammatoires non stéroïdiens 160

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
AINS	anti-inflammatoires non stéroïdiens
AMPR	acétate de médroxyprogestérone-retard
AOGQ	Association des obstétriciens et gynécologues du Québec
ATCD	antécédent
AVC	accident vasculaire cérébral
β-hCG	Sous-unité béta de la gonadotrophine chorionique humaine
BID	deux fois par jour
BPACNZ	Best Practice Advocacy Centre New Zealand
CALACS	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
CDC	Centers for diseases control and prevention
CESS	Centre d'expertise en santé de Sherbrooke
CHC	contraceptif hormonal combiné
CMQ	Collège des médecins du Québec
CNGOF	Collège national des gynécologues et obstétriciens français
COC	contraceptif oral combiné
COU	contraception orale d'urgence
COU-LNG	contraception orale d'urgence au lévonorgestrel
COU-UPA	contraception orale d'urgence à l'acétate d'ulipristal
CU	contraception d'urgence
DDM	date de début de la dernière menstruation
DMO	densité minérale osseuse
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
EE	éthinylestradiol
ENG	étonogestrel
EP	embolie pulmonaire
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FSRH	Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare
HAS	Haute Autorité de santé
HTA	hypertension artérielle
IMC	indice de masse corporelle
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPS	infirmière praticienne spécialisée
ITS	infection transmissible sexuellement

ITSS	infection transmissible sexuellement et par le sang
LH	hormone lutéinisante
LNG	lévonorgestrel
MAMA	méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée
MCRCA	méthode contraceptive réversible à courte durée d'action
MCRLA	méthode contraceptive réversible à longue durée d'action
MSI	Méthodes de soins informatisés
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre de infirmières et infirmiers du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
PCQ	Protocole de contraception du Québec
PHQ-9	*Patient Health Questionnaire-9*
PO	*per os* (par la bouche)
PPS	pilule à progestatif seul
PPSd	pilule à progestatif seul à la drospirénone
PPSn	pilule à progestatif seul à la noréthindrone
PSH	période sans hormone
QID	quatre fois par jour
RANZCOG	The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists
RSNP	relation sexuelle non protégée
SFP	Society of family planning
SIU	système intra-utérin
SIU-LNG	système intra-utérin au lévonorgestrel
SOGC	Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
STAT	immédiatement/de façon urgente
TA	tension artérielle
TEV	thromboembolie veineuse
TID	trois fois par jour
UPA	acétate d'ulipristal
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
VPH	virus du papillome humain
WHO	World Health Organization

1 INTRODUCTION

Les grossesses non planifiées/non désirées constituent un problème significatif de santé publique par l'ampleur de leurs conséquences sur la vie des personnes et de leurs enfants. Les grossesses non planifiées/non désirées sont associées à une augmentation des risques médicaux de la grossesse, de l'accouchement et de l'avortement, une augmentation des risques psychosociaux pour la mère et l'enfant, ainsi qu'un statut socio-économique précaire de la jeune famille, de la violence conjugale, familiale, etc. (1). On estime qu'au Canada, une grossesse sur trois est non planifiée (2). Un des indices de grossesses non planifiées/non désirées est le taux d'avortement. Au Québec, le taux d'avortement en 2020 était de 13,9/1000 femmes de 15-44 ans, en constante réduction depuis 2003 (19,7/1000) (3). La mise en place du modèle provincial d'ordonnance collective de contraception hormonale en 2007, plus récemment connu sous le nom de Protocole de contraception du Québec, fait partie des facteurs ayant pu contribuer à la réduction des grossesses non planifiées/non désirées au Québec (4).

Le Protocole de contraception du Québec 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 de son évaluation, l'infirmière[1] habilitée peut prescrire la contraception hormonale (incluant l'implant contraceptif) et le stérilet, ajuster la contraception hormonale et prescrire la contraception orale d'urgence selon la situation clinique et les besoins. Dans ce contexte, elle pourra également, à la suite d'une formation appropriée, retirer les stérilets, insérer et retirer l'implant contraceptif à l'étonogestrel.

> Quoique le Protocole de contraception du Québec s'adresse aux infirmières ayant le droit de prescrire en vertu du règlement, sa mise à jour 2024 a été conçue pour répondre à plusieurs besoins d'informations des pharmaciens, sages-femmes, infirmières praticiennes spécialisées (IPS), et médecins du Québec sur les méthodes contraceptives et leur gestion.

Les clientèles visées par le Protocole de contraception du Québec sont constituées de toutes les personnes assignées filles à la naissance et en âge de procréer, quel que soit leur âge (adolescentes, adultes), leur culture, leur ethnie, leur identité de genre, leur orientation sexuelle, leur statut socio-économique, leur vulnérabilité, leur parité, en post-partum ou en post-avortement, qui souhaitent une méthode contraceptive réversible.

La méthodologie utilisée, ainsi que le processus d'élaboration des recommandations pour cette mise à jour du Protocole de contraception du Québec est incluse dans un document d'accompagnement. Ce document inclut également une description des valeurs et finalités de santé publique retenues pour développer cette mise à jour, soit pour les valeurs professionnelles : la compétence, la rigueur scientifique, la responsabilité, l'imputabilité, la transparence, la prudence, la précaution et la réciprocité, et pour les finalités de santé publique : l'autonomie, l'égalité, l'équité, la justice, la confidentialité et la vie privée.

[1] Le terme « infirmière » est utilisé tout au long de ce document plutôt qu'« infirmière et infirmier », car les infirmières sont nettement plus nombreuses à prescrire la contraception que les infirmiers.

Cette nouvelle version du protocole est un peu différente des précédentes en ce qu'elle présente, à l'intérieur des principes généraux, un nouveau sous-chapitre sur le counseling en contraception. Elle inclut aussi l'initiation, le renouvellement et l'ajustement de l'implant contraceptif à l'étonogestrel (5), en plus des autres méthodes contraceptives présentées dans les versions précédentes. Les activités professionnelles des infirmières autorisées à prescrire, ainsi que l'initiation et l'ajustement de la contraception, sont décrites en détail par méthode contraceptive, en commençant par la contraception d'urgence, suivie des méthodes contraceptives réversibles à longue durée d'action (MCRLA) (implant contraceptif, stérilet au lévonorgestrel, stérilet au cuivre), de l'injection contraceptive, des contraceptifs hormonaux combinés et de la pilule à progestatif seul. En raison de la pandémie récente de COVID-19, une section sur les actions à prendre en cas de bouleversement sociosanitaire est incluse dans chaque chapitre portant sur les méthodes contraceptives.

1.1 Références

1. Institute of Medicine. The best intentions : unintended pregnancy and the well-being of children and families [Internet]. Washington, DC : The National Academies Press; 1995. 392 p. Disponible : https://doi.org/10.17226/4903

2. Bearak JM, Popinchalk A, Beavin C, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, *et al.* Country-specific estimates of unintended pregnancy and abortion incidence : a global comparative analysis of levels in 2015–2019. BMJ Glob Health. 2022;7(3):e007151.

3. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Taux d'interruption volontaire de grossesse pour les femmes âgées de 15 à 44 ans, 1995 à 2020 (Taux annuel moyen pour 1 000 femmes) [Internet]. 2023. Disponible : https://www.inspq.qc.ca/analyses-de-l-etat-de-sante-de-la-population/obtenir-de-l-information-sur-la-sante-de-la-population

4. Guilbert ER, Robitaille J, Guilbert AC, Morin D. Challenges of implementing task-shifting in contraceptive care — an experience in Quebec, Canada. Contraception. 2013;88(5):587-90.

5. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et Collège des médecins du Québec (CMQ). Avis conjoint : contraception hormonale – Installation et retrait de l'implant contraceptif (Nexplanon) [Internet]. 2022. Disponible : https://www.oiiq.org/avis-conjoint-installation-et-retrait-d-un-implant-contraceptif

2 PRINCIPES GÉNÉRAUX EN CONTRACEPTION

2.1 Compétences et formation

Le *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier,* sanctionné en octobre 2015 (1) permet à l'infirmière de prescrire les méthodes contraceptives hormonales et les stérilets selon le Programme national de santé publique (PNSP). Les articles 17 et 25 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* (2) précise que l'infirmière ou l'infirmier doit « agir avec compétence », c'est-à-dire qu'elle ou il doit « exercer » avec compétence et diligence. Dans cette optique, l'infirmière doit assurer la mise à jour et le développement de ses compétences professionnelles. Il importe donc qu'elle pose un regard critique sur sa pratique professionnelle afin de déterminer et de combler ses besoins de formation continue. Dans le cadre de la prescription, celle-ci doit se référer aux normes de pratique et aux principes scientifiques généralement reconnus et en vigueur.

Une formation en ligne sur la contraception hormonale et les stérilets, conçue par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), est offerte sur le portail de formation continue de l'OIIQ (3). Pour assurer la mise à jour et le développement de leurs compétences professionnelles, les infirmières sont encouragées à participer à différentes activités de développement professionnel sur la contraception (contraception hormonale, retrait du stérilet, insertion et retrait de l'implant) ainsi que sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) offertes par différentes instances notamment, des ordres professionnels, des fournisseurs universitaires, des organismes gouvernementaux, des centres intégrés universitaires ou non en santé et services sociaux, des centres hospitaliers universitaires, privés et associatifs (par exemple, le Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (4) pour l'insertion et le retrait de l'implant contraceptif, l'INSPQ (5) pour les ITSS, etc.).

2.2 Norme de pratique

Considérant que ce protocole s'appuie sur les données scientifiques les plus récentes et qu'il est reconnu comme norme de pratique pour les professionnels exerçant dans le domaine de la contraception, les infirmières habilitées à prescrire doivent s'y conformer.

2.3 Intention thérapeutique

Contrairement aux versions précédentes du Protocole de contraception du Québec, cette mise à jour 2024 ne contient aucune liste de produits contraceptifs pouvant être prescrits. Ainsi, l'infirmière peut prescrire tous les contraceptifs hormonaux disponibles et approuvés par Santé Canada ayant pour première intention thérapeutique de prévenir une grossesse[2]. En tenant compte de l'histoire pharmacothérapeutique et non pharmacothérapeutique, de la situation clinique et des préférences de la personne, l'infirmière ou l'infirmier doit :

- Prescrire le contraceptif approprié à la condition de santé de la personne.

[2] À titre indicatif, les produits contenant de l'éthinylestradiol et de l'acétate de cyprotérone (p. ex. : Diane 35®) ou du Dienogest seul (p. ex. : Visanne®) ne sont pas indiqués en première intention thérapeutique pour prévenir la grossesse. Ces produits ne peuvent donc pas être prescrits par l'infirmière. De plus, dans la situation clinique d'une personne, ayant eu une ligature des trompes ou dont le conjoint est vasectomisé, qui désirerait un stérilet au lévonorgestrel pour réduire son flot menstruel, l'infirmière n'est pas autorisée à le prescrire, car il ne serait pas utilisé en première intention thérapeutique pour prévenir une grossesse.

- S'assurer que le contraceptif est pertinent et que sa prescription s'appuie sur les données probantes et les pratiques exemplaires.

Pour connaître la liste des produits contraceptifs disponibles, l'infirmière peut s'adresser à un pharmacien.

2.4 Ajustement thérapeutique

L'ajustement de la contraception hormonale peut être fait dans plusieurs circonstances : préférences de la personne, difficultés d'utilisation ou effets indésirables. Lorsque l'ajustement est effectué pour une personne présentant des effets indésirables de son contraceptif (p. ex. : personne présentant des saignements irréguliers, etc.), l'infirmière doit mettre en œuvre plusieurs interventions, dont celle d'effectuer un test de triage pour éliminer l'infection à *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* avant tout ajustement. Dans toutes les situations d'ajustement, l'infirmière devra :

- Planifier une visite systématique de suivi 3 mois après la première consultation pour l'effet indésirable visé;
- Diriger la personne vers une IPS ou un médecin si certains symptômes particuliers apparaissent avant ou lors de cette visite ou si l'intervention préalable proposée n'a pas fonctionné.

2.5 Collaboration interprofessionnelle

L'infirmière doit également tenir compte des limites de ses habiletés et connaissances. Dans de telles circonstances, elle doit alors consulter un professionnel de la santé ou diriger la personne à l'un de ces professionnels. À cet effet, les infirmières détenant le droit de prescrire dans le domaine de la contraception sont appelées à travailler de concert avec les pharmaciens, les sages-femmes, les IPS, les médecins de famille et les médecins spécialistes, le cas échéant. Une telle collaboration interprofessionnelle vise à faciliter la pratique des infirmières en contraception, mais aussi à optimiser la qualité des soins et à fournir une prestation de services adaptée à la clientèle.

2.6 Intégration des domaines de connaissances

L'infirmière qui prescrit une contraception comprend que les soins dans ce domaine dépassent la simple offre d'une méthode contraceptive. Ils incluent la prise en compte de l'ensemble des besoins liés à la santé sexuelle, notamment les interventions en matière d'ITSS prévues au *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang* (6) ou selon les lignes directrices publiées par l'INESSS et listées à l'annexe I, de même que les consignes en matière de dépistage du cancer du col utérin selon les normes de pratique attendues (7).

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 personne, en privilégiant une approche de counseling telle que décrite ci-bas. Ainsi, l'infirmière agit dans l'intérêt de la personne et offre des soins de qualité, efficaces et sécuritaires. Le choix d'une méthode contraceptive doit aussi tenir compte de la condition sociale et financière de la personne, de ses croyances, de sa culture, de ses comportements sexuels et de ses besoins en santé sexuelle.

2.7 Counseling en contraception

La communication d'informations est l'un des éléments fondamentaux de la qualité des services en planification des naissances (8), réflexion qui a conduit, dès les années 90, au modèle d'entrevue BERCER (9) (tableau 1).

Tableau 1 Modèle BERCER

B Bienvenue :	Avoir des attentions simples permettant de nouer une relation harmonieuse dès le début de la rencontre
E Entretien :	Récolter les informations médicales et autres dimensions relatives au contexte de vie de la personne; examen clinique si nécessaire
R Renseignement :	Transmettre des informations sur les méthodes contraceptives adaptées à la personne et répondant à ses besoins
C Choix :	Prise de décision finale par la personne au regard de la méthode contraceptive, après un choix libre, adapté et éclairé
E Explication :	Transmettre des informations précises, personnalisées et orientées sur la méthode choisie
R Retour :	Offrir une consultation de suivi

Une révision de cette approche a souligné que la communication d'informations ne consistait pas juste à fournir des renseignements, mais à s'enquérir des besoins, des préférences et des caractéristiques psychosociales des personnes, incluant de donner des conseils sur le suivi et la possibilité de consulter d'autres fournisseurs de soins ou de services (10). L'importance de transmettre des informations compréhensibles, neutres, basées sur les preuves scientifiques a aussi été mise en évidence afin de soutenir le processus décisionnel et d'offrir un counseling centré sur la personne (11, 12). De plus, il a été démontré que, même si les personnes veulent avoir le contrôle sur la sélection finale de leur contraceptif, elles désirent que leur fournisseur de soins participe au processus de décision et les avise des choix possibles et des effets indésirables des méthodes (13, 14). Cette approche de décision partagée est présentée au tableau 2. Le counseling contraceptif et, en particulier, l'approche de décision partagée sont associés à la satisfaction des personnes (15–17), au choix d'une contraception efficace (17, 18) et à la continuation de la méthode contraceptive (17, 19, 20).

Tableau 2 Décision partagée

- Déterminer et reconnaître les préférences de la personne
- Développer une relation avec la personne et récolter l'information pertinente
- Partager l'information sur les méthodes contraceptives disponibles et discuter des diverses options possibles
- Prendre une décision

Certaines approches de counseling, comme le fait de présenter en priorité un mode de contraception en particulier tel que les MCRLA (Étude CHOICE américaine) (21, 22), d'initier le counseling avec une question-clé (« *Désirez-vous être enceinte dans la prochaine année* ») (23, 24) ou de faire un counseling intensif et répété (25) ne se sont pas montrées comme étant supérieures en matière de choix contraceptif, de satisfaction ou d'effet sur la fécondité, comparativement au counseling habituel. Par contre, quelques études montrent que la présentation de plusieurs méthodes contraceptives permet d'augmenter les

connaissances des personnes sur la contraception et leur choix de nouvelles méthodes (26, 27). De plus, deux revues systématiques ont montré que les attributs-clés d'un counseling en contraception doivent inclure de l'information sur l'efficacité des méthodes, les effets indésirables/risques pour la santé, la facilité/fréquence/durée d'utilisation, les effets sur la sexualité et la relation avec le ou la partenaire, les effets sur les menstruations et la réversibilité (28, 29). Pour les adolescentes et jeunes adultes, la confidentialité et l'autonomie revêtent une importance considérable, en plus de la sécurité de la méthode (30). Il est également pertinent de mettre en perspective les risques liés à la méthode contraceptive et ceux liés à une grossesse non planifiée.

La présentation de toutes les méthodes contraceptives selon leur niveau d'efficacité est fournie dans un tableau de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) présenté à la figure 1. Il est judicieux de souligner aux personnes que les méthodes contraceptives les plus efficaces comprennent le stérilet et l'implant, ainsi que la stérilisation féminine et la vasectomie. Pour les stérilisations féminines, les personnes doivent être dirigées vers un gynécologue, tandis que les vasectomies sont accessibles auprès de certains omnipraticiens et des urologues. Quoique moins efficaces, les méthodes barrières peuvent constituer des méthodes d'appoint lors d'utilisation d'autres méthodes contraceptives et assurer une double protection vis-à-vis de la grossesse et des infections transmissibles sexuellement. Les méthodes barrières, les spermicides, les méthodes basées sur le cycle naturel et le coït interrompu, quoique les moins efficaces de toutes les méthodes contraceptives, peuvent satisfaire certaines clientèles.

L'utilisation des médias sociaux en ajout au counseling traditionnel peut augmenter les connaissances contraceptives et les préférences pour certaines méthodes comme les MCRLA (31), mais la qualité des contenus de ces médias est variable (32). Certains outils informatisés d'aide à la décision peuvent aussi s'avérer utiles (33); des études supplémentaires sont, cependant, nécessaires pour en évaluer l'efficacité (34). Malgré le manque d'études sur la télésanté en contraception, il semble que les personnes qui optent pour le virtuel choisissent des méthodes contraceptives similaires et dans le même pourcentage que celles qui optent pour le présentiel (35).

Plusieurs facteurs peuvent affecter le counseling et donc, son efficacité. Ainsi, les valeurs, préoccupations et croyances des cliniciens (26, 36, 37) peuvent influencer le choix des personnes; par exemple, la vasectomie est moins souvent mentionnée que la stérilisation féminine par certains cliniciens (37). Le counseling doit aussi prendre en compte le coût des méthodes, leur accès, mais également l'opinion des partenaires sexuels des personnes (38, 39), des mères et autres figures féminines proches (40) et le contexte de vie (post-partum (41), travailleuses du sexe et utilisatrices de drogues (42), porteuses du virus de l'immunodéficience humaine (43)). L'origine ethnique, le niveau socio-économique, le sentiment de discrimination, les préférences, les croyances, en particulier les fausses croyances de la personne (44–46), qui ont un effet déterminant sur le choix contraceptif et l'utilisation de la contraception, doivent aussi être discutés. À l'ère de la désinformation, les perceptions erronées, telles que *les méthodes contraceptives rendent infertiles*, *elles causent le cancer* ou *les modifications menstruelles associées sont dangereuses pour la santé*, sont encore très présentes (37, 46, 47). Ces perceptions erronées, en plus des effets indésirables ressentis, expliquent plus de 37 % de la non-utilisation de contraception dans 35 pays (48). Les recherches montrent que les efforts pour corriger les perceptions erronées, y compris l'information basée sur les preuves scientifiques, ont un effet limité (46). La stratégie de juxtaposer mythes et réalités peut parfois même renforcer les perceptions erronées. Il est plutôt recommandé de réduire les biais en suivant les consignes présentées au tableau 3 (46).

Tableau 3 Stratégies pour réduire les perceptions erronées

- Débusquer les mythes et mettre l'accent sur les informations véridiques
- Donner des informations simples et limitées
- Offrir une explication alternative convaincante pour remplacer le mythe
- Présenter des messages à partir de sources dans lesquelles la personne a confiance
- Présenter l'information graphiquement lorsque c'est possible
- Répéter fréquemment les messages véridiques

Enfin, un outil simple d'évaluation du counseling a été validé et peut être remis aux personnes à la suite de leur consultation. Les réponses à cet outil ont le potentiel d'améliorer la qualité du counseling (tableau 4) (49).

Tableau 4 Évaluation de la qualité du counseling par la personne

Ce que j'ai perçu durant l'entrevue :	Peu --------- Beaucoup				
	1	2	3	4	5
• Je me suis sentie respectée en tant que personne					
• On m'a permis de dire ce qui m'importait au sujet de ma méthode de contraception					
• On a pris au sérieux mes préférences en matière de contraception					
• On m'a donné suffisamment d'informations pour que je puisse prendre la meilleure décision concernant ma méthode de contraception					

2.8 Références

1. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Les Publications du Québec. 2023. Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier, D. 839-2015, (2015) 147 G.O. II, 3872. Disponible : https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/M-9,%20r.%2012.001/

2. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Les Publications du Québec. 2023. Code de déontologie des infirmières et infirmiers. Disponible : https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/I-8,%20r.%209%20/

3. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Contraception hormonale et stérilet-Formation continue [Internet]. Disponible : https://www.oiiq.org/fr/formation/detail/-/formation/FOL0023?inheritRedirect=true

4. Centre d'expertise en santé de Sherbrooke. Méthodes de soins informatisées (MSI). 2023. Insertion et retrait d'un implant contraceptif sous-cutané. Disponible : https://msi.expertise-sante.com/fr

5. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Programmation nationale de formations en ITSS, substances psychoactives, diversité sexuelle et pluralité des genres [Internet]. Disponible : https://www.inspq.qc.ca/formation/institut/pnf

6. Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang [Internet]. 2019. 240 p. Disponible : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000090/

7. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Cancer du col utérin : transition du dépistage par test Pap vers le dépistage par test VPH. Réponse rapide rédigée par Marie-Chloé Boulanger [Internet]. Québec, QC : INESSS ; 2023. 22 p. Disponible : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Oncologie/INESSS_Cancer_col_uterin_Test_VPH_RR.pdf

8. Bruce J. Fundamental elements of the quality of care : a simple framework. Stud Fam Plann. 1990;21(2):61-91.

9. Rinehart W, Rudy S, Drennan M. GATHER guide to counseling. Popul Rep J. 1998;(48):1-31.

10. Jain AK, Hardee K. Revising the FP quality of care framework in the context of rights-based family planning. Stud Fam Plann. 2018;49(2):171-9.

11. Holt K, Dehlendorf C, Langer A. Defining quality in contraceptive counseling to improve measurement of individuals' experiences and enable service delivery improvement. Contraception. 2017;96(3):133-7.

12. Gavin LE, Ahrens KA, Dehlendorf C, Frederiksen BN, Decker E, Moskosky S. Future directions in performance measures for contraceptive care : a proposed framework. Contraception. 2017;96(3):138-44.

13. Dehlendorf C, Levy K, Kelley A, Grumbach K, Steinauer J. Women's preferences for contraceptive counseling and decision making. Contraception. 2013;88(2):250-6.

14. Chen M, Lindley A, Kimport K, Dehlendorf C. An in-depth analysis of the use of shared decision making in contraceptive counseling. Contraception. 2019;99(3):187-91.

15. Rathert C, Wyrwich MD, Boren SA. Patient-centered care and outcomes : a systematic review of the literature. Med Care Res Rev MCRR. 2013;70(4):351-79.

16. Dehlendorf C, Grumbach K, Schmittdiel JA, Steinauer J. Shared decision making in contraceptive counseling. Contraception. 2017;95(5):452-5.

17. Zapata LB, Tregear SJ, Curtis KM, Tiller M, Pazol K, Mautone-Smith N, *et al.* Impact of contraceptive counseling in clinical settings : a systematic review. Am J Prev Med. 2015;49(2 Suppl 1):S31-45.

18. Coleman-Minahan K, Potter JE. Quality of postpartum contraceptive counseling and changes in contraceptive method preferences. Contraception. 2019;100(6):492-7.

19. Dehlendorf C, Krajewski C, Borrero S. Contraceptive counseling : best practices to ensure quality communication and enable effective contraceptive use. Clin Obstet Gynecol. 2014;57(4):659-73.

20. Weisman CS, Maccannon DS, Henderson JT, Shortridge E, Orso CL. Contraceptive counseling in managed care : preventing unintended pregnancy in adults. Womens Health Issues Off Publ Jacobs Inst Womens Health. 2002;12(2):79-95.

21. Secura GM, Allsworth JE, Madden T, Mullersman JL, Peipert JF. The Contraceptive CHOICE Project : reducing barriers to long-acting reversible contraception. Am J Obstet Gynecol. 2010;203(2):115.e1-7.

22. Madden T, Mullersman JL, Omvig KJ, Secura GM, Peipert JF. Structured contraceptive counseling provided by the Contraceptive CHOICE Project. Contraception. 2013;88(2):243-9.

23. Song B, White VanGompel E, Wang C, Guzman S, Carlock F, Schueler K, *et al.* Effects of clinic-level implementation of One Key Question® on reproductive health counseling and patient satisfaction. Contraception. Janv. 2021;103(1):6-12.

24. Thorman A, Engle A, Brintz B, Simmons RG, Sanders JN, Gawron LM, *et al.* Quantitative and qualitative impact of One Key Question on primary care providers' contraceptive counseling at routine preventive health visits. Contraception. 2022;109:73-9.

25. Modesto W, Bahamondes MV, Bahamondes L. A randomized clinical trial of the effect of intensive versus non-intensive counselling on discontinuation rates due to bleeding disturbances of three long-acting reversible contraceptives. Hum Reprod Oxf Engl. 2014;29(7):1393-9.

26. Harper CC, Brown BA, Foster-Rosales A, Raine TR. Hormonal contraceptive method choice among young, low-income women : how important is the provider? Patient Educ Couns. 2010;81(3):349-54.

27. Bitzer J, Gemzell-Danielsson K, Roumen F, Marintcheva-Petrova M, van Bakel B, Oddens BJ. The CHOICE study : effect of counselling on the selection of combined hormonal contraceptive methods in 11 countries. Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept. 2012;17(1):65-78.

28. Wyatt KD, Anderson RT, Creedon D, Montori VM, Bachman J, Erwin P, *et al.* Women's values in contraceptive choice : a systematic review of relevant attributes included in decision aids. BMC Womens Health. 2014;14(1):28.

29. Yeh PT, Kautsar H, Kennedy CE, Gaffield ME. Values and preferences for contraception : a global systematic review. Contraception. 2022;111:3-21.

30. Ti A, Soin K, Rahman T, Dam A, Yeh PT. Contraceptive values and preferences of adolescents and young adults : a systematic review. Contraception. 2022;111:22-31.

31. Kofinas JD, Varrey A, Sapra KJ, Kanj RV, Chervenak FA, Asfaw T. Adjunctive social media for more effective contraceptive counseling : a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2014;123(4):763-70.

32. Marcinkow A, Parkhomchik P, Schmode A, Yuksel N. The quality of information on combined oral contraceptives available on the Internet. J Obstet Gynaecol Can JOGC. 2019;41(11):1599-607.

33. Lerma K, McBrayer A, Nathan S, Dehlendorf C, White K. Use of a contraceptive decision support tool in the abortion care setting. Contraception. 2022;113:68-70.

34. Madden T, Holttum J, Maddipati R, Secura GM, Nease RF, Peipert JF, *et al.* Evaluation of a computerized contraceptive decision aid : a randomized controlled trial. Contraception. 2020;102(5):339-45.

35. Shin RJ, Yao M, Akesson C, Blazel M, Mei L, Brant AR. An exploratory study comparing the quality of contraceptive counseling provided via telemedicine versus in-person visits. Contraception. 2022;112:86-92.

36. Dehlendorf C, Ruskin R, Darney P, Vittinghoff E, Grumbach K, Steinauer J. The effect of patient gynecologic history on clinician contraceptive counseling. Contraception. 2010;82(3):281-5.

37. Soin KS, Yeh PT, Gaffield ME, Ge C, Kennedy CE. Health workers' values and preferences regarding contraceptive methods globally : a systematic review. Contraception. 2022;111:61-70.

38. Cox S, Posner SF, Sangi-Haghpeykar H. Who's responsible? Correlates of partner involvement in contraceptive decision making. Womens Health Issues Off Publ Jacobs Inst Womens Health. 2010;20(4):254-9.

39. de Irala J, Osorio A, Carlos S, Lopez-del Burgo C. Choice of birth control methods among European women and the role of partners and providers. Contraception. 2011;84(6):558-64.

40. Bell AV, Gifford K, Rashid H, McDuffie MJ, Knight EK. « Power of Mom »: a mixed methods investigation of mothers' influence on women's contraceptive attitudes and behaviors. Matern Child Health J. 2020;24(3):291-8.

41. Dam A, Yeh PT, Burke AE, Kennedy CE. Contraceptive values and preferences of pregnant women, postpartum women, women seeking emergency contraceptives, and women seeking abortion services : a systematic review. Contraception. 2022;111:39-47.

42. Lavelanet AF, Ralph JA, Ti A, Duggaraju A, Yeh PT. A systematic review exploring the contraception values and preferences of sex workers, transmasculine individuals, people who inject drugs, and those living in humanitarian contexts. Contraception. 2022;111:32-8.

43. Saleem HT, Rosen JG, Quinn C, Duggaraju A, Kennedy CE. Contraception values and preferences of people living with HIV : a systematic review. Contraception. 2022;111:48-60.

44. Kossler K, Kuroki LM, Allsworth JE, Secura GM, Roehl KA et Peipert JF. Perceived racial, socioeconomic and gender discrimination and its impact on contraceptive choice. Contraception. 2011;84(3):273-9.

45. Mansour D. International survey to assess women's attitudes regarding choice of daily versus nondaily female hormonal contraception. Int J Womens Health. 2014;6:367-75.

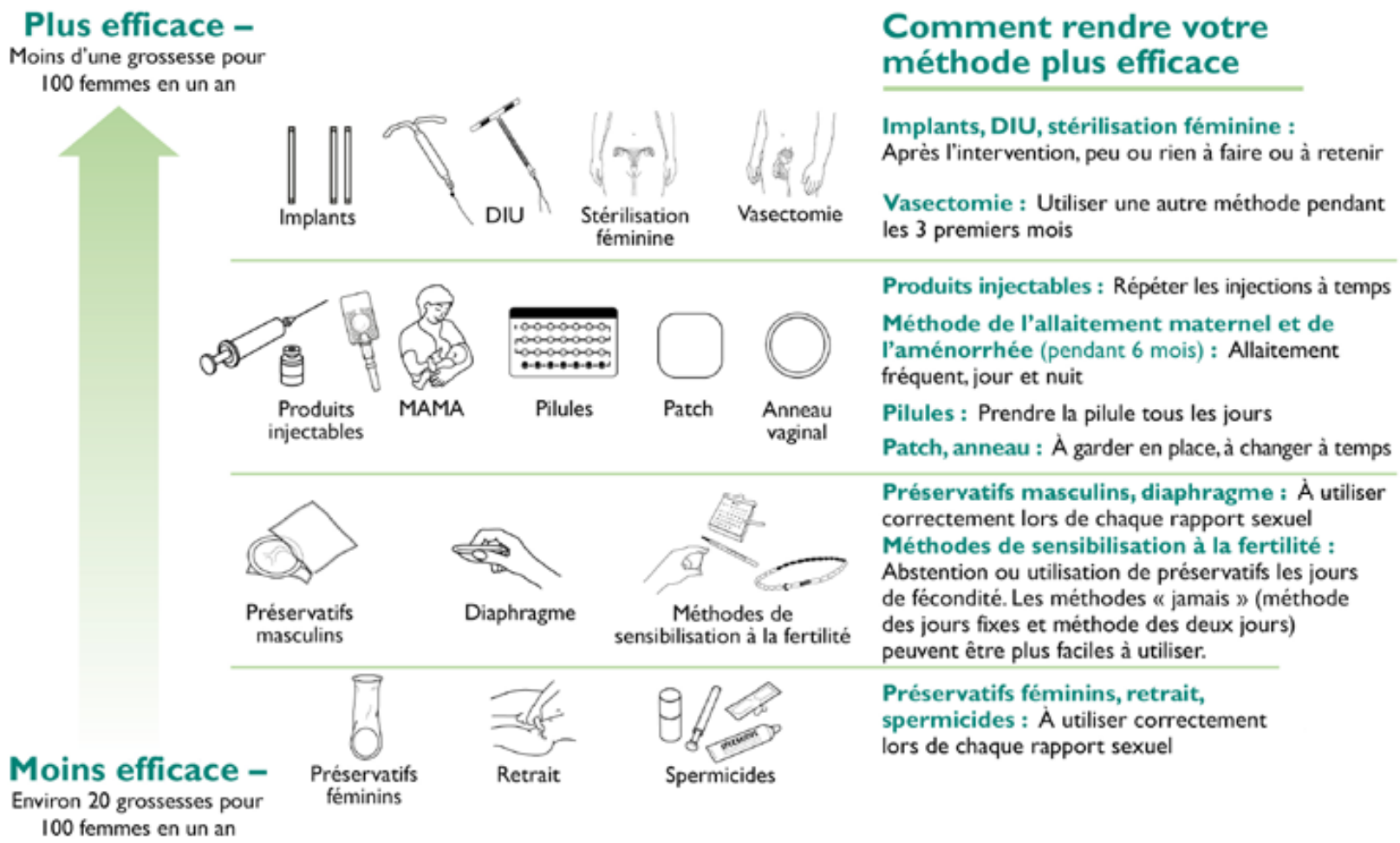
46. Wells E. Outlook on reproductive health. 2015. Countering myths and misperceptions about contraceptives. Outlook on reproductive health. Disponible : https://media.path.org/documents/RH_outlook_myths_mis_june_2015.pdf

47. Black A, Guilbert E, Costescu D, Dunn S, Fisher W, Kives S, *et al.* Canadian contraception consensus (Part 3 of 4) : Chapter 7-intrauterine contraception. J Obstet Gynaecol Can JOGC. 2016;38(2):182-222.

48. Sedgh G, Hussain R. Reasons for contraceptive nonuse among women having unmet need for contraception in developing countries. Stud Fam Plann. 2014;45(2):151-69.

49. Dehlendorf C, Fox E, Silverstein IA, Hoffman A, Campora Pérez MP, Holt K, *et al.* Development of the Person-Centered Contraceptive Counseling scale (PCCC), a short form of the Interpersonal Quality of Family Planning care scale. Contraception. 2021;103(5):310-5.

Figure 1 Comparaison de l'efficacité des méthodes contraceptives



Source : Kit d'adaptation numérique pour la planification familiale. Exigences opérationnelles pour la mise en œuvre des recommandations de l'OMS dans les systèmes numériques [Digital adaptation kit: family planning. Operational requirements for implementing WHO recommendations in digital systems]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022. Licence : *CC BY-NC-SA 3.0 IGO*. Disponible à l'adresse : *https://apps.who.int/iris/?locale-attribute=fr&*

3 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES DES INFIRMIÈRES AUTORISÉES À PRESCRIRE CONFORMÉMENT AU RÈGLEMENT

3.1 Indications des interventions infirmières

Dans le cadre des activités professionnelles entourant la prescription des méthodes de contraception, les infirmières peuvent, en tenant compte du *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin* (1) et des obligations déontologiques prévues notamment à l'article 44.1 du Code de déontologie des infirmières et infirmiers du Québec (https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/deontologie), amorcer une méthode contraceptive, la renouveler et l'ajuster après avoir évalué de façon globale la situation clinique de la personne. Voici quelques précisions quant aux activités reliées à l'amorce, au renouvellement, à l'ajustement et à la cessation de la méthode contraceptive :

- S'assurer qu'il n'y ait pas d'ordonnance individuelle de contraception hormonale ou de stérilet avant d'amorcer ou de renouveler.
- Lors du renouvellement, s'assurer que l'ordonnance individuelle arrive à échéance.
- L'ajustement permet de changer ou de cesser une méthode contraceptive lorsqu'il y a présence d'insatisfaction, des difficultés d'utilisation ou des effets indésirables mineurs ainsi que d'obtenir, si requis, un ajustement de contraceptif pour une période maximale de deux ans. Dans les cas d'effets indésirables mineurs, autres que ceux qui sont mentionnés dans ce protocole, d'effets indésirables majeurs ou selon les consignes indiquées dans les interventions qui suivent, l'infirmière doit diriger la personne vers l'IPS ou le médecin ou un autre professionnel comme indiqué.
- La cessation d'une méthode contraceptive peut être prescrite par une infirmière, par exemple, le retrait d'un stérilet selon certaines modalités ou le retrait de l'implant contraceptif.

3.2 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 personne impliquant l'amorce, le renouvellement, 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 personne

- Procéder à l'évaluation de l'état de santé de la personne (annexe II) :
  - Bilan de santé.
  - Profil contraceptif.
  - Habitudes de vie.
  - Contre-indications.
  - Prise de tension artérielle.
  - Au besoin, mesures liées à l'indice de masse corporelle.

  - Au besoin, test de grossesse.
  - Au besoin, test de dépistage du cancer du col de l'utérus, selon le programme en vigueur (annexe I) ou se référer à une IPS ou un médecin le cas échéant.
  - Si une ou plusieurs relations sexuelles non protégées (RSNP), recueillir les données selon le guide de dépistage des ITSS à l'égard de l'ensemble des RSNP (annexe I).

- Déterminer le besoin de contraception régulière, d'ajustement ou de contraception 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 III).
- Soutenir la prise de décision de la personne.
- Remplir le formulaire d'évaluation par l'infirmière pour l'amorce, le renouvellement et l'ajustement de la contraception (annexe II), le formulaire d'évaluation pour la prescription de la contraception orale d'urgence (annexe IV) ou le formulaire d'admissibilité au stérilet au cuivre d'urgence (annexe V).

b) Mettre en œuvre 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 de dépistage du cancer du col de l'utérus en fonction de l'âge et des facteurs de risque de la personne :

- Faire un dépistage de l'infection à *Chlamydia trachomatis* et à *Neisseria gonorrhoeae* chez les personnes asymptomatiques de 25 ans et moins et chez celles qui sont à risque d'ITSS en se référant au *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang* (annexe I).
- Assurer le suivi et au besoin se référer au *Protocole médical national pour le traitement d'une infection à Chlamydia trachomatis ou à Neisseria gonorrhoeae chez une personne asymptomatique (INESSS)* ou au *Guide d'usage optimal sur le traitement pharmacologique des ITSS - Infection non compliquée à Chlamydia trachomatis ou à Neisseria gonorrhoeae (INESSS),* pour les infirmières ayant le droit de prescrire (annexe I).
- Dans l'éventualité de l'insertion d'un stérilet et en l'absence d'une cervicite muco-purulente ou autre contre-indication, le stérilet peut être inséré, même si les résultats du dépistage de l'infection à *Chlamydia trachomatis* et à *Neisseria gonorrhoeae* ne sont pas encore reçus.
- Informer les personnes sur les pratiques sexuelles à risque réduit.

c) Mettre en œuvre des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance

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

- Effectuer un test de dépistage du cancer du col de l'utérus, selon le programme en vigueur (annexe I) ou se référer à une IPS ou un médecin, le cas échéant.

- Mettre en œuvre des mesures diagnostiques et un traitement pharmacologique chez une personne présentant des pertes vaginales inhabituelles, lorsqu'elle ajuste la contraception, si présence d'une ordonnance collective référant au protocole médical de l'INESSS (annexe I). Sinon, référer à une IPS ou un médecin.

Rappelons que le *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin* (1) prévoit l'obligation de faire référence intégralement aux protocoles publiés par l'INESSS (annexe I) lorsque l'ordonnance porte sur une condition clinique visée par un tel protocole.

- Prendre note que l'amorce de la contraception hormonale après un avortement médicamenteux varie d'une méthode contraceptive à une autre et est adaptée aux données probantes disponibles.

d) Prescrire la contraception hormonale (incluant l'implant contraceptif), un stérilet au cuivre ou au lévonorgestrel, la contraception d'urgence et autres produits thérapeutiques selon les consignes du protocole

- Vérifier les contre-indications à la méthode contraceptive choisie par la personne :
  - La recevabilité médicale pour l'utilisation des méthodes contraceptives, dans cette mise à jour 2024, est définie selon les critères de l'OMS 2015 (2). L'OMS définit ces critères en 4 catégories (tableau 1) :

Tableau 1 Catégories en rapport avec les critères de recevabilité médicale pour l'utilisation des méthodes contraceptives

Catégorie 1	État pour lequel l'utilisation de la méthode contraceptive ne donne lieu à aucune restriction
Catégorie 2	État pour lequel les avantages de la méthode l'emportent en général sur les risques théoriques ou avérés
Catégorie 3	État pour lequel les risques théoriques ou avérés de la méthode l'emportent en général sur les avantages
Catégorie 4	État pour lequel l'utilisation de la méthode contraceptive représente un risque inacceptable pour la santé

  - Lorsqu'une méthode est classée **catégorie 4** pour une condition ou une pathologie donnée, l'infirmière NE peut PAS prescrire cette méthode à la personne. Il s'agit d'une contre-indication absolue. **Tant les infirmières, que les pharmaciens, les sages-femmes, les IPS et les médecins ne peuvent pas prescrire cette méthode**. Dans ces cas, il convient de discuter d'autres méthodes avec la personne.
  - Lorsqu'une méthode est classée **catégorie 3** pour une condition ou une pathologie donnée, l'infirmière NE peut PAS prescrire cette méthode à la personne. Il s'agit d'une contre-indication relative. **Tant les infirmières que les pharmaciens ne peuvent pas prescrire cette méthode.** Par contre, les sages-femmes, les IPS et les médecins peuvent prescrire cette méthode à la personne à la suite d'un counseling approprié et fournir un suivi particulier. Dans ces cas, pour les infirmières et les pharmaciens, il convient de discuter d'autres méthodes avec la personne ou de référer la personne à une IPS ou un médecin, le cas échéant.
  - Une contre-indication peut être différente selon que la méthode est initiée ou continuée. Par exemple, dans le cas d'une maladie inflammatoire pelvienne aiguë, il est contre-indiqué d'insérer

un stérilet (Initiation : catégorie 4); mais si la personne utilise déjà un stérilet et qu'elle développe une maladie inflammatoire pelvienne aiguë, elle doit recevoir une antibiothérapie thérapeutique et le stérilet ne sera retiré qu'en fonction de la réponse thérapeutique (Continuation : catégorie 2). Un autre exemple est celui de la maladie cardiaque ischémique qui est une condition de Catégorie 2 pour l'initiation de l'implant (il est possible d'insérer un implant contraceptif à une personne qui présente ce type de condition), mais cela devient une Catégorie 3 pour la continuation de l'implant (il sera préférable de retirer l'implant si la personne développe cette condition).

- La liste complète des contre-indications à toutes les méthodes contraceptives selon chaque catégorie est fournie à l'annexe VI.

- Indiquer le contraceptif hormonal ou le stérilet choisi par la personne et donner l'enseignement approprié.
- Dans certaines situations de début d'utilisation, il est recommandé d'insérer le stérilet le jour-même de la consultation. Il est donc important que l'infirmière ait recours à des corridors de services efficaces et rapides pour l'insertion de ces contraceptifs. Si ce n'est pas le cas, l'infirmière pourra, à la suite d'un counseling contraceptif, offrir un autre type de méthode contraceptive à la personne.
- Pour les autres produits pouvant être prescrits par l'infirmière (chlorhydrate de lidocaïne, COC thérapeutiques dans les cas de saignements irréguliers sous implant), la vérification des contre-indications à ces produits ainsi que leurs interactions médicamenteuses est essentielle avant de rédiger l'ordonnance ou d'administrer l'un de ces produits.
- Offrir une prescription de contraception orale d'urgence au lévonorgestrel simultanément à la prescription d'une contraception hormonale réversible à courte durée d'action (MCRCA).
- 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* (1) (voir aussi section 3.3 Normes relatives aux ordonnances).
- Signer et remettre l'ordonnance individuelle à l'intention du pharmacien.

e) Ajuster la contraception hormonale ou le stérilet

L'ajustement de la contraception hormonale et du stérilet se fait dans trois situations spécifiques, parfois concomitantes :

- **Insatisfaction de la personne à l'égard de sa méthode contraceptive** : il se peut qu'une personne considère que sa méthode contraceptive ne convient 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 (annexe VI), en remplissant le formulaire d'évaluation par l'infirmière (annexe II), en appliquant les consignes de passage d'un contraceptif à un autre afin de réduire au maximum le risque de grossesse (annexe III) et en remettant une ordonnance individuelle à la personne.
- **Difficultés de la personne à l'égard de l'utilisation de sa méthode contraceptive** : il se peut qu'une personne 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 (annexe VI), en remplissant le formulaire d'évaluation par l'infirmière (annexe II), en appliquant les consignes de passage d'un contraceptif à un

autre afin de réduire le risque de grossesse (annexe III) et en remettant une ordonnance individuelle à la personne.

- **Effets indésirables des méthodes contraceptives et indications d'ajustement** : il se peut qu'une personne 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 réévaluation de l'état de santé de la personne :
    - Bilan de santé.
    - Habitudes de vie.
    - Prise de la tension artérielle.
    - Indice de masse corporelle au besoin.
    - Profil contraceptif.
    - Facteurs de risque des infections sexuellement transmissibles.
  - Évaluant et en consignant au dossier le ou les effets indésirables présentés par la personne.
  - Appliquant toutes les interventions recommandées selon l'effet indésirable présenté par la personne.

Certaines modalités et conditions d'application spécifiques s'appliquent avant d'ajuster la contraception, quelle qu'en soit la raison :

- L'infirmière doit appliquer les consignes de passage d'un contraceptif à un autre afin de réduire le risque de grossesse (annexe II).
- L'infirmière doit effectuer un test de grossesse dans tous les cas où l'on suspecte ou constate une situation pouvant réduire l'efficacité de la méthode contraceptive (problème d'observance, interaction médicamenteuse, trouble gastro-intestinal provoquant des épisodes répétitifs de vomissements et/ou diarrhées).
- Lors d'un test de grossesse positif, il est recommandé à l'infirmière de diriger rapidement la personne, selon ses souhaits, vers une IPS, une sage-femme, un médecin ou un service d'interruption volontaire de grossesse qui lui fournira les soins appropriés. Si le choix de l'issue de grossesse n'est pas clair, l'infirmière pourra diriger la personne vers un organisme approprié (SOS grossesse à Québec (https://sosgrossesse.ca/fr), SOS Grossesse en Estrie (https://www.sosgrossesseestrie.qc.ca/), Grossesse Secours à Montréal (https://www.grossesse-secours.org/).
- L'infirmière doit diriger la personne vers une IPS ou un médecin lorsque les tentatives d'ajustement échouent, en présence d'autres effets indésirables ou plaintes que ceux qui sont présentés dans ce protocole ou si elle estime que la situation clinique présentée dépasse ses compétences ou sa zone de confort.
- Prendre note que les stratégies de gestion des saignements irréguliers varient d'une méthode contraceptive à une autre et sont adaptées aux données probantes disponibles.

f) Retirer un stérilet

- Faire un examen gynécologique (à condition d'en détenir les compétences) (3).
- Si la personne désire changer de méthode contraceptive, appliquer les consignes de passage d'un contraceptif à un autre afin de réduire le risque de grossesse (annexe III).
- Ne pas retirer un stérilet et référer rapidement à une IPS ou un médecin, si :
  - Présence d'une grossesse.
  - Présence de dyspareunie profonde, sensibilité abdominale basse, fièvre/frissons ou pertes vaginales anormales/pertes sanguines irrégulières/ménorragie (signes et symptômes d'atteinte inflammatoire pelvienne).
  - Relations sexuelles non protégées dans les 5 derniers jours, si la personne ne désire pas de grossesse.
  - Lors de l'examen au spéculum :
    - Présence de pertes vaginales muco-purulentes.
    - Incapacité à trouver les fils du stérilet.
    - Résistance anormalement élevée lors de la tentative de retirer le stérilet.
    - Aspect anormal du col au spéculum.
  - Examen bimanuel anormal (si requis) : douleur à la mobilisation du col de l'utérus ou à la palpation des annexes, augmentation du volume utérin.
  - Le retrait est en vue d'en réinstaller un autre immédiatement : référer la personne à une IPS ou un médecin qui insérera le nouveau stérilet après avoir retiré l'ancien. Cela minimisera le nombre d'interventions pour la personne.
  - Toute autre situation clinique pour laquelle l'infirmière n'a pas les compétences.

g) Insérer ou retirer un implant contraceptif à l'étonogestrel

- Détenir les compétences pour insérer et retirer un implant (4).
- Pour insérer ou retirer un implant, il est souhaitable de se référer aux *Méthodes de soins informatisées du Centre d'expertise en santé de Sherbrooke : Insertion et retrait d'un implant contraceptif sous-cutané* (MSI - CESS) (https://msi.expertise-sante.com/fr) (5).
- Ne pas insérer l'implant contraceptif en présence d'une contre-indication relative ou absolue (catégories 3 et 4) (annexe VI).
- Lors de prescription, ajouter une prescription pour le chlorhydrate de lidocaïne 1 % avec épinéphrine.
- Ne pas tenter de retirer un implant partiellement palpable ou non palpable (voir chapitre 5).
- Suivre les consignes de début de l'utilisation de l'implant contraceptif (chapitre 5) lors de l'insertion.
- Ne pas retirer un implant contraceptif si des relations sexuelles non protégées ont eu lieu dans les 5 jours qui précèdent le retrait et qu'une grossesse n'est pas désirée.
- Si la personne désire changer de méthode contraceptive, appliquer les consignes de passage d'un contraceptif à un autre afin de réduire le risque de grossesse (annexe III).

h) Connaître et reconnaître les signes ou les symptômes nécessitant de diriger immédiatement la personne vers une IPS, un médecin, l'urgence ou un spécialiste

Il se peut qu'une personne présente une complication sérieuse à la méthode contraceptive qu'elle utilise. Ces situations et les stratégies de résolution sont présentées dans chacun des chapitres sur les méthodes contraceptives.

3.3 Normes relatives à l'ordonnance

Les infirmières autorisées à prescrire doivent se conformer aux dispositions applicables prévues au *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin* (1).

Selon le *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin* (1), la prescription peut être d'une durée de 24 mois. Les modèles types d'ordonnance individuelle de contraception sont fournis à l'annexe VII.

3.4 Transmission de l'information à l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne ou au médecin traitant

L'infirmière qui prescrit la contraception hormonale (incluant l'implant contraceptif), un stérilet ou la contraception orale d'urgence n'a pas l'obligation d'en informer l'IPS ou le médecin traitant si la situation clinique de la personne 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 personne présente une ou des contre-indications ou des signes et symptômes nécessitant d'être dirigée vers l'IPS ou le médecin traitant, 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 dans le guide de l'OIIQ et du CMQ, *Prescription infirmière : guide explicatif conjoint* (6).

3.5 Documentation

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

3.6 Références

1. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Les Publications du Québec. 2015. Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin. Chapitre M-9, r. 25. Disponible : https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/M-9,%20r.%2025%20/
2. World Health Organisation (WHO). Medical eligibility criteria for contraceptive use [Internet]. 5th ed. Geneva : World Health Organization; 2015. Disponible : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK321151/
3. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Examen gynécologique effectué par une infirmière [Internet]. Disponible : https://www.oiiq.org/examen-gynecologique?inheritRedirect=true
4. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Installation et retrait de l'implant contraceptif hormonal : une expertise infirmière [Internet]. Disponible : https://www.oiiq.org/fr/formation/detail/-/formation/FOP1111?inheritRedirect=true
5. Centre d'expertise en santé de Sherbrooke. Méthodes de soins informatisées (MSI). 2023. Insertion et retrait d'un implant contraceptif sous-cutané. Disponible : https://msi.expertise-sante.com/fr
6. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et Collège des médecins du Québec (CMQ). Prescription infirmière - Guide explicatif conjoint [Internet]. 2015. Disponible : https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2532415

4 LA CONTRACEPTION D'URGENCE

4.1 Activités de l'infirmière

Prescrire la contraception d'urgence

On entend par prescrire la contraception d'urgence le fait de rédiger l'ordonnance pour une contraception orale d'urgence. Dans certains cas, l'infirmière aura, en plus, à diriger la personne à un médecin ou une IPS disponible pour l'insertion d'un stérilet au cuivre d'urgence.

Prendre note que la contraception d'urgence est directement accessible en pharmacie, sans prescription.

4.2 Clientèle visée

La clientèle visée est constituée de toutes les personnes en âge de procréer qui ont besoin d'une contraception d'urgence.

Pour ce qui est des personnes 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

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

Le risque de grossesse non planifiée et/ou non désirée à la suite d'une RSNP est présent, entre autres, dans les contextes suivants :

- Relation sexuelle consentie ou non (abus ou agression) chez une personne qui n'utilise pas de contraception ou qui n'utilise pas la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA – 3 conditions : 1) moins de 6 mois après l'accouchement, 2) allaitement complet ou presque complet (c.-à-d. alimentation du nouveau-né composée de lait maternel dans plus des trois quarts des repas et intervalles ≤ 4-6 heures entre les tétées), 3) aucune perte sanguine menstruelle).
- Glissement, rupture ou fuite d'un condom.
- Erreur d'utilisation d'un contraceptif hormonal (pilule, timbre, anneau, injection).
- Avant le début de l'efficacité du contraceptif hormonal (pilule, timbre, anneau, injection, implant) ou du stérilet au lévonorgestrel.
- Après la fin de l'efficacité du contraceptif hormonal (injection, implant) ou du stérilet.
- Expulsion complète ou partielle du stérilet.
- Utilisation de la méthode du retrait (si éjaculation intra ou extra-vaginale ou sur les organes génitaux externes).
- Délogement, problème d'insertion ou retrait prématuré du diaphragme ou de la cape cervicale.
- Mauvais calcul de la période fertile (RSNP pendant une journée fertile du cycle en considérant que les journées fertiles peuvent varier d'un cycle à l'autre).

4.4 Contre-indications

Une version complète des contre-indications à toutes les méthodes contraceptives est fournie dans les annexes II et VI. Dans le tableau 1 figurent seulement les contre-indications absolues (catégorie 4) et relatives (catégorie 3) à la contraception d'urgence, telles que ces catégories sont définies par l'OMS (1). Ces contre-indications ont été établies à la suite d'une revue systématique des lignes directrices sur le sujet (2–13).

Tableau 1 Contre-indications absolues (catégorie 4) et relatives (catégorie 3) concernant la contraception d'urgence

Condition	Stérilet au cuivre		COU-UPA	COU-LNG	Clarifications
Grossesse	4		NA	NA	Les COU-UPA et -LNG ne sont pas tératogènes.
Immédiatement après un avortement septique	4		1	1	
Endométrite post-partum	4		1	1	
Lupus érythémateux avec thrombocytopénie sévère	Initiation 3	Continuation* 2	1	1	Détails dans le chapitre sur le stérilet au cuivre.
Maladie trophoblastique avec persistance de β-hCG élevés avec évidence de malignité intra-utérine	4		1	1	Détails dans le chapitre sur le stérilet au cuivre.
Saignement vaginal anormal inexpliqué	Initiation 4	Continuation* 2	1	1	Détails dans le chapitre sur le stérilet au cuivre.
Cancer du col en attente de traitement	Initiation 4	Continuation* 2	1	1	Détails dans le chapitre sur le stérilet au cuivre.
Cancer de l'endomètre en attente de traitement	Initiation 4	Continuation* 2	1	1	Détails dans le chapitre sur le stérilet au cuivre.
Syndrome inflammatoire pelvien actuel	Initiation 4	Continuation* 2	1	1	Détails dans le chapitre sur le stérilet au cuivre.
Tuberculose pelvienne	Initiation 4	Continuation* 3	1	1	Détails dans le chapitre sur le stérilet au cuivre.
Cervicite mucopurulente ou infection actuelle à *Chlamydia trachomatis* ou *Neisseria gonorrhoeae*	Initiation 4	Continuation* 2	1	1	En l'absence de cervicite purulente, le dépistage d'ITS peut être fait au moment de l'insertion du stérilet et un traitement doit être initié dès la réception du résultat. Détails dans le chapitre sur le stérilet au cuivre.
Anomalie anatomique de l'utérus incompatible avec la présence d'un stérilet	4		1	1	
Myome(s) utérin(s) déformant la cavité endométriale	3		1	1	Détails dans le chapitre sur le stérilet au cuivre.
Hypersensibilité à la substance active ou une des composantes du produit	4		4	4	

NA : Non applicable

ITS : infection transmissible sexuellement

* Ne s'applique pas en contexte de contraception d'urgence

4.5 Types de contraceptifs d'urgence

4.5.1 Stérilet d'urgence

Recommandation :

- **Le stérilet au cuivre est le seul stérilet pouvant actuellement être inséré comme stérilet d'urgence. (Niveau de preuve modéré – Recommandation forte[3]).**

Commentaires : Le stérilet au cuivre d'urgence est la méthode de contraception d'urgence la plus efficace, avec 10 grossesses rapportées sur 7034 insertions de stérilet au cuivre (taux d'échec = 0,14 %) (14). Deux études sur 411 participantes ayant utilisé le stérilet au lévonorgestrel 52 mg (SIU-LNG 52 mg) en contraception d'urgence ont été publiées (15, 16). La plus ancienne, une étude de cohortes, montrait l'efficacité de l'association COU-LNG + SIU-LNG 52 mg comparativement au stérilet au cuivre (15), tandis que la plus récente, un essai randomisé, concluait à la non infériorité du SIU-LNG 52 mg comparativement au stérilet au cuivre pour la contraception d'urgence (16). Dans une revue Cochrane (17), l'équipe d'Edelman rapporte que des études supplémentaires sont nécessaires pour fournir des preuves définitives de l'efficacité du SIU-LNG 52 mg pour la contraception d'urgence.

4.5.2 Contraceptif oral d'urgence

Il existe deux types de contraceptif oral d'urgence (COU) :

- L'acétate d'ulipristal (UPA) en dose unique de 30 mg.
- Le lévonorgestrel (LNG) en dose unique de 1,5 mg.

Anciennement, le lévonorgestrel se donnait en une dose de 0,75 mg immédiatement, suivie d'une deuxième dose de 0,75 mg, 12 heures plus tard. Également, on pouvait donner des contraceptifs oraux combinés à raison d'une dose de 100 mcg d'éthinyl estradiol plus 0,50 mg de lévonorgestrel immédiatement (équivalent à 5 comprimés d'Alesse®), suivie d'une deuxième dose de 100 mcg d'éthinyl estradiol plus 0,50 mg de lévonorgestrel, 12 heures plus tard.

Commentaires : Les données de haute qualité sur l'inhibition de l'ovulation (18) montrent que l'UPA inhibe l'ovulation tant avant, qu'après la poussée d'hormone lutéinisante (LH), tandis que le LNG n'inhibe l'ovulation qu'avant la poussée de LH. Les données populationnelles (19) soutenues par d'autres publications (20–22) suggèrent une efficacité supérieure de l'UPA comparativement au LNG en contraception d'urgence, notamment dans certaines situations cliniques particulières (voir sections suivantes). Dans la revue Cochrane de Shen (19), on a observé 22 grossesses sur 1716 personnes (1,3 %) ayant utilisé l'UPA contre 38 grossesses sur 1732 personnes (2,2 %) ayant utilisé le LNG (différence significative). À titre informatif, un seul essai randomisé récent (23) a montré que le LNG 1,5 mg plus piroxicam 40 mg était statistiquement plus efficace que le LNG 1,5 mg plus placébo (94,7 % c. 63,4 %), lorsque pris dans les 72 heures suivant une RSNP, chez des femmes de Hong-Kong dont 90 % avait un indice de masse corporelle (IMC) ≤ 25 kg/m^2. Cette étude incluait peu de personnes dont l'IMC était supérieur à 25 kg/m^2 et ne considérait pas celles dont le délai d'utilisation était supérieur à 72 heures après une RSNP. Ces résultats sont préliminaires et devront être confirmés dans d'autres populations.

---

[3] Une recommandation forte est une recommandation pour laquelle les effets désirables d'une intervention dépassent les effets indésirables (recommandation forte pour une intervention), ou l'inverse (recommandation forte contre une intervention). Une recommandation forte implique que tous les individus ou la plupart d'entre eux seront le mieux servis par cette recommandation.

4.6 Utilisation de la contraception d'urgence

Un tableau récapitulatif sur l'application optimale de la contraception d'urgence est produit dans l'outil à la fin du chapitre.

4.6.1 Indiquer les options de contraception d'urgence

L'infirmière discute avec la personne des différentes options de contraception d'urgence, en lui indiquant leur efficacité, leur mode d'utilisation et leurs effets indésirables. Le stérilet au cuivre est nettement plus efficace que les COU. Il offre également la possibilité d'une utilisation prolongée. Par contre, comme les possibilités sont variables de pouvoir avoir recours à un médecin ou une IPS pour l'insertion d'un stérilet au cuivre d'urgence, l'infirmière aura à prendre en considération le contexte organisationnel et la disponibilité des ressources, dans sa discussion avec la personne sur le choix de la méthode. L'infirmière devra également prendre en considération la disponibilité des divers types de COU. Lorsqu'il est impossible de fournir l'option privilégiée, un autre choix de CU demeure une bonne option de rechange.

4.6.2 Timing de la contraception d'urgence

A - Stérilet d'urgence

Recommandations :

- **Insérer le stérilet au cuivre d'urgence jusqu'à 7 jours après une RSNP, en présence d'un test de grossesse urinaire négatif avant l'insertion (Niveau de preuve faible – Recommandation conditionnelle[4]).**
- **Offrir la COU (UPA ou LNG selon la situation clinique), en attendant l'insertion du stérilet au cuivre dans les 7 jours suivant la RSNP (Bonne pratique clinique – Recommandation forte).**
- **Les personnes ayant eu l'insertion d'un stérilet, quel qu'il soit, en dehors d'une période menstruelle (avec ou sans COU) ou d'une période qui lui procure une efficacité immédiate (voir sections 6.6.1 et 7.6.1 des chapitres sur le stérilet au lévonorgestrel ou au cuivre) doivent passer un test de grossesse urinaire à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après l'insertion (Bonne pratique clinique – Recommandation conditionnelle).**

Commentaires : Dans la revue systématique de Cleland *et al.* 2012 (14), le délai maximal entre le rapport sexuel et l'insertion du stérilet au cuivre allait de 2 à 10 jours, pour une majorité d'insertion dans les 5 jours suivant la RSNP, et le risque de grossesse s'est avéré inférieur à 1 %. Le risque de grossesse après une RSNP n'importe quand dans le cycle est de 3,1 %, tandis qu'il est de 9 % lors d'une RSNP au jour 13 d'un cycle de 28 jours (24). La nidation a lieu après le 7e jour suivant l'ovulation, chez 93 % à 98 % des personnes qui tentent de concevoir (25). Il existe donc un minime risque de grossesse si un stérilet au cuivre d'urgence est inséré le 6e ou le 7e jour après la RSNP.

Il est important d'exclure la possibilité d'une grossesse chez la personne qui consulte un médecin ou une IPS pour l'insertion d'un stérilet au cuivre d'urgence. L'absence de symptômes de grossesse et un résultat négatif le jour de l'insertion du stérilet au cuivre d'urgence permettent de réduire le risque de grossesse

[4] Une recommandation conditionnelle est une recommandation pour laquelle les effets désirables dépassent probablement les effets indésirables (recommandation faible pour une intervention), ou l'inverse (recommandation faible contre une intervention). Dans les deux cas, une incertitude appréciable existe.

sur stérilet. Comme il existe un risque minime de grossesse précoce, il est nécessaire de revoir avec la personne les risques d'une grossesse avec un stérilet en place (grossesse extra-utérine, infection pelvienne, avortement spontané, mort in utero, rupture prématurée des membranes, travail pré-terme, avortement septique) et de lui demander de faire un test de grossesse urinaire à la maison ou en clinique, deux semaines après l'insertion.

B - Contraceptif oral d'urgence

Recommandations :

- **Offrir l'UPA ou le LNG lorsque la COU sera utilisée ≤ 72 heures suivant une RSNP (Niveau de preuve élevé - Recommandation forte).**
- **Favoriser l'UPA lorsque la COU sera utilisée > 72 et ≤ 120 heures suivant une RSNP (Niveau de preuve élevé - Recommandation forte).**

Commentaires : Selon la méta-analyse de Shen 2017 (19), la COU-UPA prévient significativement plus les grossesses dans les 5 jours suivant une RSNP que la COU-LNG. Pour l'utilisation de la COU dans les 72 heures suivant une RSNP, seule la méta-analyse de deux essais randomisés (26) a montré une efficacité statistiquement plus élevée de l'UPA sur le LNG. La majorité des lignes directrices internationales récentes de haute qualité soutiennent la position d'une supériorité de l'UPA sur le LNG ≤ 72 heures après la RSNP (27–29). Par ailleurs, au-delà de 72 heures après la RSNP, l'UPA est significativement plus efficace que le LNG (19, 26). Au Québec, malgré un accès semblable aux deux types de COU, l'UPA coûte trois fois plus cher que le LNG. Ceci peut constituer un enjeu pour les personnes dont les médicaments ne sont pas remboursés et il peut s'avérer préférable de prescrire le LNG dans ces situations.

4.6.3 Indice de masse corporelle et COU

A – Stérilet au cuivre d'urgence

Le stérilet au cuivre d'urgence est la méthode contraceptive d'urgence la plus efficace quel que soit l'IMC (14).

B – Contraceptif oral d'urgence

Recommandation :

- **Favoriser l'UPA pour les personnes qui demandent une COU et dont l'IMC est ≥ 30 kg/m^2 (Niveau de preuve modéré - Recommandation conditionnelle).**

Commentaires : Plusieurs revues systématiques (20, 30, 31) constatent une réduction de l'efficacité des deux types de COU, chez les personnes dont l'IMC est ≥ 30 kg/m^2. Deux revues systématiques (20, 30) rapportent que : 1) chez les personnes en surpoids (IMC : 25 à 29 kg/m^2), le risque de grossesse double lors de prise de LNG alors qu'il ne change pas lors de prise d'UPA; et 2) chez les personnes obèses (IMC ≥ 30 kg/m^2), le risque de grossesse quadruple lors de prise de LNG, alors qu'il double lors de prise d'UPA. Quoique plusieurs lignes directrices internationales (27, 29, 32–36) recommandent une double dose de LNG chez les personnes obèses, deux études récentes (21, 37) démontrent que cette stratégie est inefficace. Par ailleurs, comme les lignes directrices internationales récentes ne s'entendent pas sur le seuil d'IMC (≥ 25 kg/m^2 ou ≥ 30 kg/m^2) pour recommander l'UPA plutôt que le LNG, le PCQ a choisi la limite de ≥ 30 kg/m^2.

4.6.4 Allaitement et COU

Recommandation :

Chez les personnes qui allaitent et qui ont eu une RSNP pour laquelle la COU est souhaitée :

- **Offrir la COU-LNG en première ligne sans arrêt de l'allaitement.**
- **Dans les situations cliniques où l'efficacité de la COU-LNG pourrait être diminuée (délai de > 72 à ≤ 120 heures ou IMC ≥ 30 kg/m^2), offrir la COU-UPA et poursuivre l'allaitement sans période d'arrêt considérant la très faible quantité de médicament mesurée dans le lait maternel (Niveau de preuve faible – Recommandation conditionnelle).**

Commentaires : Selon des données probantes limitées, la COU-LNG ne présente pas de risques associés à l'allaitement et au bébé; il est suggéré de prendre le LNG après une séance d'allaitement et de poursuivre l'allaitement sans arrêt (1, 29, 38, 39). Concernant l'UPA, des études ont montré une transmission d'une petite quantité du médicament dans le lait maternel. Certaines organisations recommandent l'arrêt de l'allaitement, de tirer et de jeter le lait durant une semaine (1, 29). Cette approche ne tient pas compte des difficultés techniques associées et des risques d'arrêt de l'allaitement. D'autres organisations suggèrent de suspendre l'allaitement, de tirer et de jeter le lait pendant 24 heures (4, 39, 40). Cette recommandation tient compte du fait que la concentration maximale du produit dans le lait survient durant les premières 24 heures suivant la prise de l'UPA et minimise les risques associés à un arrêt prolongé de l'allaitement (4, 40). Certaines autres organisations suggèrent, pour leur part, la poursuite de l'allaitement sans arrêt, considérant la faible quantité de l'UPA qui se retrouve dans le lait maternel (41, 42).

4.6.5 Interactions médicamenteuses

En se basant sur les données avec les contraceptifs hormonaux, les inducteurs enzymatiques du cytochrome P450 pourraient réduire l'efficacité des deux types de COU, mais ce ne sont pas des contre-indications comme telles à leur utilisation : par exemple, bosentan, modafinil, aprépitant, carbamazépine, eslicarbazépine, rufinamide, millepertuis, phénobarbital, phénytoïne, primidone, oxcarbazépine, felbamate, griséofulvine, rifampine, topiramate, efavirenz, cobicistat, névirapine, lumacaftor.

Les progestatifs (PPS, AMPR, COU-LNG, implant à l'ENG) (catégorie 2) et estro-progestatifs (COC) sont des antagonistes de l'UPA. Ils peuvent réduire l'efficacité de l'UPA s'ils sont pris 7 jours avant ou dans les 5 jours qui suivent. On ne note pas d'interaction médicamenteuse entre les progestatifs, les estro-progestatifs et la COU-LNG. Il est préférable d'utiliser toujours le même type de COU pour des RSNP consécutives dans le même cycle.

Aucune étude n'est disponible pour établir le degré de baisse d'efficacité des COU dans ces situations. L'utilisation d'un stérilet au cuivre d'urgence permet d'assurer une efficacité maximale et pourrait être préférable dans ces situations.

4.6.6 Prévention et gestion des effets indésirables

Les effets indésirables du stérilet au cuivre d'urgence sont liés à l'insertion (douleur pelvienne, saignements légers) et à son utilisation au-delà du mois d'insertion (voir chapitre sur le stérilet au cuivre).

Concernant les COU, on rapporte des effets indésirables similaires pour les deux types de COU (29, 32–35, 42–44), chez moins d'une personne sur cinq (34, 43, 44) : céphalées, nausées, dysménorrhée, fatigue, étourdissement, douleurs abdominales, douleurs aux seins, saignements irréguliers temporaires.

Aucune ligne directrice ne recommande de prendre un antiémétique, en prévention, avec la COU-LNG ou la COU-UPA. Par contre, si une personne vomit la COU dans les 3 heures qui suivent l'ingestion, une autre dose de COU doit être administrée et l'utilisation d'un antiémétique peut être considérée.

À la suite de la COU chez les personnes qui ne prennent pas de contraception hormonale régulière, les menstruations habituelles reviennent aux alentours de la date attendue, un peu avant ou un peu après. L'absence de menstruations habituelles à la date attendue peut être un signe de grossesse et nécessite de passer un test de grossesse dès que possible.

4.6.7 Initiation de la contraception régulière après la COU

A – Initiation de la contraception hormonale (COC, timbre, anneau, PPS, AMPR, implant) après la COU

Commencer la méthode le jour même de la COU-LNG 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 habituelle durant la période sans hormone pour les COC, le timbre, l'anneau ou la PPSd. Si utilisation en continu (PPS, implant, AMPR, COC, timbre ou anneau), faire un test de grossesse de contrôle 3 à 4 semaines après le début de la méthode.

Recommandations :

- **Chez les personnes ne prenant pas de contraception hormonale depuis plus de 7 jours et qui utilisent la COU-UPA, la contraception hormonale doit être amorcée le 6e jour après la prise de la COU-UPA et il faut utiliser une protection contraceptive supplémentaire pendant 21 jours à partir de la RSNP (Niveau de preuve élevé - Recommandation forte).**
- **Chez les personnes ayant pris une contraception hormonale dans les 7 derniers jours, de façon cyclique ou continue, et oubliant une ou plusieurs doses, quelle que soit la semaine de prise de contraception, offrir la COU-LNG et recommencer immédiatement la contraception hormonale avec protection contraceptive supplémentaire durant les 7 prochains jours (Bonne pratique clinique - Recommandation conditionnelle).**

***Commentaire* :** Plusieurs études rapportent des informations dont la compatibilité est complexe (Brache *et al.* 2013 (18), Edelman *et al.* 2018 (45), Cameron *et al.* 2015 (46), Banh *et al.* 2020 (47)). Étant donné la complexité de ces études, il est important de se rapporter aux recommandations formulées avant ce commentaire.

Dans ces situations, il est préférable de faire un test de grossesse en l'absence de menstruations habituelles après la prise cyclique de contraception hormonale ou 3-4 semaines après le début de la contraception hormonale lors d'utilisation en continu.

B – Initiation du stérilet au cuivre après la prise de COU et plus de 7 jours après la RSNP

Recommandation :

- **Si une personne souhaite un stérilet au cuivre après la prise de COU et plus de 7 jours après la RSNP ayant nécessité la prise de COU, il est recommandé que la personne passe un test de grossesse urinaire. Si le test est négatif, il est recommandé d'aviser la personne qu'une grossesse précoce est possible et de revoir avec elle les risques d'une grossesse avec un stérilet en place. Si, après ces explications, la personne désire tout de même une pose de stérilet au cuivre ce jour-même de consultation, l'insérer selon les pratiques usuelles et lui demander de faire un test de grossesse urinaire à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après l'insertion (Bonne pratique clinique – Recommandation conditionnelle).**

Commentaires : Il n'existe pas de données probantes sur ce sujet. Les lignes directrices récentes traitant de ce sujet (2, 28, 34, 48–50) sont très divisées sur cette question, mais les plus récentes (49, 50) penchent pour une telle pratique[5].

C – Initiation d'un stérilet au lévonorgestrel (19,5 mg ou 52 mg) après la prise de COU

Recommandation :

- **Si une personne souhaite un SIU-LNG (19,5 mg ou 52 mg) après la prise de COU, il est recommandé que la personne passe un test de grossesse urinaire. Si le test est négatif, il est recommandé d'aviser la personne qu'une grossesse précoce est possible et de revoir avec elle les risques d'une grossesse avec un stérilet en place. Si, après ces explications, la personne désire tout de même une pose de SIU-LNG ce jour-même de consultation, insérer le SIU-LNG de son choix selon les pratiques usuelles et lui demander de faire un test de grossesse urinaire à la maison ou en clinique 2-4 semaines après l'insertion. Une méthode d'appoint (abstinence ou méthode barrière) est nécessaire entre la prise de la COU et le 7e jour suivant l'insertion du SIU-LNG (Bonne pratique clinique – Recommandation conditionnelle).**

Commentaires : Tel que montré précédemment, deux études sur 411 participantes ayant utilisé le SIU-LNG 52 mg en contraception d'urgence ont été publiées (15, 16). La plus ancienne, une étude de cohortes, montrait une efficacité comparable de l'association COU LNG + SIU-LNG 52 mg dans les 5 jours suivant une RSNP comparativement au stérilet au cuivre (15). Aucune étude n'est publiée sur l'initiation du SIU-LNG 52 mg immédiatement après la COU-UPA. Aucune étude n'est publiée sur l'initiation du SIU-LNG 19,5 mg après la COU-LNG ou la COU-UPA. Les lignes directrices récentes traitant de ce sujet (2, 28, 49–51) sont divisées sur cette question, mais les plus récentes (49, 50) penchent pour la recommandation suggérée au point C.

4.7 Suivi lors de bouleversement sociosanitaire

Tout comme en temps régulier, il est conseillé de prescrire systématiquement la COU lors de la prescription d'une contraception régulière (51, 52) et de recommander aux personnes de s'approvisionner à l'avance (53–56). L'auto-utilisation est encouragée (57) et il faut rappeler aux personnes que la COU est accessible directement en pharmacie (51, 54, 55, 58). Dans le cas de la COVID, la COU peut être utilisée que la personne soit positive à la COVID ou non et quelle que soit la sévérité de sa maladie (59, 60).

[5] Le comité scientifique pour la mise à jour du PCQ opte pour une recommandation qui va dans le sens des recommandations les plus récentes.

Les visites virtuelles sont conseillées pour l'évaluation et la prescription de contraception d'urgence (56, 61–63). C'est aussi l'occasion de vérifier le besoin de contraception régulière et d'envisager le début rapide d'une PPS ou d'un CHC (51, 56, 62, 63). Il est important de conseiller les personnes à propos du stérilet au cuivre d'urgence et de vérifier le besoin/donner les consignes d'une visite subséquente en présentiel, le plus rapidement possible (51, 54–56, 61–63). Voir section sur le stérilet au cuivre pour les conditions d'insertion en période de bouleversement sociosanitaire.

4.8 Activités spécifiques de l'infirmière

En plus des activités professionnelles présentées au chapitre 3, l'infirmière procède aux activités spécifiques suivantes :

- Évaluation du moment de la relation sexuelle non protégée :
  - Date et heure de la dernière RSNP.
  - Circonstances de la dernière RSNP (dépistage d'une agression sexuelle).
  - Date des autres relations sexuelles non protégées depuis la date de la dernière menstruation afin d'évaluer la pertinence de l'utilisation du stérilet au cuivre d'urgence et d'en vérifier les contre-indications.
  - Date du début de la dernière menstruation.
  - Caractéristiques de la dernière menstruation (habituelle ou non).
    - Si la dernière menstruation n'était pas habituelle (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, de l'avortement ou de la fausse-couche.
  - Présence de signes et symptômes de grossesse.
- Donner l'enseignement et le counseling à la personne selon le choix de contraception d'urgence qu'elle a fait :
  - ***Stérilet au cuivre d'urgence :***
    - L'informer du processus d'insertion du stérilet au cuivre d'urgence.
    - Remplir le formulaire d'évaluation pour la contraception d'urgence (annexe IV) ou le formulaire d'éligibilité au stérilet au cuivre d'urgence (annexe V) et l'ajouter au dossier de la personne.
  - ***Contraceptif oral d'urgence*** :
    - Informer la personne que la COU retarde ou empêche l'ovulation et n'est pas un médicament qui cause l'avortement.
    - L'informer que la COU peut être associée à des effets indésirables. 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 que les menstruations subséquentes peuvent survenir un peu avant ou après la date prévue. La personne devra passer un test de grossesse si elle ne présente pas de menstruations habituelles dans les 3-4 semaines suivant la prise de la COU.

- Offrir un counseling contraceptif dans le but de favoriser l'amorce rapide d'une méthode contraceptive régulière et, au besoin, amorcer, renouveler ou ajuster la contraception selon le présent protocole.
- Donner l'information dans les cas de relation sexuelle non consentie :
  - Comme ces personnes 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 médicolégale ou bien, en l'absence d'un tel centre et selon les désirs de la personne, la référence est faite à un médecin de la communauté.
  - Elle fait, ensuite, un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), dans le cas d'une personne âgée de moins de 18 ans, si ces interventions n'ont pas été initiées préalablement.

4.9 Résumé des recommandations

Le résumé des recommandations est fourni dans un outil à la fin du chapitre.

Stérilet d'urgence

- Le stérilet au cuivre est le seul stérilet pouvant actuellement être inséré comme stérilet d'urgence (Niveau de preuve modéré – Recommandation forte).
- Insérer le stérilet au cuivre d'urgence jusqu'à 7 jours après une RSNP, en présence d'un test de grossesse urinaire négatif avant l'insertion (Niveau de preuve faible – Recommandation conditionnelle).
- Offrir la COU (UPA ou LNG selon la situation clinique), en attendant l'insertion du stérilet au cuivre dans les 7 jours suivant la RSNP (Bonne pratique clinique – Recommandation forte).
- Les personnes ayant eu l'insertion d'un stérilet, quel qu'il soit, en dehors d'une période menstruelle (avec ou sans COU) ou d'une période qui lui procure une efficacité immédiate (voir sections 6.6.1 et 7.6.1 des chapitres sur le stérilet au lévonorgestrel ou au cuivre) doivent passer un test de grossesse urinaire à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après l'insertion (Bonne pratique clinique – Recommandation conditionnelle).

Contraceptif oral d'urgence

- Offrir l'UPA ou le LNG lorsque la COU sera utilisée ≤ 72 heures suivant une RSNP (Niveau de preuve élevé - Recommandation forte).
- Favoriser l'UPA lorsque la COU sera utilisée > 72 et ≤ 120 heures suivant une RSNP (Niveau de preuve élevé - Recommandation forte).
- Favoriser l'UPA pour les personnes qui demandent une COU et dont l'IMC est ≥ 30 kg/m2 (Niveau de preuve modéré - Recommandation conditionnelle).

- Chez les personnes qui allaitent et qui ont eu une RSNP pour laquelle la COU est souhaitée :
  - Offrir la COU-LNG en première ligne sans arrêt de l'allaitement.
  - Dans les situations cliniques où l'efficacité de la COU-LNG pourrait être diminuée (délai de > 72 à ≤ 120 heures ou IMC ≥ 30 kg/m^2), offrir la COU-UPA et poursuivre l'allaitement sans période d'arrêt en expliquant à la personne que la quantité de médicament mesurée dans le lait maternel est très faible (Niveau de preuve faible – Recommandation conditionnelle).

Amorce de la contraception régulière après la prise de contraception orale d'urgence

- Si une personne souhaite un stérilet au cuivre après la prise de COU et plus de 7 jours après la RSNP ayant nécessité la prise de COU, il est recommandé que la personne passe un test de grossesse urinaire. Si le test est négatif, il est recommandé d'aviser la personne qu'une grossesse précoce est possible et de revoir avec elle les risques d'une grossesse avec un stérilet en place. Si, après ces explications, la personne désire tout de même une pose de stérilet au cuivre ce jour-même de consultation, l'insérer selon les pratiques usuelles et lui demander de faire un test de grossesse urinaire à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après l'insertion (Bonne pratique clinique - Recommandation conditionnelle).
- Si une personne souhaite un SIU-LNG (19,5 mg ou 52 mg) après la prise de COU, il est recommandé que la personne passe un test de grossesse urinaire. Si le test est négatif, il est recommandé d'aviser la personne qu'une grossesse précoce est possible et de revoir avec elle les risques d'une grossesse avec un stérilet en place. Si, après ces explications, la personne désire tout de même une pose de SIU-LNG ce jour-même de consultation, insérer le SIU-LNG de son choix selon les pratiques usuelles et lui demander de faire un test de grossesse à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après l'insertion. Une méthode d'appoint (abstinence ou méthode barrière) est nécessaire entre la prise de la COU et le 7e jour suivant l'insertion du SIU-LNG (Bonne pratique clinique – Recommandation conditionnelle).
- Chez les personnes ne prenant pas de contraception hormonale depuis plus de 7 jours, et qui utilisent la COU-UPA, la contraception hormonale doit être amorcée le 6e jour après la prise de la COU-UPA et il faut utiliser une protection contraceptive supplémentaire pendant 21 jours à partir de la RSNP (Niveau de preuve élevé - Recommandation forte).
- Chez les personnes ayant pris une contraception hormonale dans les 7 derniers jours, de façon cyclique ou continue, et oubliant une ou plusieurs doses, quelle que soit la semaine de prise de contraception, offrir la COU-LNG et recommencer immédiatement la contraception hormonale avec protection contraceptive supplémentaire durant les 7 prochains jours (Bonne pratique clinique - Recommandation conditionnelle).

CONTRACEPTION D'URGENCE (CU) 2024

Le présent outil est une adaptation de l'outil Contraception orale d'urgence (COU) élaboré par l'INESSS et s'adresse aux cliniciens de première ligne. Il est fourni à titre indicatif et ne remplace pas le jugement du clinicien. Ce document a été adapté sur la base des recommandations élaborées par l'INSPQ à l'aide d'une démarche systématique et est soutenu par la littérature scientifique ainsi que par le savoir et l'expérience de cliniciens et d'experts québécois. Cet outil peut aider à faire le choix approprié d'une CU et d'une contraception orale d'urgence (COU) pour conseiller toute personne apte à procréer (y compris les adolescentes).

CONSIDÉRATIONS IMPORTANTES POUR LA PRISE DE DÉCISION

		Stérilet au cuivre	Lévonor-gestrel (LNG)	Acétate d'ulipristal (UPA)	PRÉCISIONS
POSOLOGIE					
Dose unique		300 à 380 mm^2 de cuivre	1,5 mg PO	30 mg PO	Si vomissements d'une COU ≤ 3 heures après ingestion, administrer une nouvelle dose dès que possible.
EFFICACITÉ					
Temps écoulé depuis la RSNP[1]	≤ 72 h	✓ À privilégier[2,4]	✓	✓	Efficacité nettement supérieure du stérilet au cuivre.
	> 72 h et ≤ 120 h	✓ À privilégier[2,4]	✓	✓ À privilégier[2]	Efficacité nettement supérieure du stérilet au cuivre. Efficacité plus élevée de l'UPA comparativement au LNG.
Indice de masse corporelle	< 30 kg/m^2	✓ À privilégier[2,4]	✓	✓	Efficacité nettement supérieure du stérilet au cuivre.
	≥ 30 kg/m^2	✓ À privilégier[2,4]	✓	✓ À privilégier[2]	Efficacité nettement supérieure du stérilet au cuivre. Efficacité plus élevée de l'UPA comparativement au LNG.
SITUATIONS PARTICULIÈRES ET PRÉCAUTIONS					
Contraception hormonale[3] prise au cours des 7 jours précédant la COU		✓ À privilégier[2,4]	✓	STOP	Interaction entre l'UPA et les progestatifs pris au cours des 7 jours précédant la prise de COU : pourrait diminuer l'efficacité de l'UPA.
Prise concomitante d'un médicament inducteur du CYP3A4		✓ À privilégier[2,4]	⚠	⚠	Fournir une COU, même en cas de prise concomitante d'un inducteur du CYP3A4 (*demeurer vigilant quant à la possibilité d'une efficacité réduite du LNG et de l'UPA).*
Présence d'une contre-indication de l'usage des contraceptifs hormonaux combinés		✓ À privilégier[2,4]	✓	✓	L'usage de l'UPA et du LNG est possible.
Allaitement		✓ À privilégier[2,4]	✓ À privilégier[2]	✓	LNG et UPA : Prendre idéalement après une séance d'allaitement. Pas d'arrêt de l'allaitement pour les deux COU.
CYCLE MENSTRUEL					
Autre RSNP précédemment dans le même cycle menstruel		✓	✓	✓	Pour les COU : se fier uniquement à la dernière RSNP pour la prise en charge. Pour le stérilet au cuivre d'urgence : tenir compte aussi des RSNP survenues avant les 7 derniers jours (voir formulaire d'admissibilité au stérilet d'urgence)
Usage de la COU précédemment dans le même cycle menstruel		✓ À privilégier[2,4]	✓	✓	Un second usage d'une même COU est préférable, mais : LNG : pas avant le 6e jour après l'UPA; UPA : pas avant le 8e jour après le LNG.
REPRISE DE LA CONTRACEPTION RÉGULIÈRE APRÈS LA COU					
Amorce ou reprise de la contraception hormonale régulière après la COU chez une personne ne prenant PAS de contraception hormonale depuis plus de 7 jours			Immédia-tement après le LNG	Le 6e jour après l'UPA	La contraception hormonale régulière peut être prise : le jour même ou le lendemain de la prise de la COU-LNG et contraception d'appoint x 7 jours; le 6e jour après la prise de la COU-UPA et contraception d'appoint x 21 jours après la RSNP.
Amorce ou reprise de la contraception hormonale régulière après la COU chez une personne ayant pris de la contraception hormonale au cours des 7 jours précédents			Immédia-tement après le LNG	UPA non utilisé dans ces situations	La reprise de la contraception hormonale régulière peut se faire : le jour-même ou le lendemain de la prise de la COU-LNG et contraception d'appoint x 7 jours.

REPRISE DE LA CONTRACEPTION RÉGULIÈRE APRÈS LA COU (suite)				
Insertion d'un stérilet au cuivre au-delà de 7 jours après la RSNP ayant nécessité la prise de COU				Le test de grossesse urinaire doit être négatif le jour de l'insertion du stérilet. Aviser la personne qu'une grossesse précoce est possible et revoir avec elle les risques d'une grossesse avec un stérilet en place. Faire un test de grossesse urinaire à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après l'insertion.
Insertion d'un stérilet au lévonorgestrel (19,5 mg ou 52 mg) après la RSNP ayant nécessité la prise de COU[6]				Le test de grossesse urinaire doit être négatif le jour de l'insertion du stérilet. Aviser la personne qu'une grossesse précoce est possible et revoir avec elle les risques d'une grossesse avec un stérilet en place. Contraception d'appoint x 7 jours. Faire un test de grossesse urinaire à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après l'insertion.
INNOCUITÉ				
Effets indésirables	Chapitre du PCQ sur les stérilets	Mineurs : aucun effet indésirable grave n'est associé à la COU		Profil d'effets indésirables du LNG similaire à celui de l'UPA : céphalée, nausée, vomissement, fatigue, dysménorrhée, douleur abdominale, mastalgie.

Recommandé Recommandé avec vigilance Non recommandé

1. Après 120 heures, l'efficacité d'une contraception orale d'urgence (COU) est inconnue; le stérilet au cuivre demeure une option très efficace jusqu'à 7 jours après la relation sexuelle non protégée (RSNP).
2. Lorsqu'il est impossible de fournir l'option privilégiée, un autre choix de CU demeure une bonne option de rechange.
3. Contraception hormonale : progestatif seul (p. ex. : acétate de médroxyprogestérone, noréthindrone, drospirénone, implant à l'étonogestrel), COU-LNG ou contraceptifs hormonaux combinés (p. ex. : comprimé, timbre, anneau)
4. Si la RSNP a eu lieu depuis plus de 120 heures, mais depuis moins de 7 jours, l'usage du stérilet au cuivre est l'option la plus efficace, aux conditions suivantes : test de grossesse urinaire négatif le jour de l'insertion, aviser la personne qu'une grossesse précoce est possible et revoir avec elle les risques d'une grossesse avec un stérilet en place, test de grossesse à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après.
5. Si la personne souhaite l'insertion d'un stérilet au lévonorgestrel immédiatement après la prise de COU ET dans les 7 jours qui suivent la RSNP, il est préférable d'utiliser le stérilet contenant 52 mg de lévonorgestrel qui est le seul stérilet au lévonorgestrel ayant fait l'objet de données probantes dans cette circonstance.
6. Une étude a montré une efficacité comparable de l'association COU LNG + SIU-LNG 52 mg dans les 5 jours suivant une RSNP comparativement au stérilet au cuivre. Aucune étude n'est publiée sur l'initiation du SIU-LNG immédiatement après la COU-UPA. Aucune étude n'est publiée sur l'initiation du SIU-LNG 19,5 mg après la COU-LNG ou la COU-UPA. Ce faisant, il semble raisonnable d'initier le SIU-LNG 52 mg après la COU-LNG ≤ 7 jours suivant la RSNP et d'initier un SIU-LNG au choix >7 jours après une RSNP et la prise d'une COU.

GÉNÉRALITÉS

Mode d'action de la CU	Stérilet : toxique pour les spermatozoïdes, inhibe la fertilisation et l'implantation. COU : inhibe ou retarde l'ovulation, aucun effet sur la fertilisation ou l'implantation.
Stérilet au cuivre	Il est recommandé d'offrir la COU (UPA ou LNG selon la situation clinique), en attendant l'insertion du stérilet au cuivre dans les 7 jours suivant la RSNP.
Grossesse	Chez une personne enceinte, l'usage de la COU est inefficace. Le LNG et l'UPA ne sont pas considérés comme des agents abortifs : ils n'entrainent aucun risque pour le déroulement d'une grossesse; Ils n'ont aucun effet connu sur le développement ou la croissance du fœtus; Ils ne font pas augmenter le risque de grossesse extra-utérine.
Usage concomitant	Ne pas administrer du LNG et de l'UPA en concomitance à des fins de contraception d'urgence.

SUIVI

RSNP subséquente	Le risque de grossesse augmente lors d'une RSNP subséquente à l'usage de COU dans un même cycle menstruel, en raison du possible retard de l'ovulation.
Contraception d'appoint	Une méthode de contraception d'appoint (p. ex. : condom) est nécessaire après l'usage d'une COU : Jusqu'à la fin du cycle menstruel et ultérieurement si aucune contraception n'est amorcée; Ou selon les recommandations pour chaque type de COU.
Prochaines menstruations	La majorité des personnes auront leurs prochaines menstruations dans les 7 jours avant ou après le moment prévu, plus rapidement après le LNG, plus tardivement après l'UPA. Faire un test de grossesse 2-4 semaines après la COU si aménorrhée.

4.10 Références

1. World Health Organisation (WHO). Medical eligibility criteria for contraceptive use [Internet]. 5th ed. Geneva : World Health Organization; 2015. Disponible : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK321151/pdf/Bookshelf_NBK321151.pdf

2. Black A, Guilbert E, Costescu D, Dunn S, Fisher W, Kives S, *et al.* Canadian contraception consensus (Part 3 of 4) : Chapter 7-intrauterine contraception. J Obstet Gynaecol Can JOGC. 2016;38(2):182-222.

3. Black A, Guilbert E, Costescu D, Dunn S, Fisher W, Kives S, *et al.* Canadian contraception consensus (Part 1 of 4). J Obstet Gynaecol Can. 2015;37(10):936-8.

4. Curtis K, Tepper N, Jatlaoui T, Berry-Bibee E, Horton L, Zapata LB, *et al.* U.S. Medical eligibility criteria for contraceptive use (CDC). Morb Mortal Wkly Rep. 2016;65(3):1-103.

5. The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH). UK Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use —UKMEC 2016 [Internet]. 2016. Disponible : https://www.fsrh.org/documents/ukmec-2016/

6. The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH). FSRH guideline (March 2023) intrauterine contraception. BMJ Sex Reprod Health. 2023;49(Suppl. 1):1-142.

7. Haute Autorité de Santé (HAS). Méthodes contraceptives — Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles [Internet]. 2017. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1369314/fr/methodes-contraceptives-focus-sur-les-methodes-les-plus-efficaces-disponibles

8. Chabbert-Buffet N, Marret H, Agostini A, Cardinale C, Hamdaoui N, Hassoun D, *et al.* Contraception : recommandations pour la pratique clinique du CNGOF (texte court). Gynecol Obstet Fertil Senol. 2018;46(12):760-76.

9. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG). Intrauterine contraception [Internet]. 2017 p. 1-12. Disponible : https://ranzcog.edu.au/wp-content/uploads/2022/05/Intrauterine-contraception.pdf

10. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG). Long acting reversible contraception [Internet]. 2017. Disponible : https://ranzcog.edu.au/wp-content/uploads/2022/05/Long-Acting-Reversible-Contraception.pdf

11. Best Practice Advocacy Centre New Zealand (BPACNZ). Contraception : which option for which patient? [Internet]. 2019. Disponible : https://bpac.org.nz/2021/contraception/options.aspx

12. Tepper NK, Curtis KM, Cox S, Whiteman MK. Update to U.S. medical eligibility criteria for contraceptive use, 2016 : updated recommendations for the use of contraception among women at high risk for HIV infection. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020;69(14):405-10.

13. World Health Organization (WHO). Contraceptive eligibility for women at high risk of HIV. Guidance statement : recommendations on contraceptive methods used by women at high risk of HIV [Internet]. 2019. Disponible : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546035/

14. Cleland K, Zhu H, Goldstuck N, Cheng L, Trussell J. The efficacy of intrauterine devices for emergency contraception : a systematic review of 35 years of experience. Hum Reprod. 2012;27(7):1994-2000.

15. Turok DK, Sanders JN, Thompson IS, Royer PA, Eggebroten J, Gawron LM. Preference for and efficacy of oral levonorgestrel for emergency contraception with concomitant placement of a levonorgestrel IUD : a prospective cohort study. Contraception. 2016;93(6):526-32.

16. Turok DK, Gero A, Simmons RG, Kaiser JE, Stoddard GJ, Sexsmith CD, *et al.* Levonorgestrel vs. Copper intrauterine devices for emergency contraception. N Engl J Med. 2021;384(4):335-44.

17. Ramanadhan S, Goldstuck N, Henderson JT, Che Y, Cleland K, Dodge LE, *et al.* Progestin intrauterine devices versus copper intrauterine devices for emergency contraception. Cochrane Database Syst Rev. 2023;2(2):CD013744.

18. Brache V, Cochon L, Deniaud M, Croxatto HB. Ulipristal acetate prevents ovulation more effectively than levonorgestrel : analysis of pooled data from three randomized trials of emergency contraception regimens. Contraception. 2013;88(5):611-8.

19. Shen J, Che Y, Showell E, Chen K, Cheng L. Interventions for emergency contraception. Cochrane Fertility Regulation Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2017; Disponible : https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001324.pub5

20. Chao YS, Frey N. Ulipristal versus levonorgestrel for emergency contraception : a review of comparative clinical effectiveness and guidelines [Internet]. Ottawa (ON) : Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2018. (CADTH Rapid Response Reports). Disponible : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538737/

21. Edelman AB, Hennebold JD, Bond K, Lim JY, Cherala G, Archer DF, *et al.* Double dosing levonorgestrel-based emergency contraception for individuals with obesity: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2022;140(1):48-54.

22. Li HWR, Lo SST, Ng EHY, Ho PC. Efficacy of ulipristal acetate for emergency contraception and its effect on the subsequent bleeding pattern when administered before or after ovulation. Hum Reprod. 2016;31(6):1200-7.

23. Li RHW, Lo SST, Gemzell-Danielsson K, Fong CHY, Ho PC, Ng EHY. Oral emergency contraception with levonorgestrel plus piroxicam : a randomised double-blind placebo-controlled trial. Lancet Lond Engl. 2023;402(10405):851-8.

24. Wilcox AJ, Dunson DB, Weinberg CR, Trussell J, Baird DD. Likelihood of conception with a single act of intercourse : providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. Contraception. 2001;63(4):211-5.

25. Wilcox AJ, Baird DD, Weinberg CR. Time of implantation of the conceptus and loss of pregnancy. N Engl J Med. 1999;340(23):1796-9.

26. Glasier AF, Cameron ST, Fine PM, Logan SJ, Casale W, Van Horn J, *et al.* Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception : a randomised non-inferiority trial and meta-analysis. The Lancet. 2010;375(9714):555-62.

27. American Society for Emergency Contraception (ASEC). Efficacy of emergency contraception and body weight : current understanding and recommendations [Internet]. 2022. Disponible : https://www.ec-ec.org/wp-content/uploads/2022/07/ASEC-Factsheet-EC-Efficacy-and-Weight-2022.pdf

28. Organisation mondiale de la Santé. Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives [Internet]. 3e éd. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2017. 69 p. Disponible : https://iris.who.int/handle/10665/259677

29. The Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH). FSRH Guideline : emergency contraception [Internet]. 2017. Disponible : https://www.fsrh.org/documents/ceu-clinical-guidance-emergency-contraception-march-2017/

30. Jatlaoui TC, Curtis KM. Safety and effectiveness data for emergency contraceptive pills among women with obesity: a systematic review. Contraception. 2016;94(6):605-11.

31. Festin MPR, Peregoudov A, Seuc A, Kiarie J, Temmerman M. Effect of BMI and body weight on pregnancy rates with LNG as emergency contraception : analysis of four WHO HRP studies. Contraception. 2017;95(1):50-4.

32. Grzeskowiak LE, Roberts CT, Calabretto HE. Emergency contraception—An evidence-based practice guide. J Pharm Pract Res. 2017;47(6):486-93.

33. Haeger KO, Lamme J, Cleland K. State of emergency contraception in the U.S., 2018. Contracept Reprod Med. 2018;3(20):1-12.

34. Consortium International pour la Contraception d'Urgence (ICEC). Pilules contraceptives d'urgence : directives médicales et de prestations de services [Internet]. 2018 p. 1-27. Disponible : https://www.ec-ec.org/wp-content/uploads/2020/06/Pillules-Contraceptives-dUrgence-Directives-2018-Fr-1-ICEC-FIGO-.pdf

35. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG). Emergency contraception [Internet]. 2019. Disponible : https://ranzcog.edu.au/wp-content/uploads/2022/05/Emergency-Contraception.pdf

36. Norfolk and Norwich University Hospitals—NHS Foundation Trust. Trust Guideline for the use of Emergency Contraception (EC). 2021; Disponible : https://www.nnuh.nhs.uk

37. Kardos L. Levonorgestrel emergency contraception and bodyweight : are current recommendations consistent with historic data? J Drug Assess. 2020;9(1):37-42.

38. Centre IMAGe. CHU Sainte-Justine. 2021. L'ulipristal en contraception orale d'urgence chez la femme qui allaite. Disponible : https://www.chusj.org/fr/soins-services/P/Pharmacie/Centre-IMAGe/Capsule-d-information

39. Gilbert S, Gagnon M, Lefebvre J, St-Pierre F, Bouchard S. Usage de l'acétate d'ulipristal ou du lévonorgestrel pour la contraception orale d'urgence : rapport de soutien [Internet]. Québec (Québec) : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), Direction de l'évaluation et de la pertinence des modes d'intervention en santé; 2020. Disponible : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/INESSS_Ulipristal_EC.pdf

40. Curtis K, Jatlaoui T, Tepper N, Zapata LB, Horton L, Jamieson D, *et al.* U.S. Selected practice recommendations for contraceptive use (CDC). MMWR Recomm Rep. 2016;65(4):1-66.

41. Centre IMAGe. CHU Sainte-Justine. 2022. L'ulipristal en contraception orale d'urgence chez la femme qui allaite. Disponible : https://www.chusj.org/fr/soins-services/P/Pharmacie/Centre-IMAGe/Capsule-d-information?faq=6357

42. Hamdaoui N, Cardinale C, Agostini A. Emergency contraception : CNGOF contraception guidelines. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2018;46(12):799-805.

43. The International Planned Parenthood Federation (IPPF). IMAP Statement on emergency contraception [Internet]. 2018. Disponible : https://www.ippf.org/resource/imap-statement-emergency-contraception

44. Upadhya KK. Emergency contraception. Pediatrics. 2019;144(6):e20193149.

45. Edelman AB, Jensen JT, McCrimmon S, Messerle-Forbes M, O'Donnell A, Hennebold JD. Combined oral contraceptive interference with the ability of ulipristal acetate to delay ovulation : a prospective cohort study. Contraception. 2018;98(6):463-6.

46. Cameron ST, Berger C, Michie L, Klipping C, Gemzell-Danielsson K. The effects on ovarian activity of ulipristal acetate when « quickstarting » a combined oral contraceptive pill : a prospective, randomized, double-blind parallel-arm, placebo-controlled study. Hum Reprod. 2015;30(7):1566-72.

47. Banh C, Rautenberg T, Duijkers I, Borenzstein P, Monteil C, Levy-Gompel D, *et al.* The effects on ovarian activity of delaying versus immediately restarting combined oral contraception after missing three pills and taking ulipristal acetate 30 mg. Contraception. 2020;102(3):145-51.

48. NHMRC Centre of Research Excellence in Sexual and Reproductive Health for Women in Primary Care. Women's Sexual and Reproductive Health COVID-19 Coalition. Provision of emergency contraception : a consensus statement [Internet]. 2020. Disponible : https://www.spherecre.org/images/Provision_of_emergency_contraception_a_consensus_statement.pdf

49. Reproductive Health Access Project (RHAP). Quick start algorithm for IUDs [Internet]. 2021. Disponible : https://www.reproductiveaccess.org/resource/quick-start-algorithm/

50. Lesnewski R. Initiating Hormonal Contraception. Am Fam Physician. 2021;103(5):291-300.

51. Black A, Costescu D, Guilbert É, Dunn S, Norman WV, Trouton K, *et al.* Consensus sur la contraception : mise à jour des lignes directrices en cas de pandémie et de périodes de bouleversements sociaux [Internet]. Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC); 2020. Disponible : https://www.sogc.org/common/Uploaded%20files/2020-04%20Contraception%20Consensus%20-%20Final%20Submitted_FR%20Apr30.pdf

52. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Consultation pour contraception durant l'épidémie de COVID [Internet]. 2020. Disponible : https://aphp.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/268/files/2020/04/CNGOF_consultation-contraception_20200322.pdf

53. Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF). Déclaration de l'IMAP sur le COVID-19 et la santé et les droits sexuels et reproductifs [Internet]. 2020. Disponible : https://www.ippf.org/sites/default/files/2020-04/IMAP%20Statement%20on%20COVID-19%20impact%20on%20SRHR%20-%20French.pdf

54. Benson LS, Madden T, Tarleton J, Micks EA. Society of Family Planning interim clinical recommendations: contraceptive provision when healthcare access is restricted due to pandemic response. 2020; Disponible : https://societyfp.org/wp-content/uploads/2020/05/SFP-Interim-Recommendations-Contraception-and-COVID-19_05.28.2020.pdf

55. Stifani BM, Madden T, Micks E, Moayedi G, Tarleton J, Benson LS. Society of family planning clinical recommendations : contraceptive care in the context of pandemic response. Contraception. 2022;113:1-12.

56. NHMRC Centre of Research Excellence in Sexual and Reproductive Health for Women in Primary Care. Women's sexual and reproductive health COVID-19 coalition. Provision of emergency contraception : a consensus statement [Internet]. 2020. Disponible : https://www.spherecre.org/images/Provision_of_emergency_contraception_a_consensus_statement.pdf

57. Fédération Internationale de Gynécologie et Obstétrique (FIGO). Déclaration de la FIGO : COVID-19 Contraception et planification familiale [Internet]. 2020. Disponible : https://www.figo.org/fr/covid-19-contraception-et-planification-familiale

58. Filho ESF, Machado RB. FEBRASGO Position statement : contraceptive counseling during the pandemic : practical guidelines : Number 7 — July 2021. Rev Bras Ginecol E Obstetrícia RBGO Gynecol Obstet. 2021;43(07):579-84.

59. Fruzzetti F, Cagnacci A, Primiero F, De Leo V, Bastianelli C, Bruni V, *et al.* Contraception during Coronavirus-Covid 19 pandemia. Recommendations of the Board of the Italian Society of Contraception. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2020;25(3):231-2.

60. Todd N, Sriram P. Contraception et risque de TEV dans le contexte de la COVID-19 [Internet]. Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC); 2021. Disponible : https://www.sogc.org/common/Uploaded%20files/Covid%20Information/FR_Contraception-and-VTE-risk-in-the-context-of-COVID-19.pdf

61. Tolu LB, Feyissa GT, Jeldu WG. Guidelines and best practice recommendations on reproductive health services provision amid COVID-19 pandemic : scoping review. BMC Public Health. 2021;21(1):276.

62. Sharma KA, Zangmo R, Kumari A, Roy KK, Bharti J. Family planning and abortion services in COVID 19 pandemic. Taiwan J Obstet Gynecol. 2020;59(6):808-11.

63. The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH). Ensuring provision of Sexual and Reproductive Healthcare (SRH) services during the second COVID-19 wave and beyond in the UK [Internet]. 2020. Disponible : https://www.fsrh.org/documents/fsrh-guidance-srh-services-second-wave-covid-october-2020/

5 L'IMPLANT CONTRACEPTIF

5.1 Activités de l'infirmière

Prescrire l'implant contraceptif

On entend par prescrire l'implant contraceptif, le fait de rédiger l'ordonnance pour un implant contraceptif.

Insérer et/ou retirer l'implant contraceptif

On entend par insérer et/ou retirer l'implant contraceptif, le fait de procéder aux manœuvres visant l'insertion et/ou le retrait de l'implant contraceptif. L'infirmière qui détient les connaissances et les compétences appropriées peut insérer et/ou retirer l'implant contraceptif. Dans certains cas, l'infirmière pourra diriger la personne vers une IPS ou un médecin formé pour l'insertion et/ou le retrait de l'implant contraceptif ou à un spécialiste approprié.

5.2 Clientèle visée

La clientèle visée est constituée de toutes les personnes en âge de procréer qui ont besoin d'une méthode contraceptive réversible à longue durée d'action (MCRLA).

Pour ce qui est des personnes 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 personne qui désire prévenir une grossesse non planifiée et/ou non désirée d'utiliser une MCRLA sous forme d'implant contraceptif.

Quoique l'implant contraceptif soit une méthode de contraception qui s'adresse à toute personne en âge de procréer, il peut être particulièrement intéressant pour les clientèles qui recherchent une méthode contraceptive extrêmement efficace, discrète, ne requérant pas de manipulation personnelle ni de prise régulière et ayant un rapport coût-efficacité favorable comparativement aux méthodes à courte durée d'action. Les autres clientèles pouvant être visées par l'utilisation de l'implant sont les adolescentes et jeunes adultes, les personnes ayant des problèmes d'observance contraceptive, les personnes qui ne veulent pas de manipulations gynécologiques et les personnes qui ont des contre-indications ou des intolérances à d'autres méthodes contraceptives, en particulier les méthodes contenant des estrogènes.

5.4 Contre-indications

Une version complète des contre-indications à toutes les méthodes contraceptives est fournie aux annexes II et VI. Dans le tableau 1 figurent seulement les contre-indications absolues (catégorie 4) et relatives (catégorie 3) à l'implant contraceptif telles que ces catégories sont définies par l'OMS (1). Ces contre-indications ont été établies à la suite d'une revue systématique des lignes directrices sur le sujet (2–13).

Tableau 1 Contre-indications absolues (catégorie 4) et relatives (catégorie 3) concernant l'implant contraceptif

Condition	Catégorie		Clarifications
Grossesse	NA		L'implant contraceptif n'est pas indiqué chez les personnes enceintes. Si une personne devient enceinte avec un implant, il n'est pas tératogène; il est indiqué de le retirer s'il y a un désir de poursuivre la grossesse.
Saignement vaginal anormal inexpliqué	3		Un saignement vaginal inexpliqué doit être évalué; une grossesse ou un état pathologique sous-jacent peuvent être présents et provoquer de tels saignements.
Cancer du sein actuel	4		
Cancer du sein sans évidence de maladie active depuis 5 ans	3		
Cancer du foie (hépatome)	3		
Maladie cardiaque ischémique (actuelle ou antécédent)	Initia-tion 2	Conti-nuation 3	La maladie cardiaque ischémique (actuelle ou antécédent) est une condition de catégorie 3 seulement pour la continuation de la méthode, c.-à-d. lorsque cet évènement survient durant l'utilisation de l'implant. C'est une condition de catégorie 2 pour l'initiation, donc pas une contre-indication pour le début de l'utilisation de l'implant.
Accident vasculaire cérébral (actuel ou antécédent)	Initia-tion 2	Conti-nuation 3	L'accident vasculaire cérébral (actuel ou antécédent) est une condition de catégorie 3 seulement pour la continuation de la méthode, c.-à-d. lorsque cet évènement survient durant l'utilisation de l'implant. C'est une condition de catégorie 2 pour l'initiation, donc pas une contre-indication pour le début de l'utilisation de l'implant
Hypersensibilité à l'étonogestrel ou un autre ingrédient de l'implant	4		

NA : Non applicable

5.5 Description de l'implant contraceptif

L'implant contraceptif à l'étonogestrel (ENG) (Nexplanon®) est le seul implant contraceptif sous-cutané à progestatif seul disponible au Canada. Il est autorisé par Santé Canada pour une utilisation jusqu'à 3 ans (14).

L'implant contraceptif à l'ENG se présente sous la forme d'un bâtonnet en plastique unique, flexible, non biodégradable et radio-opaque de 4 cm de long et de 2 mm de diamètre, fourni dans un dispositif d'insertion à usage unique. L'implant comprend : une enveloppe semi-perméable en copolymère d'acétate de vinyle-éthylène et un noyau contenant 68 mg d'étonogestrel et du sulfate de baryum pour la radio-opacité. Il libère jusqu'à 70 mcg d'ENG par jour durant les premières semaines après l'insertion. Cette dose diminue à 25-30 mcg par jour durant la troisième année, dose nécessaire pour bloquer l'ovulation (14, 15).

Son principal mécanisme d'action est l'inhibition de l'ovulation. Il agit également en altérant le mucus cervical, la structure et la fonction de l'endomètre et possiblement, la motilité et la fonction tubaire (14, 15).

L'implant contraceptif à l'ENG est la méthode contraceptive réversible la plus efficace avec un taux d'efficacité supérieur à 99,5 % (14, 16, 17) (voir chapitre 2, figure 1). La majorité des grossesses rapportées avec l'implant surviennent dans les 14 jours qui suivent le retrait (17, 18) ou dans les premières semaines d'utilisation, après une insertion en dehors de la période menstruelle (17).

5.6 Début de l'utilisation de l'implant contraceptif

5.6.1 Moment de l'insertion

Les consignes qui suivent ont été établies à la suite d'une revue systématique des lignes directrices sur le sujet (3, 7, 19–26).

L'insertion de l'implant contraceptif a une efficacité immédiate, s'il est inséré :

- Dans les 5 jours qui suivent la date de début de la dernière menstruation (DDM).
- Dans les 21 jours qui suivent un accouchement.
- Le jour même ou dans les 5 jours qui suivent un avortement chirurgical, un avortement spontané ou une grossesse extra-utérine.
- Le jour de la prise de mifépristone ou dans les 5 jours qui suivent la prise de mifépristone lors d'un avortement médicamenteux.
- Dans les 6 mois après l'accouchement si les critères d'aménorrhée lactationnelle sont tous appliqués[6].

Dans les autres situations, il faut recommander de vérifier la survenue de RSNP depuis la DDM (voir les consignes décrites au tableau 2).

[6] Les trois critères suivants doivent être réunis : 1) moins de 6 mois après l'accouchement, 2) allaitement complet ou presque complet (c.-à-d. alimentation du nouveau-né composée de lait maternel dans plus des trois quarts des repas et intervalles ≤ 4-6 heures entre les tétées), 3) aucune perte sanguine menstruelle.

Tableau 2 Moment de l'insertion dans les situations où l'efficacité de l'implant contraceptif n'est pas immédiate

<table>
<tr><th colspan="3">Y a-t-il eu une relation sexuelle non protégée (RSNP) depuis la DDM?</th></tr>
<tr><th>NON, pas de RSNP :</th><th colspan="2">OUI, il y a eu une ou plusieurs RSNP :</th></tr>
<tr><td rowspan="9">1. Insérer l'implant le jour même.

2. Utiliser le condom à toutes les relations sexuelles x 7 jours.

3. Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après l'insertion.</td><td colspan="2">1) Faire un test de grossesse immédiatement (voir note à la fin de cette section) et s'il est négatif, informer la personne qu'une grossesse précoce est possible, mais que les hormones de l'implant ne seraient pas nuisibles à la grossesse.
2) Vérifier quand la personne veut débuter l'implant :</td></tr>
<tr><td>La personne veut débuter l'implant immédiatement :</td><td>La personne Ne veut PAS débuter l'implant immédiatement :</td></tr>
<tr><td colspan="2">Si RSNP ≤ 5 derniers jours :</td></tr>
<tr><td>1. Offrir COU-LNG.
2. Insérer l'implant immédiatement
3. Utiliser le condom à toutes les relations sexuelles x 7 jours.
4. Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après l'insertion.</td><td>1. Offrir COU-LNG ou COU-UPA selon le délai depuis la dernière RSNP.
2. Proposer le début rapide, immédiat ou 5 jours plus tard selon le type de COU, d'une méthode à courte durée d'action (COC, timbre, anneau, PPS) jusqu'à la prochaine menstruation.
3. Utiliser le condom à toutes les relations sexuelles x 7 jours après début de MCRCA (+ 5 jours post COU pour COU-UPA).
4. Revoir pour l'insertion de l'implant dans les 5 jours suivant le début de la prochaine menstruation.
5. Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, si prochaine menstruation absente ou inhabituelle.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Si RSNP ≤ 7 derniers jours :</td></tr>
<tr><td>1. Considérer l'insertion d'un stérilet au cuivre d'urgence.
2. Insérer l'implant simultanément.
3. Si prochaine menstruation absente ou inhabituelle ou 2-4 semaines après l'insertion de l'implant, faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique.
4. Retirer le stérilet au cuivre au minimum 7 jours après son insertion.</td><td>1. Considérer l'insertion d'un stérilet au cuivre d'urgence (pour un minimum de 7 jours).
2. Faire un test de grossesse urinaire, à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après l'insertion.
3. Offrir, au besoin, un rendez-vous pour l'insertion d'un implant contraceptif et le retrait du stérilet dans les 5 jours suivant le début de la prochaine menstruation.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Si RSNP > 7 jours :</td></tr>
<tr><td>1. Insérer l'implant.
2. Utiliser le condom à toutes les relations sexuelles x 7 jours.
3. Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après l'insertion de l'implant.</td><td>1. Proposer le début rapide d'une méthode à courte durée d'action (COC, timbre, anneau, PPS) jusqu'à la prochaine menstruation.
2. Utiliser le condom à toutes les relations sexuelles x 7 jours.
3. Revoir pour l'insertion d'un implant contraceptif dans les 5 jours suivant le début de la prochaine menstruation.
4. Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, si prochaine menstruation absente ou inhabituelle.</td></tr>
</table>

Note : le test de grossesse peut rester positif jusqu'à 6 semaines après un accouchement, un avortement spontané, une grossesse extra-utérine ou un avortement médicamenteux ou chirurgical. Dans ces situations cliniques, il doit être expliqué à la personne que le test de grossesse est peu utile. Six semaines après la résolution d'une grossesse, le test de grossesse devra être négatif.

5.6.2 Facteurs affectant l'efficacité de l'implant contraceptif

A – Surpoids et obésité

Le surpoids ou l'obésité n'ont pas été démontrés comme des facteurs réduisant l'efficacité de l'implant contraceptif à l'ENG (16–18).

B – Interactions médicamenteuses

Bien que les inducteurs enzymatiques du cytochrome P450 ne soient pas contre-indiqués avec l'implant à l'ENG, il est possible que certains d'entre eux puissent en affecter l'efficacité: par exemple, les anticonvulsivants (phénobarbital, phénytoine, primidone, oxcarbazépine, felbamate, carbamazépine, eslicarbazépine, rufinamide), les antirétroviraux (étant donné la grande variabilité de ces médicaments, vérifier le risque d'interaction au site suivant : https://www.guidetherapeutiquevih.com/), certains antibiotiques et antifongiques (rifampicine, rifabutine), et autres (bosentan, modafinil, aprépitant, millepertuis, lumacaftor).

Des rapports post-marketing ont montré que quelques rares personnes prenant des inducteurs enzymatiques sont devenues enceintes lors de l'utilisation de l'implant contraceptif à l'ENG et représentaient 6 % (27) à 19 % (17) des personnes rapportant des grossesses sous implant à l'ENG. Considérant le taux d'échec de l'implant contraceptif à l'ENG à moins de 0,5 %, le risque de grossesse lors d'utilisation d'inducteurs enzymatiques demeure très faible comparativement aux méthodes à courte durée d'action. En cas d'inquiétude, lors d'utilisation à court terme d'inducteurs enzymatiques, il est possible de continuer l'utilisation de l'implant avec une méthode contraceptive d'appoint durant la prise du médicament, et ce, jusqu'à 4 semaines après l'arrêt du médicament. Lors d'utilisation à long terme d'inducteurs enzymatiques, une méthode contraceptive d'appoint peut augmenter l'efficacité contraceptive de l'implant.

La prise concomitante d'inducteurs enzymatiques lors d'utilisation d'un implant contraceptif peut contribuer à la survenue de saignements irréguliers.

La capacité de la contraception orale d'urgence à base d'acétate d'ulipristal (UPA) à retarder l'ovulation peut être réduite si un implant à l'ENG est inséré dans les 5 jours suivant la prise de l'UPA.

5.6.3 Allaitement et implant

Les données probantes rapportées par les lignes directrices de plusieurs organisations (3, 19, 21, 22, 25) montrent que les contraceptifs progestatifs y compris l'implant contraceptif n'affectent pas négativement la capacité d'une personne à initier et poursuivre l'allaitement. La quantité d'étonogestrel ingérée dans le lait maternel est faible et aucun effet indésirable n'a été rapporté chez les nourrissons.

5.6.4 Prévention de l'arrêt de la méthode contraceptive

Les personnes désirant utiliser l'implant contraceptif à l'ENG doivent être avisées, à l'avance, de la survenue possible d'effets indésirables (Bonne pratique clinique – Recommandation forte).

Le counseling préalable sur les effets indésirables est un facteur permettant de favoriser la continuation de la méthode contraceptive (28).

5.7 Ajustement des effets indésirables de l'implant contraceptif

Des effets indésirables peuvent survenir avec l'implant contraceptif à l'ENG. Les effets indésirables les plus fréquents sont liés au profil de saignement, comme pour tout contraceptif à progestatif seul, et sont la raison principale d'arrêt de la méthode. Les revues systématiques de haute qualité (16, 29) rapportent les pourcentages suivants :

- Aménorrhée chez 15-35 % des utilisatrices.
- Saignements peu fréquents chez 45-50 % des utilisatrices.
- Saignements fréquents chez 5-23 % des utilisatrices dans les premiers mois.
- Saignements prolongés chez 10-32 % des utilisatrices dans les premiers mois.

Cinquante pour cent des utilisatrices ayant un patron initial défavorable verront une amélioration de leur patron de saignement (30). Par ailleurs, les saignements irréguliers qui surviennent avec l'implant peuvent masquer les symptômes d'une pathologie sous-jacente.

Les principaux autres effets indésirables dont la fréquence est plus faible et varie selon les études (16) sont, par ordre d'importance : **les céphalées, l'acné, la prise de poids, les mastalgies et les troubles de l'humeur**. Notons que **la prise de poids** ne semble pas directement liée à l'utilisation de l'implant, mais plutôt à la prise de poids inévitable avec l'âge chez la majorité des personnes, et à des facteurs individuels, incluant les habitudes de vie.

5.7.1 Saignements irréguliers

Les saignements irréguliers peuvent être associés à l'effet hormonal de l'implant contraceptif à l'ENG, mais également à :

- La grossesse (très rare sous implant).
- Une infection transmissible sexuellement comme l'infection à *Chlamydia trachomatis* et à *Neisseria gonorrhoeae*.
- Une interaction médicamenteuse.
- L'usage du tabac (en s'inspirant des études sur les COC).
- La présence d'une anomalie dans l'utérus (p. ex. : polype, myome) ou au col (polype, cancer, etc.).
- Une maladie systémique tel un trouble thyroïdien.

Interventions

- Faire un test de grossesse → si résultat positif, diriger rapidement la personne, selon ses souhaits, vers une IPS, une sage-femme, un médecin ou un service d'interruption volontaire de grossesse qui s'assurera que la grossesse n'est pas extra-utérine et lui fournira les soins appropriés.
- Effectuer un test de triage pour éliminer l'infection à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae* → si le résultat du test est positif, soit appliquer l'ordonnance collective *Initier des mesures diagnostiques et un traitement pharmacologique chez une femme présentant des pertes vaginales inhabituelles,* soit diriger la personne vers une IPS ou un médecin.

- Vérifier les interactions médicamenteuses potentielles (communication possible avec le pharmacien de la personne) → si présence d'interactions médicamenteuses, diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- En présence d'autres symptômes (dyspareunie profonde, sensibilité abdominale basse, fièvre/frissons, pertes vaginales anormales) → diriger rapidement la personne vers une IPS ou un médecin.
- Faire un counseling antitabagique si indiqué.
- Faire un suivi systématique de la personne 3 mois après cette consultation ou avant, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable ou la présence d'effets indésirables liés à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- Recommander à la personne de consulter rapidement un professionnel de la santé (811, infirmière, IPS, médecin, urgence) si elle développe de la dyspareunie profonde nouvelle, une sensibilité abdominale basse, de la fièvre/frissons ou des pertes vaginales anormales d'ici à la visite de suivi.

A – Interventions lors de saignements irréguliers dans les 3 à 6 mois après l'insertion

- Si le résultat du test de grossesse est négatif et en l'absence d'une détection positive de *Chlamydia trachomatis* ou de *Neisseria gonorrhoeae*, d'interaction médicamenteuse, d'autres symptômes et de contre-indications :
  - Continuer d'utiliser l'implant contraceptif.
  - Rassurer la personne et lui dire que cet effet indésirable a 50 % de chance de se réduire avec le temps.
  - Lui FAIRE UNE PRESCRIPTION, en l'absence de contre-indications relatives ou absolues aux contraceptifs oraux combinés (voir contre-indications au chapitre 9), d'un contraceptif oral combiné, quel qu'il soit, pendant 21 jours. (**Niveau de preuve élevée – Recommandation forte**).

> **Les professionnels autorisés à prescrire** peuvent offrir, en l'absence de contre-indications aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), d'interactions médicamenteuses et après avoir vérifié la nécessité d'une gastro-protection, les traitements suivants :
>
> - Acide méfénamique 500 mg, per os, trois fois par jour, pendant 5 jours (**Niveau de preuve élevé – Recommandation forte**) (médicament non couvert par l'Assurance-médicaments du Québec).
> - Ou ibuprofène 800 mg, per os, trois fois par jour, pendant 5 jours (**Niveau de preuve modéré – Recommandation conditionnelle**).
> - Ou un équivalent (voir tableau 3)
> (**Bonne pratique clinique – Recommandation conditionnelle**).

  - Si la personne préfère changer de méthode, offrir un autre contraceptif en s'assurant de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre.
  - Faire un suivi systématique de la personne 3 mois après cette consultation ou avant, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet

indésirable ou la présence d'effets indésirables liés à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la personne vers une IPS ou un médecin.

- Recommander à la personne de consulter rapidement un professionnel de la santé (811, infirmière, IPS, médecin, urgence) si elle développe de la dyspareunie profonde nouvelle, une sensibilité abdominale basse, de la fièvre/frissons ou des pertes vaginales anormales d'ici à la visite de suivi.

Tableau 3 Équivalence des anti-inflammatoires non stéroïdiens

Classe	Médicament	Posologie	Dose maximale/jour
Dérivés de l'acide acétique	Diclofénac sodique	50-75 mg PO BID	150 mg
	Diclofénac potassique	100 mg PO STAT, puis 50 mg PO q6-8h	200 mg le 1er jour, puis 100 mg
Fénamates	Acide méfénamique	500 mg PO STAT, puis 250 mg q6h ou 500 mg q8h	1500 mg
Indoles	Indométhacine	25 mg PO TID	200 mg
Dérivés de l'acide propionique	Ibuprofène	400-600 mg PO q6h ou 800 mg PO q8h	3200 mg
	Kétoprofène	25-50 mg PO TID-QID	300 mg
	Naproxène	500 mg PO BID	1250 mg
	Naproxène sodique	550 mg PO BID	1650 mg
	Flurbiprofène	50 mg PO QID	300 mg
Inhibiteur sélectif de la COX-2	Célécoxib	200 mg PO BID	400 mg

Tous les AINS sont équivalents. On peut répondre à un AINS et non à un autre. Les doses recommandées ci-dessus sont pour de courtes durées (moins d'une semaine). Les posologies recensées sont pour le traitement de la douleur aiguë ou de la dysménorrhée. Sources : monographies des produits, Micromedex (31), Lexicomp (32).

B – Interventions lors de saignements irréguliers depuis plus de 6 mois après l'insertion OU lors d'un changement du patron menstruel après plus de 6 mois d'utilisation OU lors de non-réponse au traitement offert pour réduire les saignements irréguliers

- Faire un test de grossesse → si résultat positif, diriger rapidement la personne, selon ses souhaits, vers une IPS, une sage-femme, un médecin ou un service d'interruption volontaire de grossesse qui s'assurera que la grossesse n'est pas extra-utérine et lui fournira les soins appropriés.
- Effectuer un test de triage pour éliminer l'infection à *Chlamydia trachomatis* et à *Neisseria gonorrhoeae* → si le résultat du test est positif, soit appliquer l'ordonnance collective *Initier des mesures diagnostiques et un traitement pharmacologique chez une femme présentant des pertes vaginales inhabituelles,* soit diriger la personne vers l'IPS ou le médecin.
- Vérifier les interactions médicamenteuses potentielles (communication possible avec le pharmacien de la personne) → si présence d'interactions médicamenteuses, diriger la personne vers l'IPS ou le médecin.
- En présence d'autres symptômes (dyspareunie profonde, sensibilité abdominale basse, fièvre/frissons, pertes vaginales anormales) → diriger rapidement la personne vers l'IPS ou le médecin.
- Faire un counseling antitabagique si indiqué.
- Diriger la personne vers une IPS ou un médecin pour un examen physique complet, une investigation ou un traitement subséquent.

5.7.2 Aménorrhée

Dépendamment des nationalités et des cultures, l'aménorrhée peut être perçue comme un effet bénéfique de l'implant contraceptif à l'ENG. Elle peut être associée à l'effet hormonal du contraceptif, mais également à :

- La grossesse (très rare sous implant);
- Une dysfonction hormonale;
- Une maladie systémique.

Interventions

- Faire un test de grossesse → si résultat positif, diriger rapidement la personne, selon ses souhaits, vers une IPS, une sage-femme, un médecin ou un service d'interruption volontaire de grossesse qui s'assurera que la grossesse n'est pas extra-utérine et lui fournira les soins appropriés.
- En présence d'autres symptômes → diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- Si le résultat du test de grossesse est négatif et en l'absence d'autres symptômes et de contre-indications :
  - Rassurer la personne.
- Si la personne préfère changer de méthode, offrir un autre contraceptif en s'assurant de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre.

5.7.3 Céphalées

Les céphalées peuvent être associées à l'effet hormonal du contraceptif, mais également à :

- Une migraine (voir annexe VIII sur les différents types de céphalées).
- Une maladie systémique.

Interventions

- En présence de céphalée nouvelle, de migraine non diagnostiquée, d'autres symptômes (p. ex. : symptômes ophtalmologiques ou neurologiques associés) → diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- Vérifier la tension artérielle → si supérieure à 140/90 mm Hg, diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- En l'absence d'autres symptômes et si la tension artérielle est normale :
  - Rassurer la personne.
  - En l'absence de contre-indications et d'interactions médicamenteuses, lui conseiller de consulter son pharmacien afin d'utiliser l'un des médicaments suivants disponibles en VENTE LIBRE :
    - Ibuprofène 200 mg, 1 à 2 comprimés, per os, toutes les 4 à 6 heures au besoin (max. : 1200 mg/24 h).

  - Ou naproxène sodique 220 mg, per os, toutes les 8 à 12 heures (max. : 440 mg/24h) à débuter dès l'apparition, jusqu'à l'arrêt des douleurs. Ingérer l'ibuprofène ou le naproxène avec de la nourriture pour réduire ses effets gastriques.
  - En présence de contre-indications aux AINS ou d'interactions médicamenteuses, l'acétaminophène 500 mg, 1 à 2 comprimés toutes les 4 à 6 heures au besoin (max. : 4 g/24h) est une autre option.

- Si la personne préfère changer de méthode, offrir un autre contraceptif en s'assurant de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre.
- Faire un suivi systématique de la personne 3 mois après cette consultation ou avant, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable ou la présence d'effets indésirables liés à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la personne vers une IPS ou un médecin.

5.7.4 Acné

L'acné peut être associée à l'effet hormonal de l'implant contraceptif à l'ENG, mais également à :

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

Interventions

- Faire un test de grossesse → si résultat positif, diriger rapidement la personne, selon ses souhaits, vers une IPS, une sage-femme, un médecin ou un service d'interruption volontaire de grossesse qui s'assurera que la grossesse n'est pas extra-utérine et lui fournira les soins appropriés.
- 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 personne vers une IPS ou un médecin.
- En présence d'autres symptômes (p. ex. : changement de la voix, pousse de poils, etc.) → diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- Si le résultat du test de grossesse est négatif et en l'absence d'autres symptômes et de prise de nouveaux médicaments :
  - Rassurer la personne 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.
  - Diriger la personne vers une IPS ou un médecin si l'acné est très importante.
- Si la personne préfère changer de méthode, offrir un autre contraceptif en s'assurant de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre.

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

5.7.5 Prise de poids

La prise de poids peut être associée à l'effet hormonal de l'implant (peu de données probantes soutenant cette association), mais également à :

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

Interventions

- Faire un test de grossesse → si résultat positif, diriger rapidement la personne, selon ses souhaits, vers une IPS, une sage-femme, un médecin ou un service d'interruption volontaire de grossesse qui s'assurera que la grossesse n'est pas extra-utérine et lui fournira les soins appropriés.
- En présence d'autres symptômes → diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- 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 personne vers une IPS ou un médecin.
- Si le résultat du test de grossesse est négatif et en l'absence d'autres symptômes :
  - Rassurer la personne et lui dire qu'il est très peu probable que sa prise de poids soit liée à l'utilisation de l'implant.
  - Peser la personne afin de documenter le poids et de le vérifier à une prochaine visite.
  - Lui conseiller d'augmenter ses activités physiques et de réviser sa consommation d'aliments ou boissons. Une consultation auprès d'un(e) nutritionniste ou d'un(e) kinésiologue peut être suggérée.
- Si la personne préfère changer de méthode, offrir un autre contraceptif en s'assurant de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre.
- Faire un suivi systématique de la personne 3 mois après cette consultation ou avant, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable ou la présence d'effets indésirables liés à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la personne vers une IPS ou un médecin.

5.7.6 Mastalgie

La mastalgie peut être associée à l'effet hormonal de l'implant contraceptif à l'ENG, mais également à :

- Une grossesse.

- Une affection des seins.

Interventions

- Faire un test de grossesse → si résultat positif, diriger rapidement la personne, selon ses souhaits, vers une IPS, une sage-femme, un médecin ou un service d'interruption volontaire de grossesse qui s'assurera que la grossesse n'est pas extra-utérine et lui fournira les soins appropriés.
- En présence d'autres signes ou symptômes ou d'un autoexamen des seins incertain → diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- Si le résultat du test de grossesse est négatif et en l'absence d'autres symptômes :
  - Rassurer la personne.
  - Lui conseiller d'utiliser un soutien-gorge bien ajusté.
  - En l'absence de contre-indications et d'interactions médicamenteuses, lui conseiller de consulter son pharmacien afin d'utiliser l'un des médicaments suivants disponibles en VENTE LIBRE :
    - Ibuprofène 400 mg, per os, aux 4 à 6 heures (max. : 1200 mg/24 h), jusqu'à l'arrêt des douleurs.
    - Ou naproxène sodique 220 mg, per os, toutes les 8 à 12 heures (max. : 440 mg/24 h), jusqu'à l'arrêt des douleurs.
    - Ou acétaminophène 500 mg à 1000 mg, per os, trois à quatre fois par jour.
- Si la personne préfère changer de méthode, offrir un autre contraceptif en s'assurant de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre.
- Faire un suivi systématique de la personne 3 mois après cette consultation ou avant, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable ou la présence d'effets indésirables liés à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la personne vers une IPS ou un médecin.

5.7.7 Effets sur l'humeur

Les effets sur l'humeur peuvent être associés à l'effet hormonal de l'implant contraceptif à l'ENG, mais également à :

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

Interventions

- Évaluer la présence d'éléments déclencheurs.
- Faire remplir le Questionnaire sur la santé du patient PHQ-9 (annexe IX); si le score est égal ou supérieur à 10 ou s'il y a présence d'idées suicidaires → diriger la personne vers une IPS, un médecin, l'urgence ou contacter le 811 pour une prise en charge immédiate, selon la sévérité des symptômes.
- Si présence de troubles invalidants du sommeil → diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- Si le score au questionnaire est inférieur à 10, que la personne ne présente pas d'idées suicidaires et qu'il y a absence de troubles invalidants du sommeil :

  - Rassurer la personne 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.
  - Les techniques de relaxation et de méditation pleine conscience peuvent aussi être suggérées.
  - La revoir deux semaines plus tard pour une réévaluation en utilisant le Questionnaire sur la santé du patient PHQ-9 : si les symptômes sont toujours présents et en l'absence de contre-indications, considérer l'utilisation d'un autre contraceptif en s'assurant de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre ou diriger vers une IPS ou un médecin.

- Si la personne préfère changer de méthode, offrir un autre contraceptif en s'assurant de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre.
- Si la personne n'a pas été évaluée par une IPS ou un médecin, faire un suivi systématique de la personne un mois après la 2e consultation pour ce problème afin de vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable ou présence d'effets indésirables liés à la nouvelle stratégie adoptée et dans tous les cas où l'infirmière a besoin de soutien professionnel, diriger la personne vers une IPS ou un médecin.

5.8 Gestion des complications sérieuses de l'implant

Les complications sérieuses de l'implant contraceptif à l'ENG sont rares, mais les plus fréquentes sont liées à l'insertion de l'implant contraceptif (1 pour 100 insertions (33, 34)) et à son retrait (de 1 à 5 pour 100 retraits (34, 35)). Les principales complications sérieuses sont les suivantes :

- La non-insertion de l'implant (implant qui s'échappe de l'applicateur (27, 36)) ce qui conduit à une grossesse non planifiée en raison de l'absence de contraception.
- L'allergie à une composante de l'implant (la plus probable étant le baryum (37)).
- L'infection locale (semblant favorisée par une dermatite atopique préalable (38) et pouvant avoir un effet systémique (39)).
- Le retrait difficile (principalement en raison d'un implant non ou partiellement palpable (40-43)).
- La migration dans une artère pulmonaire (la plus probablement liée à une insertion profonde dans la veine basilique (44–46)).
- La migration vasculaire autre que pulmonaire (raison identique à la précédente, mais migration limitée au membre supérieur, à l'aisselle, au cou ou à la paroi thoracique (46, 47)).
- La migration dans les tissus mous (46, 48–50).
- Les traumatismes vasculaires (en raison d'insertion profonde dans l'artère brachiale (51, 52)).
- Les traumatismes neurologiques (principalement liés aux retraits difficiles et à l'atteinte des nerfs du bras (53, 54)).

Les implants non palpables peuvent être insérés profondément dans les tissus mous, mais ils peuvent également migrer, plus loin, dans les tissus mous ou dans un vaisseau sanguin en empruntant le trajet suivant : veine basilique, veine brachiale, veine sous-clavière, cavités du cœur droit, artère principale et sous-segmentaire pulmonaire, avec prédilection au poumon gauche.

Les personnes qui envisagent d'utiliser l'implant contraceptif à l'ENG devraient être informées que l'insertion profonde et la migration à distance sont des complications rares de la procédure d'insertion de l'implant (Niveau de preuve faible – Recommandation forte).

Les personnes qui envisagent d'utiliser l'implant contraceptif à l'ENG devraient être informées qu'une atteinte des nerfs du bras est une complication rare de la procédure de retrait de l'implant (Niveau de preuve faible – Recommandation forte).

Quelques données probantes de qualité modérée associent les retraits difficiles d'implant à l'ENG à leur insertion sous-fasciale et à un indice de masse corporelle inférieur à 25 kg/m^2 (40,42). **Il est recommandé d'aviser les personnes dont l'IMC est inférieur à 25 kg/m^2 du risque plus élevé d'insertion profonde de l'implant à l'ENG et de complications sérieuses potentielles (retrait difficile, migration, neuropathie) (Niveau de preuve modérée – Recommandation forte).**

Aucune tentative ne devrait être réalisée afin de retirer un implant contraceptif à l'ENG partiellement ou non palpable. Le retrait d'un implant contraceptif à l'ENG profondément implanté dans le bras ne devrait être effectué que par un spécialiste formé aux techniques complexes de retrait d'implants (Niveau de preuve faible – Recommandation forte).

Par ailleurs, les signes et les symptômes suivants doivent être considérés sérieux et nécessitent une **consultation URGENTE** à un professionnel expérimenté :

- Grossesse : ***nausée, vomissement, aménorrhée, saignement irrégulier, mastodynie, pollakiurie, test de grossesse positif*** → diriger rapidement la personne, selon ses souhaits, vers une IPS, une sage-femme, un médecin ou un service d'interruption volontaire de grossesse qui s'assurera que la grossesse n'est pas extra-utérine et lui fournira les soins appropriés.
- Allergie : ***érythème, prurit, œdème au site d'insertion*** → diriger vers une IPS ou un médecin.
- Infection : ***érythème, prurit, œdème, douleur, écoulement purulent au site d'insertion avec ou sans fièvre, céphalées nouvelles*** → diriger rapidement vers une IPS ou un médecin ou à **L'URGENCE selon la gravité des symptômes.**
- Implant ***non ou difficilement palpable*** → diriger vers un centre spécialisé de retrait de l'implant.
- Tentative infructueuse de retrait → diriger vers un centre spécialisé de retrait de l'implant.
- Migration dans les tissus mous : ***implant palpé à plus de 2 cm du site d'insertion*** → diriger vers un centre spécialisé de retrait de l'implant.
- Migration dans une artère pulmonaire ou autre vaisseau : le plus souvent asymptomatique, mais aussi possibilité de ***dyspnée, douleur thoracique, toux, hémoptysie*** → diriger rapidement vers un centre spécialisé de retrait de l'implant ou à **l'URGENCE selon la gravité des symptômes.**
- Traumatisme vasculaire : ***douleur, hématome, accompagnés d'œdème au bras (côté implant)*** → diriger vers **l'URGENCE.**

- Traumatismes neurologiques : ***douleur, faiblesse musculaire, paresthésie ou atrophie musculaire du bras, de la main ou des doigts (côté implant)*** → diriger rapidement vers un centre spécialisé de retrait de l'implant **ou l'URGENCE selon la gravité des symptômes**.
- Maladie ischémique actuelle : **douleur thoracique importante, dyspnée et sensation de faiblesse** → diriger rapidement vers **l'URGENCE.**
- Accident vasculaire cérébral actuel : ***céphalée importante, pouvant être accompagnée d'étourdissements, de sensation de faiblesse, d'engourdissement latéralisé ou non, perte de fonction motrice ou sensitive, problème de vision (perte de vision complète ou partielle, vision embrouillée latéralisée ou non), trouble du langage*** → diriger rapidement vers **l'URGENCE.**

Les centres spécialisés de retrait de l'implant sont actuellement disponibles dans les grands centres universitaires. En l'absence de tels centres à proximité, la personne peut être dirigée vers un spécialiste en planification familiale ayant l'expérience des retraits difficiles ou vers un chirurgien des membres supérieurs et/ou des nerfs périphériques ou vers un chirurgien plasticien.

5.9 Suivi

5.9.1 Suivi régulier

Les personnes qui utilisent l'implant contraceptif à l'ENG doivent être informées de s'assurer régulièrement (p. ex. : une fois par mois) que leur implant est palpable, à défaut de quoi, elles doivent aviser leur professionnel de la santé immédiatement (Bonne pratique clinique – Recommandation forte).

Les personnes qui débutent l'utilisation d'un implant contraceptif à l'ENG devraient avoir un suivi dans les 3 à 6 mois après l'insertion afin de vérifier la satisfaction et la survenue d'effets indésirables (Bonne pratique clinique – Recommandation conditionnelle).

Un tel suivi, en présentiel ou en virtuel, vise à améliorer la continuation de la méthode et offrir un traitement dans le cas de saignements irréguliers, en particulier. Il vise également à vérifier que l'implant est bien positionné.

Si, lors d'une visite de suivi, l'utilisatrice de l'implant contraceptif à l'ENG désire faire retirer son implant, l'infirmière doit lui proposer de débuter une autre méthode contraceptive et s'assurer de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre (Bonne pratique clinique – Recommandation forte).

La transition sécuritaire d'une méthode à une autre est fournie à l'annexe III.

5.9.2 Durée d'utilisation

La durée d'utilisation a fait l'objet de nombreuses données probantes (55–58) et de plusieurs lignes directrices internationales (7, 23–26, 59). Il en ressort que :

Le counseling sur l'utilisation prolongée des MCRLAs devrait être axé sur les priorités et les préférences des personnes, incluant des informations sur le très faible risque de perte d'efficacité et les effets indésirables, ainsi que sur le maintien d'une couverture contraceptive continue et sur

l'évitement de procédures d'insertion trop rapprochées ou l'utilisation de méthodes contraceptives moins efficaces (Bonne pratique clinique – Recommandation forte).

L'implant contraceptif à l'ENG peut être laissé en place pour une période prolongée jusqu'à 5 ans après son insertion, en avisant les personnes que les données probantes d'efficacité à 5 ans sont incomplètes pour celles qui ont un IMC > 30 kg/m^2 et pour les utilisatrices de médicaments inducteurs d'enzymes hépatiques (Niveau de preuve modéré – Recommandation forte).

5.9.3 Suivi lors de bouleversement sociosanitaire

Il est conseillé de laisser l'implant contraceptif à l'ENG en place jusqu'à 5 ans et d'utiliser une méthode de contraception additionnelle au-delà de cette durée d'utilisation (60–70). Si un remplacement est prévu au-delà de la période de prolongation acceptée : suivre les consignes présentées à la section 5.6.1 pour une insertion en dehors d'une période procurant une efficacité immédiate.

Les visites en présentiel (65–67, 71–73), avec la protection recommandée par les autorités gouvernementales, sont conseillées pour :

- L'insertion nouvelle d'un implant contraceptif (prioritaire selon la SOGC 2020), en particulier pour les populations vulnérables (68, 72).
- L'insertion immédiatement post-partum (62, 63, 65–67, 69, 71–76).
- L'insertion immédiatement post avortement spontané ou avortement chirurgical (61, 65, 66, 68, 69, 71-73).
- L'insertion immédiatement après la prise de mifépristone lors d'avortement médicamenteux (68, 69, 71).
- Le retrait de l'implant pour désir de grossesse (en précisant, selon les connaissances en vigueur, les effets du bouleversement sociosanitaire sur la grossesse, en conseillant de commencer immédiatement les suppléments d'acide folique et en vérifiant l'immunisation [rubéole, varicelle]) (66).
- La présence de symptômes et signes de complications de l'implant.
- Le remplacement d'un implant contraceptif.

Les visites virtuelles sont conseillées pour l'obtention d'informations, le counseling contraceptif, la vérification des contre-indications, la prescription (ou le renouvellement) de l'implant contraceptif, la gestion des effets indésirables, la prolongation et pour vérifier le besoin/donner les consignes d'une visite subséquente en présentiel (60–70, 72, 74–80).

Les contre-indications et les consignes de début d'utilisation de l'implant contraceptif en période de bouleversement sociosanitaire restent les mêmes que celles consignées dans ce chapitre (65, 66, 70).

5.10 Activités spécifiques de l'infirmière

En plus des activités professionnelles présentées au chapitre 3, l'infirmière peut procéder aux activités suivantes :

- Détenir les connaissances et les compétences sur l'insertion et le retrait de l'implant contraceptif à l'ENG avant d'effectuer l'insertion ou le retrait de l'implant et maintenir ses compétences.
- Insérer l'implant contraceptif à l'ENG en se référant aux procédures et techniques des Méthodes de soins informatisées (MSI) du Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (CESS) après s'être assurée de l'absence de contre-indications au chlorhydrate de lidocaïne (hypersensibilité à la lidocaïne ou autres anesthésiques locaux ou aux sulfites ou aux parabènes) et à l'implant contraceptif.
- Assurer le suivi de la personne et lui fournir les informations pertinentes.
- Offrir un counseling contraceptif dans les situations de changement de méthode contraceptive.
- Retirer l'implant en se référant aux directives du MSI du CESS.
- Diriger les personnes vers les professionnels appropriés en cas de situations cliniques suggérant une complication sérieuse.

5.11 Résumé des recommandations

- Les personnes désirant utiliser l'implant contraceptif à l'ENG doivent être avisées, à l'avance, de la survenue possible d'effets indésirables (Bonne pratique clinique – Recommandation forte).
- Lors de saignements irréguliers dans les 3 à 6 mois après l'insertion de l'implant contraceptif à l'ENG :
  - L'infirmière peut prescrire à la personne en l'absence de contre-indications relatives ou absolues aux contraceptifs oraux (voir contre-indications au chapitre 9), un contraceptif oral combiné, quel qu'il soit, pendant 21 jours (Niveau de preuve élevée – Recommandation forte).
  - Les professionnels autorisés à prescrire peuvent offrir, en l'absence de contre-indications aux AINS, d'interactions médicamenteuses et après avoir vérifié la nécessité d'une gastro-protection, les traitements suivants :
    - Acide méfénamique 500 mg, per os, trois fois par jour, pendant 5 jours (Niveau de preuve élevé – Recommandation forte) (médicament non couvert par l'Assurance-médicaments du Québec).
    - Ou ibuprofène 800 mg, per os, trois fois par jour, pendant 5 jours (Niveau de preuve modéré – Recommandation conditionnelle).
    - Ou un équivalent (voir tableau 3) (Bonne pratique clinique – Recommandation conditionnelle).
- Les personnes qui envisagent d'utiliser l'implant contraceptif à l'ENG devraient être informées que l'insertion profonde et la migration à distance sont des complications rares de la procédure d'insertion de l'implant (Niveau de preuve faible – Recommandation forte).
- Les personnes qui envisagent d'utiliser l'implant contraceptif à l'ENG devraient être informées qu'une atteinte des nerfs du bras est une complication rare de la procédure de retrait de l'implant (Niveau de preuve faible – Recommandation forte).

- Il est recommandé d'aviser les personnes dont l'IMC est inférieur à 25 kg/m^2 du risque plus élevé d'insertion profonde de l'implant contraceptif à l'ENG et de complications sérieuses potentielles (retrait difficile, migration, neuropathie) (Niveau de preuve modérée – Recommandation forte).
- Aucune tentative ne devrait être réalisée afin de retirer un implant ENG partiellement ou non palpable. Le retrait d'un implant contraceptif à l'ENG profondément implanté dans le bras ne devrait être effectué que par un spécialiste formé aux techniques complexes de retrait d'implants (Niveau de preuve faible – Recommandation forte).
- Les personnes qui utilisent l'implant contraceptif à l'ENG doivent être informées de s'assurer régulièrement (p. ex. : une fois par mois) que leur implant est palpable, à défaut de quoi, elles doivent aviser leur professionnel de la santé immédiatement (Bonne pratique clinique – Recommandation forte).
- Les personnes qui débutent l'utilisation d'un implant contraceptif à l'ENG devraient avoir un suivi dans les 3 à 6 mois après l'insertion afin de vérifier la satisfaction et la survenue d'effets indésirables (Bonne pratique clinique – Recommandation conditionnelle).
- Si, lors d'une visite de suivi, l'utilisatrice de l'implant contraceptif à l'ENG désire faire retirer son implant, l'infirmière doit lui proposer de débuter une autre méthode contraceptive et s'assurer de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre (Bonne pratique clinique – Recommandation forte).
- Le counseling sur l'utilisation prolongée des MCRLAs devrait être axé sur les priorités et les préférences des personnes, incluant des informations sur le très faible risque de perte d'efficacité et les effets indésirables, ainsi que sur le maintien d'une couverture contraceptive continue et sur l'évitement de procédures d'insertion trop rapprochées ou l'utilisation de méthodes contraceptives moins efficaces (Bonne pratique clinique – Recommandation forte).
- L'implant ENG peut être laissé en place pour une période prolongée jusqu'à 5 ans après son insertion, en avisant les personnes que les données probantes d'efficacité à 5 ans sont incomplètes pour celles qui ont un IMC > 30 kg/m^2 et pour les utilisatrices de médicaments inducteurs d'enzymes hépatiques (Niveau de preuve modéré – Recommandation forte).

5.12 Références

1. World Health Organisation (WHO). Medical eligibility criteria for contraceptive use [Internet]. 5th ed. Geneva : World Health Organization; 2015. Disponible : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK321151/pdf/Bookshelf_NBK321151.pdf
2. Curtis K, Tepper N, Jatlaoui T, Berry-Bibee E, Horton L, Zapata LB, *et al.* U.S. Medical eligibility criteria for contraceptive use (CDC). Morb Mortal Wkly Rep. 2016;65(3):1-103.
3. Black A, Guilbert E, Costescu D, Dunn S, Fisher W, Kives S, *et al.* Consensus canadien sur la contraception (3e partie de 4) : Chapitre 8 – contraception à progestatif seul. J Obstet Gynaecol Can. 2016;38(3):301-26.
4. Centers for Disease Control (CDC). U.S. Medical eligibility criteria for contraceptive use 2023. Communication personnelle d'Édith Guilbert MD, MSc, 2023-01-30.
5. The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH). UK Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use - UKMEC 2016 [Internet]. 2016. Disponible : https://www.fsrh.org/documents/ukmec-2016/
6. The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH). FSRH CEU guidance : drug interactions with hormonal contraception [Internet]. 2019. Disponible : https://www.fsrh.org/documents/ceu-clinical-guidance-drug-interactions-with-hormonal/
7. The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH). FSRH Guideline : progestogen-only implant. [Internet]. 2021. Disponible : https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/fsrh-guidelines-and-statements/method-specific/progestogen-only-implants/

8. Haute Autorité de Santé (HAS). Méthodes contraceptives - Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles [Internet]. 2017. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1369314/fr/methodes-contraceptives-focus-sur-les-methodes-les-plus-efficaces-disponibles

9. Bernier M, Jonville-Bera AP. Interactions avec les contraceptifs. RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. 2018;46(12):786-91.

10. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG). Long acting reversible contraception [Internet]. 2017. Disponible : https://ranzcog.edu.au/wp-content/uploads/2022/05/Long-Acting-Reversible-Contraception.pdf

11. Best Practice Advocacy Centre New Zealand (BPACNZ). Contraception : which option for which patient? [Internet]. 2019. Disponible : https://bpac.org.nz/2021/contraception/options.aspx

12. Tepper NK, Curtis KM, Cox S, Whiteman MK. Update to U.S. medical eligibility criteria for contraceptive use, 2016: updated recommendations for the use of contraception among women at high risk for HIV Infection. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020;69(14):405-10.

13. World Health Organization (WHO). Contraceptive eligibility for women at high risk of HIV. Guidance statement : recommendations on contraceptive methods used by women at high risk of HIV [Internet]. 2019. Disponible : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546035/pdf/Bookshelf_NBK546035.pdf

14. Organon Canada Inc. Monographie de produit : Nexplanon (implant sous-cutané à libération prolongée d'étonogestrel). [Internet]. 2022. Disponible : https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00068012.PDF

15. Goldstuck ND, Le HP. Delivery of progestins via the subdermal versus the intrauterine route : comparison of the pharmacology and clinical outcomes. Expert Opin Drug Deliv. 2018;15(7):717-27.

16. Moray KV, Chaurasia H, Sachin O, Joshi B. A systematic review on clinical effectiveness, side-effect profile and meta-analysis on continuation rate of etonogestrel contraceptive implant. Reprod Health. 2021;18(1):4.

17. Reed S, Minh TD, Lange JA, Koro C, Heinemann K. Pregnancy and pregnancy outcomes in a prospective cohort study: final results from the Nexplanon Observational Risk Assessment Study (NORA). Contraception. 2023;120(109920):1-4.

18. Darney P, Patel A, Rosen K, Shapiro LS, Kaunitz AM. Safety and efficacy of a single-rod etonogestrel implant (Implanon) : results from 11 international clinical trials. Fertil Steril. 2009;91(5):1646-53.

19. Cason P, Goodman S. Protocol for provision of the contraceptive implant [Internet]. San Francisco : UCSF bixby center beyond the pill; 2018. Disponible : https://beyondthepill.ucsf.edu/sites/beyondthepill.ucsf.edu/files/BTP_Implant%20Protocol_August%202018_pdf.pdf

20. Chabbert-Buffet N, Marret H, Agostini A, Cardinale C, Hamdaoui N, Hassoun D, *et al.* Contraception : recommandations pour la Pratique clinique du CNGOF (texte court). Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. 2018;46(12):760-76.

21. Lesnewski R. Initiating Hormonal Contraception. Am Fam Physician. 2021;103(5):291-300.

22. Machado RB, Monteiro IMU, Magalhaes J, Guazzelli CAF, Brito MB, Finotti MF, *et al.* Long-Acting Reversible Contraception. Contracepcao Reversivel Longa Acao. 2017;39(6):294-308.

23. Robin G, Plouvier P, Delesalle AS, Rolland AL. Contraception hormonale en pratique hors dispositifs intra-utérins. RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. 2018;46(12):845-57.

24. Schunmann C, Gatenby C. Guidelines for the use of nexplanon subdermal contraceptive implant [Internet]. NHS Norfolk and Norwich University Hospitals; 2020. Disponible : https://www.nnuh.nhs.uk

25. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Long-acting reversible contraception : implants and intrauterine devices. Pract Bull [Internet]. 2017;(186). Disponible : https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2017/11/long-acting-reversible-contraception-implants-and-intrauterine-devices

26. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Adolescents and long-acting reversible contraception : implants and intrauterine devices. Comm Opin [Internet]. 2018;(735). Disponible : https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/05/adolescents-and-long-acting-reversible-contraception-implants-and-intrauterine-devices

27. Harrison-Woolrych M, Hill R. Unintended pregnancies with the etonogestrel implant (Implanon) : a case series from postmarketing experience in Australia. Contraception. 2005;71(4):306-8.

28. Zapata LB, Tregear SJ, Curtis KM, Tiller M, Pazol K, Mautone-Smith N, *et al.* Impact of contraceptive counseling in clinical settings : a systematic review. Am J Prev Med. 2015;49(2 Suppl 1):S31-45.

29. Power J, French R, Cowan F. Subdermal implantable contraceptives versus other forms of reversible contraceptives or other implants as effective methods of preventing pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2007;(3):CD001326.

30. Mansour D, Fraser IS, Edelman A, Vieira CS, Kaunitz AM, Korver T, *et al.* Can initial vaginal bleeding patterns in etonogestrel implant users predict subsequent bleeding in the first 2 years of use? Contraception. 2019;100(4):264-8.

31. Merative. Micromedex® (electronic version) [Internet]. Ann Arbor, Michigan, USA; Disponible : https://www.micromedexsolutions.com/

32. Wolters Kluwer. Lexicomp : Evidence-Based Drug Referential Content [Internet]. Disponible : https://www.wolterskluwer.com/en/solutions/lexicomp

33. Creinin MD, Kaunitz AM, Darney PD, Schwartz L, Hampton T, Gordon K, *et al.* The US etonogestrel implant mandatory clinical training and active monitoring programs : 6-year experience. Contraception. 2017;95(2):205-10.

34. Reed S, Do Minh T, Lange JA, Koro C, Fox M, Heinemann K. Real world data on Nexplanon R procedure-related events : final results from the Nexplanon Observational Risk Assessment study (NORA). Contraception. 2019;100(1):31-6.

35. Iwanaga J, Fox MC, Rekers H, Schwartz L, Tubbs RS. Neurovascular anatomy of the adult female medial arm in relationship to potential sites for insertion of the etonogestrel contraceptive implant. Contraception. 2019;100(1):26-30.

36. Bensouda-Grimaldi L, Jonville-Bera AP, Beau-Salinas F, Llabres S, Autret-Leca E. Insertion problems, removal problems, and contraception failures with Implanon. Gynecol Obstet Fertil. 2005;33(12):986-90.

37. Pedroso C, Martins I, Palma F, Machado AI. Implant site Nexplanon reaction? BMJ Case Rep. 2015;doi 10.1136/bcr-2014-206256.

38. Partridge R, Bush J. Infections post-Nexplanon® insertion. J Fam Plann Reprod Health Care. 2013;39(4):309.4-310.

39. Nunes Dias L, Marques L, Rebelo M, Marques C, Cabral J. Cerebral aneurysm rupture as the first presentation of infectious endocarditis after placement of contraceptive subcutaneous implant : an unforeseen complication of a regular procedure. Interdiscip Neurosurg Adv Tech Case Manag. 2020;22:100854.

40. Matulich MC, Chen MJ, Schimmoeller NR, Hsia JK, Uhm S, Wilson MD, *et al.* Referral center experience with nonpalpable contraceptive implant removals. Obstet Gynecol. 2019;134(4):801-6.

41. Petro G, Spence T, Patel M, Gertz AM, Morroni C. Difficult etonogestrel implant removals in South Africa : a review of 74 referred cases. Contraception. 2020;102(2):129-32.

42. Jacques T, Brienne C, Henry S, Baffet H, Giraudet G, Demondion X, *et al.* Minimally invasive removal of deep contraceptive implants under continuous ultrasound guidance is effective, quick, and safe. Eur Radiol. 2022;32(3):1718-25.

43. Odom EB, Eisenberg DL, Fox IK. Difficult removal of subdermal contraceptive implants : a multidisciplinary approach involving a peripheral nerve expert. Contraception. 2017;96(2):89-95.

44. Clermidy H, Fabre D, Hugues JN, Alonso CG, Mitilian D, Mercier O, *et al.* Management of Etonogestrel implant migration into the pulmonary artery. Contraception. 2022;113:62-7.

45. Simon C, Maurier A, Gaboriau L, Vrignaud L, Dayani P, Vaillant T, *et al.* Incidence and characteristics of intravascular pulmonary migration of etonogestrel implants : a French nationwide study. Contraception. 2020;102(3):186-9.

46. Kang S, Niak A, Gada N, Brinker A, Jones SC. Etonogestrel implant migration to the vasculature, chest wall, and distant body sites : cases from a pharmacovigilance database. Contraception. 2017;96(6):439-45.

47. Portela Dias J, Moreira C, Braga A, Braga JS. Intravascular migration of a contraceptive subcutaneous implant. BMJ Case Rep. 2019;12(12):e232702.

48. Ismail H, Mansour D, Singh M. Migration of Implanon. J Fam Plann Reprod Health Care. 2006;32(3):157-9.

49. Uwagbai ON, Wittich AC. Migration of a subcutaneous contraceptive device. J Osteopath Med. 2016;116(9):627-627.

50. Pellegrino A, Damiani GR, Loverro M, Dell'Anna T, Pirovano C, Fachechi G. Distal migration of contraceptive device in a sub-segmental branch of the pulmonary artery. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2017;215:260-1.

51. Mourtialon P, Tixier H, Loffroy R, Maillart JC, Calmelet P, Dellinger P, *et al.* Vascular complication after insertion of a subcutaneous contraceptive implant. Acta Obstet Gynecol Scand. 2008;87(11):1256-8.

52. Monteiro RB, Metzger PB, de Moura AB, Filho AHS, Campos MN, de Brito AS, *et al.* Traumatic pseudoaneurysm in brachial artery after removal of a subdermal contraceptive implant. J Vasc Bras. 2020;19:1-4.

53. Laumonerie P, Blasco L, Tibbo ME, Leclair O, Kerezoudis P, Chantalat E, *et al.* Peripheral nerve injury associated with a subdermal contraceptive implant : illustrative cases and systematic review of literature. World Neurosurg. 2018;111:317-25.

54. Rivera F, Bianciotto A. Contraceptive subcutaneous device migration : what does an orthopaedic surgeon need to know? A case report and literature review. Acta Bio-Medica Atenei Parm. 2020;91(4-S):232-7.

55. Ali M, Akin A, Bahamondes L, Brache V, Habib N, Landoulsi S, *et al.* Extended use up to 5 years of the etonogestrel-releasing subdermal contraceptive implant : comparison to levonorgestrel-releasing subdermal implant. Hum Reprod. 2016;31(11):2491-8.

56. McNicholas C, Swor E, Wan L, Peipert JF. Prolonged use of the etonogestrel implant and levonorgestrel intrauterine device : 2 years beyond Food and Drug Administration-approved duration. Am J Obstet Gynecol. 2017;216(6):586.e1-586.e6.

57. Zheng SR, Zheng HM, Qian SZ, Sang GW, Kaper RF. A randomized multicenter study comparing the efficacy and bleeding pattern of a single-rod (Implanon) and a six-capsule (Norplant) hormonal contraceptive implant. Contraception. 1999;60(1):1-8.

58. Kiriwat O, Patanayindee A, Koetsawang S, Korver T, Bennink HJ. A 4-year pilot study on the efficacy and safety of Implanon, a single-rod hormonal contraceptive implant, in healthy women in Thailand. Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept. 1998;3(2):85-91.

59. Dethier D, Qasba N, Kaneshiro B. Society of family planning clinical recommendation : extended use of long-acting reversible contraception. Contraception. 2022;113:13-8.

60. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Consultation pour contraception durant l'épidémie de COVID [Internet]. 2020. Disponible : https://aphp.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/268/files/2020/04/CNGOF_consultation-contraception_20200322.pdf

61. Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF). Déclaration de l'IMAP sur le COVID-19 et la santé et les droits sexuels et reproductifs [Internet]. 2020. Disponible : https://www.ippf.org/sites/default/files/2020-04/IMAP%20Statement%20on%20COVID-19%20impact%20on%20SRHR%20-%20French.pdf

62. Cohen MA, Powell AM, Coleman JS, Keller JM, Livingston A, Anderson JR. Special ambulatory gynecologic considerations in the era of coronavirus disease 2019 (COVID-19) and implications for future practice. Am J Obstet Gynecol. 2020;223(3):372-8.

63. Tolu LB, Feyissa GT, Jeldu WG. Guidelines and best practice recommendations on reproductive health services provision amid COVID-19 pandemic : scoping review. BMC Public Health. 2021;21(1):276.

64. Reproductive Health Access Project (RHAP). Contraception in the time of COVID-19 [Internet]. 2020. Disponible : https://www.reproductiveaccess.org/

65. Stifani BM, Madden T, Micks E, Moayedi G, Tarleton J, Benson LS. Society of family planning clinical recommendations : contraceptive care in the context of pandemic response. Contraception. 2022;113:1-12.

66. Benson LS, Madden T, Tarleton J, Micks EA. Society of Family Planning interim clinical recommendations : contraceptive provision when healthcare access is restricted due to pandemic response. 2020; Disponible : https://societyfp.org/wp-content/uploads/2020/05/SFP-Interim-Recommendations-Contraception-and-COVID-19_05.28.2020.pdf

67. Filho ESF, Machado RB. FEBRASGO position statement : contraceptive counseling during the pandemic : practical guidelines : Number 7 – July 2021. Rev Bras Ginecol E Obstetrícia RBGO Gynecol Obstet. 2021;43(07):579-84.

68. Black A, Costescu D, Guilbert É, Dunn S, Norman WV, Trouton K, *et al.* Consensus sur la contraception : mise à jour des lignes directrices en cas de pandémie et de périodes de bouleversements sociaux [Internet]. Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC); 2020. Disponible : https://www.sogc.org/common/Uploaded%20files/2020-04%20Contraception%20Consensus%20-%20Final%20Submitted_FR%20Apr30.pdf

69. Sharma KA, Zangmo R, Kumari A, Roy KK, Bharti J. Family planning and abortion services in COVID 19 pandemic. Taiwan J Obstet Gynecol. 2020;59(6):808-11.

70. Fruzzetti F, Cagnacci A, Primiero F, De Leo V, Bastianelli C, Bruni V, *et al.* Contraception during Coronavirus-Covid 19 pandemia. Recommendations of the Board of the Italian Society of Contraception. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2020;25(3):231-2.

71. NHMRC Centre of Research Excellence in Sexual and Reproductive Health for Women in Primary Care. women's sexual and reproductive health COVID-19 coalition. Coalition consensus statement on the provision of long-acting reversible contraception during the COVID-19 pandemic. [Internet]. 2021. Disponible : https://www.spherecre.org/images/Coalition_consensus_statement_on_the_provision_of_long-acting_reversible_contraception_during_the_COVID-19_pandemic_UPDATED_03-12-2021.pdf

72. The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH). Ensuring provision of Sexual and Reproductive Healthcare (SRH) services during the second COVID-19 wave and beyond in the UK [Internet]. 2020. Disponible : https://www.fsrh.org/documents/fsrh-guidance-srh-services-second-wave-covid-october-2020/

73. NHMRC Centre of Research Excellence in Sexual and Reproductive Health for Women in Primary Care. Women's sexual and reproductive health COVID-19 coalition. Coalition consensus statement on the provision of long-acting reversible contraception during the COVID-19 pandemic [Internet]. 2020. Disponible : https://www.spherecre.org/images/Coalition_consensus_statement_on_the_provision_of_long-acting_reversible_contraception_during_the_COVID-19_pandemic.pdf

74. Fédération Internationale de Gynécologie et Obstétrique (FIGO). Déclaration de la FIGO : COVID-19 Contraception et planification familiale [Internet]. 2020. Disponible : https://www.figo.org/fr/covid-19-contraception-et-planification-familiale

75. Robinson EF, Moulder JK, Zerden ML, Miller AM, Zite NB. Preserving and advocating for essential care for women during the coronavirus disease 2019 pandemic. Am J Obstet Gynecol. 2020;223(2):219-220.e1.

76. Bahamondes L, Makuch MY. Family planning : an essential health activity in the pandemic of SARS-CoV-2. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2020;25(4):319-20.

77. The European Society of Contraception and Reproductive Health. Prioritising care during Covid 19 - Sweden. 2020; Disponible : https://escrh.eu/prioritising-care-during-covid-19-sweden/

78. The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH). Ensuring provision of Sexual and Reproductive Healthcare (SRH) services during the third COVID-19 lockdown and beyond in the UK [Internet]. 2021. Disponible : https://www.fsrh.org/documents/fsrh-guidance-essential-srh-services--third-covid-19-lockdown/

79. Ramirez I, De la Viuda E, Baquedano L, Coronado P, Llaneza P, Mendoza N, *et al.* Managing thromboembolic risk with menopausal hormone therapy and hormonal contraception in the COVID-19 pandemic : Recommendations from the Spanish Menopause Society, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia and Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia. Maturitas. 2020;137:57-62.

80. Pires ALR, Batista JG, Aldrighi JM, Massaia IFDS, Delgado DM, Ferreira-Filho ES, *et al.* Risk of venous thromboembolism in users of contraception and menopausal hormone therapy during the COVID-19 pandemic. Rev Assoc Médica Bras. 2020;66(suppl 2):22-6.

6 LE STÉRILET AU LÉVONORGESTREL

6.1 Activités de l'infirmière

Prescrire le stérilet au lévonorgestrel

On entend par prescrire le stérilet au lévonorgestrel, le fait de rédiger l'ordonnance pour un stérilet au lévonorgestrel.

Insérer et/ou retirer le stérilet au lévonorgestrel

Le stérilet au lévonorgestrel doit être inséré par un médecin ou par une IPS. Il peut être retiré par un médecin ou par une IPS, et selon certaines indications (voir section 6.9.3), par une infirmière.

6.2 Clientèle visée

La clientèle visée est constituée de toutes les personnes en âge de procréer qui ont besoin d'une méthode contraceptive réversible à longue durée d'action (MCRLA).

Pour ce qui est des personnes 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).

6.3 Indications

Permettre à une personne qui désire prévenir une grossesse non planifiée et/ou non désirée d'utiliser une MCRLA sous forme de stérilet au lévonorgestrel aussi appelé système intra-utérin au lévonorgestrel (SIU-LNG).

Quoique le SIU-LNG soit une méthode de contraception qui s'adresse à toute personne en âge de procréer, il peut être particulièrement intéressant pour les clientèles qui recherchent une méthode contraceptive extrêmement efficace, discrète, ne requérant pas de manipulation personnelle ni de prise régulière et ayant un rapport coût-efficacité favorable comparativement aux méthodes à courte durée d'action. Les autres clientèles pouvant être visées par cette méthode sont les personnes ayant des problèmes d'observance contraceptive, celles qui utilisent, sur une base régulière, des médicaments pouvant interagir avec les méthodes contraceptives hormonales, les personnes qui présentent des saignements menstruels abondants et/ou de la dysménorrhée (SIU-LNG 52 mg) et les personnes qui ont des contre-indications ou des intolérances à d'autres méthodes contraceptives, en particulier les méthodes contenant des estrogènes.

6.4 Contre-indications

Une version complète des contre-indications à toutes les méthodes contraceptives est fournie aux annexes II et VI. Dans le tableau 1 figurent seulement les contre-indications absolues (catégorie 4) et relatives pour le SIU-LNG (catégorie 3) telles que ces catégories sont définies par l'OMS (1). Ces contre-indications ont été établies à la suite d'une revue systématique des lignes directrices sur le sujet (2–13).

Tableau 1 Contre-indications absolues (catégorie 4) et relatives (catégorie 3) concernant le stérilet au lévonorgestrel

Condition	Catégorie		Clarifications
Grossesse	4		
Immédiatement après un avortement septique	4		
Endométrite post-partum	4		
Cancer du foie (hépatome)	3		
Cancer du sein actuel	4		
Cancer du sein sans évidence de maladie depuis 5 ans	3		
Maladie trophoblastique gestationnelle avec β-hCG élevés de façon persistante ou maladie maligne, avec évidence de maladie intra-utérine	Initiation 4	Conti-nuation 2	Si une personne a présenté une maladie trophoblastique gestationnelle (môle hydatiforme), elle a dû recevoir un diagnostic spécifique permettant d'établir le type de maladie présentée. La connaissance de ce diagnostic est essentielle avant l'insertion d'un SIU-LNG.
Saignement vaginal inexpliqué	Initiation 4	Conti-nuation 2	Si une personne présente des saignements vaginaux inexpliqués, elle doit avoir une investigation appropriée avant l'insertion d'un SIU-LNG.
Cancer du col en attente de traitement	Initiation 4	Conti-nuation 2	Une personne ayant une suspicion de cancer du col ne doit pas se faire insérer un SIU-LNG. Par contre, si elle développe cette maladie en cours d'utilisation, elle peut continuer de l'utiliser.
Cancer de l'endomètre en attente de traitement	Initiation 4	Conti-nuation 2	Une personne ayant une suspicion de cancer de l'endomètre ne doit pas se faire insérer un SIU-LNG. Par contre, si elle développe cette maladie en cours d'utilisation, elle peut continuer de l'utiliser. Par ailleurs, le SIU-LNG peut, dans certains cas, être l'un des traitements du cancer de l'endomètre.
Syndrome inflammatoire pelvien actuel	Initiation 4	Conti-nuation 2	Une personne ayant un syndrome inflammatoire pelvien actuel ne doit pas se faire insérer un SIU-LNG. Par contre, si elle développe cette maladie en cours d'utilisation, elle peut continuer de l'utiliser tout en se faisant traiter. Un antécédent de syndrome inflammatoire pelvien n'est pas une contre-indication à l'insertion d'un SIU-LNG.
Tuberculose pelvienne	Initiation 4	Conti-nuation 3	Une personne présentant une tuberculose active ou sous traitement ne doit pas se faire insérer un SIU-LNG tant qu'on n'est pas certain que cette infection soit éradiquée.

Tableau 1 Contre-indications absolues (catégorie 4) et relatives (catégorie 3) concernant le stérilet au lévonorgestrel (suite)

Condition	Catégorie		Clarifications
Cervicite mucopurulente ou infection actuelle du col à *Chlamydia trachomatis* ou *Neisseria gonorrhoeae*	Initiation 4	Conti-nuation 2	Une personne ayant une telle infection ne doit pas se faire insérer un SIU-LNG. Par contre, si elle développe cette maladie en cours d'utilisation, elle peut continuer de l'utiliser tout en se faisant traiter. En l'absence de cervicite purulente, le dépistage d'ITS peut être fait au moment de l'insertion du stérilet et un traitement doit être initié dès la réception d'un résultat positif.
Anomalie anatomique de l'utérus incompatible avec la présence d'un stérilet	4		
Myomes utérins déformant la cavité endométriale	3		Myomes utérins déformant la cavité endométriale et empêchant le positionnement adéquat du SIU-LNG.
Hypersensibilité à l'une des composantes du produit	4		

6.5 Description du stérilet au lévonorgestrel

Les SIU-LNG utilisés au Canada sont des dispositifs en forme de « T » en polyéthylène dont la barre verticale contient un réservoir cylindrique en polydiméthylsiloxane et silice qui contient du lévonorgestrel et du sulphate de barium. Il existe deux types de SIU-LNG disponibles au Canada – et approuvés pour une durée d'utilisation de 5 ans (mais voir section 9.2 pour une durée d'utilisation plus longue pour le SIU-LNG 52 mg) :

- Le SIU-LNG 52 mg (Mirena®(14) qui, initialement, libère 20 ug de LNG par jour; cette quantité de LNG diminue avec le temps pour atteindre 10 ug/jour après cinq ans).
- Le SIU-LNG 19,5 mg (Kyleena®(15) qui, initialement, libère jusqu'à 17,5 ug de LNG par jour; cette quantité de LNG diminue avec le temps pour atteindre 7,9 ug/jour, après 3 ans, et 7,4 ug/jour, après cinq ans).

Le choix du stérilet au lévonorgestrel dépend de sa disponibilité et de la durée d'utilisation désirée.

Le SIU-LNG agit principalement en modifiant la quantité et la viscosité de la glaire cervicale, laquelle constitue une barrière à la pénétration des spermatozoïdes. Le SIU-LNG suscite également une réaction inflammatoire à corps étranger dans la cavité endométriale qui entraîne des modifications biochimiques et morphologiques au niveau de l'endomètre. Par ailleurs, les récepteurs endométriaux des estrogènes et de la progestérone sont inhibés par l'action locale du lévonorgestrel, induisant une atrophie de l'endomètre qui modifie les profils de saignement et peut empêcher l'implantation. Le SIU-LNG a peu d'effet sur l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien, les concentrations sériques d'estradiol ne sont pas réduites et la majorité (> 75 %) des personnes continuent d'ovuler (16). Cependant, il arrive plus fréquemment aux utilisatrices de SIU-LNG de 52 mg de voir leur ovulation bloquée qu'aux utilisatrices de SIU-LNG de 19,5 mg; la dose de LNG influence ce bloquage (17).

Les SIU-LNG sont la 2e méthode contraceptive la plus efficace après l'implant contraceptif (voir chapitre 2, figure 1). Le taux cumulatif de grossesse à 5 ans avec le SIU-LNG 52 mg est de 0,5 pour 100 femmes-années (18); ce taux reste très faible après 7 ans (0,5 à 1,1 pour 100 femmes-années (19, 20)) et 8 ans (taux cumulatif sur les années 6, 7 et 8 = 0,7 pour 100 femmes-années (21)). Le taux cumulatif de grossesse à 5 ans avec le SIU-LNG 19,5 mg est de 1,45 pour 100 femmes-années (22). Dans une cohorte de 61 448 femmes ayant eu l'insertion d'un stérilet (70 % un SIU-LNG 52 mg, 30 % divers stérilets au cuivre), le taux de grossesse a été de 0,07 et 0,63 pour 100 femmes-années durant la première année d'utilisation, pour les utilisatrices de SIU-LNG et de stérilet au cuivre, respectivement (23). La grossesse extra-utérine est rare chez les utilisatrices de SIU-LNG en raison de sa grande efficacité, plus rare qu'avec les stérilets au cuivre (23, 24). Un antécédent de grossesse extra-utérine ne constitue pas une contre-indication à son utilisation. Si une grossesse survient, il y a 25 % à 50 % de risque qu'elle soit extra-utérine (4, 7, 13, 23, 25, 26).

6.6 Début de l'utilisation du stérilet au lévonorgestrel

6.6.1 Moment de l'insertion

Les consignes qui suivent ont été établies à la suite d'une revue systématique des lignes directrices sur le sujet (4, 7–10, 13, 26–30).

L'insertion du stérilet au lévonorgestrel a une efficacité immédiate, s'il est inséré :

- Dans les 5 jours qui suivent la date de début de la dernière menstruation (DDM).
- Dans les 21 jours qui suivent un accouchement.
- Le jour même ou dans les 5 jours qui suivent un avortement chirurgical, un avortement spontané ou une grossesse extra-utérine.
- Dans les 6 mois après l'accouchement si les critères d'aménorrhée lactationnelle sont tous appliqués[7].

Lors d'avortement médicamenteux, le SIU-LNG peut être inséré après confirmation d'avortement complet et d'absence de relations sexuelles non protégées (RSNP) depuis la prise du misoprostol et pendant 7 jours après l'insertion du SIU-LNG. Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après l'insertion.

Dans les autres situations, il faut recommander de vérifier la survenue de RSNP depuis la DDM (voir les consignes décrites au tableau 2).

[7] Les trois critères suivants doivent être réunis : 1) moins de 6 mois après l'accouchement, 2) allaitement complet ou presque complet (c.-à-d. alimentation du nouveau-né composée de lait maternel dans plus des trois quarts des repas et intervalles ≤ 4-6 heures entre les tétées), 3) aucune perte sanguine menstruelle.

Tableau 2 Moment de l'insertion dans les situations où l'efficacité du SIU-LNG n'est pas immédiate

<table>
<tr><th colspan="3">Y a-t-il eu une relation sexuelle non protégée (RSNP) depuis la DDM?</th></tr>
<tr><th>NON, pas de RSNP :</th><th colspan="2">OUI, il y a eu une ou plusieurs RSNP :</th></tr>
<tr><td rowspan="8">1. Faire un test de grossesse immédiatement (voir note à la fin de cette section).

2. Si le test de grossesse est négatif, insérer le SIU-LNG le jour même.

3. Utiliser le condom à toutes les relations sexuelles x 7 jours.

4. Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après l'insertion.</td><td colspan="2">1) Faire un test de grossesse immédiatement (voir note à la fin de cette section) et s'il est négatif, informer la personne qu'une grossesse précoce est possible et qu'il faudra retirer immédiatement le stérilet si une grossesse se présente.
2) Vérifier quand la personne veut débuter le SIU-LNG :</td></tr>
<tr><td>La personne veut débuter le SIU-LNG immédiatement :</td><td>La personne Ne veut PAS débuter le SIU-LNG immédiatement :</td></tr>
<tr><td colspan="2">Si RSNP ≤ 5 derniers jours :</td></tr>
<tr><td>1. Donner la COU-LNG.
2. Insérer le SIU-LNG immédiatement.
3. Utiliser le condom à toutes les relations sexuelles x 7 jours.
4. Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après l'insertion.</td><td>1. Offrir COU-LNG ou COU-UPA selon le délai depuis la dernière RSNP.
2. Proposer le début rapide, immédiat ou 5 jours plus tard selon le type de COU, d'une méthode à courte durée d'action (COC, timbre, anneau, PPS) jusqu'à la prochaine menstruation.
3. Utiliser le condom à toutes les relations sexuelles x 7 jours après début de MCRCA (+ 5 jours post COU pour COU-UPA).
4. Revoir pour l'insertion du SIU-LNG dans les 5 jours suivant le début de la prochaine menstruation.
5. Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, si prochaine menstruation absente ou inhabituelle.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Si RSNP ≤ 7 derniers jours :</td></tr>
<tr><td>1. Proposer l'insertion immédiate d'un stérilet au cuivre d'urgence. Le stérilet au cuivre pourra être remplacé par un SIU-LNG lors de la prochaine menstruation, si désiré.
2. Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après l'insertion du stérilet au cuivre.</td><td>1. Proposer l'insertion d'un stérilet au cuivre d'urgence. Le stérilet au cuivre pourra être remplacé par un SIU-LNG lors de la prochaine menstruation, si désiré.
2. Faire un test de grossesse urinaire, à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après l'insertion du stérilet au cuivre.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Si RSNP > 7 jours :</td></tr>
<tr><td>1. Reporter l'insertion du SIU-LNG dans 7 jours.
2. Utiliser le condom à toutes les relations sexuelles x 7 jours.
3. Faire un test de grossesse en clinique et s'il est négatif, insérer le SIU-LNG.
4. Utiliser le condom à toutes les relations sexuelles x 7 jours.
5. Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après l'insertion du SIU-LNG.</td><td>1. Proposer le début rapide d'une méthode à courte durée d'action (COC, timbre, anneau, PPS) jusqu'à la prochaine menstruation.
2. Utiliser le condom à toutes les relations sexuelles x 7 jours.
3. Revoir pour l'insertion du SIU-LNG dans les 5 jours suivant le début de la prochaine menstruation
4. Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, si prochaine menstruation absente ou inhabituelle.</td></tr>
</table>

Note : le test de grossesse peut rester positif jusqu'à 6 semaines après un accouchement, un avortement spontané, une grossesse extra-utérine ou un avortement médicamenteux ou chirurgical. Dans ces situations cliniques, il doit être expliqué à la personne que le test de grossesse est peu utile. Six semaines après la résolution d'une grossesse, le test de grossesse devra être négatif.

Dans le cas d'une personne présentant une maladie trophoblastique, la SOGC indique que l'insertion d'un dispositif intra-utérin devrait être effectuée seulement lorsque le taux de β-hCG est négatif, afin de réduire le risque de perforation (31).

Les personnes ayant eu l'insertion d'un stérilet, quel qu'il soit, en dehors d'une période menstruelle (avec ou sans COU) ou d'une période qui lui procure une efficacité immédiate (voir section 6.6.1 du chapitre sur le stérilet au lévonorgestrel) doivent passer un test de grossesse urinaire à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après l'insertion (Bonne pratique clinique – Recommandation conditionnelle).

6.6.2 Facteurs affectant l'efficacité du stérilet au lévonorgestrel

A – Surpoids et obésité

Le surpoids et l'obésité ne constituent pas des facteurs réduisant l'efficacité des SIU-LNG en raison de leur mode d'action principalement localisé à l'utérus et au col de l'utérus.

B – Interactions médicamenteuses

Aucune interaction médicamenteuse n'est documentée avec les SIU-LNG.

6.6.3 Allaitement et stérilet au lévonorgestrel

Le stérilet au lévonorgestrel peut être utilisé dès l'accouchement et n'interfère pas avec l'allaitement. Par contre, le risque de perforation utérine lors de l'insertion est accru pendant la période post-partum et toute la période d'allaitement, passant de 0,60 pour 1000 femmes-années pour une insertion intervalle (entre les grossesses) à 2,5 pour 1000 femmes-années pour une insertion post-partum chez une personne qui n'allaite pas et 4,25 pour 1000 femmes-années chez celle qui allaite (4, 8, 10, 29, 32).

6.6.4 Prévention de l'arrêt de la méthode contraceptive

Les personnes désirant utiliser le stérilet au lévonorgestrel doivent être avisées, à l'avance, de la survenue possible d'effets indésirables (Bonne pratique clinique – Recommandation forte).

Le counseling préalable sur les effets indésirables est un facteur permettant de favoriser la continuation de la méthode contraceptive (33).

6.7 Ajustement des effets indésirables du stérilet au lévonorgestrel

Des effets indésirables peuvent survenir avec les SIU-LNG. Les effets indésirables les plus fréquents sont des **saignements vaginaux irréguliers**. Ces derniers sont moins fréquents chez les utilisatrices de SIU-LNG à teneur plus élevée en lévonorgestrel, comme le SIU-LNG 52 mg (13, 34). Le SIU-LNG 52 mg est reconnu pour réduire globalement la quantité de saignements vaginaux et prévenir l'anémie (4, 8, 10, 13, 18, 25, 26, 28, 35). Les utilisatrices de SIU-LNG 52 mg présentent, en moyenne, 16 jours de saignements ou *spotting* au cours du 1er mois suivant l'insertion; ce nombre diminue à une moyenne de 4 jours, 12 mois après l'insertion (18). Les utilisatrices de SIU-LNG 19,5 mg présentent 16 à 18 jours de saignements ou *spotting* durant le 1er mois; ce nombre diminue à 4 à 5 jours, 12 mois après l'insertion (34). Les saignements insatisfaisants (à l'exception de l'aménorrhée) sont une raison d'arrêt après 3 ans

d'utilisation chez 9 % à 10 % des utilisatrices du SIU-LNG 52 mg (18, 19) et chez 3,5 % des utilisatrices de SIU-LNG 19,5 mg (22). Après 5 ans d'utilisation, les études rapportent une **aménorrhée** chez 12 % des utilisatrices de SIU-LNG 19,5 mg (34) et 42 % des utilisatrices de SIU-LNG 52 mg (36).

Des **crampes sus-pubiennes** peuvent être ressenties au moment de l'insertion et pendant quelques jours, par la suite. On rapporte qu'après 1 et 5 ans d'utilisation, 1,6 % et 4,2 % des utilisatrices (18) cessent l'utilisation du SIU-LNG 52 mg en raison de douleurs pelviennes et/ou menstruelles, tandis que 3 % des utilisatrices cessent l'utilisation du SIU-LNG 19,5 mg pour cette raison après 5 ans (22).

Les autres effets indésirables liés au lévonorgestrel survenant chez moins de 10 % des utilisatrices de SIU-LNG sont **l'acné, les troubles de l'humeur, la prise de poids et les douleurs mammaires** (14, 15). Les études sont partagées sur le lien entre l'utilisation des SIU-LNG et les troubles de l'humeur et les faibles associations retrouvées peuvent être attribuées à d'autres facteurs inhérents aux populations étudiées (37–39).

6.7.1 Saignements irréguliers et/ou ménorragies

Les saignements irréguliers peuvent être associés à l'effet du SIU-LNG sur l'endomètre, mais également à :

- Une grossesse.
- Une expulsion partielle du SIU-LNG.
- Une infection transmissible sexuellement comme l'infection à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae*.
- Une infection de l'endomètre ou du col.
- Une affection de l'utérus (p. ex. : polype, myome, cancer) ou du col (polype, cancer, etc.).
- Une maladie systémique tel un trouble thyroïdien.

Interventions

- Faire un test de grossesse → si résultat positif, diriger rapidement la personne, selon ses souhaits, vers une IPS, une sage-femme, un médecin ou un service d'interruption volontaire de grossesse qui s'assurera que la grossesse n'est pas extra-utérine et lui fournira les soins appropriés.
- Faire un examen gynécologique afin de vérifier que les fils du SIU-LNG sont présents au niveau du col de l'utérus et que l'extrémité du SIU-LNG n'est pas visible :
  1) Si les fils du SIU-LNG ne sont pas visualisés dans le col, l'infirmière peut y insérer une cytobrosse, lui faire faire une rotation délicate de 360 degrés, puis la retirer délicatement – cette pratique peut faire ressortir les fils du SIU-LNG sans modifier la position de ce dernier.
  2) Si les fils ne peuvent pas être visualisés à l'aide de la cytobrosse, si les fils sont perçus comme trop longs, si une partie du SIU-LNG est visualisée dans le col ou si l'infirmière ne fait pas d'examen gynécologique, diriger rapidement la personne vers une IPS ou un médecin et s'assurer que la personne utilise une autre méthode de contraception en attendant le diagnostic (condom à toutes les relations sexuelles).

- Effectuer un test de triage pour éliminer l'infection à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae* → si le résultat du test est positif, soit appliquer l'ordonnance collective *Initier des mesures diagnostiques et un traitement pharmacologique chez une personne présentant des pertes vaginales inhabituelles,* soit diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- En présence d'autres symptômes (dyspareunie profonde, sensibilité abdominale basse, fièvre/frissons, pertes vaginales anormales) → diriger rapidement la personne vers une IPS ou un médecin.
- Faire un suivi systématique de la personne 3 mois après cette consultation ou avant, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable ou la présence d'effets indésirables liés à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- Recommander à la personne de consulter rapidement un professionnel de la santé (811, infirmière, IPS, médecin, urgence) si elle développe de la dyspareunie profonde nouvelle, une sensibilité abdominale basse, de la fièvre/frissons ou des pertes vaginales anormales d'ici à la visite de suivi.

A – Interventions lors de saignements irréguliers dans les 3 à 6 mois après l'insertion

- Si le résultat du test de grossesse est négatif, que le SIU-LNG est bien placé et en l'absence d'une détection positive d'infection à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae* et de symptômes autres que les saignements :
  - Continuer d'utiliser le SIU-LNG.
  - Rassurer la personne et lui dire que cet effet indésirable se réduira avec le temps.

> **Les professionnels autorisés à prescrire** peuvent offrir, en l'absence de contre-indications aux AINS, d'interactions médicamenteuses et après avoir vérifié la nécessité d'une gastro-protection, l'un des traitements suivants, à commencer le premier jour des saignements :
>
> - Naproxène 500 mg, per os, deux fois par jour, pendant 7 jours (40).
> - Ou un équivalent (voir tableau 3)
> **(Bonne pratique clinique – Recommandation conditionnelle)**.

  - Si la personne préfère changer de méthode, offrir un autre contraceptif en s'assurant de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre.
  - Faire un suivi systématique de la personne 3 mois après cette consultation ou avant, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable ou la présence d'effets indésirables liés à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
  - Recommander à la personne de consulter rapidement un professionnel de la santé (811, infirmière, IPS, médecin, urgence) si elle développe de la dyspareunie profonde nouvelle, une sensibilité abdominale basse, de la fièvre/frissons ou des pertes vaginales anormales d'ici à la visite de suivi.

Tableau 3 Équivalence des anti-inflammatoires non stéroïdiens

Classe	Médicament	Posologie	Dose maximale/jour
Dérivés de l'acide acétique	Diclofénac sodique	50-75 mg PO BID	150 mg
	Diclofénac potassique	100 mg PO STAT, puis 50 mg PO q6-8h	200 mg le 1er jour, puis 100 mg
Fénamates	Acide méfénamique	500 mg PO STAT, puis 250 mg q6h ou 500 mg q8h	1500 mg
Indoles	Indométhacine	25 mg PO TID	200 mg
Dérivés de l'acide propionique	Ibuprofène	400-600 mg PO q6h ou 800 mg PO q8h	3200 mg
	Kétoprofène	25-50 mg PO TID-QID	300 mg
	Naproxène	500 mg PO BID	1250 mg
	Naproxène sodique	550 mg PO BID	1650 mg
	Flurbiprofène	50 mg PO QID	300 mg
Inhibiteur sélectif de la COX-2	Célécoxib	200 mg PO BID	400 mg

Tous les AINS sont équivalents. On peut répondre à un AINS et non à un autre. Les doses recommandées ci-dessus sont pour de courtes durées (moins d'une semaine). Les posologies recensées sont pour le traitement de la douleur aiguë ou de la dysménorrhée. Sources : monographies des produits, Micromedex (41), Lexicomp (42).

B – Interventions lors de saignements irréguliers et/ou ménorragie depuis plus de 6 mois après l'insertion OU lors d'un changement du patron menstruel après plus de 6 mois d'utilisation OU lors de non-réponse au traitement offert pour réduire les saignements irréguliers et/ou les ménorragies

- Faire un test de grossesse → si résultat positif, diriger rapidement la personne, selon ses souhaits, vers une IPS, une sage-femme, un médecin ou un service d'interruption volontaire de grossesse qui s'assurera que la grossesse n'est pas extra-utérine et lui fournira les soins appropriés.
- Faire un examen gynécologique afin de vérifier que les fils du SIU-LNG sont présents au niveau du col de l'utérus et que l'extrémité du SIU-LNG n'est pas visible :
  1) Si les fils du SIU-LNG ne sont pas visualisés dans le col, l'infirmière peut y insérer une cytobrosse, lui faire faire une rotation délicate de 360 degrés, puis la retirer délicatement – cette pratique peut faire ressortir les fils du SIU-LNG sans modifier la position de ce dernier.
  2) Si les fils ne peuvent pas être visualisés à l'aide de la cytobrosse, si les fils sont perçus comme trop longs, si une partie du SIU-LNG est visualisée dans le col ou si l'infirmière ne fait pas d'examen gynécologique, diriger rapidement la personne vers une IPS ou un médecin et s'assurer que la personne utilise une autre méthode de contraception en attendant le diagnostic (condom à toutes les relations sexuelles).
- Effectuer un test de triage pour éliminer l'infection à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae* → si le résultat du test est positif, soit appliquer l'ordonnance collective *Initier des mesures diagnostiques et un traitement pharmacologique chez une personne présentant des pertes vaginales inhabituelles,* soit diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- En présence d'autres symptômes (dyspareunie profonde, sensibilité abdominale basse, fièvre/frissons, pertes vaginales anormales) → diriger rapidement la personne vers une IPS ou un médecin.
- Diriger la personne vers une IPS ou un médecin pour un examen physique complet, une investigation ou un traitement subséquent.

6.7.2 Dysménorrhée

La dysménorrhée peut être associée à l'effet du SIU-LNG sur l'endomètre et le myomètre, mais également à :

- Une grossesse.
- Une expulsion partielle du SIU-LNG.
- Une infection transmissible sexuellement comme l'infection à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae*.
- Une atteinte inflammatoire pelvienne.
- Une affection gynécologique (p. ex. : endométriose, adénomyose).

Interventions

- Faire un test de grossesse → si résultat positif, diriger rapidement la personne, selon ses souhaits, vers une IPS, une sage-femme, un médecin ou un service d'interruption volontaire de grossesse qui s'assurera que la grossesse n'est pas extra-utérine et lui fournira les soins appropriés.
- Effectuer un test de triage pour éliminer l'infection à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae* → si le résultat du test est positif, soit appliquer l'ordonnance collective *Initier des mesures diagnostiques et un traitement pharmacologique chez une personne présentant des pertes vaginales inhabituelles,* soit diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- Faire un examen gynécologique afin de vérifier que les fils du SIU-LNG sont présents au niveau du col de l'utérus et que l'extrémité du SIU-LNG n'est pas visible :
  1) Si les fils du SIU-LNG ne sont pas visualisés dans le col, l'infirmière peut y insérer une cytobrosse, lui faire faire une rotation délicate de 360 degrés, puis la retirer délicatement – cette pratique peut faire ressortir les fils du SIU-LNG sans modifier la position de ce dernier.
  2) Si les fils ne peuvent pas être visualisés à l'aide de la cytobrosse, si les fils sont perçus comme trop longs, si une partie du SIU-LNG est visualisée dans le col ou si l'infirmière ne fait pas d'examen gynécologique, diriger rapidement la personne vers une IPS ou un médecin et s'assurer que la personne utilise une autre méthode de contraception en attendant le diagnostic (condom à toutes les relations sexuelles).
- En présence d'autres symptômes (dyspareunie profonde, sensibilité abdominale basse, fièvre/frissons, pertes vaginales anormales) → diriger rapidement la personne vers une IPS ou un médecin.
- Si le résultat du test de grossesse est négatif, que le SIU-LNG est bien placé et en l'absence d'une détection positive de *Chlamydia trachomatis* ou de *Neisseria gonorrhoeae* et de symptômes autres que la dysménorrhée :
  - Rassurer la personne et lui dire que cet effet indésirable se réduira avec le temps.
  - En l'absence de contre-indications et d'interactions médicamenteuses, lui conseiller de consulter son pharmacien afin d'utiliser l'un des médicaments suivants disponibles en VENTE LIBRE, à commencer 24 à 48 heures avant le début des menstruations :

  - Ibuprofène 400 mg, per os, toutes les 4 à 6 heures (max. : 1200 mg/24h), jusqu'à l'arrêt des douleurs (43).
  - Ou naproxène sodique 220 mg, per os, toutes les 8 à 12 heures (max. : 440 mg/24h), jusqu'à l'arrêt des douleurs.
  - Ou acétaminophène 500 à 1000 mg, per os, trois à quatre fois par jour.

- Si la personne préfère changer de méthode, offrir un autre contraceptif en s'assurant de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre.
- Faire un suivi systématique de la personne 3 mois après cette consultation ou avant, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable ou la présence d'effets indésirables liés à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- Recommander à la personne de consulter rapidement un professionnel de la santé (811, infirmière, IPS, médecin, urgence) si elle développe de la dyspareunie profonde nouvelle, une sensibilité abdominale basse, de la fièvre/frissons ou des pertes vaginales anormales d'ici à la visite de suivi.

6.7.3 Aménorrhée

L'aménorrhée est fréquente chez les personnes qui utilisent le SIU-LNG et dépendamment des nationalités et des cultures, elle peut être perçue comme un effet bénéfique. L'aménorrhée peut être associée à :

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

Interventions

- Faire un test de grossesse si la personne est inquiète ou qu'elle présente d'autres signes et symptômes de grossesse → si le résultat est positif, diriger rapidement la personne, selon ses souhaits, vers une IPS, une sage-femme, un médecin ou un service en d'interruption volontaire de grossesse qui s'assurera que la grossesse n'est pas extra-utérine et lui fournira les soins appropriés.
- Faire un examen gynécologique afin de vérifier que les fils du SIU-LNG sont présents au niveau du col de l'utérus et que l'extrémité du SIU-LNG n'est pas visible :
  1) Si les fils du SIU-LNG ne sont pas visualisés dans le col, l'infirmière peut y insérer une cytobrosse, lui faire faire une rotation délicate de 360 degrés, puis la retirer délicatement – cette pratique peut faire ressortir les fils du SIU-LNG sans modifier la position de ce dernier.
  2) Si les fils ne peuvent pas être visualisés à l'aide de la cytobrosse, si les fils sont perçus comme trop longs, si une partie du SIU-LNG est visualisée dans le col ou si l'infirmière ne fait pas d'examen gynécologique, diriger rapidement la personne vers une IPS ou un médecin et s'assurer que la personne utilise une autre méthode de contraception en attendant le diagnostic (condom à toutes les relations sexuelles).

- En présence d'autres symptômes (dyspareunie profonde, sensibilité abdominale basse, fièvre/frissons, pertes vaginales anormales) → diriger rapidement la personne vers une IPS ou un médecin.
- Si le résultat du test de grossesse est négatif et en l'absence d'autres symptômes et de contre-indications :
  - Rassurer la personne.
- Si la personne préfère changer de méthode, offrir un autre contraceptif en s'assurant de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre.

6.7.4 Acné

L'acné peut être associée à l'effet hormonal du contraceptif, mais également à :

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

Interventions

- Faire un test de grossesse → si résultat positif, diriger rapidement la personne, selon ses souhaits, vers une IPS, une sage-femme, un médecin ou un service d'interruption volontaire de grossesse qui s'assurera que la grossesse n'est pas extra-utérine et lui fournira les soins appropriés.
- 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 personne vers une IPS ou un médecin.
- En présence d'autres symptômes (p. ex. : changement de la voix, pousse de poils, etc.) → diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- Si le résultat du test de grossesse est négatif et en l'absence d'autres symptômes et de prise de nouveaux médicaments :
  - Rassurer la personne 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.
  - Diriger la personne vers une IPS ou un médecin si l'acné est très importante.
- Si la personne préfère changer de méthode, offrir un autre contraceptif en s'assurant de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre.
- Faire un suivi systématique de la personne 3 mois après cette consultation ou avant, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable ou la présence d'effets indésirables liés à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la personne vers une IPS ou un médecin.

6.7.5 Prise de poids

La prise de poids peut être associée à l'effet hormonal du contraceptif, mais également à :

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

Interventions

- Faire un test de grossesse → si résultat positif, diriger rapidement la personne, selon ses souhaits, vers une IPS, une sage-femme, un médecin ou un service d'interruption volontaire de grossesse qui s'assurera que la grossesse n'est pas extra-utérine et lui fournira les soins appropriés.
- En présence d'autres symptômes → diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- 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 personne vers une IPS ou un médecin.
- Si le résultat du test de grossesse est négatif et en l'absence d'autres symptômes :
  - Rassurer la personne et lui dire qu'il est très peu probable que sa prise de poids soit liée à l'utilisation du SIU-LNG.
  - Peser la personne afin de documenter le poids et de le vérifier à une prochaine visite.
  - Lui conseiller d'augmenter ses activités physiques et de réviser sa consommation d'aliments ou boissons. Une consultation auprès d'un(e) nutritionniste ou d'un(e) kinésiologue peut être suggérée.
- Si la personne préfère changer de méthode, offrir un autre contraceptif en s'assurant de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre.
- Faire un suivi systématique de la personne 3 mois après cette consultation ou avant, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable ou la présence d'effets indésirables liés à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la personne vers une IPS ou un médecin.

6.7.6 Mastalgie

La mastalgie peut être associée à l'effet hormonal du contraceptif, mais également à :

- Une grossesse.
- Une affection des seins.

Interventions

- Faire un test de grossesse → si résultat positif, diriger rapidement la personne, selon ses souhaits, vers une IPS, une sage-femme, un médecin ou un service d'interruption volontaire de grossesse qui s'assurera que la grossesse n'est pas extra-utérine et lui fournira les soins appropriés.
- En présence d'autres signes ou symptômes ou d'un autoexamen des seins incertain → diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- Si le résultat du test de grossesse est négatif et en l'absence d'autres symptômes :
  - Rassurer la personne.
  - Lui conseiller d'utiliser un soutien-gorge bien ajusté.
  - En l'absence de contre-indications et d'interactions médicamenteuses, lui conseiller de consulter son pharmacien afin d'utiliser l'un des médicaments suivants disponibles en VENTE LIBRE :
    - Ibuprofène 400 mg, per os, aux 4 à 6 heures (max. : 1200 mg/24 h), jusqu'à l'arrêt des douleurs.
    - Ou naproxène sodique 220 mg, per os, toutes les 8 à 12 heures (max. : 440 mg/24 h), jusqu'à l'arrêt des douleurs.
    - Ou acétaminophène 500 à 1000 mg, per os, trois à quatre fois par jour.
- Si la personne préfère changer de méthode, offrir un autre contraceptif en s'assurant de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre.
- Faire un suivi systématique de la personne 3 mois après cette consultation ou avant, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable ou la présence d'effets indésirables liés à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la personne vers une IPS ou un médecin.

6.7.7 Effets sur l'humeur

Les effets sur l'humeur peuvent être associés à l'effet hormonal du contraceptif, mais également à :

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

Interventions

- Évaluer la présence d'éléments déclencheurs.
- Faire remplir le questionnaire sur la santé du patient PHQ-9 (annexe IX); si le score est égal ou supérieur à 10 ou s'il y a présence d'idées suicidaires → diriger la personne vers une IPS, un médecin, l'urgence ou contacter le 811 pour une prise en charge immédiate, selon la sévérité des symptômes.
- Si présence de troubles invalidants du sommeil → diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- Si le score au questionnaire est inférieur à 10, que la personne ne présente pas d'idées suicidaires et qu'il y a absence de troubles invalidants du sommeil :
  - Rassurer la personne 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.
  - Les techniques de relaxation et de méditation pleine conscience peuvent aussi être suggérées.
  - La revoir deux semaines plus tard pour une réévaluation en utilisant le questionnaire sur la santé du patient PHQ-9 : si les symptômes sont toujours présents et en l'absence de contre-indications, considérer l'utilisation d'un autre contraceptif en s'assurant de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre ou référer à une IPS ou un médecin.

- Si la personne préfère changer de méthode, offrir un autre contraceptif en s'assurant de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre.
- Si la personne n'a pas été évaluée par une IPS ou un médecin, faire un suivi systématique de la personne un mois après la 2e consultation pour ce problème afin de vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable ou présence d'effets indésirables liés à la nouvelle stratégie adoptée et dans tous les cas où l'infirmière a besoin de soutien professionnel, diriger la personne vers une IPS ou un médecin.

6.8 Gestion des complications sérieuses du stérilet au lévonorgestrel

Les complications sérieuses avec l'utilisation d'un SIU-LNG sont peu fréquentes et sont les suivantes :

- La **perforation utérine, partielle ou complète**, qui survient à un taux se situant entre 0,4 et 1,6 pour 1000 insertions (44,45), le plus fréquemment au moment de l'insertion (8, 10, 13, 29, 30), mais qui peut être reconnue plusieurs semaines à plusieurs mois plus tard. Dans une cohorte de 61 448 femmes ayant eu l'insertion d'un stérilet (70 % un SIU-LNG 52 mg, 30 % divers stérilets au cuivre), le taux de perforation a été de 1,4 et 1,1 pour 1000 femmes-années durant la première année d'utilisation, pour les utilisatrices de SIU-LNG et de stérilet au cuivre, respectivement (46). Les facteurs de risque de perforation sont la période post-partum, l'allaitement et le manque d'expérience du professionnel qui insère le stérilet (32, 44–46).
- Une **grossesse non planifiée**, dont jusqu'à 50 % peuvent être extra-utérines (4, 7, 10, 13, 23, 25, 26), et une complication potentielle de la grossesse si une grossesse survient durant l'utilisation du SIU-LNG (avortement spontané, avortement septique, accouchement prématuré, rupture prématurée des membranes, chorio-amnionite) (4, 13, 27).
- L'**expulsion surtout partielle, parfois complète**, du SIU-LNG qui survient à un taux cumulatif de 2,9 % à 3,4 % à la 1re et de 8,8 % à la 7e année d'utilisation (18,19), et à un taux cumulatif de 1,4 % pour les années 6, 7 et 8 d'utilisation du SIU-LNG 52 mg (21); on note un taux cumulatif d'expulsion de 3,7 % après 5 ans d'utilisation pour le SIU-LNG 19,5 mg (22). Le risque d'expulsion est plus fréquent dans les premières années d'utilisation, mais continue de se présenter même à très long terme (47). Les facteurs de risque d'expulsion sont les ménorragies, la dysménorrhée, le jeune âge (risque de 10 % et 19 % à 1 et 3 ans, respectivement dans l'étude CHOICE citée par l'American College of Obstetricians et Gynecologists (28)), un utérus de forme atypique, les léiomyomes, des antécédents d'expulsion et un positionnement intra-utérin bas après un avortement médicamenteux (4, 8, 13). La nulliparité, la longueur de la cavité endométriale et l'utilisation de tampons/coupes menstruelle ne semblent pas entraîner une hausse du risque d'expulsion (4, 10, 13).

- L'**infection de l'utérus et des trompes**, aussi appelée syndrome inflammatoire pelvien, dont le risque absolu est faible, survient le plus souvent dans les 21 jours qui suivent l'insertion du stérilet (48). En dehors de cette période, le syndrome inflammatoire pelvien est attribuable à une exposition à des infections transmissibles sexuellement et non à la présence du stérilet. Il ne nécessite pas le retrait du stérilet tant qu'une antibiothérapie appropriée n'a pas été débutée (4, 8, 13, 26, 29, 30). Par la suite, le suivi thérapeutique avec ou sans retrait du stérilet dépend de la réponse au traitement antibiotique, telle qu'objectivée par une IPS ou un médecin.
- Un **kyste ovarien**, en général fonctionnel, dont la présence est décelée chez 4,5 % à 22 % des utilisatrices de SIU-LNG 52 mg (36, 49) et 15,7 % chez les utilisatrices de SIU-LNG 19,5 mg (22). Ces kystes sont habituellement asymptomatiques et associés à une ovulation normale, connaissant la plupart du temps une résolution spontanée (4, 8, 13, 26, 30).

Les signes et les symptômes suivants doivent être considérés sérieux et nécessitent de faire un test de grossesse immédiatement et de conseiller une méthode de contraception additionnelle, en attendant une consultation avec une IPS ou un médecin :

- Impression que la longueur du fil a changé (Perforation? Expulsion complète ou partielle? Grossesse?).
- Impression de sentir que le SIU-LNG est déplacé dans le vagin ou le col (Perforation? Expulsion complète ou partielle? Grossesse?).

Les signes et les symptômes suivants doivent être considérés sérieux et nécessitent une consultation urgente à une IPS ou un médecin :

- Test de grossesse positif.
- Douleur ou saignement pendant les relations sexuelles (Perforation? Expulsion? Infection? Grossesse?).
- Saignement vaginal abondant inhabituel (Perforation? Expulsion? Infection? Grossesse?).
- Besoin d'un traitement pour l'infection à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae* chez une personne symptomatique.
- Douleur pelvienne ou abdominale inhabituelle (Perforation? Expulsion? Infection? Grossesse? Kyste ovarien?).
- Fièvre et frissons inexpliqués (Perforation? Infection? Grossesse?).

Il est recommandé d'aviser les personnes des signes et symptômes de complications sérieuses avec l'utilisation d'un SIU-LNG (Bonne pratique clinique – Recommandation forte).

6.9 Suivi

6.9.1 Suivi régulier

Un suivi précoce à la suite de l'insertion du stérilet n'est pas obligatoire, mais s'il est fait, il peut avoir lieu après la première menstruation suivant l'insertion. Il est possible pour les personnes de vérifier la présence des fils du stérilet dans le fond de leur vagin.

Si, lors d'une visite de suivi, l'utilisatrice du stérilet au lévonorgestrel désire cesser son utilisation, l'infirmière doit lui proposer de débuter une autre méthode contraceptive et s'assurer de la

transition sécuritaire d'une méthode à une autre (Bonne pratique clinique – Recommandation forte).

La transition sécuritaire d'une méthode à une autre est fournie à l'annexe III.

6.9.2 Durée d'action

La durée d'utilisation a fait l'objet de nombreuses données probantes (19, 21, 47, 50–53) et de plusieurs lignes directrices internationales (4, 10, 54, 55). Il en ressort que :

- **Le counseling sur l'utilisation prolongée des MCRLAs devrait être axé sur les priorités et les préférences des personnes, incluant des informations sur le très faible risque de perte d'efficacité et les effets indésirables, ainsi que sur le maintien d'une couverture contraceptive continue et sur l'évitement de procédures d'insertion trop rapprochées ou l'utilisation de méthodes contraceptives moins efficaces (Bonne pratique clinique – Recommandation forte).**
- **Le SIU-LNG 52 mg peut être utilisé pour une période prolongée jusqu'à 8 ans, quel que soit l'âge à l'insertion (Niveau de preuve modéré – Recommandation forte).**
- **Lorsqu'il est inséré à partir de l'âge de 40 ans, le SIU-LNG 52 mg peut être utilisé pour une période prolongée jusqu'à la ménopause, après un choix éclairé concernant le très faible risque d'une efficacité moindre avec une durée d'utilisation prolongée (Niveau de preuve faible – Recommandation conditionnelle).**
- **Pour les SIU-LNG contenant moins de 52 mg de LNG, les recommandations du fabricant doivent être respectées (Bonne pratique clinique – Recommandation forte).**

En lien avec la dernière recommandation, cela signifie, par exemple, que le SIU-LNG 19,5 mg ne doit être utilisé que pour un maximum de 5 ans.

6.9.3 Retrait du stérilet

Afin de retirer des stérilets, l'infirmière doit avoir les connaissances et les compétences pour faire un examen gynécologique (examen de la vulve, examen du vagin et du col à l'aide du spéculum et examen bimanuel). En présence de contre-indication, l'infirmière doit immédiatement diriger la personne vers une IPS ou un médecin.

Les indications de retirer un stérilet pour une infirmière sont :

- Un désir de grossesse, en s'assurant de donner un counseling prégrossesse (p. ex. : prise de multivitamines avec acide folique, cessation tabagique, comorbidités maternelles, habitudes de vie, immunisation à jour, etc.).
- Un désir d'arrêt de la contraception, car absence de besoin contraceptif, en s'assurant de prendre en considération le besoin de contraception d'urgence.
- Un désir de changement de méthode contraceptive, en s'assurant de respecter les consignes de changement de méthodes contraceptives et le besoin de contraception d'urgence.

Les contre-indications au retrait d'un stérilet par une infirmière sont :

- La présence d'une grossesse.

- La présence de dyspareunie profonde, sensibilité abdominale basse, fièvre/frissons ou pertes vaginales anormales/pertes sanguines irrégulières/ménorragie (signes et symptômes d'atteinte inflammatoire pelvienne).
- Des relations sexuelles non protégées dans les 5 derniers jours, si la personne ne désire pas de grossesse.
- Lors de l'examen au spéculum :
  - La présence de pertes vaginales muco-purulentes.
  - L'incapacité à trouver les fils du stérilet.
  - La résistance anormalement élevée lors de la tentative de retirer le stérilet.
  - L'aspect anormal du col au spéculum.
- Un examen bimanuel anormal (si requis) : douleur à la mobilisation de l'utérus ou à la palpation des annexes, augmentation du volume utérin.
- Le retrait est en vue d'en réinstaller un autre immédiatement : diriger la personne vers une IPS ou un médecin qui insérera le nouveau stérilet après avoir retiré l'ancien. Cela minimisera le nombre d'interventions pour la personne.
- Toute autre situation clinique pour laquelle l'infirmière n'a pas les compétences.

6.9.4 Suivi lors de bouleversement sociosanitaire

Il est conseillé de laisser les SIU-LNG en place selon les consignes de durée d'utilisation ci-haut mentionnées et d'utiliser une méthode de contraception additionnelle au-delà de ces durées d'utilisation (56–66). Si un remplacement est prévu au-delà de la période de prolongation acceptée : suivre les consignes présentées à la section 6.6.1 pour une insertion en dehors d'une période procurant une efficacité immédiate.

Les visites en présentiel (59–61, 67–69), avec la protection recommandée par les autorités gouvernementales, sont conseillées pour :

- L'insertion nouvelle d'un SIU-LNG (prioritaire selon la SOGC 2020), en particulier pour les populations vulnérables (57, 67).
- L'insertion immédiatement post-partum (59–61, 63–65, 67–72).
- L'insertion immédiatement post avortement spontané ou avortement chirurgical (57–60, 64, 68, 69).
- L'insertion après confirmation d'avortement complet lors d'un avortement médicamenteux si absence de RSNP depuis la prise du misoprostol et condom à toutes les relations sexuelles pendant 7 jours après l'insertion du SIU-LNG.
- Le retrait du SIU-LNG pour désir de grossesse (en précisant, selon les connaissances en vigueur, les effets du bouleversement sociosanitaire sur la grossesse, en conseillant de commencer immédiatement les suppléments d'acide folique et en vérifiant l'immunisation [rubéole, varicelle]) (59).
- La présence de symptômes et signes de complications du SIU-LNG.
- Le remplacement du SIU-LNG.

Les visites virtuelles sont conseillées pour l'obtention d'informations, le counseling contraceptif, la vérification des contre-indications, la prescription (ou le renouvellement) du SIU-LNG, la gestion des effets indésirables, la prolongation et pour vérifier le besoin/donner les consignes d'une visite subséquente en présentiel (56–67, 70–76).

Les contre-indications et les consignes de début d'utilisation du SIU-LNG en période de bouleversement sociosanitaire restent les mêmes que celles consignées dans ce chapitre (59, 60, 62).

6.10 Activités spécifiques de l'infirmière

En plus des activités professionnelles présentées au chapitre 3, l'infirmière peut procéder aux activités suivantes :

- Pour celles qui veulent pouvoir effectuer le retrait de stérilet, avoir les connaissances et les compétences pour faire un examen gynécologique (examen de la vulve, examen du vagin et du col à l'aide du spéculum et examen bimanuel) et maintenir ses compétences.
- Assurer le suivi de la personne et lui fournir les informations pertinentes.
- Offrir un counseling contraceptif dans les situations de changement de méthode contraceptive.
- Retirer le stérilet selon les directives du PCQ (section 6.9.3 de ce chapitre).
- Référer les personnes aux professionnels appropriés en cas de situations cliniques suggérant une complication sérieuse.

6.11 Résumé des recommandations

- Les personnes ayant eu l'insertion d'un stérilet, quel qu'il soit, en dehors d'une période menstruelle (avec ou sans COU) ou d'une période qui lui procure une efficacité immédiate (voir section 6.6.1 du chapitre sur le stérilet au lévonorgestrel) doivent passer un test de grossesse urinaire à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après l'insertion (Bonne pratique clinique – Recommandation conditionnelle).
- Les personnes désirant utiliser le stérilet au lévonorgestrel doivent être avisées, à l'avance, de la survenue possible d'effets indésirables (Bonne pratique clinique – Recommandation forte).
- Les professionnels autorisés à prescrire peuvent offrir, en l'absence de contre-indications aux AINS, d'interactions médicamenteuses et après avoir vérifié la nécessité d'une gastro-protection, une prescription d'un AINS lors de saignements irréguliers dans les 3 à 6 mois après l'insertion du stérilet au lévonorgestrel (Bonne pratique clinique – Recommandation conditionnelle).
- Il est recommandé d'aviser les personnes des signes et symptômes de complications sérieuses avec l'utilisation d'un SIU-LNG (Bonne pratique clinique – Recommandation forte).
- Si, lors d'une visite de suivi, l'utilisatrice du stérilet au lévonorgestrel désire cesser son utilisation, l'infirmière doit lui proposer de débuter une autre méthode contraceptive et s'assurer de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre (Bonne pratique clinique – Recommandation forte).
- Le counseling sur l'utilisation prolongée des MCRLAs devrait être axé sur les priorités et les préférences des personnes, incluant des informations sur le très faible risque de perte d'efficacité et les effets indésirables, ainsi que sur le maintien d'une couverture contraceptive continue et sur l'évitement de

procédures d'insertion trop rapprochées ou l'utilisation de méthodes contraceptives moins efficaces (Bonne pratique clinique – Recommandation forte).

- Le SIU-LNG 52 mg peut être utilisé pour une période prolongée jusqu'à 8 ans, quel que soit l'âge à l'insertion (Niveau de preuve modéré – Recommandation forte).
- Lorsqu'il est inséré à partir de l'âge de 40 ans, le SIU-LNG 52 mg peut être utilisé pour une période prolongée jusqu'à la ménopause, après un choix éclairé concernant le très faible risque d'une efficacité moindre avec une durée d'utilisation prolongée (Niveau de preuve faible – Recommandation conditionnelle).
- Pour les SIU-LNG contenant moins de 52 mg de LNG, les recommandations du fabricant doivent être respectées (Bonne pratique clinique – Recommandation forte).

6.12 Références

1. World Health Organisation (WHO). Medical eligibility criteria for contraceptive use [Internet]. 5th ed. Geneva : World Health Organization; 2015. Disponible : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK321151/pdf/Bookshelf_NBK321151.pdf
2. Curtis K, Tepper N, Jatlaoui T, Berry-Bibee E, Horton L, Zapata LB, *et al.* U.S. Medical eligibility criteria for contraceptive use (CDC). Morb Mortal Wkly Rep. 2016;65(3):1-103.
3. Centers for Disease Control (CDC). U.S. Medical eligibility criteria for contraceptive use 2023. Communication personnelle d'Édith Guilbert MD, MSc, 2023-01-30.
4. Black A, Guilbert E, Costescu D, Dunn S, Fisher W, Kives S, *et al.* Canadian contraception consensus (Part 3 of 4) : Chapter 7-Intrauterine Contraception. J Obstet Gynaecol Can JOGC. 2016;38(2):182-222.
5. The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH). UK medical eligibility criteria for contraceptive use - UKMEC 2016 [Internet]. 2016. Disponible : https://www.fsrh.org/documents/ukmec-2016/
6. The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH). FSRH CEU guidance : drug interactions with hormonal contraception [Internet]. 2019. Disponible : https://www.fsrh.org/documents/ceu-clinical-guidance-drug-interactions-with-hormonal/
7. Haute Autorité de Santé (HAS). Méthodes contraceptives - Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles [Internet]. 2017. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1369314/fr/methodes-contraceptives-focus-sur-les-methodes-les-plus-efficaces-disponibles
8. Chabbert-Buffet N, Marret H, Agostini A, Cardinale C, Hamdaoui N, Hassoun D, *et al.* Contraception : recommandations pour la pratique clinique du CNGOF (texte court). Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. 2018;46(12):760-76.
9. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG). Long acting reversible contraception [Internet]. 2017. Disponible : https://ranzcog.edu.au/wp-content/uploads/2022/05/Long-Acting-Reversible-Contraception.pdf
10. Best Practice Advocacy Centre New Zealand (BPACNZ). Contraception : which option for which patient? [Internet]. 2019. Disponible : https://bpac.org.nz/2021/contraception/options.aspx
11. Tepper NK, Curtis KM, Cox S, Whiteman MK. Update to U.S. Medical eligibility criteria for contraceptive use, 2016: updated recommendations for the use of contraception among women at high risk for HIV infection. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020;69(14):405-10.
12. World Health Organization (WHO). Contraceptive eligibility for women at high risk of HIV. Guidance statement : recommendations on contraceptive methods used by women at high risk of HIV [Internet]. 2019. Disponible : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546035/pdf/Bookshelf_NBK546035.pdf
13. The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH). FSRH Guideline (March 2023) Intrauterine contraception. BMJ Sex Reprod Health. 2023;49(Suppl 1):1-142.

14. Bayer Inc. Mirena®. Product monograph including patient medication information. Levonorgestrel-releasing Intrauterine System (52mg) to deliver up to 20 mcg levonorgestrel per day [Internet]. 2021. Disponible : https://www.bayer.com/en/ca/canada-home

15. Bayer Inc. Kyleena®. Product monograph including patient medication information. Levonorgestrel-releasing intrauterine system (19.5 mg) [Internet]. 2021. Disponible : https://www.bayer.com/en/ca/canada-home

16. Barbosa I, Bakos O, Olsson SE, Odlind V, Johansson ED. Ovarian function during use of a levonorgestrel-releasing IUD. Contraception. 1990;42(1):51-66.

17. Apter D, Gemzell-Danielsson K, Hauck B, Rosen K, Zurth C. Pharmacokinetics of two low-dose levonorgestrel-releasing intrauterine systems and effects on ovulation rate and cervical function : Pooled analyses of phase II and III studies. Fertil Steril. 2014;101(6):1656-1662.e4.

18. Andersson K, Odlind V, Rybo G. Levonorgestrel-releasing and copper-releasing (Nova T) IUDs during five years of use : a randomized comparative trial. Contraception. 1994;49(1):56-72.

19. Rowe P, Farley T, Peregoudov A, Piaggio G, Boccard S, Landoulsi S, *et al.* Safety and efficacy in parous women of a 52-mg levonorgestrel-medicated intrauterine device : a 7-year randomized comparative study with the TCu380A. Contraception. 2016;93(6):498-506.

20. Sivin I, Stern J, Coutinho E, Mattos CE, el Mahgoub S, Diaz S, *et al.* Prolonged intrauterine contraception : a seven-year randomized study of the levonorgestrel 20 mcg/day (LNg 20) and the Copper T380 Ag IUDS. Contraception. 1991;44(5):473-80.

21. Jensen JT, Lukkari-Lax E, Schulze A, Wahdan Y, Serrani M, Kroll R. Contraceptive efficacy and safety of the 52-mg levonorgestrel intrauterine system for up to 8 years : findings from the Mirena Extension Trial. Am J Obstet Gynecol. 2022;227(6):873.e1-873.e12.

22. Gemzell-Danielsson K, Apter D, Dermout S, Faustmann T, Rosen K, Schmelter T, *et al.* Evaluation of a new, low-dose levonorgestrel intrauterine contraceptive system over 5 years of use. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2017;210:22-8.

23. Heinemann K, Reed S, Moehner S, Do Minh T. Comparative contraceptive effectiveness of levonorgestrel-releasing and copper intrauterine devices : the European Active Surveillance Study for Intrauterine Devices. Contraception. 2015;91(4):280-3.

24. Xiong X, Buekens P, Wollast E. IUD use and the risk of ectopic pregnancy: a meta-analysis of case-control studies. Contraception. 1995;52(1):23-34.

25. Sivin I. Dose- and age-dependent ectopic pregnancy risks with intrauterine contraception. Obstet Gynecol. 1991;78(2):291-8.

26. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Long-acting reversible contraception : implants and intrauterine devices. Pract Bull [Internet]. 2017;(186). Disponible : https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2017/11/long-acting-reversible-contraception-implants-and-intrauterine-devices

27. Lesnewski R. Initiating Hormonal Contraception. Am Fam Physician. 2021;103(5):291-300.

28. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). adolescents and long-acting reversible contraception : implants and intrauterine devices. Comm Opin [Internet]. 2018;(735). Disponible : https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/05/adolescents-and-long-acting-reversible-contraception-implants-and-intrauterine-devices

29. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG). Intrauterine contraception [Internet]. 2017 p. 1-12. Disponible : https://ranzcog.edu.au/wp-content/uploads/2022/05/Intrauterine-contraception.pdf

30. World Health Organization (WHO), Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center. Family planning : a global handbook for providers (2018 update) [Internet]. 5th ed. Baltimore and Geneva : CCP and WHO; 2018. 442 p. Disponible : https://fphandbook.org/sites/default/files/global-handbook-2018-full-web.pdf

31. Eiriksson L, Dean E, Sebastianelli A, Salvador S, Comeau R, Jang JH, *et al.* Directive clinique no 408 : Prise en charge des maladies gestationnelles trophoblastiques. J Obstet Gynaecol Can. 2021;43(1):106-123.e1.

32. Reed SD, Zhou X, Ichikawa L, Gatz JL, Peipert JF, Armstrong MA, *et al.* Intrauterine device-related uterine perforation incidence and risk (APEX-IUD) : a large multisite cohort study. Lancet Lond Engl. 2022;399(10341):2103-12.

33. Zapata LB, Tregear SJ, Curtis KM, Tiller M, Pazol K, Mautone-Smith N, *et al.* Impact of contraceptive counseling in clinical settings : a systematic review. Am J Prev Med. 2015;49(2 Suppl 1):S31-45.

34. Beckert V, Ahlers C, Frenz AK, Gerlinger C, Bannemerschult R, Lukkari-Lax E. Bleeding patterns with the 19.5 mg LNG-IUS, with special focus on the first year of use : implications for counselling. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2019;24(4):251-9.

35. Rönnerdag M, Odlind V. Health effects of long-term use of the intrauterine levonorgestrel-releasing system. A follow-up study over 12 years of continuous use. Acta Obstet Gynecol Scand. 1999;78(8):716-21.

36. Teal SB, Turok DK, Chen BA, Kimble T, Olariu AI, Creinin MD. Five-year contraceptive efficacy and safety of a levonorgestrel 52-mg intrauterine system. Obstet Gynecol. 2019;133(1):63-70.

37. Worly BL, Gur TL, Schaffir J. The relationship between progestin hormonal contraception and depression : a systematic review. Contraception. 2018;97(6):478-89.

38. Skovlund CW, Mørch LS, Kessing LV, Lidegaard Ø. Association of hormonal contraception with depression. JAMA Psychiatry. 2016;73(11):1154-62.

39. Stenhammar E, Wikman P, Gemzell Danielsson K, Kopp-Kallner H, Sundström Poromaa I. Levonorgestrel intrauterine device and depression : a Swedish register-based cohort study. Int J Psychophysiol. 2023;193:112230.

40. Friedlander E, Kaneshiro B. Therapeutic Options for Unscheduled Bleeding Associated with Long-Acting Reversible Contraception. Obstet Gynecol Clin North Am. 2015;42(4):593-603.

41. Merative. Micromedex® (electronic version) [Internet]. Ann Arbor, Michigan, USA; Disponible : https://www.micromedexsolutions.com/

42. Wolters Kluwer. Lexicomp : evidence-based drug referential content [Internet]. Disponible : https://www.wolterskluwer.com/en/solutions/lexicomp

43. Schroll JB, Black AY, Farquhar C, Chen I. Combined oral contraceptive pill for primary dysmenorrhoea. Cochrane gynaecology and fertility group, éditeur. cochrane database syst rev [Internet]. 2023;2023(7). Disponible : http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002120.pub4

44. Kaislasuo J, Suhonen S, Gissler M, Lahteenmaki P, Heikinheimo O. Intrauterine contraception : incidence and factors associated with uterine perforation--a population-based study. Hum Reprod. 2012;27(9):2658-63.

45. Harrison-Woolrych M, Ashton J, Coulter D. Uterine perforation on intrauterine device insertion : is the incidence higher than previously reported? Contraception. 2003;67(1):53-6.

46. Heinemann K, Reed S, Moehner S, Do Minh T. Risk of uterine perforation with levonorgestrel-releasing and copper intrauterine devices in the European active surveillance study on intrauterine devices. contraception. 2015;91(4):274-9.

47. Bahamondes L, Fernandes A, Bahamondes MV, Juliato CT, Ali M, Monteiro I. Pregnancy outcomes associated with extended use of the 52-mg 20 mug/day levonorgestrel-releasing intrauterine system beyond 60 months: a chart review of 776 women in Brazil. Contraception. 2018;97(3):205-9.

48. Farley TM, Rosenberg MJ, Rowe PJ, Chen JH, Meirik O. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease : an international perspective. Lancet Lond Engl. 1992;339(8796):785-8.

49. Gemzell-Danielsson K, Schellschmidt I, Apter D. A randomized, phase II study describing the efficacy, bleeding profile, and safety of two low-dose levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive systems and Mirena. Fertil Steril. 2012;97(3):616-622.e3.

50. Ti AJ, Roe AH, Whitehouse KC, Smith RA, Gaffield ME, Curtis KM. Effectiveness and safety of extending intrauterine device duration : a systematic review. Am J Obstet Gynecol. 2020;223(1):24-35.e3.

51. McNicholas C, Swor E, Wan L, Peipert JF. Prolonged use of the etonogestrel implant and levonorgestrel intrauterine device : 2 years beyond Food and Drug Administration-approved duration. Am J Obstet Gynecol. 2017;216(6):586.e1-586.e6.

52. Creinin MD, Schreiber CA, Turok DK, Cwiak C, Chen BA, Olariu AI. Levonorgestrel 52 mg intrauterine system efficacy and safety through 8 years of use. Am J Obstet Gynecol. 2022;227(6):871.e1-871.e7.

53. Chen BA, Kimble T, Harris LH, Kerns JL, Olariu AI, Creinin MD. Levonorgestrel 52-mg Intrauterine device efficacy and safety after more than 8 years of use. Obstet Gynecol. 2023;141(5):1004-6.

54. Wu JP, Pickle S. Extended use of the intrauterine device : a literature review and recommendations for clinical practice. Contraception. 2014;89(6):495-503.

55. Dethier D, Qasba N, Kaneshiro B. Society of family planning clinical recommendation : extended use of long-acting reversible contraception. Contraception. 2022;113:13-8.

56. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Consultation pour contraception durant l'épidémie de COVID [Internet]. 2020. Disponible : https://aphp.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/268/files/2020/04/CNGOF_consultation-contraception_20200322.pdf

57. Black A, Costescu D, Guilbert É, Dunn S, Norman WV, Trouton K, *et al.* Consensus sur la contraception : mise à jour des lignes directrices en cas de pandémie et de périodes de bouleversements sociaux [Internet]. Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC); 2020. Disponible : https://www.sogc.org/common/Uploaded%20files/2020-04%20Contraception%20Consensus%20-%20Final%20Submitted_FR%20Apr30.pdf

58. Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF). Déclaration de l'IMAP sur le COVID-19 et la santé et les droits sexuels et reproductifs [Internet]. 2020. Disponible : https://www.ippf.org/sites/default/files/2020-04/IMAP%20Statement%20on%20COVID-19%20impact%20on%20SRHR%20-%20French.pdf

59. Benson LS, Madden T, Tarleton J, Micks EA. Society of Family Planning interim clinical recommendations : contraceptive provision when healthcare access is restricted due to pandemic response. 2020; Disponible : https://societyfp.org/wp-content/uploads/2020/05/SFP-Interim-Recommendations-Contraception-and-COVID-19_05.28.2020.pdf

60. Stifani BM, Madden T, Micks E, Moayedi G, Tarleton J, Benson LS. Society of family planning clinical recommendations : contraceptive care in the context of pandemic response. Contraception. 2022;113:1-12.

61. Filho ESF, Machado RB. FEBRASGO position statement : contraceptive counseling during the pandemic : practical guidelines : Number 7 – July 2021. Rev Bras Ginecol E Obstetrícia RBGO Gynecol Obstet. 2021;43(07):579-84.

62. Fruzzetti F, Cagnacci A, Primiero F, De Leo V, Bastianelli C, Bruni V, *et al.* Contraception during Coronavirus-Covid 19 pandemia. Recommendations of the Board of the Italian Society of Contraception. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2020;25(3):231-2.

63. Tolu LB, Feyissa GT, Jeldu WG. Guidelines and best practice recommendations on reproductive health services provision amid COVID-19 pandemic : scoping review. BMC Public Health. 2021;21(1):276.

64. Sharma KA, Zangmo R, Kumari A, Roy KK, Bharti J. Family planning and abortion services in COVID 19 pandemic. Taiwan J Obstet Gynecol. 2020;59(6):808-11.

65. Cohen MA, Powell AM, Coleman JS, Keller JM, Livingston A, Anderson JR. Special ambulatory gynecologic considerations in the era of coronavirus disease 2019 (COVID-19) and implications for future practice. Am J Obstet Gynecol. 2020;223(3):372-8.

66. Reproductive Health Access Project (RHAP). Contraception in the time of COVID-19 [Internet]. 2020. Disponible : https://www.reproductiveaccess.org/

67. The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH). Ensuring provision of Sexual and Reproductive Healthcare (SRH) services during the second COVID-19 wave and beyond in the UK [Internet]. 2020. Disponible : https://www.fsrh.org/documents/fsrh-guidance-srh-services-second-wave-covid-october-2020/

68. NHMRC Centre of Research Excellence in Sexual and Reproductive Health for Women in Primary Care. Women's sexual and reproductive health COVID-19 coalition. Coalition consensus statement on the provision of long-acting reversible contraception during the COVID-19 pandemic. [Internet]. 2021. Disponible : https://www.spherecre.org/images/Coalition_consensus_statement_on_the_provision_of_long-acting_reversible_contraception_during_the_COVID-19_pandemic_UPDATED_03-12-2021.pdf

69. NHMRC Centre of Research Excellence in Sexual and Reproductive Health for Women in Primary Care. Women's sexual and reproductive health COVID-19 Coalition. Coalition consensus statement on the provision of long-acting reversible contraception during the COVID-19 pandemic [Internet]. 2020. Disponible : https://www.spherecre.org/images/Coalition_consensus_statement_on_the_provision_of_long-acting_reversible_contraception_during_the_COVID-19_pandemic.pdf

70. Fédération Internationale de Gynécologie et Obstétrique (FIGO). Déclaration de la FIGO : COVID-19 Contraception et planification familiale [Internet]. 2020. Disponible : https://www.figo.org/fr/covid-19-contraception-et-planification-familiale

71. Robinson EF, Moulder JK, Zerden ML, Miller AM, Zite NB. Preserving and advocating for essential care for women during the coronavirus disease 2019 pandemic. Am J Obstet Gynecol. 2020;223(2):219-220.e1.

72. Bahamondes L, Makuch MY. Family planning : an essential health activity in the pandemic of SARS-CoV-2. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2020;25(4):319-20.

73. The European Society of Contraception and Reproductive Health. Prioritising care during Covid 19 - Sweden. 2020; Disponible : https://escrh.eu/prioritising-care-during-covid-19-sweden/

74. The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH). Ensuring provision of sexual and reproductive healthcare (SRH) services during the third COVID-19 lockdown and beyond in the UK [Internet]. 2021. Disponible : https://www.fsrh.org/documents/fsrh-guidance-essential-srh-services--third-covid-19-lockdown/

75. Ramirez I, De la Viuda E, Baquedano L, Coronado P, Llaneza P, Mendoza N, *et al.* Managing thromboembolic risk with menopausal hormone therapy and hormonal contraception in the COVID-19 pandemic : recommendations from the Spanish Menopause Society, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia and Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia. Maturitas. 2020;137:57-62.

76. Pires ALR, Batista JG, Aldrighi JM, Massaia IFDS, Delgado DM, Ferreira-Filho ES, *et al.* Risk of venous thromboembolism in users of contraception and menopausal hormone therapy during the COVID-19 pandemic. Rev Assoc Médica Bras. 2020;66(suppl 2):22-6.

7 LE STÉRILET AU CUIVRE

7.1 Activités de l'infirmière

Prescrire le stérilet au cuivre

On entend par prescrire le stérilet au cuivre, le fait de rédiger l'ordonnance pour un stérilet au cuivre.

Insérer et/ou retirer le stérilet au cuivre

Le stérilet au cuivre doit être inséré par un médecin ou par une IPS. Il peut être retiré par un médecin ou par une IPS, et selon certaines indications (voir section 7.9.3), par une infirmière.

7.2 Clientèle visée

La clientèle visée est constituée de toutes les personnes en âge de procréer qui ont besoin d'une méthode contraceptive réversible à longue durée d'action (MCRLA).

Pour ce qui est des personnes 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).

7.3 Indications

Permettre à une personne qui désire prévenir une grossesse non planifiée et/ou non désirée d'utiliser une MCRLA sous forme de stérilet au cuivre.

Quoique le stérilet au cuivre soit une méthode de contraception qui s'adresse à toute personne en âge de procréer, il peut être particulièrement intéressant pour les clientèles qui recherchent une méthode contraceptive extrêmement efficace, discrète, ne requérant pas de manipulation personnelle ni de prise régulière et ayant un rapport coût-efficacité favorable comparativement aux méthodes à courte durée d'action. Les autres clientèles pouvant être visées par cette méthode sont les personnes ayant des problèmes d'observance contraceptive, celles qui utilisent, sur une base régulière, des médicaments pouvant interagir avec les méthodes contraceptives hormonales et les personnes qui ont des contre-indications ou des intolérances à d'autres méthodes contraceptives, en particulier les méthodes contenant des estrogènes et/ou un progestatif.

7.4 Contre-indications

Une version complète des contre-indications à toutes les méthodes contraceptives est fournie aux annexes II et VI. Dans le tableau 1 figurent seulement les contre-indications absolues (catégorie 4) et relatives (catégorie 3) pour le stérilet au cuivre telles que ces catégories sont définies par l'OMS (1). Ces contre-indications ont été établies à la suite d'une revue systématique des lignes directrices sur le sujet (2–12).

Tableau 1 Contre-indications absolues (catégorie 4) et relatives (catégorie 3) concernant le stérilet au cuivre

Condition	Catégorie		Clarifications
Grossesse	4		
Immédiatement après un avortement septique	4		
Endométrite post-partum	4		
Lupus érythémateux avec thrombocytopénie sévère	Initiation 3	Conti-nuation 2	Une personne ayant un lupus érythémateux avec thrombocytopénie sévère n'est pas une candidate idéale pour l'utilisation d'un stérilet au cuivre. Par contre, si elle développe cette maladie en cours d'utilisation et que ses saignements menstruels sont acceptables, elle peut continuer de l'utiliser.
Maladie trophoblastique gestationnelle avec β-hCG élevés de façon persistante ou maladie maligne, avec évidence de maladie intra-utérine	Initiation 4	Conti-nuation 2	Si une personne a présenté une maladie trophoblastique gestationnelle (môle hydatiforme), elle a dû recevoir un diagnostic spécifique permettant d'établir le type de maladie présentée. La connaissance de ce diagnostic est essentielle avant l'insertion d'un stérilet au cuivre.
Saignement vaginal inexpliqué	Initiation 4	Conti-nuation 2	Si une personne présente des saignements vaginaux inexpliqués, elle doit avoir une investigation appropriée avant l'insertion d'un stérilet au cuivre.
Cancer du col en attente de traitement	Initiation 4	Conti-nuation 2	Une personne ayant une suspicion de cancer du col ne doit pas se faire insérer un stérilet au cuivre. Par contre, si elle développe cette maladie en cours d'utilisation, elle peut continuer de l'utiliser.
Cancer de l'endomètre en attente de traitement	Initiation 4	Conti-nuation 2	Une personne ayant une suspicion de cancer de l'endomètre ne doit pas se faire insérer un stérilet au cuivre. Par contre, si elle développe cette maladie en cours d'utilisation, elle peut continuer de l'utiliser.
Syndrome inflammatoire pelvien actuel	Initiation 4	Conti-nuation 2	Une personne ayant un syndrome inflammatoire pelvien actuel ne doit pas se faire insérer un stérilet au cuivre. Par contre, si elle développe cette maladie en cours d'utilisation, elle peut continuer de l'utiliser tout en se faisant traiter. Un antécédent de syndrome inflammatoire pelvien n'est pas une contre-indication à l'insertion d'un stérilet au cuivre.
Tuberculose pelvienne	Initiation 4	Conti-nuation 3	Une personne présentant une tuberculose active ou sous traitement ne doit pas se faire insérer un stérilet au cuivre tant qu'on n'est pas certain que cette infection soit éradiquée.
Cervicite mucopurulente ou infection actuelle du col à *Chlamydia trachomatis* ou *Neisseria gonorrhoeae*	Initiation 4	Conti-nuation 2	Une personne ayant une telle infection ne doit pas se faire insérer un stérilet au cuivre. Par contre, si elle développe cette maladie en cours d'utilisation, elle peut continuer de l'utiliser tout en se faisant traiter. En l'absence de cervicite purulente, le dépistage d'ITS peut être fait au moment de l'insertion du stérilet et un traitement doit être initié dès la réception d'un résultat positif.

Tableau 1 Contre-indications absolues (catégorie 4) et relatives (catégorie 3) concernant le stérilet au cuivre (suite)

Condition	Catégorie	Clarifications
Anomalie anatomique de l'utérus incompatible avec la présence d'un stérilet	4	
Myomes utérins déformant la cavité endométriale	3	Myomes utérins déformant la cavité endométriale et empêchant le positionnement adéquat du stérilet au cuivre.
Hypersensibilité à l'une des composantes du produit	4	

7.5 Description du stérilet au cuivre

Les stérilets au cuivre utilisés au Canada sont des dispositifs en forme de « T » en polyéthylène autour desquels s'enroulent des quantités variables de fil de cuivre (autour de la tige verticale du dispositif et, dans certains cas, autour des bras horizontaux, sous forme de manchons). La surface exposée totale de cuivre varie de 200 à 380 mm^2. Les stérilets au cuivre actuellement disponibles au Canada sont approuvés pour des durées d'utilisation diverses :

- 10 ans : Mona Lisa 10® (avec manchons) aussi appelé *TCu380A*[8], Liberte TT380® Standard (avec manchons) aussi appelé *TCu380S*.
- 5 ans :
  - Avec 380 mm^2 de cuivre : Liberte UT380® Standard, Liberte UT380® Court, Liberte TT380® court (avec manchons), Flexi-T 380+®, Mona Lisa 5® Standard, Mona Lisa 5® Mini.
  - Avec 300 mm^2 de cuivre : Flexi T 300+® Standard, Flexi T 300D® court (avec manchons), Flexi T 300® court.
- 3 ans :
  - Avec 300 mm^2 de cuivre : Mona Lisa N ST 300®.
- 30 mois :
  - Avec 200 mm^2 de cuivre : Nova T-200® (non actuellement disponible).

Le choix du stérilet au cuivre dépend de sa disponibilité, de la durée d'utilisation désirée, de la taille de l'utérus et des habiletés du ou de la professionnelle qui procède à l'insertion. Il semble que les stérilets au cuivre de petite taille soient mieux tolérés par les nullipares et les personnes ayant des utérus de moins de 6 cm d'hystérométrie (13, 14).

[8] Pour les stérilets en cuivre le nombre associé au stérilet indique la surface de cuivre en mm^2, par ex. 380 = 380 mm^2.

Le stérilet au cuivre agit principalement en provoquant une réaction inflammatoire à corps étranger dans la cavité endométriale qui entraîne des modifications biochimiques et morphologiques au niveau de l'endomètre. Les ions de cuivre renforcent la réaction inflammatoire et atteignent des concentrations qui sont toxiques pour les spermatozoïdes et réduisent leur capacité à pénétrer la glaire cervicale. Le transit tubaire est affecté et l'apoptose de l'ovule libéré est accélérée, entraînant ainsi une inhibition de la fécondation. L'inflammation locale de l'endomètre empêche l'implantation.

L'efficacité du stérilet au cuivre est résumée à la figure 1 du chapitre 2. Selon la revue systématique de Kulier *et al.* 2007 (15), les taux de grossesse cumulés à la fin de la première année d'utilisation variaient entre 0,1 % et 1,0 % pour les stérilets présentant une surface de cuivre > 300 mm^2 contre 0,5 % à 2,2 % pour les stérilets présentant une surface de cuivre plus faible. Onze et douze ans après l'insertion, le taux de grossesse pour le TCu380A restait stable à 2,2 pour 100 femmes-années (16). La grossesse extra-utérine est rare chez les utilisatrices de stérilets au cuivre en raison de leur grande efficacité et un antécédent de grossesse extra-utérine ne constitue pas une contre-indication à leur utilisation (17). Si une grossesse survient, il y a 15 % à 50 % de risque qu'elle soit extra-utérine (3, 6, 8, 18, 19).

7.6 Début de l'utilisation du stérilet au cuivre

7.6.1 Moment de l'insertion

Les consignes qui suivent ont été établies à la suite d'une revue systématique des lignes directrices sur le sujet (3, 6, 8–11, 18, 20–23).

Le stérilet au cuivre a une efficacité immédiate, peu importe le moment de l'insertion. S'il est inséré dans les périodes suivantes, il n'est pas nécessaire de vérifier la survenue de RSNP depuis la DDM :

- Dans les 5 jours qui suivent la date de début de la dernière menstruation (DDM).
- Dans les 21 jours qui suivent un accouchement.
- Le jour même ou dans les 5 jours qui suivent un avortement chirurgical, un avortement spontané ou une grossesse extra-utérine.
- Dans les 6 mois après l'accouchement si les critères d'aménorrhée lactationnelle sont tous appliqués[9].

Lors d'avortement médicamenteux, le stérilet au cuivre peut être inséré après confirmation d'avortement complet et d'absence de relations sexuelles non protégées (RSNP) depuis la prise du misoprostol. Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après l'insertion.

Dans les autres situations, il faut recommander de vérifier la survenue de RSNP depuis la DDM (voir les consignes décrites au tableau 2).

[9] Les trois critères suivants doivent être réunis : 1) moins de 6 mois après l'accouchement, 2) allaitement complet ou presque complet (c.-à-d. alimentation du nouveau-né composée de lait maternel dans plus des trois quarts des repas et intervalles ≤ 4-6 heures entre les tétées), 3) aucune perte sanguine menstruelle.

Tableau 2 Moment de l'insertion du stérilet au cuivre dans les situations où il faut vérifier la survenue de RSNP depuis la DDM

<table>
<tr><th colspan="3">Y a-t-il eu une relation sexuelle non protégée (RSNP) depuis la DDM?</th></tr>
<tr><th>NON, pas de RSNP :</th><th colspan="2">OUI, il y a eu une ou plusieurs RSNP :</th></tr>
<tr><td rowspan="9">1. Faire un test de grossesse immédiatement (voir note à la fin de cette section).

2. Si le test de grossesse est négatif, insérer le stérilet au cuivre le jour même.

3. Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après l'insertion.</td><td colspan="2">1) Faire un test de grossesse immédiatement (voir note à la fin de cette section) et s'il est négatif, informer la personne qu'une grossesse précoce est possible et qu'il faudra retirer immédiatement le stérilet si une grossesse se présente.
2) Vérifier quand la personne veut débuter le stérilet au cuivre :</td></tr>
<tr><th>La personne veut débuter le stérilet au cuivre immédiatement :</th><th>La personne Ne veut PAS débuter le stérilet au cuivre immédiatement :</th></tr>
<tr><th colspan="2">Si RSNP ≤ 5 derniers jours :</th></tr>
<tr><td>Voir : Si RSNP ≤ 7 derniers jours.</td><td>1. Offrir COU-LNG ou COU-UPA selon le délai depuis la dernière RSNP.
2. Proposer le début rapide, immédiat ou 5 jours plus tard selon le type de COU, d'une méthode à courte durée d'action (COC, timbre, anneau, PPS) jusqu'à la prochaine menstruation.
3. Utiliser le condom à toutes les relations sexuelles x 7 jours après début de MCRCA (+ 5 jours post COU pour COU-UPA).
4. Revoir pour l'insertion du stérilet au cuivre dans les 5 jours suivant le début de la prochaine menstruation.
5. Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, si prochaine menstruation absente ou inhabituelle.</td></tr>
<tr><th colspan="2">Si RSNP ≤ 7 derniers jours :</th></tr>
<tr><td>1. Insérer le stérilet au cuivre qui devient, alors, une méthode d'urgence, en plus d'une méthode régulière de contraception (voir section 4.5.1 du chapitre sur la contraception d'urgence).
2. Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après l'insertion du stérilet au cuivre.</td><td>Si RSNP a eu lieu dans les 5 derniers jours, voir : Si RSNP ≤ 5 derniers jours.

Si RSNP a eu lieu il y a 6 ou 7 jours, voir : Si RSNP > 5 jours</td></tr>
<tr><th>Si RSNP > 7 jours :</th><th>Si RSNP > 5 jours :</th></tr>
<tr><td>1. Reporter l'insertion du stérilet dans 7 jours.
2. Utiliser le condom à toutes les relations sexuelles x 7 jours.
3. Faire un test de grossesse en clinique et s'il est négatif, insérer le stérilet au cuivre.
4. Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après l'insertion du stérilet au cuivre.</td><td>1. Proposer le début rapide d'une méthode à courte durée d'action (COC, timbre, anneau, PPS) jusqu'à la prochaine menstruation.
2. Utiliser le condom à toutes les relations sexuelles x 7 jours après début de MCRCA.
3. Revoir pour l'insertion du stérilet au cuivre dans les 5 jours suivant le début de la prochaine menstruation.
4. Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, si prochaine menstruation absente ou inhabituelle.</td></tr>
</table>

Note : le test de grossesse peut rester positif jusqu'à 6 semaines après un accouchement, un avortement spontané, une grossesse extra-utérine ou un avortement médicamenteux ou chirurgical. Dans ces situations cliniques, il doit être expliqué à la personne que le test de grossesse est peu utile. Six semaines après la résolution d'une grossesse, le test de grossesse devra être négatif.

Dans le cas d'une personne présentant une maladie trophoblastique, la SOGC indique que l'insertion d'un dispositif intra-utérin devrait être effectuée seulement lorsque le taux de β-hCG est négatif, afin de réduire le risque de perforation (24).

Les personnes ayant eu l'insertion d'un stérilet, quel qu'il soit, en dehors d'une période menstruelle (avec ou sans COU) ou d'une période qui lui procure une efficacité immédiate (voir section 7.6.1 du chapitre sur le stérilet au cuivre) doivent passer un test de grossesse urinaire à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après l'insertion (Bonne pratique clinique – Recommandation conditionnelle).

7.6.2 Facteurs affectant l'efficacité du stérilet au cuivre

A – Surpoids et obésité

Le surpoids et l'obésité ne constituent pas des facteurs réduisant l'efficacité des stérilets au cuivre.

B – Interactions médicamenteuses

Aucune interaction médicamenteuse n'est connue avec les stérilets au cuivre.

7.6.3 Allaitement et stérilet au cuivre

Le stérilet au cuivre peut être utilisé dès l'accouchement et n'interfère pas avec l'allaitement. Par contre, le risque de perforation utérine lors de l'insertion est accru pendant la période post-partum et toute la période d'allaitement, passant de 0,60 pour 1000 femmes-années pour une insertion intervalle (entre les grossesses) à 2,5 pour 1000 femmes-années pour une insertion post-partum chez une personne qui n'allaite pas et 4,25 pour 1000 femmes-années chez celle qui allaite (3, 9–11, 25).

7.6.4 Prévention de l'arrêt de la méthode contraceptive

Les personnes désirant utiliser le stérilet au cuivre doivent être avisées, à l'avance, de la survenue possible d'effets indésirables (Bonne pratique clinique – Recommandation forte).

Le counseling préalable sur les effets indésirables est un facteur permettant de favoriser la continuation de la méthode contraceptive (26).

7.7 Ajustement des effets indésirables du stérilet au cuivre

Des effets indésirables peuvent survenir avec le stérilet au cuivre et semblent être plus importants avec les stérilets de plus grande taille ou à plus forte teneur en cuivre (27). Les effets indésirables les plus fréquents sont des **saignements vaginaux irréguliers**, une **augmentation du flux menstruel** allant jusqu'à 65 %, sans diminution cliniquement significative de l'hémoglobine chez les femmes qui ne présentent pas d'anémie préalable (3, 6, 8, 9, 11, 18, 20, 21, 28). Les utilisatrices de stérilets au cuivre présentent, en moyenne, 13 jours de saignements ou de pertes vaginales légères au cours du premier mois suivant l'insertion; ce nombre diminue à une moyenne de 6 jours, 12 mois après l'insertion (29). Les saignements insatisfaisants sont une raison d'arrêt de la méthode chez 3,6 % (30) à 5,8 % (31) après 2-3 ans d'utilisation. Des **crampes sus-pubiennes** peuvent être ressenties au moment de l'insertion et pendant quelques jours, par la suite. On rapporte que jusqu'à 16,9 % des utilisatrices se plaignent de **douleurs pelviennes et/ou menstruelles** durant la première année d'utilisation (27). C'est une raison d'arrêt de l'utilisation chez 1,4 % (30) à 3,6 % (31) des utilisatrices après 2-3 ans.

7.7.1 Saignements irréguliers et/ou ménorragies

Les saignements irréguliers peuvent être associés à l'effet du stérilet au cuivre sur l'endomètre, mais également à :

- Une grossesse.
- Une expulsion partielle du stérilet au cuivre.
- Une infection transmissible sexuellement comme l'infection à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae*.
- Une infection de l'endomètre ou du col.
- Une affection de l'utérus (p. ex. : polype, myome, cancer) ou du col (polype, cancer, etc.).
- Une maladie systémique tel un trouble thyroïdien.

Interventions

- Faire un test de grossesse → si résultat positif, diriger rapidement la personne, selon ses souhaits, vers une IPS, une sage-femme, un médecin ou un service d'interruption volontaire de grossesse qui s'assurera que la grossesse n'est pas extra-utérine et lui fournira les soins appropriés.
- Faire un examen gynécologique afin de vérifier que les fils du stérilet au cuivre sont présents au niveau du col de l'utérus et que l'extrémité du stérilet au cuivre n'est pas visible :
  1) Si les fils du stérilet au cuivre ne sont pas visualisés dans le col, l'infirmière peut y insérer une cytobrosse, lui faire faire une rotation délicate de 360 degrés, puis la retirer délicatement – cette pratique peut faire ressortir les fils du stérilet au cuivre sans modifier la position de ce dernier.
  2) Si les fils ne peuvent être visualisés à l'aide de la cytobrosse, si les fils sont perçus comme trop longs, si une partie du stérilet au cuivre est visualisée dans le col ou si l'infirmière ne fait pas d'examen gynécologique, diriger rapidement la personne vers une IPS ou un médecin et s'assurer que la personne utilise une autre méthode de contraception en attendant le diagnostic (condom à toutes les relations sexuelles).
- Effectuer un test de triage pour éliminer l'infection à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae*→ si le résultat du test est positif, soit appliquer l'ordonnance collective *Initier des mesures diagnostiques et un traitement pharmacologique chez une personne présentant des pertes vaginales inhabituelles,* soit diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- En présence d'autres symptômes (dyspareunie profonde, sensibilité abdominale basse, fièvre/frissons, pertes vaginales anormales) → diriger rapidement la personne vers une IPS ou un médecin.
- Faire un suivi systématique de la personne 3 mois après cette consultation ou avant, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable ou la présence d'effets indésirables liés à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- Recommander à la personne de consulter rapidement un professionnel de la santé (811, infirmière, IPS, médecin, urgence) si elle développe de la dyspareunie profonde nouvelle, une sensibilité abdominale basse, de la fièvre/frissons ou des pertes vaginales anormales d'ici à la visite de suivi.

A – Interventions lors de saignements irréguliers dans les 3 à 6 mois après l'insertion

Si le résultat du test de grossesse est négatif, que le stérilet au cuivre est bien placé et en l'absence d'une détection positive de *Chlamydia trachomatis* ou de *Neisseria gonorrhoeae* et de symptômes autres que les saignements :

- Continuer d'utiliser le stérilet au cuivre.
- Rassurer la personne et lui dire que cet effet indésirable se réduira avec le temps.

> **Les professionnels autorisés à prescrire** peuvent offrir, en l'absence de contre-indications aux AINS, d'interactions médicamenteuses et après avoir vérifié la nécessité d'une gastro-protection, l'un des traitements suivants, à commencer le premier jour des saignements :
>
> - Ibuprofène 400 mg, per os, quatre fois par jour, pendant 7 jours (32)
> - Ou indométhacine 25 mg, per os, deux fois par jour, pendant 7 jours (32)
> - Ou un équivalent (voir tableau 3) **(Bonne pratique clinique – Recommandation conditionnelle)**.

- Si la personne préfère changer de méthode, offrir un autre contraceptif en s'assurant de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre.
- Faire un suivi systématique de la personne 3 mois après cette consultation ou avant, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable ou la présence d'effets indésirables liés à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- Recommander à la personne de consulter rapidement un professionnel de la santé (811, infirmière, IPS, médecin, urgence) si elle développe de la dyspareunie profonde nouvelle, une sensibilité abdominale basse, de la fièvre/frissons ou des pertes vaginales anormales d'ici à la visite de suivi.

Tableau 3 Équivalence des anti-inflammatoires non stéroïdiens

Classe	Médicament	Posologie	Dose maximale/jour
Dérivés de l'acide acétique	Diclofénac sodique	50-75 mg PO BID	150 mg
	Diclofénac potassique	100 mg PO STAT, puis 50 mg PO q6-8h	200 mg le 1er jour, puis 100 mg
Fénamates	Acide méfénamique	500 mg PO STAT, puis 250 mg q6h ou 500 mg q8h	1500 mg
Indoles	Indométhacine	25 mg PO TID	200 mg
Dérivés de l'acide propionique	Ibuprofène	400-600 mg PO q6h ou 800 mg PO q8h	3200 mg
	Kétoprofène	25-50 mg PO TID-QID	300 mg
	Naproxène	500 mg PO BID	1250 mg
	Naproxène sodique	550 mg PO BID	1650 mg
	Flurbiprofène	50 mg PO QID	300 mg
Inhibiteur sélectif de la COX-2	Célécoxib	200 mg PO BID	400 mg

Tous les AINS sont équivalents. On peut répondre à un AINS et non à un autre. Les doses recommandées ci-dessus sont pour de courtes durées (moins d'une semaine). Les posologies recensées sont pour le traitement de la douleur aiguë ou de la dysménorrhée. Sources : monographies des produits, Micromedex (33), Lexicomp (34).

B – Interventions lors de saignements irréguliers et/ou ménorragie depuis plus de 6 mois après l'insertion OU lors d'un changement du patron menstruel après plus de 6 mois d'utilisation OU lors de non-réponse au traitement offert pour réduire les saignements irréguliers et/ou les ménorragies

- Faire un test de grossesse → si résultat positif, diriger rapidement la personne, selon ses souhaits, vers une IPS, une sage-femme, un médecin ou un service d'interruption volontaire de grossesse qui s'assurera que la grossesse n'est pas extra-utérine et lui fournira les soins appropriés.
- Faire un examen gynécologique afin de vérifier que les fils du stérilet au cuivre sont présents au niveau du col de l'utérus et que l'extrémité du stérilet au cuivre n'est pas visible :
  1) Si les fils du stérilet au cuivre ne sont pas visualisés dans le col, l'infirmière peut y insérer une cytobrosse, lui faire faire une rotation délicate de 360 degrés, puis la retirer délicatement – cette pratique peut faire ressortir les fils du stérilet au cuivre sans modifier la position de ce dernier.
  2) Si les fils ne peuvent être visualisés à l'aide de la cytobrosse, si les fils sont perçus comme trop longs, si une partie du stérilet au cuivre est visualisée dans le col ou si l'infirmière ne fait pas d'examen gynécologique, diriger rapidement la personne vers une IPS ou un médecin et s'assurer que la personne utilise une autre méthode de contraception en attendant le diagnostic (condom à toutes les relations sexuelles).
- Effectuer un test de triage pour éliminer l'infection à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae* → si le résultat du test est positif, soit appliquer l'ordonnance collective Initier des mesures diagnostiques et un traitement pharmacologique chez une personne présentant des pertes vaginales inhabituelles, soit diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- En présence d'autres symptômes (dyspareunie profonde, sensibilité abdominale basse, fièvre/frissons, pertes vaginales anormales) → diriger rapidement la personne vers une IPS ou un médecin.
- Diriger la personne vers une IPS ou un médecin pour un examen physique complet, une investigation ou un traitement subséquent.

7.7.2 Dysménorrhée

La dysménorrhée peut être associée à l'effet du stérilet au cuivre sur l'endomètre et le myomètre, mais également à :

- Une grossesse.
- Une expulsion partielle du stérilet au cuivre.
- Une infection transmissible sexuellement comme l'infection à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae*.
- Une atteinte inflammatoire pelvienne.
- Une affection gynécologique (p. ex. : endométriose, adénomyose).

Interventions

- Faire un test de grossesse → si résultat positif, diriger rapidement la personne, selon ses souhaits, vers une IPS, une sage-femme, un médecin ou un service d'interruption volontaire de grossesse qui s'assurera que la grossesse n'est pas extra-utérine et lui fournira les soins appropriés.
- Effectuer un test de triage pour éliminer l'infection à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae* → si le résultat du test est positif, soit appliquer l'ordonnance collective *Initier des mesures diagnostiques et un traitement pharmacologique chez une personne présentant des pertes vaginales inhabituelles,* soit diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- Faire un examen gynécologique afin de vérifier que les fils du stérilet au cuivre sont présents au niveau du col de l'utérus et que l'extrémité du stérilet au cuivre n'est pas visible :
  1) Si les fils du stérilet au cuivre ne sont pas visualisés dans le col, l'infirmière peut y insérer une cytobrosse, lui faire faire une rotation délicate de 360 degrés, puis la retirer délicatement – cette pratique peut faire ressortir les fils du stérilet au cuivre sans modifier la position de ce dernier.
  2) Si les fils ne peuvent être visualisés à l'aide de la cytobrosse, si les fils sont perçus comme trop longs, si une partie du stérilet au cuivre est visualisée dans le col ou si l'infirmière ne fait pas d'examen gynécologique, diriger rapidement la personne vers une IPS ou un médecin et s'assurer que la personne utilise une autre méthode de contraception en attendant le diagnostic (condom à toutes les relations sexuelles).
- En présence d'autres symptômes (dyspareunie profonde, sensibilité abdominale basse, fièvre/frissons, pertes vaginales anormales) → diriger rapidement la personne vers une IPS ou un médecin.
- Si le résultat du test de grossesse est négatif, que le stérilet au cuivre est bien placé et en l'absence d'une détection positive de *Chlamydia trachomatis* ou de *Neisseria gonorrhoeae* et de symptômes autres que la dysménorrhée :
  - Rassurer la personne et lui dire que cet effet indésirable se réduira avec le temps.
  - En l'absence de contre-indications et d'interactions médicamenteuses, lui conseiller de consulter son pharmacien afin d'utiliser l'un des médicaments suivants disponibles en VENTE LIBRE, à commencer 24 à 48 heures avant le début des menstruations :
    - Ibuprofène 200 mg, 2 comprimés, per os, toutes les 4 à 6 heures (max. : 1200 mg/24 h), jusqu'à l'arrêt des douleurs (35).
    - Ou naproxène sodique 220 mg, per os, toutes les 8 à 12 heures (max. : 440 mg/24 h), jusqu'à l'arrêt des douleurs.
    - Ou acétaminophène 500 à 1000 mg, per os, trois à quatre fois par jour.
- Si la personne préfère changer de méthode, offrir un autre contraceptif en s'assurant de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre.
- Faire un suivi systématique de la personne 3 mois après cette consultation ou avant, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable ou la présence d'effets indésirables liés à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la personne vers une IPS ou un médecin.

- Recommander à la personne de consulter rapidement un professionnel de la santé (811, infirmière, IPS, médecin, urgence) si elle développe de la dyspareunie profonde nouvelle, une sensibilité abdominale basse, de la fièvre/frissons ou des pertes vaginales anormales d'ici à la visite de suivi.

7.7.3 Aménorrhée

Il est rare que les personnes 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 → si le résultat est positif, diriger rapidement la personne, selon ses souhaits, vers une IPS, une sage-femme, un médecin ou un service d'interruption volontaire de grossesse qui s'assurera que la grossesse n'est pas extra-utérine et lui fournira les soins appropriés. Si le résultat est négatif, diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- Faire un examen gynécologique afin de vérifier que les fils du stérilet au cuivre sont présents au niveau du col de l'utérus et que l'extrémité du stérilet au cuivre n'est pas visible :
  1) Si les fils du stérilet au cuivre ne sont pas visualisés dans le col, l'infirmière peut y insérer une cytobrosse, lui faire faire une rotation délicate de 360 degrés, puis la retirer délicatement – cette pratique peut faire ressortir les fils du stérilet au cuivre sans modifier la position de ce dernier.
  2) Si les fils ne peuvent être visualisés à l'aide de la cytobrosse, si les fils sont perçus comme trop longs, si une partie du stérilet au cuivre est visualisée dans le col ou si l'infirmière ne fait pas d'examen gynécologique, diriger rapidement la personne vers une IPS ou un médecin et s'assurer que la personne utilise une autre méthode de contraception en attendant le diagnostic (condom à toutes les relations sexuelles).
- En présence d'autres symptômes (dyspareunie profonde, sensibilité abdominale basse, fièvre/frissons, pertes vaginales anormales) → diriger rapidement la personne vers une IPS ou un médecin.

7.8 Gestion des complications sérieuses du stérilet au cuivre

Les complications sérieuses avec l'utilisation d'un stérilet au cuivre sont peu fréquentes et sont les suivantes :

- La **perforation utérine, partielle ou complète**, qui survient à un taux se situant entre 0,4 et 1,6 pour 1000 insertions (36, 37), le plus fréquemment au moment de l'insertion (6, 9–11, 21), mais qui peut être reconnue plusieurs semaines à plusieurs mois plus tard. Les facteurs de risque de perforation sont la période post-partum, l'allaitement et le manque d'expérience du professionnel qui insère le stérilet (25, 36, 37).
- Une **grossesse non planifiée**, dont jusqu'à 50 % peuvent être extra-utérines (3, 6 ,8, 11, 18, 19) et une complication potentielle de la grossesse si une grossesse survient durant l'utilisation du stérilet au cuivre (avortement spontané, avortement septique, accouchement prématuré, rupture prématurée des membranes, chorio-amnionite) (3, 6, 22).

- L'**expulsion surtout partielle, parfois complète**, du stérilet qui survient chez 2,5 % à 3,5 % la première année d'utilisation, pour des taux cumulatifs d'expulsion de 5,1 % à 8,8 % après 7 ans d'utilisation (30, 31). Le risque d'expulsion est plus fréquent dans les premières années d'utilisation, mais continue de se présenter même à très long terme (38). Les facteurs de risque d'expulsion sont les ménorragies, la dysménorrhée, le jeune âge (risque de 10 % et 19 % à 1 et 3 ans, respectivement dans l'étude CHOICE citée par l'American College of Obstetricians et Gynecologists (20)), un utérus de forme atypique, les léiomyomes, des antécédents d'expulsion, un positionnement bas après un avortement médicamenteux (3, 6, 9). La nulliparité, la longueur de la cavité endométriale et l'utilisation de tampons/coupes menstruelles ne semblent pas entraîner une hausse du risque d'expulsion (3, 11).
- L'**infection de l'utérus et des trompes,** aussi appelée syndrome inflammatoire pelvien, dont le risque absolu est faible, survient le plus souvent dans les 21 jours qui suivent l'insertion du stérilet (39). En dehors de cette période, le syndrome inflammatoire pelvien est attribuable à une exposition à des infections transmissibles sexuellement et non à la présence du stérilet et ne nécessite pas le retrait du stérilet tant qu'une antibiothérapie appropriée n'a pas été débutée (3, 9, 10, 18, 21). Par la suite, le suivi thérapeutique avec ou sans retrait du stérilet dépend de la réponse au traitement antibiotique, telle qu'objectivés par une IPS ou un médecin.

Les signes et les symptômes suivants doivent être considérés sérieux et nécessitent de faire un test de grossesse immédiatement et de conseiller une méthode de contraception additionnelle, en attendant une consultation avec une IPS ou un médecin :

- Impression que la longueur du fil a changé (Perforation? Expulsion complète ou partielle? Grossesse?).
- Impression de sentir que le stérilet au cuivre est déplacé dans le vagin ou le col (Perforation? Expulsion complète ou partielle? Grossesse?).

Les signes et les symptômes suivants doivent être considérés sérieux et nécessitent une consultation urgente à une IPS ou un médecin :

- Test de grossesse positif.
- Douleur ou saignement pendant les relations sexuelles (Perforation? Expulsion complète ou partielle? Infection? Grossesse?).
- Saignement vaginal abondant inhabituel (Perforation? Expulsion? Infection? Grossesse?).
- Besoin d'un traitement pour l'infection à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae* chez une personne symptomatique.
- Douleur pelvienne ou abdominale inhabituelle (Perforation? Expulsion? Infection? Grossesse?).
- Fièvre et frissons inexpliqués (Perforation? Infection? Grossesse?).

Il est recommandé d'aviser les personnes des signes et symptômes de complications sérieuses avec l'utilisation d'un stérilet au cuivre (Bonne pratique clinique – Recommandation forte).

7.9 Suivi

7.9.1 Suivi régulier

Un suivi précoce à la suite de l'insertion du stérilet n'est pas obligatoire, mais s'il est fait, il peut avoir lieu après la première menstruation suivant l'insertion. Il est possible pour les personnes de vérifier la présence des fils du stérilet dans le fond de leur vagin.

Si, lors d'une visite de suivi, l'utilisatrice du stérilet au cuivre désire cesser son utilisation, l'infirmière doit lui proposer de débuter une autre méthode contraceptive et s'assurer de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre (Bonne pratique clinique – Recommandation forte).

La transition sécuritaire d'une méthode à une autre est fournie à l'annexe III.

7.9.2 Durée d'action

La durée d'utilisation a fait l'objet de nombreuses données probantes (15, 16, 38, 40) et de plusieurs lignes directrices internationales (3, 11, 41, 42). Il en ressort que :

- **Le counseling sur l'utilisation prolongée des MCRLAs devrait être axé sur les priorités et les préférences des personnes, incluant des informations sur le très faible risque de perte d'efficacité et les effets indésirables, ainsi que sur le maintien d'une couverture contraceptive continue et sur l'évitement de procédures d'insertion trop rapprochées ou l'utilisation de méthodes contraceptives moins efficaces (Bonne pratique clinique – Recommandation forte).**
- **Les stérilets équivalents au TCu380A (Mona Lisa 10®) et au TCu380S (Liberte TT380® Standard) peuvent être utilisés pour une période prolongée jusqu'à 12 ans, quel que soit l'âge à l'insertion (Niveau de preuve modéré – Recommandation forte)[10].**
- **Lorsqu'ils sont insérés à partir de l'âge de 35 ans, tous les stérilets comportant 380 mm^2 de cuivre peuvent être utilisés pour une période prolongée jusqu'à la ménopause, après un choix éclairé concernant le très faible risque d'une efficacité moindre avec une durée d'utilisation prolongée (Niveau de preuve faible – Recommandation conditionnelle).**
- **Dans les autres situations, les recommandations du fabricant doivent être respectées (Bonne pratique clinique – Recommandation forte).**

7.9.3 Retrait du stérilet

Afin de retirer des stérilets, l'infirmière doit avoir les connaissances et les compétences pour faire un examen gynécologique (examen de la vulve, examen du vagin et du col à l'aide du spéculum et examen bimanuel). En présence de contre-indication, l'infirmière doit immédiatement diriger la personne vers une IPS ou un médecin.

[10] Dissidence du Dr Mathieu Leboeuf qui considère que cette recommandation devrait être étendue à tous les stérilets au cuivre contenant 380 mm^2 de cuivre.

Les indications de retirer un stérilet pour une infirmière sont :

- Un désir de grossesse, en s'assurant de donner un counseling pré-grossesse (p. ex. : prise de multivitamines avec acide folique, cessation tabagique, comorbidités maternelles, habitudes de vie, immunisation à jour, etc.).
- Un désir d'arrêt de la contraception, car absence de besoin contraceptif, en s'assurant de prendre en considération le besoin de contraception d'urgence.
- Un désir de changement de méthode contraceptive, en s'assurant de respecter les consignes de changement de méthodes contraceptives et le besoin de contraception d'urgence.

Les contre-indications au retrait d'un stérilet par une infirmière sont :

- La présence d'une grossesse.
- La présence de dyspareunie profonde, sensibilité abdominale basse, fièvre/frissons ou pertes vaginales anormales/pertes sanguines irrégulières/ménorragie (signes et symptômes d'atteinte inflammatoire pelvienne).
- Des relations sexuelles non protégées dans les 5 derniers jours, si la personne ne désire pas de grossesse.
- Lors de l'examen au spéculum :
  - La présence de pertes vaginales muco-purulentes.
  - L'incapacité à trouver les fils du stérilet.
  - La résistance anormalement élevée lors de la tentative de retirer le stérilet.
  - L'aspect anormal du col au speculum.
- Un examen bimanuel anormal (si requis) : douleur à la mobilisation de l'utérus ou à la palpation des annexes, augmentation du volume utérin.
- Le retrait est en vue d'en réinstaller un autre immédiatement : diriger la personne vers une IPS ou un médecin qui insérera le nouveau stérilet après avoir retiré l'ancien. Cela minimisera le nombre d'interventions pour la personne.
- Toute autre situation clinique pour laquelle l'infirmière n'a pas les compétences.

7.9.4 Suivi lors de bouleversement sociosanitaire

Il est conseillé de laisser les stérilets au cuivre en place selon les consignes de durée d'utilisation ci-haut mentionnées et d'utiliser une méthode de contraception additionnelle au-delà de ces durées d'utilisation (43–53). Si un remplacement est prévu au-delà de la période de prolongation acceptée : suivre les consignes présentées à la section 6.1 pour une insertion en dehors d'une période procurant une efficacité immédiate.

Les visites en présentiel (46–48, 54–56), avec la protection recommandée par les autorités gouvernementales, sont conseillées pour :

- L'insertion nouvelle d'un stérilet au cuivre (prioritaire selon la SOGC 2020), en particulier pour les populations vulnérables (44, 54).
- L'insertion immédiatement post-partum (46–48, 50–52, 54–59).
- L'insertion immédiatement post avortement spontané ou avortement chirurgical (44–47, 51, 54, 55).
- Après confirmation d'avortement complet lors d'un avortement médicamenteux si absence de RSNP depuis la prise du misoprostol.
- Le retrait du stérilet au cuivre pour désir de grossesse (en précisant, selon les connaissances en vigueur, les effets du bouleversement sociosanitaire sur la grossesse, en conseillant de commencer immédiatement les suppléments d'acide folique et en vérifiant l'immunisation [rubéole, varicelle]) (46).
- La présence de symptômes et signes de complications du stérilet au cuivre.
- Le remplacement d'un stérilet au cuivre.

Les visites virtuelles sont conseillées pour l'obtention d'informations, le counseling contraceptif, la vérification des contre-indications, la prescription (ou le renouvellement) du stérilet au cuivre, la gestion des effets indésirables, la prolongation et pour vérifier le besoin/donner les consignes d'une visite subséquente en présentiel (43–54, 57–63).

Les contre-indications et les consignes de début d'utilisation du stérilet au cuivre en période de bouleversement sociosanitaire restent les mêmes que celles consignées dans ce chapitre (46, 47, 49).

7.10 Activités spécifiques de l'infirmière

En plus des activités professionnelles présentées au chapitre 3, l'infirmière peut procéder aux activités suivantes :

- Pour celles qui veulent pouvoir effectuer le retrait de stérilet, avoir les connaissances et les compétences pour faire un examen gynécologique (examen de la vulve, examen du vagin et du col à l'aide du spéculum et examen bimanuel) et maintenir ses compétences.
- Assurer le suivi de la personne et lui fournir les informations pertinentes.
- Offrir un counseling contraceptif dans les situations de changement de méthode contraceptive.
- Retirer le stérilet selon les directives du PCQ (section 7.9.3 de ce chapitre).
- Diriger les personnes vers les professionnels appropriés en cas de situations cliniques suggérant une complication sérieuse.

7.11 Résumé des recommandations

- Les personnes ayant eu l'insertion d'un stérilet, quel qu'il soit, en dehors d'une période menstruelle (avec ou sans COU) ou d'une période qui lui procure une efficacité immédiate (voir section 7.6.1 du chapitre sur le stérilet au cuivre) doivent passer un test de grossesse urinaire à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après l'insertion (Bonne pratique clinique – Recommandation conditionnelle).

- Les personnes désirant utiliser le stérilet au cuivre doivent être avisées, à l'avance, de la survenue possible d'effets indésirables (Bonne pratique clinique – Recommandation forte).
- Les professionnels autorisés à prescrire peuvent offrir, en l'absence de contre-indications, d'interactions médicamenteuses et après avoir vérifié la nécessité d'une gastro-protection, une prescription d'un AINS lors de saignements irréguliers dans les 3 à 6 mois après l'insertion du stérilet au cuivre (Bonne pratique clinique – Recommandation conditionnelle).
- Il est recommandé d'aviser les personnes des signes et symptômes de complications sérieuses avec l'utilisation d'un stérilet au cuivre (Bonne pratique clinique – Recommandation forte).
- Si, lors d'une visite de suivi, l'utilisatrice du stérilet au cuivre désire cesser son utilisation, l'infirmière doit lui proposer de débuter une autre méthode contraceptive et s'assurer de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre (Bonne pratique clinique – Recommandation forte).
- Le counseling sur l'utilisation prolongée des MCRLAs devrait être axé sur les priorités et les préférences des personnes, incluant des informations sur le très faible risque de perte d'efficacité et les effets indésirables, ainsi que sur le maintien d'une couverture contraceptive continue et sur l'évitement de procédures d'insertion trop rapprochées ou l'utilisation de méthodes contraceptives moins efficaces (Bonne pratique clinique – Recommandation forte).
- Les stérilets équivalents au TCu380A (Mona Lisa 10®) et au TCu380S (Liberte TT380® Standard) peuvent être utilisés pour une période prolongée jusqu'à 12 ans, quel que soit l'âge à l'insertion (Niveau de preuve modéré – Recommandation forte)[11].
- Lorsqu'ils sont insérés à partir de l'âge de 35 ans, tous les stérilets comportant 380 mm^2 de cuivre peuvent être utilisés pour une période prolongée jusqu'à la ménopause, après un choix éclairé concernant le très faible risque d'une efficacité moindre avec une durée d'utilisation prolongée (Niveau de preuve faible – Recommandation conditionnelle).
- Dans les autres situations, les recommandations du fabricant doivent être respectées (Bonne pratique clinique – Recommandation forte).

7.12 Références

1. World Health Organisation (WHO). Medical eligibility criteria for contraceptive use [Internet]. 5th ed. Geneva : World Health Organization; 2015. Disponible : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK321151/pdf/Bookshelf_NBK321151.pdf
2. Curtis K, Tepper N, Jatlaoui T, Berry-Bibee E, Horton L, Zapata LB, *et al.* U.S. Medical eligibility criteria for contraceptive use (CDC). Morb Mortal Wkly Rep. 2016;65(3):1-103.
3. Black A, Guilbert E, Costescu D, Dunn S, Fisher W, Kives S, *et al.* Canadian Contraception Consensus (Part 3 of 4) : Chapter 7-Intrauterine Contraception. J Obstet Gynaecol Can JOGC. 2016;38(2):182-222.
4. Centers for Disease Control (CDC). U.S. Medical eligibility criteria for contraceptive use 2023. Communication personnelle d'Édith Guilbert MD, MSc, 2023-01-30.
5. The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH). UK Medical eligibility criteria for contraceptive use - UKMEC 2016 [Internet]. 2016. Disponible : https://www.fsrh.org/documents/ukmec-2016/
6. The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH). FSRH Guideline (March 2023) Intrauterine contraception. BMJ Sex Reprod Health. 2023;49(Suppl 1):1-142.

[11] Dissidence du Dr Mathieu Leboeuf qui considère que cette recommandation devrait être étendue à tous les stérilets au cuivre contenant 380 mm^2 de cuivre.

7. The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH). FSRH CEU guidance : drug interactions with hormonal contraception [Internet]. 2019. Disponible : https://www.fsrh.org/documents/ceu-clinical-guidance-drug-interactions-with-hormonal/

8. Haute Autorité de Santé (HAS). Méthodes contraceptives - Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles [Internet]. 2017. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1369314/fr/methodes-contraceptives-focus-sur-les-methodes-les-plus-efficaces-disponibles

9. Chabbert-Buffet N, Marret H, Agostini A, Cardinale C, Hamdaoui N, Hassoun D, *et al.* Contraception : recommandations pour la pratique clinique du CNGOF (texte court). Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. 2018;46(12):760-76.

10. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG). Long acting reversible contraception [Internet]. 2017. Disponible : https://ranzcog.edu.au/wp-content/uploads/2022/05/Long-Acting-Reversible-Contraception.pdf

11. Best Practice Advocacy Centre New Zealand (BPACNZ). Contraception : which option for which patient? [Internet]. 2019. Disponible : https://bpac.org.nz/2021/contraception/options.aspx

12. World Health Organization (WHO). Contraceptive eligibility for women at high risk of HIV. Guidance statement : recommendations on contraceptive methods used by women at high risk of HIV [Internet]. 2019. Disponible : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546035/pdf/Bookshelf_NBK546035.pdf

13. Otero-Flores JB, Guerrero-Carreno FJ, Vazquez-Estrada LA. A comparative randomized study of three different IUDs in nulliparous Mexican women. Contraception. 2003;67(4):273-6.

14. Hubacher D, Schreiber CA, Turok DK, Jensen JT, Creinin MD, Nanda K, *et al.* Continuation rates of two different-sized copper intrauterine devices among nulliparous women : Interim 12-month results of a single-blind, randomised, multicentre trial. eClinicalMedicine. 2022;51:101554.

15. Kulier R, O'Brien PA, Helmerhorst FM, Usher-Patel M, D'Arcangues C. Copper containing, framed intra-uterine devices for contraception. Cochrane Database Syst Rev. 2007;(4):CD005347.

16. Ti AJ, Roe AH, Whitehouse KC, Smith RA, Gaffield ME, Curtis KM. Effectiveness and safety of extending intrauterine device duration : a systematic review. Am J Obstet Gynecol. 2020;223(1):24-35.e3.

17. Xiong X, Buekens P, Wollast E. IUD use and the risk of ectopic pregnancy : a meta-analysis of case-control studies. Contraception. 1995;52(1):23-34.

18. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Long-acting reversible contraception : implants and intrauterine devices. Pract Bull [Internet]. 2017;(186). Disponible : https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2017/11/long-acting-reversible-contraception-implants-and-intrauterine-devices

19. Sivin I. Dose- and age-dependent ectopic pregnancy risks with intrauterine contraception. Obstet Gynecol. 1991;78(2):291-8.

20. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Adolescents and long-acting reversible contraception : implants and intrauterine devices. Comm Opin [Internet]. 2018;(735). Disponible : https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/05/adolescents-and-long-acting-reversible-contraception-implants-and-intrauterine-devices

21. World Health Organization (WHO), Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center. Family planning : a global handbook for providers (2018 update) [Internet]. 5th ed. Baltimore and Geneva : CCP and WHO; 2018. 442 p. Disponible : https://fphandbook.org/sites/default/files/global-handbook-2018-full-web.pdf

22. Lesnewski R. Initiating hormonal contraception. Am Fam Physician. 2021;103(5):291-300.

23. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG). Intrauterine contraception [Internet]. 2017 p. 1-12. Disponible : https://ranzcog.edu.au/wp-content/uploads/2022/05/Intrauterine-contraception.pdf

24. Eiriksson L, Dean E, Sebastianelli A, Salvador S, Comeau R, Jang JH, *et al.* Directive clinique no 408 : Prise en charge des maladies gestationnelles trophoblastiques. J Obstet Gynaecol Can. 2021;43(1):106-123.e1.

25. Reed SD, Zhou X, Ichikawa L, Gatz JL, Peipert JF, Armstrong MA, *et al.* Intrauterine device-related uterine perforation incidence and risk (APEX-IUD) : a large multisite cohort study. Lancet Lond Engl. 2022;399(10341):2103-12.

26. Zapata LB, Tregear SJ, Curtis KM, Tiller M, Pazol K, Mautone-Smith N, *et al.* Impact of contraceptive counseling in clinical settings : a systematic review. Am J Prev Med. 2015;49(2 Suppl 1):S31-45.

27. Akintomide H, Brima N, Mansour DJ, Shawe J. Copper IUD continuation, unwanted effects and cost consequences at 1 year in users aged under 30 – a secondary analysis of the EURAS-IUD study. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2021;26(3):175-83.

28. Sivin I, Stern J, Coutinho E, Mattos CE, el Mahgoub S, Diaz S, *et al.* Prolonged intrauterine contraception : a seven-year randomized study of the levonorgestrel 20 mcg/day (LNg 20) and the Copper T380 Ag IUDS. Contraception. 1991;44(5):473-80.

29. Andersson K, Odlind V, Rybo G. Levonorgestrel-releasing and copper-releasing (Nova T) IUDs during five years of use : a randomized comparative trial. Contraception. 1994;49(1):56-72.

30. Meirik O, Rowe PJ, Peregoudov A, Piaggio G, Petzold M. The frameless copper IUD (GyneFix) and the TCu380A IUD : results of an 8-year multicenter randomized comparative trial. Contraception. 2009;80(2):133-41.

31. Rowe P, Farley T, Peregoudov A, Piaggio G, Boccard S, Landoulsi S, *et al.* Safety and efficacy in parous women of a 52-mg levonorgestrel-medicated intrauterine device : a 7-year randomized comparative study with the TCu380A. Contraception. 2016;93(6):498-506.

32. Friedlander E, Kaneshiro B. Therapeutic options for unscheduled bleeding associated with long-acting reversible contraception. Obstet Gynecol Clin North Am. 2015;42(4):593-603.

33. Merative. Micromedex® (electronic version) [Internet]. Ann Arbor, Michigan, USA; Disponible : https://www.micromedexsolutions.com/

34. Wolters Kluwer. Lexicomp : evidence-based drug referential content [Internet]. Disponible : https://www.wolterskluwer.com/en/solutions/lexicomp

35. Schroll JB, Black AY, Farquhar C, Chen I. Combined oral contraceptive pill for primary dysmenorrhoea. Cochrane Gynaecology and Fertility Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2023;2023(7). Disponible : http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002120.pub4

36. Kaislasuo J, Suhonen S, Gissler M, Lahteenmaki P, Heikinheimo O. Intrauterine contraception : incidence and factors associated with uterine perforation-a population-based study. Hum Reprod. 2012;27(9):2658-63.

37. Harrison-Woolrych M, Ashton J, Coulter D. Uterine perforation on intrauterine device insertion : is the incidence higher than previously reported? Contraception. 2003;67(1):53-6.

38. Bahamondes L, Faundes A, Sobreira-Lima B, Lui-Filho JF, Pecci P, Matera S. TCu 380A IUD : a reversible permanent contraceptive method in women over 35 years of age. Contraception. 2005;72(5):337-41.

39. Farley TM, Rosenberg MJ, Rowe PJ, Chen JH, Meirik O. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease : an international perspective. Lancet Lond Engl. 1992;339(8796):785-8.

40. Sivin I. Utility and drawbacks of continuous use of a copper T IUD for 20 years. Contraception. 2007;75(6 SUPPL.):S70-5.

41. Dethier D, Qasba N, Kaneshiro B. Society of family planning clinical recommendation : extended use of long-acting reversible contraception. Contraception. 2022;113:13-8.

42. Wu JP, Pickle S. Extended use of the intrauterine device : a literature review and recommendations for clinical practice. Contraception. 2014;89(6):495-503.

43. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Consultation pour contraception durant l'épidémie de COVID [Internet]. 2020. Disponible : https://aphp.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/268/files/2020/04/CNGOF_consultation-contraception_20200322.pdf

44. Black A, Costescu D, Guilbert É, Dunn S, Norman WV, Trouton K, *et al.* Consensus sur la contraception : mise à jour des lignes directrices en cas de pandémie et de périodes de bouleversements sociaux [Internet]. Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC); 2020. Disponible : https://www.sogc.org/common/Uploaded%20files/2020-04%20Contraception%20Consensus%20-%20Final%20Submitted_FR%20Apr30.pdf

45. Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF). Déclaration de l'IMAP sur le COVID-19 et la santé et les droits sexuels et reproductifs [Internet]. 2020. Disponible : https://www.ippf.org/sites/default/files/2020-04/IMAP%20Statement%20on%20COVID-19%20impact%20on%20SRHR%20-%20French.pdf

46. Benson LS, Madden T, Tarleton J, Micks EA. Society of Family Planning interim clinical recommendations : contraceptive provision when healthcare access is restricted due to pandemic response. 2020; Disponible : https://societyfp.org/wp-content/uploads/2020/05/SFP-Interim-Recommendations-Contraception-and-COVID-19_05.28.2020.pdf

47. Stifani BM, Madden T, Micks E, Moayedi G, Tarleton J, Benson LS. Society of family planning clinical recommendations : contraceptive care in the context of pandemic response. Contraception. 2022;113:1-12.

48. Filho ESF, Machado RB. FEBRASGO Position statement : contraceptive counseling during the pandemic : practical guidelines : Number 7 – July 2021. Rev Bras Ginecol E Obstetrícia RBGO Gynecol Obstet. 2021;43(07):579-84.

49. Fruzzetti F, Cagnacci A, Primiero F, De Leo V, Bastianelli C, Bruni V, *et al.* Contraception during Coronavirus-Covid 19 pandemia. Recommendations of the Board of the Italian Society of Contraception. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2020;25(3):231-2.

50. Tolu LB, Feyissa GT, Jeldu WG. Guidelines and best practice recommendations on reproductive health services provision amid COVID-19 pandemic : scoping review. BMC Public Health. 2021;21(1):276.

51. Sharma KA, Zangmo R, Kumari A, Roy KK, Bharti J. Family planning and abortion services in COVID 19 pandemic. Taiwan J Obstet Gynecol. 2020;59(6):808-11.

52. Cohen MA, Powell AM, Coleman JS, Keller JM, Livingston A, Anderson JR. Special ambulatory gynecologic considerations in the era of coronavirus disease 2019 (COVID-19) and implications for future practice. Am J Obstet Gynecol. 2020;223(3):372-8.

53. Reproductive Health Access Project (RHAP). Contraception in the time of COVID-19 [Internet]. 2020. Disponible : https://www.reproductiveaccess.org/

54. The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH). Ensuring provision of Sexual and Reproductive Healthcare (SRH) services during the second COVID-19 wave and beyond in the UK [Internet]. 2020. Disponible : https://www.fsrh.org/documents/fsrh-guidance-srh-services-second-wave-covid-october-2020/

55. NHMRC Centre of Research Excellence in Sexual and Reproductive Health for Women in Primary Care. Women's sexual and reproductive health COVID-19 coalition. Coalition consensus statement on the provision of long-acting reversible contraception during the COVID-19 pandemic. [Internet]. 2021. Disponible : https://www.spherecre.org/images/Coalition_consensus_statement_on_the_provision_of_long-acting_reversible_contraception_during_the_COVID-19_pandemic_UPDATED_03-12-2021.pdf

56. NHMRC Centre of Research Excellence in Sexual and Reproductive Health for Women in Primary Care. Women's sexual and reproductive health COVID-19 coalition. Coalition consensus statement on the provision of long-acting reversible contraception during the COVID-19 pandemic [Internet]. 2020. Disponible : https://www.spherecre.org/images/Coalition_consensus_statement_on_the_provision_of_long-acting_reversible_contraception_during_the_COVID-19_pandemic.pdf

57. Fédération Internationale de Gynécologie et Obstétrique (FIGO). Déclaration de la FIGO : COVID-19 Contraception et planification familiale [Internet]. 2020. Disponible : https://www.figo.org/fr/covid-19-contraception-et-planification-familiale

58. Robinson EF, Moulder JK, Zerden ML, Miller AM, Zite NB. Preserving and advocating for essential care for women during the coronavirus disease 2019 pandemic. Am J Obstet Gynecol. 2020;223(2):219-220.e1.

59. Bahamondes L, Makuch MY. Family planning : an essential health activity in the pandemic of SARS-CoV-2. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2020;25(4):319-20.

60. The European Society of Contraception and Reproductive Health. Prioritising care during Covid 19 - Sweden. 2020; Disponible : https://escrh.eu/prioritising-care-during-covid-19-sweden/

61. The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH). Ensuring provision of Sexual and Reproductive Healthcare (SRH) services during the third COVID-19 lockdown and beyond in the UK [Internet]. 2021. Disponible : https://www.fsrh.org/documents/fsrh-guidance-essential-srh-services--third-covid-19-lockdown/

62. Ramirez I, De la Viuda E, Baquedano L, Coronado P, Llaneza P, Mendoza N, *et al.* Managing thromboembolic risk with menopausal hormone therapy and hormonal contraception in the COVID-19 pandemic : recommendations from the Spanish Menopause Society, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia and Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia. Maturitas. 2020;137:57-62.

63. Pires ALR, Batista JG, Aldrighi JM, Massaia IFDS, Delgado DM, Ferreira-Filho ES, *et al.* Risk of venous thromboembolism in users of contraception and menopausal hormone therapy during the COVID-19 pandemic. Rev Assoc Médica Bras. 2020;66(suppl 2):22-6.

8 L'INJECTION CONTRACEPTIVE

8.1 Activités de l'infirmière

Prescrire l'injection contraceptive

On entend par prescrire l'injection contraceptive, le fait de rédiger l'ordonnance pour une injection contraceptive.

8.2 Clientèle visée

La clientèle visée est constituée de toutes les personnes en âge de procréer qui ont besoin d'une contraception injectable tous les trois mois.

Pour ce qui est des personnes 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).

8.3 Indications

Permettre à une personne qui désire prévenir une grossesse non planifiée et/ou non désirée d'utiliser une contraception sous forme d'injection contraceptive.

L'injection contraceptive est une méthode de contraception qui s'adresse à toute personne en âge de procréer et peut être particulièrement intéressante pour les clientèles qui recherchent une méthode contraceptive efficace, requérant peu de manipulation personnelle. Les clientèles pouvant être visées par l'utilisation de l'injection contraceptive sont les adolescentes et jeunes adultes, les personnes ayant des problèmes d'observance contraceptive, celles qui utilisent, sur une base régulière, des médicaments pouvant interagir avec les autres méthodes contraceptives hormonales, les personnes atteintes d'endométriose, d'épilepsie ou de syndrome prémenstruel, les personnes qui bénéficieraient d'une suppression de leur menstruation pour des raisons d'hygiène ou personnelle et les personnes qui ont des intolérances à d'autres méthodes contraceptives, en particulier les méthodes contenant des estrogènes.

8.4 Contre-indications

Une version complète des contre-indications à toutes les méthodes contraceptives est fournie aux annexes II et VI. Dans le tableau 1 figurent seulement les contre-indications absolues (catégorie 4) et relatives (catégorie 3) de l'injection contraceptive d'acétate de médroxyprogestérone-retard telles que ces catégories sont définies par l'OMS (1). Ces contre-indications ont été établies à la suite d'une revue systématique des lignes directrices sur le sujet (2–13).

Tableau 1 Contre-indications absolues (catégorie 4) et relatives (catégorie 3) concernant l'injection contraceptive d'acétate de médroxyprogestérone-retard (AMPR)

Condition	Catégorie	Clarifications
Grossesse	NA	
2 facteurs de risque ou plus pour la maladie cardiovasculaire athérosclérotique	3	Les facteurs de risque de maladie cardiovasculaire athérosclérotique sont l'âge de 35 ans et plus, le tabagisme, le diabète, l'hypertension artérielle, un faible taux de cholestérol HDL, un taux élevé de cholestérol LDL, et une hypertriglycéridémie.
Hypertension artérielle (HTA) (systolique ≥ 160 ou diastolique ≥ 100 mm Hg)	3	
Maladie vasculaire	3	
Antécédent de thromboembolie veineuse/embolie pulmonaire (TEV/EP) avec risque élevé de récurrence et AVEC anticoagulothérapie à dose prophylactique	3	Risque élevé de récurrence de TEV/EP (1 facteur de risque ou plus) : antécédent de TEV/EP associée aux estrogènes ou à la grossesse, TEV/EP idiopathique, thrombophilie connue (par exemple, facteur V de Leiden; déficit en protéine S, protéine C ou antithrombine III; mutation de la prothrombine; syndrome des antiphospholipides; etc.), cancer actif (métastatique, recevant thérapie ou dans les 6 mois après rémission clinique), excluant cancer de peau autre qu'un mélanome. En l'absence de risque élevé de récurrence, cette condition devient une catégorie 2. Par ailleurs, la TEV/EP AVEC anticoagulothérapie à dose thérapeutique (TEV/EP aiguë ou anticoagulothérapie thérapeutique à long terme, quelle qu'en soit la durée) est une catégorie 2.
Antécédent de TEV/EP avec risque élevé de récurrence SANS anticoagulothérapie	3	Risque élevé de récurrence de TEV/EP (1 facteur de risque ou plus) : voir case précédente. En l'absence de risque élevé de récurrence, cette condition devient une catégorie 2.
Mutations thrombogéniques connues	3	Les mutations thrombogéniques sont nombreuses (par exemple, facteur V de Leiden; déficit en protéine S, protéine C ou antithrombine III; mutation de la prothrombine; syndrome des antiphospholipides; etc.) et requièrent un suivi spécialisé.
Maladie cardiaque ischémique (actuelle ou antécédent)	3	Des inquiétudes existent quant aux effets hypoestrogéniques et à la réduction des taux de HDL chez les utilisatrices d'AMPR. Les risques d'utiliser l'AMPR chez ces personnes peuvent être plus grands que les avantages.
Accident vasculaire cérébral (actuel ou antécédent)	3	Des inquiétudes existent quant aux effets hypoestrogéniques et à la réduction des taux de HDL chez les utilisatrices d'AMPR. Les risques d'utiliser l'AMPR chez ces personnes peuvent être plus grands que les avantages.

Tableau 1 Contre-indications absolues (catégorie 4) et relatives (catégorie 3) concernant l'injection contraceptive d'acétate de médroxyprogestérone-retard (AMPR) (suite)

Condition	Catégorie		Clarifications
Cardiomyopathie péripartum ou non • fonction cardiaque classe 1 ou 2 – < 6 mois – ≥ 6 mois • fonction cardiaque classe 3 ou 4	 2 2 3		Description des classes de fonction cardiaque[12] : • Fonction cardiaque normale (classe 1) • Légèrement atteinte (classe 2) • Modérément atteinte (classe 3) • Sévèrement atteinte (classe 4)
Saignement vaginal inexpliqué	3		
Cancer du sein actuel	4		
Cancer du sein sans évidence de maladie depuis 5 ans	3		
Transplantation d'organe solide	3		L'utilisation d'immunothérapie suppressive à long terme chez ces personnes peut être un facteur de risque de fractures non traumatiques.
Maladie rénale chronique	3		Par exemple : syndrome néphrotique chronique, hémodialyse, dialyse péritonéale.
Lupus érythémateux avec anticorps antiphospholipides positifs ou inconnus	3		En raison du risque augmenté de TEV chez les utilisatrices d'AMPR, les risques d'utiliser l'AMPR chez ces personnes peuvent être plus grands que les avantages.
Lupus érythémateux avec thrombocytopénie sévère	Initia-tion 3	Conti-nua-tion 2	La thrombocytopénie sévère augmente le risque de saignement, effet indésirable survenant lors des premiers mois d'utilisation de l'AMPR.
Arthrite rhumatoïde avec facteur de risque de fracture non traumatique	3		Les facteurs de risque sont l'âge avancé, utilisation de traitement immunosuppresseur (par exemple, utilisation chronique de corticostéroïdes systémiques), tabagisme actif, faible IMC, consommation excessive d'alcool, ATCD personnel de fracture de fragilisation, ATCD de fracture de la hanche chez un parent du 1er degré.
Diabète avec néphropathie, rétinopathie ou neuropathie	3		
Diabète avec autre maladie vasculaire ou d'une durée > 20 ans	3		

[12] Classes de fonction cardiaque (https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/multimedia/table/classification-de-linsuffisance-cardiaque-de-la-new-york-heart-association-nyha):
- Fonction cardiaque normale (classe 1) : aucune fatigue, ni dyspnée, ni palpitations excessives lors d'activité physique normale (pelleter de la neige).
- Légèrement atteinte (classe 2) : fatigue, dyspnée, palpitations ou douleur rétrosternale lors d'activité physique normale.
- Modérément atteinte (classe 3) : fatigue, dyspnée, palpitations ou douleur rétrosternale lors d'activité physique légère (faire un lit).
- Sévèrement atteinte (classe 4) : fatigue, dyspnée, palpitations ou douleur rétrosternale au repos.

Tableau 1 Contre-indications absolues (catégorie 4) et relatives (catégorie 3) concernant l'injection contraceptive d'acétate de médroxyprogestérone-retard (AMPR) (suite)

Condition	Catégorie	Clarifications
Cirrhose sévère décompensée	3	
Adénome hépatocellulaire (tumeur bénigne)	3	
Cancer du foie (hépatome)	3	
Anémie falciforme (drépanocytose)	3	
Hypersensibilité à l'une des composantes du produit	4	

8.5 Description de l'injection contraceptive

L'acétate de médroxyprogestérone-retard (AMPR) est le seul produit contraceptif injectable disponible au Canada pour administration intramusculaire. Il est autorisé par Santé Canada pour une utilisation aux 3 mois (14, 15).

Il se présente sous la forme d'une fiole ou d'une seringue préremplie de 1 ml de suspension contenant 150 mg d'AMPR, des produits de conservation et d'autres produits non médicinaux (14, 15). Comme l'AMPR est en dépôt dans le soluté, il faut secouer la fiole et s'assurer qu'il est bien mélangé avant de l'injecter par voie intramusculaire. Des consignes précises doivent être suivies pour faire ces injections intramusculaires : port de gants, ne pas faire le vide d'air au niveau de la seringue et utiliser la méthode d'injection en Z dans le muscle fessier antérieur ou le deltoïde (16).

Son principal mode d'action est l'inhibition de l'ovulation. Il agit aussi en augmentant la viscosité du mucus cervical (limitant la pénétration des spermatozoïdes) et en amincissant l'endomètre (pouvant être responsable de l'aménorrhée) (17–20).

L'injection contraceptive à l'AMPR est une méthode contraceptive dont l'efficacité dépend de la façon dont elle est utilisée, comme pour toutes les autres méthodes contraceptives réversibles à courte durée d'action (MCRCA) (voir chapitre 2, figure 1). Le risque de grossesse lors d'une utilisation parfaite de la méthode (utilisation contrôlée dans les projets de recherche) est de 0,2 pour 100 femmes-années (21). Le risque de grossesse lors d'une utilisation typique de la méthode (utilisation habituelle dans la population générale) varie de 2 à 6 pour 100 femmes-années (21–23). Le risque de grossesse est d'autant plus élevé que la personne est jeune, a une faible éducation, un statut socio-économique faible et n'est pas mariée (23). Quoiqu'une étude internationale ait montré que le risque de grossesse était faible lorsque le délai entre les injections était de 17 semaines plutôt que de 12-13 semaines (24), les données de cette étude ne sont pas généralisables aux Québécoises, car 37 % de la population de cette étude pratiquaient l'allaitement et la majorité des participantes vivaient dans des pays en voie de développement.

8.6 Début de l'utilisation de l'injection contraceptive

8.6.1 Début de l'utilisation

Les consignes qui suivent ont été établies à la suite d'une revue systématique des lignes directrices sur le sujet (2–5, 7, 10, 13, 25–27).

L'AMPR a une efficacité immédiate, s'il est injecté :

- Dans les 5 jours qui suivent la date de début de la dernière menstruation (DDM).
- Dans les 21 jours qui suivent un accouchement.
- Le jour même ou dans les 5 jours qui suivent un avortement chirurgical, un avortement spontané ou une grossesse extra-utérine.
- Dans les 6 mois après l'accouchement si les critères d'aménorrhée lactationnelle sont tous appliqués[13].

Dans le cas de l'avortement médicamenteux, l'AMPR est efficace s'il est injecté :

- Le jour de la prise de mifépristone (avec un counseling sur le risque d'efficacité réduite de l'avortement médicamenteux (28, 29)), ou
- Dans les 5 jours qui suivent la prise de misoprostol, et dans ce cas il est nécessaire d'observer une absence de RSNP depuis la prise de misoprostol et d'utiliser le condom à toutes les relations sexuelles pendant 7 jours après l'injection d'AMPR.

Dans les autres situations, il faut recommander de vérifier la survenue de RSNP depuis la DDM (voir les consignes décrites au tableau 2):

[13] Les trois critères suivants doivent être réunis : 1) moins de 6 mois après l'accouchement, 2) allaitement complet ou presque complet (c.-à-d. alimentation du nouveau-né composée de lait maternel dans plus des trois quarts des repas et intervalles ≤ 4-6 heures entre les tétées), 3) aucune perte sanguine menstruelle.

Tableau 2 Moment de l'injection dans les situations où l'efficacité de l'injection contraceptive à l'AMPR n'est pas immédiate

<table>
<tr><th colspan="3">Y a-t-il eu une relation sexuelle non protégée (RSNP) depuis la DDM?</th></tr>
<tr><th>NON, pas de RSNP :</th><th colspan="2">OUI, il y a eu une ou plusieurs RSNP :</th></tr>
<tr><td rowspan="8">1. Injecter l'AMPR le jour même.

2. Utiliser le condom à toutes les relations sexuelles x 7 jours.

3. Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après l'insertion.</td><td colspan="2">1) Faire un test de grossesse immédiatement (voir note à la fin de cette section) et s'il est négatif, informer la personne qu'une grossesse précoce est possible, mais que les hormones de l'injection contraceptive ne seraient pas nuisibles à la grossesse.
2) Vérifier quand la personne veut débuter l'injection contraceptive :</td></tr>
<tr><td>La personne veut débuter l'injection contraceptive immédiatement :</td><td>La personne Ne veut PAS débuter l'injection contraceptive immédiatement :</td></tr>
<tr><td colspan="2">Si RSNP ≤ 5 derniers jours :</td></tr>
<tr><td>1. Offrir COU-LNG.
2. Injecter l'AMPR immédiatement.
3. Utiliser le condom à toutes les relations sexuelles x 7 jours.
4. Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après l'injection d'AMPR.</td><td>1. Offrir COU-LNG ou COU-UPA selon le délai depuis la dernière RSNP.
2. Proposer le début rapide, immédiat ou 5 jours plus tard selon le type de COU, d'une méthode à courte durée d'action (COC, timbre, anneau, PPS) jusqu'à la prochaine menstruation.
3. Utiliser le condom à toutes les relations sexuelles x 7 jours après début de MCRCA (+ 5 jours post COU pour COU-UPA).
4. Revoir pour l'injection d'AMPR dans les 5 jours suivant le début de la prochaine menstruation.
5. Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, si prochaine menstruation absente ou inhabituelle.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Si RSNP ≤ 7 derniers jours :</td></tr>
<tr><td>1. Considérer l'insertion d'un stérilet au cuivre d'urgence.
2. Injecter l'AMPR simultanément.
3. Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après l'injection de l'AMPR.
4. Retirer le stérilet au cuivre au minimum 7 jours après son insertion.</td><td>1. Considérer l'insertion d'un stérilet au cuivre d'urgence (pour un minimum de 7 jours).
2. Faire un test de grossesse urinaire, à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après l'insertion.
3. Offrir, au besoin, un rendez-vous pour l'injection d'AMPR et le retrait du stérilet au cuivre dans les 5 jours suivant le début de la prochaine menstruation.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Si RSNP > 7 jours :</td></tr>
<tr><td>1. Injecter l'AMPR.
2. Utiliser le condom à toutes les relations sexuelles x 7 jours.
3. Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après l'injection d'AMPR.</td><td>1. Proposer le début rapide d'une méthode à courte durée d'action (COC, timbre, anneau, PPS) jusqu'à la prochaine menstruation.
2. Utiliser le condom à toutes les relations sexuelles x 7 jours après début de MCRCA.
3. Revoir pour l'injection de l'AMPR dans les 5 jours suivant le début de la prochaine menstruation.
4. Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, si prochaine menstruation absente ou inhabituelle.</td></tr>
</table>

Note : le test de grossesse peut rester positif jusqu'à 6 semaines après un accouchement, un avortement spontané, une grossesse extra-utérine ou un avortement médicamenteux et chirurgical. Dans ces situations cliniques, il doit être expliqué à la personne que le test de grossesse est peu utile. Six semaines après la résolution d'une grossesse, le test de grossesse devra être négatif.

8.6.2 Facteurs affectant l'efficacité de l'injection contraceptive

A – Surpoids et obésité

Le surpoids ou l'obésité n'ont pas été démontrés comme des facteurs réduisant l'efficacité de l'injection contraceptive.

B – Interactions médicamenteuses

Très peu d'interactions médicamenteuses sont documentées avec l'AMPR. L'acétate d'ulipristal, comme anti-progestatif, antagonise et peut être antagonisé par l'AMPR (3, 6, 9, 25). Par ailleurs, certains médicaments utilisés pour le traitement du syndrome de Cushing et de certains cancers peuvent réduire les taux sériques d'AMPR (3, 9).

8.6.3 Allaitement et injection contraceptive

Les données probantes n'indiquent pas que l'AMPR puisse avoir un effet sur la production de lait maternel et sur le développement du nourrisson (30–33). Une revue systématique (30) rapporte que lorsque débuté dans les 6 semaines post-partum et même dans les 5 jours qui suivent l'accouchement, l'utilisation de l'AMPR ne modifie pas la fréquence ni la continuation de l'allaitement, en particulier l'allaitement exclusif.

8.6.4 Prévention de l'arrêt de la méthode contraceptive

Les personnes désirant utiliser l'injection contraceptive à l'AMPR doivent être avisées, à l'avance, de la survenue possible d'effets indésirables (Bonne pratique clinique – Recommandation forte).

Le counseling préalable sur les effets indésirables est un facteur permettant de favoriser la continuation de la méthode contraceptive (34).

8.7 Ajustement des effets indésirables de l'injection contraceptive

Des effets indésirables peuvent survenir avec l'injection contraceptive à l'AMPR. La survenue d'une **aménorrhée** est fréquente, dans des proportions de 12 %, 25 %, 37 % et 46 % après 3, 6, 9 et 12 mois d'utilisation, respectivement (35). Elle est considérée, par plusieurs, comme un effet bénéfique de l'utilisation de l'injection contraceptive. Durant la 1re année d'utilisation, environ 10 % des utilisatrices ont un patron menstruel cyclique régulier, tandis que 21 % et 10 % ont des **saignements irréguliers** d'abondance variable, après 3 mois et 12 mois d'utilisation, respectivement (35).

Dans une revue Cochrane publiée en 2016 (36), 3 études de faible qualité sur 16 ont montré un lien entre l'utilisation de l'injection contraceptive à l'AMPR et la **prise de poids**, avec une augmentation de 1,3 kg, 3,5 kg et 6,6 kg après 1, 4 et 10 ans d'utilisation (37). Dans un essai randomisé récent réalisé dans 4 pays d'Afrique (38), la prise de poids moyenne après 18 mois chez des utilisatrices d'AMPR, d'implant au lévonorgestrel et de stérilet au cuivre était de 3,5 kg (± 6,3), 2,4 kg (± 5,9) et 1,5 kg (± 5,7), respectivement. La prise de poids n'a été une raison de cessation de l'étude que chez 0,6 % des utilisatrices d'AMPR, 0,2 % des utilisatrices d'implant au lévonorgestrel et aucune utilisatrice de stérilet au cuivre (38), ce qui amène un chercheur (39) à recommander de mettre en perspective, lors du counseling, l'efficacité d'une méthode, ses effets bénéfiques et ses effets indésirables potentiels, comme la prise de poids.

Bien que des **variations de l'humeur** aient été signalées chez les utilisatrices de contraceptifs à progestatif seul (40) et qu'elles puissent mener à l'abandon du traitement, un essai randomisé (41) a montré que le risque de dépression à 12 mois est significativement plus faible chez les utilisatrices d'AMPR (9,6 %) que chez les utilisatrices de stérilet au cuivre (17,7 %). Par ailleurs, une revue systématique sur le risque de dépression chez les femmes qui utilisent l'AMPR en post-partum n'a pas montré d'augmentation de ce risque (42).

L'AMPR est associé à un **délai de l'ovulation** subséquemment à son utilisation (43–48). Dans une étude sur 2 841 femmes, le délai moyen après une utilisation à court terme (< 2 ans) et à long terme (≥ 2 ans) pour devenir enceinte à la suite de l'arrêt de l'AMPR a été de 8,5 et 18,8 mois, respectivement, soit un délai 2 et 6 fois plus long que pour d'anciennes utilisatrices de condoms (45). Six et douze mois après l'arrêt de l'AMPR, 27,4 % et 51,6 % des femmes devenaient enceintes, respectivement (45). Selon une autre étude (48), 18 mois après l'arrêt de l'AMPR, le taux cumulatif de conception était estimé à 93 %, soit identique à celui obtenu après l'arrêt du stérilet au cuivre, du diaphragme et du condom. Le counseling contraceptif pour l'AMPR doit faire état du délai de retour de la fertilité, en particulier pour les personnes qui désirent une grossesse dans un intervalle rapproché.

Les autres effets indésirables de l'injection contraceptive sont les **céphalées** et ceux liés aux effets anti-estrogéniques de l'AMPR (**acné, pousse de poils**, etc.).

8.7.1 Saignements irréguliers

Les saignements irréguliers peuvent être associés à l'effet hormonal de l'injection contraceptive à l'AMPR, mais également à :

- Une grossesse.
- Une infection transmissible sexuellement comme l'infection à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae*.
- Une infection de l'endomètre ou du col.
- Une affection de l'utérus (p. ex. : polype, myome, cancer) ou du col (polype, cancer, etc.).
- Une maladie systémique tel un trouble thyroïdien.

Interventions

- Faire un test de grossesse → si résultat positif, diriger rapidement la personne, selon ses souhaits, vers une IPS, une sage-femme, un médecin ou un service d'interruption volontaire de grossesse qui s'assurera que la grossesse n'est pas extra-utérine et lui fournira les soins appropriés.
- Effectuer un test de triage pour éliminer l'infection à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae* → si le résultat du test est positif, soit appliquer l'ordonnance collective *Initier des mesures diagnostiques et un traitement pharmacologique chez une personne présentant des pertes vaginales inhabituelles,* soit diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- En présence d'autres symptômes (dyspareunie profonde, sensibilité abdominale basse, fièvre/frissons, pertes vaginales anormales) → diriger rapidement la personne vers une IPS ou un médecin.

- En l'absence de test de grossesse positif, de test de triage positif pour l'infection à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae* ou d'autres symptômes, si les saignements arrivent au cours des 3 premiers mois, rassurer la personne et lui dire que cet effet indésirable se réduira avec le temps.

A – Interventions lors de saignements irréguliers dans les 3 à 6 mois après la première injection

Si le résultat du test de grossesse est négatif et en l'absence d'une détection positive d'infection à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae* et de symptômes autres que les saignements :

- Continuer d'utiliser l'injection contraceptive.
- Rassurer la personne et lui dire que cet effet indésirable se réduira avec le temps.
- Le rapprochement des injections n'est pas justifié par les données probantes.

> **Les professionnels autorisés à prescrire** peuvent offrir, en l'absence de contre-indications aux AINS, d'interactions médicamenteuses et après avoir vérifié la nécessité d'une gastro-protection, l'un des traitements suivants, à commencer le premier jour des saignements :
>
> - Ibuprofène 400 mg, per os, quatre fois par jour, pendant 7 jours (49).
> - Ou un équivalent (voir tableau 3) **(Bonne pratique clinique – Recommandation conditionnelle)**.

- Si la personne préfère changer de méthode, offrir un autre contraceptif en s'assurant de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre.
- Faire un suivi systématique de la personne 3 mois après cette consultation ou avant, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable ou la présence d'effets indésirables liés à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- Recommander à la personne de consulter rapidement un professionnel de la santé (811, infirmière, IPS, médecin, urgence) si elle développe de la dyspareunie profonde nouvelle, une sensibilité abdominale basse, de la fièvre/frissons ou des pertes vaginales anormales d'ici à la visite de suivi.

Tableau 3 Équivalence des anti-inflammatoires non stéroïdiens

Classe	Médicament	Posologie	Dose maximale/jour
Dérivés de l'acide acétique	Diclofénac sodique	50-75 mg PO BID	150 mg
	Diclofénac potassique	100 mg PO STAT, puis 50 mg PO q6-8h	200 mg le 1er jour, puis 100 mg
Fénamates	Acide méfénamique	500 mg PO STAT, puis 250 mg q6h ou 500 mg q8h	1500 mg
Indoles	Indométhacine	25 mg PO TID	200 mg
Dérivés de l'acide propionique	Ibuprofène	400-600 mg PO q6h ou 800 mg PO q8h	3200 mg
	Kétoprofène	25-50 mg PO TID-QID	300 mg
	Naproxène	500 mg PO BID	1250 mg
	Naproxène sodique	550 mg PO BID	1650 mg
	Flurbiprofène	50 mg PO QID	300 mg
Inhibiteur sélectif de la COX-2	Célécoxib	200 mg PO BID	400 mg

Tous les AINS sont équivalents. On peut répondre à un AINS et non à un autre. Les doses recommandées ci-dessus sont pour de courtes durées (moins d'une semaine). Les posologies recensées sont pour le traitement de la douleur aiguë ou de la dysménorrhée. Sources : monographies des produits, Micromedex (50), Lexicomp (51).

B – Interventions lors de saignements irréguliers et/ou ménorragie depuis plus de 6 mois après l'injection OU lors d'un changement du patron menstruel après plus de 6 mois d'utilisation OU lors de non-réponse au traitement offert pour réduire les saignements irréguliers et/ou les ménorragies

- Faire un test de grossesse → si résultat positif, diriger rapidement la personne, selon ses souhaits, vers une IPS, une sage-femme, un médecin ou un service d'interruption volontaire de grossesse qui s'assurera que la grossesse n'est pas extra-utérine et lui fournira les soins appropriés.
- Effectuer un test de triage pour éliminer l'infection à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae* → si le résultat du test est positif, soit appliquer l'ordonnance collective *Initier des mesures diagnostiques et un traitement pharmacologique chez une personne présentant des pertes vaginales inhabituelles,* soit diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- En présence d'autres symptômes (dyspareunie profonde, sensibilité abdominale basse, fièvre/frissons, pertes vaginales anormales) → diriger rapidement la personne vers une IPS ou un médecin.
- Ne pas cesser l'injection et diriger la personne vers une IPS ou un médecin pour un examen physique complet, une investigation ou un traitement subséquent.

8.7.2 Aménorrhée

L'aménorrhée peut être associée à l'effet hormonal du contraceptif, mais également à :

- La grossesse (très rare sous injection contraceptive).
- Une dysfonction hormonale.
- Une maladie systémique.

Interventions

- Faire un test de grossesse, en particulier si signes et symptômes de grossesse et si délai ≥ 14 semaines entre les injections → si résultat positif, diriger rapidement la personne, selon ses souhaits, vers une IPS, une sage-femme, un médecin ou un service d'interruption volontaire de grossesse qui s'assurera que la grossesse n'est pas extra-utérine et lui fournira les soins appropriés.
- En présence d'autres symptômes → diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- Si le résultat du test de grossesse est négatif et en l'absence d'autres symptômes et de contre-indications :
  - Rassurer la personne.
- Si la personne préfère changer de méthode, offrir un autre contraceptif en s'assurant de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre.

8.7.3 Céphalées

Les céphalées peuvent être associées à l'effet hormonal du contraceptif, mais également à :

- Une migraine (voir annexe VIII sur les différents types de céphalées).
- Une maladie systémique.

Interventions

- En présence de céphalée nouvelle, de migraine non diagnostiquée, d'autres symptômes (p. ex. symptômes ophtalmologiques ou neurologiques associés) → diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- Vérifier la tension artérielle → si supérieure à 140/90 mm Hg, diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- En l'absence d'autres symptômes et si la tension artérielle est normale :
  - Rassurer la personne.
  - En l'absence de contre-indications et d'interactions médicamenteuses, lui conseiller de consulter son pharmacien afin d'utiliser l'un des médicaments suivants disponibles en VENTE LIBRE :
    - Ibuprofène 400 mg, per os, aux 4 à 6 heures (max. : 1200 mg/24 h), jusqu'à l'arrêt des douleurs.
    - Ou naproxène sodique 220 mg, per os, toutes les 8 à 12 heures (max. : 440 mg/24 h), jusqu'à l'arrêt des douleurs.
    - Ou acétaminophène 500 mg à 1000 mg, per os, trois à quatre fois par jour.
- Si la personne préfère changer de méthode, offrir un autre contraceptif en s'assurant de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre.
- Faire un suivi systématique de la personne 3 mois après cette consultation ou avant, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable ou la présence d'effets indésirables liés à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la personne vers une IPS ou un médecin.

8.7.4 Acné

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

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

Interventions

- Faire un test de grossesse → si résultat positif, diriger rapidement la personne, selon ses souhaits, vers une IPS, une sage-femme, un médecin ou un service d'interruption volontaire de grossesse qui s'assurera que la grossesse n'est pas extra-utérine et lui fournira les soins appropriés.
- 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 personne vers une IPS ou un médecin.
- En présence d'autres symptômes (p. ex. changement de la voix, pousse de poils, etc.) → diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- Si le résultat du test de grossesse est négatif et en l'absence d'autres symptômes et de prise de nouveaux médicaments :
  - Rassurer la personne 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 de la possibilité d'utiliser un autre contraceptif, en s'assurant de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre.
  - Diriger la personne vers une IPS ou un médecin si l'acné est très importante.
- Faire un suivi systématique de la personne 3 mois après cette consultation ou avant, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable ou la présence d'effets indésirables liés à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la personne vers une IPS ou un médecin.

8.7.5 Prise de poids

La prise de poids peut être associée à l'effet hormonal de l'injection contraceptive à l'AMPR, mais également à :

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

Interventions

- Faire un test de grossesse → si résultat positif, diriger rapidement la personne, selon ses souhaits, vers une IPS, une sage-femme, un médecin ou un service d'interruption volontaire de grossesse qui s'assurera que la grossesse n'est pas extra-utérine et lui fournira les soins appropriés.
- En présence d'autres symptômes → diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- 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 personne vers une IPS ou un médecin.
- Si le résultat du test de grossesse est négatif et en l'absence d'autres symptômes :
  - Rassurer la personne et lui dire qu'il est possible, mais pas certain, que sa prise de poids soit liée à l'utilisation de l'injection contraceptive.
  - Peser la personne afin de documenter le poids et de le vérifier à une prochaine visite.
  - Lui conseiller d'augmenter ses activités physiques et de réviser sa consommation d'aliments ou boissons. Une consultation auprès d'un(e) nutritionniste ou d'un(e) kinésiologue peut être suggérée.
- Si la personne préfère changer de méthode, offrir un autre contraceptif en s'assurant de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre.
- Faire un suivi systématique de la personne 3 mois après cette consultation ou avant, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable ou la présence d'effets indésirables liés à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la personne vers une IPS ou un médecin.

8.7.6 Effets sur l'humeur

Les effets sur l'humeur peuvent être associés à l'effet hormonal du contraceptif, mais également à :

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

Interventions

- Évaluer la présence d'éléments déclencheurs.
- Faire remplir le questionnaire sur la santé du patient PHQ-9 (annexe IX); si le score est égal ou supérieur à 10 ou s'il y a présence d'idées suicidaires → diriger la personne vers une IPS, un médecin, l'urgence ou contacter le 811 pour une prise en charge immédiate, selon la sévérité des symptômes.
- Si présence de troubles invalidants du sommeil → diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- Si le score au questionnaire est inférieur à 10, que la personne ne présente pas d'idées suicidaires et qu'il y a absence de troubles invalidants du sommeil :
  - Rassurer la personne 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.
  - Les techniques de relaxation et de méditation pleine conscience peuvent aussi être suggérées.
  - La revoir deux semaines plus tard pour une réévaluation en utilisant le questionnaire sur la santé du patient PHQ-9 : si les symptômes sont toujours présents et en l'absence de contre-indications, considérer l'utilisation d'un autre contraceptif en s'assurant de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre ou diriger vers une IPS ou un médecin.

- Si la personne préfère changer de méthode, offrir un autre contraceptif en s'assurant de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre.
- Si la personne n'a pas été évaluée par une IPS ou un médecin, faire un suivi systématique de la personne un mois après la 2e consultation pour ce problème afin de vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable ou présence d'effets indésirables liés à la nouvelle stratégie adoptée et dans tous les cas où l'infirmière a besoin de soutien professionnel, diriger la personne vers une IPS ou un médecin.

8.8 Gestion des complications sérieuses de l'injection contraceptive

Les préoccupations reliées à l'utilisation de l'injection d'AMPR sont peu fréquentes et comprennent :

- **Une réduction réversible de la densité minérale osseuse (DMO)** en lien avec l'effet hypo-estrogénique de l'AMPR. Certaines études, mais pas toutes, montrent une réduction de la DMO chez les utilisatrices d'AMPR (52–56); la baisse de DMO est plus prononcée au cours des deux premières années d'utilisation (réduction de 0,5 % à 3,5 % et 5,7 % à 7,5 % après un et deux ans, respectivement, soit inférieure à une ostéopénie franche (- 12,5 %)) (55, 57–61). La réduction des scores de DMO se stabilise au-delà de 2 ans d'utilisation (62–64). Chez des femmes atteintes de paralysie cérébrale et non ambulatoire, l'injection d'AMPR ne semble pas affecter la DMO (65). La DMO revient aux valeurs de départ (ou près de celles-ci) dans les deux ans suivant l'arrêt de l'AMPR chez toutes les femmes, peu importe leur âge (59, 61, 62, 64, 66–70), indiquant la réversibilité de cette réduction. La FSRH estime que les données sont insuffisantes pour associer la réduction de DMO secondaire à l'AMPR pour la contraception à un risque accru de fracture (26). Le potentiel d'atteindre une réduction de la DMO au niveau de l'ostéoporose n'a pas été démontré (61, 62, 71), et seules quelques études suggèrent une très faible association entre l'utilisation de l'AMPR et le risque de fracture (72–75), que l'on ne peut pas dissocier d'autres facteurs de risque bien établis, comme l'utilisation de corticostéroïdes, l'épilepsie, les fractures antérieures, les troubles liés à la consommation d'alcool (3, 75). Aucune conduite particulière (contre-indication ou suivi) n'est recommandée au regard de ce sujet.
- **Un risque non prouvé d'acquisition ou de transmission d'infection au VIH.** En 2011 et 2012, deux études avaient signalé que le fait de présenter des taux élevés de progestérone (comme ceux qui sont constatés pendant la grossesse (76) ou lors d'utilisation d'AMPR (77)) pourrait mener à une hausse du risque de contracter et de transmettre une infection au VIH. Des études de cohorte et des méta-analyses subséquentes avaient signalé des résultats contradictoires (78–82). En 2019, les résultats de l'étude ECHO (*Evidence for Contraceptive Options and HIV Outcomes*) (83), premier essai contrôlé randomisé multicentrique de grande envergure comparant des femmes africaines recevant l'AMPR, l'implant au lévonorgestrel ou le stérilet au cuivre, n'ont pas mis en évidence de différence entre ces

groupes de femmes pour le risque d'infection au VIH. Récemment, un essai contrôlé randomisé (84) auprès de femmes malawites séropositives utilisant l'AMPR ou l'implant contraceptif au lévonorgestrel n'a pas démontré une excrétion virale accrue dans le tractus génital de ces femmes après le début de la méthode contraceptive. Ces résultats, appuyant ceux de l'étude ECHO, attestent de l'innocuité de l'AMPR au regard du risque d'acquisition et de transmission du VIH. Aucune conduite particulière (contre-indication ou suivi) n'est recommandée au regard de ce sujet.

- **Un risque imprécis d'accident vasculaire cérébral (AVC).** Dans le cadre d'une importante étude cas-témoins multinationale de l'OMS en 1998 (85), le risque cardiovasculaire (TEV, infarctus du myocarde et AVC) ne s'est pas élevé de façon significative chez les utilisatrices d'injections contraceptives à progestatif seul. Par contre, le risque d'AVC était 2 fois plus élevé chez les femmes ayant des antécédents d'HTA. Une étude récente a montré que l'utilisation de contraceptifs injectables était associée à une augmentation de la tension artérielle systolique et diastolique par rapport à l'utilisation de COC ou de contraceptifs non hormonaux, sans augmentation réelle du risque d'HTA (86). Une méta-analyse subséquente n'a pas rapporté d'effet des injections contraceptives à progestatif seul sur la tension artérielle ainsi que sur le risque d'infarctus et d'AVC (87). Un antécédent d'AVC ou un AVC actuel, de même qu'une hypertension artérielle (systolique ≥ 160 ou diastolique ≥ 100 mm Hg) sont des contre-indications de catégorie 3 à l'injection contraceptive.

Les complications sérieuses reliées à l'utilisation de l'injection contraceptive à l'AMPR sont peu fréquentes et comprennent :

- **Un risque accru de thromboembolie veineuse (TEV).** Une méta-analyse (87) a démontré un risque de TEV 2,6 fois plus élevé chez les utilisatrices d'injection contraceptive à l'AMPR par rapport aux non-utilisatrices. D'autres études récentes suggèrent un risque augmenté de 2,2 à 3,6 fois (88–91), en particulier lors de la présence de certains facteurs de risque de TEV, tels que les mutations thrombogéniques (risque augmenté de 5,4 fois) (91). Une étude observationnelle récente sur 223 312 femmes de 15 à 49 ans a démontré que le nombre de nouveaux cas de TEV survenant annuellement chez les utilisatrices de contraceptifs d'AMPR était 3,7 fois plus élevé que pour les utilisatrices de SIU-LNG, après ajustement pour l'âge (92). On ne peut, cependant, pas éliminer la présence d'un biais de prescription dans ces études.
- **Une allergie au produit.** Des réactions allergiques ont été signalées chez 0,2 à 1 % des utilisatrices (avec anaphylaxie en de rares occasions) (14). De rares cas d'anaphylaxie à l'AMPR intramusculaire ont été rapportés dans la littérature (93, 94).

Les signes et les symptômes suivants doivent être considérés sérieux et nécessitent une consultation urgente à une IPS ou un médecin ou à l'urgence :

- Douleur et rougeur importantes avec ou sans œdème/ecchymose au site d'injection.
- Douleur thoracique importante, pouvant être accompagnée de toux, de dyspnée et de douleur s'exacerbant à la respiration.
- Douleur importante dans un membre inférieur (cuisse ou mollet) avec ou sans gonflement et/ou rougeur.
- Céphalée importante, pouvant être accompagnée d'étourdissements, de sensation de faiblesse, d'engourdissement latéralisé ou non.
- Perte de toute fonction motrice ou sensitive.

- Problème de vision (perte de vision complète ou partielle, vision embrouillée latéralisée ou non).
- Trouble du langage.
- Fracture vertébrale ou d'un os long.
- Symptômes d'allergie sévère/anaphylaxie post-injection : sensation de malaise, sensations de picotements, vertiges, démangeaisons, urticaire, œdème, respiration sifflante, toux, difficultés respiratoires, évanouissement.

Dans la situation d'allergie sévère et d'anaphylaxie, les infirmières doivent faire les interventions en cas d'urgence et référer à une IPS, un médecin ou l'urgence selon la gravité de la situation clinique.

Il est recommandé d'aviser les personnes des signes et symptômes de complications sérieuses avec l'utilisation de l'injection contraceptive (Bonne pratique clinique – Recommandation forte)

8.9 Suivi

8.9.1 Suivi régulier

Un suivi doit être prévu toutes les 12 à 13 semaines pour les injections subséquentes. En cas d'indisponibilité de la personne, l'injection subséquente peut être devancée de 1 à 2 semaines. Si la personne se présente avec un délai de 14 semaines ou plus depuis sa dernière injection, l'infirmière doit suivre les étapes liées au retard de l'injection contraceptive à l'AMPR fournies à l'annexe X.

Si, lors d'une visite de suivi, l'utilisatrice de l'injection contraceptive à l'AMPR désire cesser les injections, l'infirmière doit lui proposer de débuter une autre méthode contraceptive et s'assurer de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre (Bonne pratique clinique – Recommandation forte).

La transition sécuritaire d'une méthode à une autre est fournie à l'annexe III.

8.9.2 Suivi lors de bouleversement sociosanitaire

Lors de bouleversement sociosanitaire, il est préférable de remplacer l'utilisation d'AMPR par l'utilisation de PPS ou d'une MCRLA afin d'éviter les visites en présentiel pour l'injection intramusculaire (95, 96)[14].

Dans les situations de trouble d'observance, intolérance à d'autres contraceptifs ou utilisation de médicaments tératogènes, poursuivre l'AMPR (96, 97) ou proposer une MCRLA. Dans ces situations, donner les injections intramusculaires aux 14 semaines, en clinique (97, 98); si l'intervalle excède 14 semaines, recommander l'absence de RSNP ou l'utilisation du condom à toutes les RSNP à partir de 14 semaines et suivre les consignes d'oublis d'AMPR pour les injections subséquentes (annexe X).

Les visites virtuelles sont conseillées pour l'obtention d'informations, le counseling contraceptif, la vérification des contre-indications, la prescription (ou le renouvellement) de l'AMPR, la gestion des effets indésirables, la prolongation et pour vérifier le besoin/donner les consignes d'une visite subséquente en présentiel (95–113).

[14] Dissidence du Dr Mathieu Leboeuf qui estime que l'AMPR est plus efficace que les PPS et que les PPS peuvent requérir une visite mensuelle ou aux 2-3 mois chez le pharmacien.

Les contre-indications et les consignes de début d'utilisation de l'AMPR en période de bouleversement sociosanitaire restent les mêmes que celles consignées dans ce chapitre.

8.10 Activités spécifiques de l'infirmière

En plus des activités professionnelles présentées au chapitre 3, l'infirmière peut procéder aux activités suivantes :

- Injecter l'AMPR intramusculaire en suivant les consignes de l'INSPQ (16).
- Assurer le suivi de la personne et lui fournir les informations pertinentes.
- Offrir un counseling contraceptif dans les situations de changement de méthode contraceptive.
- Diriger les personnes vers les professionnels appropriés en cas de situations cliniques suggérant une complication sérieuse.

8.11 Résumé des recommandations

- Les personnes désirant utiliser l'injection contraceptive doivent être avisées, à l'avance, de la survenue possible d'effets indésirables (Bonne pratique clinique – Recommandation forte).
- Les professionnels autorisés à prescrire peuvent offrir, en l'absence de contre-indications aux AINS, d'interactions médicamenteuses et après avoir vérifié la nécessité d'une gastro-protection, une prescription d'un AINS lors de saignements irréguliers dans les 3 à 6 mois après la première injection d'acétate de médroxyprogestérone-retard (Bonne pratique clinique – Recommandation conditionnelle).
- Il est recommandé d'aviser les personnes des signes et symptômes de complications sérieuses avec l'utilisation de l'injection contraceptive à l'AMPR (Bonne pratique clinique – Recommandation forte).
- Si, lors d'une visite de suivi, l'utilisatrice de l'injection contraceptive désire cesser les injections, l'infirmière doit lui proposer de débuter une autre méthode contraceptive et s'assurer de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre (Bonne pratique clinique – Recommandation forte).

8.12 Références

1. World Health Organisation (WHO). Medical eligibility criteria for contraceptive use [Internet]. 5th ed. Geneva : World Health Organization; 2015. Disponible : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK321151/pdf/Bookshelf_NBK321151.pdf
2. Curtis K, Tepper N, Jatlaoui T, Berry-Bibee E, Horton L, Zapata LB, *et al.* U.S. Medical eligibility criteria for contraceptive use (CDC). Morb Mortal Wkly Rep. 2016;65(3):1-103.
3. Black A, Guilbert E, Costescu D, Dunn S, Fisher W, Kives S, *et al.* Consensus canadien sur la contraception (3e partie de 4) : Chapitre 8 – contraception à progestatif seul. J Obstet Gynaecol Can. 2016;38(3):301-26.
4. Centers for Disease Control (CDC). U.S. Medical eligibility criteria for contraceptive use 2023. Communication personnelle d'Édith Guilbert MD, MSc, 2023-01-30.
5. The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH). UK medical eligibility criteria for contraceptive use - UKMEC 2016 [Internet]. 2016. Disponible : https://www.fsrh.org/documents/ukmec-2016/
6. The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH). FSRH CEU Guidance : drug Interactions with Hormonal Contraception [Internet]. 2019. Disponible : https://www.fsrh.org/documents/ceu-clinical-guidance-drug-interactions-with-hormonal/

7. Haute Autorité de Santé (HAS). Méthodes contraceptives - Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles [Internet]. 2017. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1369314/fr/methodes-contraceptives-focus-sur-les-methodes-les-plus-efficaces-disponibles

8. Chabbert-Buffet N, Marret H, Agostini A, Cardinale C, Hamdaoui N, Hassoun D, *et al.* Contraception : recommandations pour la pratique clinique du CNGOF (texte court). Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. 2018;46(12):760-76.

9. Bernier M, Jonville-Bera AP. Interactions avec les contraceptifs. RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. 2018;46(12):786-91.

10. Best Practice Advocacy Centre New Zealand (BPACNZ). Contraception : which option for which patient? [Internet]. 2019. Disponible : https://bpac.org.nz/2021/contraception/options.aspx

11. Tepper NK, Curtis KM, Cox S, Whiteman MK. Update to U.S. Medical eligibility criteria for contraceptive use, 2016 : Updated Recommendations for the Use of Contraception Among Women at High Risk for HIV Infection. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020;69(14):405-10.

12. World Health Organization (WHO). Contraceptive eligibility for women at high risk of HIV. Guidance statement : recommendations on contraceptive methods used by women at high risk of HIV [Internet]. 2019. Disponible : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546035/pdf/Bookshelf_NBK546035.pdf

13. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG). Depot medroxyprogesterone acetate [Internet]. 2018. Disponible : https://ranzcog.edu.au/wp-content/uploads/2022/05/Depot-Medroxyprogesterone-Acetate.pdf

14. Pfizer Canada SRI. DEPO-PROVERA. Suspension injectable d'acétate de médroxyprogestérone. Monographie avec renseignements destinés aux patients. 2022; Disponible : https://www.pfizer.ca/en/our-products/depo-provera-medroxyprogesterone-acetate-injectable-suspension-usp/

15. Sandoz Canada Inc. Suspension injectable d'acétate de médroxyprogestérone USP. Monographie et renseignements destinés aux patientes. 2018; Disponible : https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00045147.PDF

16. Guilbert É, Caron S, Croteau A, Sassine MP, Dubé Pharm PA, Sauvé J. Élucider les consignes de sécurité liées à la manutention de l'acétate de médroxyprogestérone en dépôt. Demande de la Direction de santé publique des Laurentides. Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ) [Internet]. 2017. Disponible : Document interne, disponible sur demande.

17. Petta CA, Faúndes A, Dunson TR, Ramos M, DeLucio M, Faúndes D, *et al.* Timing of onset of contraceptive effectiveness in Depo-Provera users. II. Effects on ovarian function. Fertil Steril. 1998;70(5):817-20.

18. Petta CA, Faundes A, Dunson TR, Ramos M, DeLucio M, Faundes D, *et al.* Timing of onset of contraceptive effectiveness in Depo-Provera users : Part I. Changes in cervical mucus. Fertil Steril. 1998;69(2):252-7.

19. Kaunitz AM. Long-acting injectable contraception with depot medroxyprogesterone acetate. Am J Obstet Gynecol. 1994;170(5 Pt 2):1543-9.

20. Fraser IS, Weisberg E. A comprehensive review of injectable contraception with special emphasis on depot medroxyprogesterone acetate. Med J Aust. 1981;1(SP1):3-19.

21. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception. 2011;83(5):397-404.

22. Borgatta L, Murthy A, Chuang C, Beardsley L, Burnhill MS. Pregnancies diagnosed during Depo-Provera use. Contraception. 2002;66(3):169-72.

23. Bradley SEK, Polis CB, Bankole A, Croft T. Global Contraceptive failure rates : who is most at risk? Stud Fam Plann. 2019;50(1):3-24.

24. Steiner MJ, Kwok C, Stanback J, Byamugisha JK, Chipato T, Magwali T, *et al.* Injectable contraception : what should the longest interval be for reinjections? Contraception. 2008;77(6):410-4.

25. Robin G, Plouvier P, Delesalle AS, Rolland AL. Contraception hormonale en pratique hors dispositifs intra-utérins. RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. 2018;46(12):845-57.

26. The Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH). Progestogen-only injectable contraception. Clinical effectiveness unit [Internet]. 2023. Disponible : https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/cec-ceu-guidance-injectables-dec-2014/

27. World Health Organization (WHO), Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center. Family planning : a global handbook for providers (2018 update) [Internet]. 5th ed. Baltimore and Geneva : CCP and WHO; 2018. 442 p. Disponible : https://fphandbook.org/sites/default/files/global-handbook-2018-full-web.pdf

28. Sonalkar S, McClusky J, Hou MY, Borgatta L. Administration of depot medroxyprogesterone acetate on the day of mifepristone for medical abortion : a pilot study. Contraception. 2015;91(2):174-7.

29. Raymond EG, Weaver MA, Louie KS, Tan YL, Bousiéguez M, Aranguré-Peraza AG, *et al.* Effects of depot medroxyprogesterone acetate injection timing on medical abortion efficacy and repeat pregnancy: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2016;128(4):739-45.

30. Phillips SJ, Tepper NK, Kapp N, Nanda K, Temmerman M, Curtis KM. Progestogen-only contraceptive use among breastfeeding women : a systematic review. Contraception. 2016;94(3):226-52.

31. Kapp N, Curtis K, Nanda K. Progestogen-only contraceptive use among breastfeeding women : a systematic review. Contraception. 2010;82(1):17-37.

32. World Health Organisation (WHO). Progestogen-only contraceptives during lactation : II. Infant development. World Health Organization, task force for epidemiological research on reproductive health; special programme of research, development, and research training in human reproduction. Contraception. 1994;50(1):55-68.

33. World Health Organisation (WHO). Progestogen-only contraceptives during lactation : I. Infant growth. World Health Organization task force for epidemiological research on reproductive health; special programme of research, development and research training in human reproduction. Contraception. 1994;50(1):35-53.

34. Zapata LB, Tregear SJ, Curtis KM, Tiller M, Pazol K, Mautone-Smith N, *et al.* Impact of contraceptive counseling in clinical settings : a systematic review. Am J Prev Med. 2015;49(2 Suppl 1):S31-45.

35. Hubacher D, Lopez L, Steiner MJ, Dorflinger L. Menstrual pattern changes from levonorgestrel subdermal implants and DMPA : systematic review and evidence-based comparisons. Contraception. 2009;80(2):113-8.

36. Lopez LM, Ramesh S, Chen M, Edelman A, Otterness C, Trussell J, *et al.* Progestin-only contraceptives : effects on weight. Cochrane Fertility Regulation Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev. 2016;2016(8):CD008815.

37. Modesto W, de Nazaré Silva dos Santos P, Correia VM, Borges L, Bahamondes L. Weight variation in users of depot-medroxyprogesterone acetate, the levonorgestrel-releasing intrauterine system and a copper intrauterine device for up to ten years of use. Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept. 2015;20(1):57-63.

38. Beksinska M, Issema R, Beesham I, Lalbahadur T, Thomas K, Morrison C, *et al.* Weight change among women using intramuscular depot medroxyprogesterone acetate, a copper intrauterine device, or a levonorgestrel implant for contraception : findings from a randomised, multicentre, open-label trial. EClinicalMedicine. 2021;34:100800.

39. Bahamondes L. Weight change among women using intramuscular depot medroxyprogesterone acetate, a copper intrauterine device, or a levonorgestrel implant for contraception did not influence early discontinuation. EClinicalMedicine. 2021;34:100857.

40. Skovlund CW, Mørch LS, Kessing LV, Lidegaard Ø. Association of hormonal contraception with depression. JAMA Psychiatry. 2016;73(11):1154-62.

41. Singata-Madliki M, Carayon-Lefebvre d'Hellencourt F, Lawrie TA, Balakrishna Y, Hofmeyr GJ. Effects of three contraceptive methods on depression and sexual function : an ancillary study of the ECHO randomized trial. Int J Gynecol Obstet. 2021;154(2):256-62.

42. Ti A, Curtis KM. Postpartum hormonal contraception use and incidence of postpartum depression : a systematic review. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2019;24(2):109-16.

43. Saxena BN, Dusitsin N, Tankeyoon M, Chaudhury RR. Return of ovulation after the cessation of depot-medroxy progesterone acetate treatment in Thai women. J Med Assoc Thail Chotmaihet Thangphaet. 1980;63(2):66-9.

44. Garza-Flores J, Cardenas S, Rodríguez V, Cravioto MC, Diaz-Sanchez V, Perez-Palacios G. Return to ovulation following the use of long-acting injectable contraceptives : a comparative study. Contraception. 1985;31(4):361-6.

45. Hassan M a. M, Killick SR. Is previous use of hormonal contraception associated with a detrimental effect on subsequent fecundity? Hum Reprod Oxf Engl. 2004;19(2):344-51.

46. Pardthaisong T. Return of fertility after use of the injectable contraceptive Depo Provera : up-dated data analysis. J Biosoc Sci. 1984;16(1):23-34.

47. Fotherby K, Howard G. Return of fertility in women discontinuing injectable contraceptives. J Obstet Gynaecol. 1986;6 Suppl 2:S110-115.

48. Schwallie PC, Assenzo JR. The effect of depo-medroxyprogesterone acetate on pituitary and ovarian function, and the return of fertility following its discontinuation : a review. Contraception. 1974;10(2):181-202.

49. Abdel-Aleem H, d'Arcangues C, Vogelsong KM, Gaffield ML, Gülmezoglu AM. Treatment of vaginal bleeding irregularities induced by progestin only contraceptives. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(10):CD003449.

50. Merative. Micromedex® (electronic version) [Internet]. Ann Arbor, Michigan, USA; Disponible : https://www.micromedexsolutions.com/

51. Wolters Kluwer. Lexicomp : evidence-based drug referential content [Internet]. Disponible : https://www.wolterskluwer.com/en/solutions/lexicomp

52. Cundy T, Ames R, Horne A, Clearwater J, Roberts H, Gamble G, *et al.* A randomized controlled trial of estrogen replacement therapy in long-term users of depot medroxyprogesterone acetate. J Clin Endocrinol Metab. 2003;88(1):78-81.

53. Merki-Feld GS, Neff M, Keller PJ. A 2-year prospective study on the effects of depot medroxyprogesterone acetate on bone mass-response to estrogen and calcium therapy in individual users. Contraception. 2003;67(2):79-86.

54. Cromer BA, Lazebnik R, Rome E, Stager M, Bonny A, Ziegler J, *et al.* Double-blinded randomized controlled trial of estrogen supplementation in adolescent girls who receive depot medroxyprogesterone acetate for contraception. Am J Obstet Gynecol. 2005;192(1):42-7.

55. Walsh JS, Eastell R, Peel NF. Depot medroxyprogesterone acetate use after peak bone mass is associated with increased bone turnover but no decrease in bone mineral density. Fertil Steril. 2010;93(3):697-701.

56. Beksinska ME, Kleinschmidt I, Smit JA, Farley TMM, Rees HV. Bone mineral density in young women aged 19-24 after 4-5 years of exclusive and mixed use of hormonal contraception. Contraception. 2009;80(2):128-32.

57. Berenson AB, Radecki CM, Grady JJ, Rickert VI, Thomas A. A prospective, controlled study of the effects of hormonal contraception on bone mineral density. Obstet Gynecol. 2001;98(4):576-82.

58. Busen NH, Britt RB, Rianon N. Bone mineral density in a cohort of adolescent women using depot medroxyprogesterone acetate for one to two years. J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med. 2003;32(4):257-9.

59. Clark MK, Sowers MR, Nichols S, Levy B. Bone mineral density changes over two years in first-time users of depot medroxyprogesterone acetate. Fertil Steril. 2004;82(6):1580-6.

60. Cromer BA, Stager M, Bonny A, Lazebnik R, Rome E, Ziegler J, *et al.* Depot medroxyprogesterone acetate, oral contraceptives and bone mineral density in a cohort of adolescent girls. J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med. 2004;35(6):434-41.

61. Kaunitz AM, Miller PD, Rice VM, Ross D, McClung MR. Bone mineral density in women aged 25-35 years receiving depot medroxyprogesterone acetate : recovery following discontinuation. Contraception. 2006;74(2):90-9.

62. Kaunitz AM, Arias R, McClung M. Bone density recovery after depot medroxyprogesterone acetate injectable contraception use. Contraception. 2008;77(2):67-76.

63. Cromer BA, Bonny AE, Stager M, Lazebnik R, Rome E, Ziegler J, *et al.* Bone mineral density in adolescent females using injectable or oral contraceptives : a 24-month prospective study. Fertil Steril. 2008;90(6):2060-7.

64. Harel Z, Johnson CC, Gold MA, Cromer B, Peterson E, Burkman R, *et al.* Recovery of bone mineral density in adolescents following the use of depot medroxyprogesterone acetate contraceptive injections. Contraception. 2010;81(4):281-91.

65. Roden RC, Noritz G, McKnight ER, Bonny AE. An exploratory study of depot-medroxyprogesterone acetate and bone mineral density in adolescent and young adult women with cerebral palsy. Contraception. 2020;101(4):273-5.

66. Scholes D, LaCroix AZ, Ichikawa LE, Barlow WE, Ott SM. Change in bone mineral density among adolescent women using and discontinuing depot medroxyprogesterone acetate contraception. Arch Pediatr Adolesc Med. 2005;159(2):139-44.

67. Clark MK, Sowers M, Levy B, Nichols S. Bone mineral density loss and recovery during 48 months in first-time users of depot medroxyprogesterone acetate. Fertil Steril. 2006;86(5):1466-74.

68. Rosenberg L, Zhang Y, Constant D, Cooper D, Kalla AA, Micklesfield L, *et al.* Bone status after cessation of use of injectable progestin contraceptives. Contraception. 2007;76(6):425-31.

69. Cundy T, Cornish J, Evans MC, Roberts H, Reid IR. Recovery of bone density in women who stop using medroxyprogesterone acetate. BMJ. 1994;308(6923):247-8.

70. Kaunitz AM, Darney PD, Ross D, Wolter KD, Speroff L. Subcutaneous DMPA vs. intramuscular DMPA : a 2-year randomized study of contraceptive efficacy and bone mineral density. Contraception. 2009;80(1):7-17.

71. Lopez LM, Grimes DA, Schulz KF, Curtis KM. Steroidal contraceptives : effect on bone fractures in women. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(7):CD006033.

72. Lopez LM, Chen M, Mullins Long S, Curtis KM, Helmerhorst FM. Steroidal contraceptives and bone fractures in women : evidence from observational studies. Cochrane Database Syst Rev. 2015;2015(7):CD009849.

73. Meier C, Brauchli YB, Jick SS, Kraenzlin ME, Meier CR. Use of depot medroxyprogesterone acetate and fracture risk. J Clin Endocrinol Metab. 2010;95(11):4909-16.

74. Lanza LL, McQuay LJ, Rothman KJ, Bone HG, Kaunitz AM, Harel Z, *et al.* Use of depot medroxyprogesterone acetate contraception and incidence of bone fracture. Obstet Gynecol. 2013;121(3):593-600.

75. Raine-Bennett T, Chandra M, Armstrong MA, Alexeeff S, Lo JC. Depot Medroxyprogesterone Acetate, oral contraceptive, Intrauterine device use, and fracture risk. Obstet Gynecol. 2019;134(3):581-9.

76. Mugo NR, Heffron R, Donnell D, Wald A, Were EO, Rees H, *et al.* Increased risk of HIV-1 transmission in pregnancy: a prospective study among African HIV-1-serodiscordant couples. AIDS Lond Engl. 2011;25(15):1887-95.

77. Heffron R, Donnell D, Rees H, Celum C, Mugo N, Were E, *et al.* Use of hormonal contraceptives and risk of HIV-1 transmission : a prospective cohort study. Lancet Infect Dis. 2012;12(1):19-26.

78. Lutalo T, Musoke R, Kong X, Makumbi F, Serwadda D, Nalugoda F, *et al.* Effects of hormonal contraceptive use on HIV acquisition and transmission among HIV-discordant couples. AIDS Lond Engl. 2013;27 Suppl 1:S27-34.

79. Polis CB, Curtis KM. Use of hormonal contraceptives and HIV acquisition in women : a systematic review of the epidemiological evidence. Lancet Infect Dis. 2013;13(9):797-808.

80. Crook AM, Ford D, Gafos M, Hayes R, Kamali A, Kapiga S, *et al.* Injectable and oral contraceptives and risk of HIV acquisition in women : an analysis of data from the MDP301 trial. Hum Reprod Oxf Engl. 2014;29(8):1810-7.

81. Morrison CS, Chen PL, Kwok C, Baeten JM, Brown J, Crook AM, *et al.* Hormonal contraception and the risk of HIV acquisition : an individual participant data meta-analysis. PLoS Med. 2015;12(1):e1001778.

82. Ralph LJ, McCoy SI, Shiu K, Padian NS. Hormonal contraceptive use and women's risk of HIV acquisition : a meta-analysis of observational studies. Lancet Infect Dis. 2015;15(2):181-9.

83. Evidence for Contraceptive Options and HIV Outcomes (ECHO) Trial Consortium. HIV incidence among women using intramuscular depot medroxyprogesterone acetate, a copper intrauterine device, or a levonorgestrel implant for contraception : a randomised, multicentre, open-label trial. Lancet Lond Engl. 2019;394(10195):303-13.

84. Haddad LB, Tang JH, Davis NL, Kourtis AP, Chinula L, Msika A, *et al.* Influence of hormonal contraceptive use and HIV on cervicovaginal cytokines and microbiota in Malawi. mSphere. 2023;8(1):e0058522.

85. World Health Organisation (WHO). Cardiovascular disease and use of oral and injectable progestogen-only contraceptives and combined injectable contraceptives. Results of an international, multicenter, case-control study. World Health Organization collaborative study of cardiovascular disease and steroid hormone contraception. contraception. 1998;57(5):315-24.

86. Kalenga CZ, Dumanski SM, Metcalfe A, Robert M, Nerenberg KA, MacRae JM, *et al.* The effect of non-oral hormonal contraceptives on hypertension and blood pressure : a systematic review and meta-analysis. Physiol Rep. 2022;10(9):e15267.

87. Glisic M, Shahzad S, Tsoli S, Chadni M, Asllanaj E, Rojas LZ, *et al.* Association between progestin-only contraceptive use and cardiometabolic outcomes: a systematic review and meta-analysis. Eur J Prev Cardiol. 2018;25(10):1042-52.

88. van Hylckama Vlieg A, Helmerhorst FM, Rosendaal FR. The risk of deep venous thrombosis associated with injectable depot-medroxyprogesterone acetate contraceptives or a levonorgestrel intrauterine device. Arterioscler Thromb Vasc Biol. 2010;30(11):2297-300.

89. Mantha S, Karp R, Raghavan V, Terrin N, Bauer KA, Zwicker JI. Assessing the risk of venous thromboembolic events in women taking progestin-only contraception : a meta-analysis. BMJ. 2012;345:e4944.

90. Cockrum RH, Soo J, Ham SA, Cohen KS, Snow SG. Association of Progestogens and Venous Thromboembolism Among Women of Reproductive Age. Obstet Gynecol. 2022;140(3):477-87.

91. Bergendal A, Persson I, Odeberg J, Sundström A, Holmström M, Schulman S, *et al.* Association of venous thromboembolism with hormonal contraception and thrombophilic genotypes. Obstet Gynecol. 2014;124(3):600-9.

92. Kurvits K, Laius O, Uuskula M, Laanpere M. Trends in the use of hormonal contraception in Estonia 2005-2019 and the risk of arterial and venous thromboembolism : a population-based study. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2021;26(5):413-20.

93. Selo-Ojeme DO, Tillisi A, Welch CC. Anaphylaxis from medroxyprogesterone acetate. Obstet Gynecol. 2004;103(5 Pt 2):1045-6.

94. Lestishock L, Pariseau C, Rooholamini S, Ammerman S. Anaphylaxis from depot medroxyprogesterone acetate in an adolescent girl. Obstet Gynecol. 2011;118(2 Pt 2):443-5.

95. Tolu LB, Feyissa GT, Jeldu WG. Guidelines and best practice recommendations on reproductive health services provision amid COVID-19 pandemic : scoping review. BMC Public Health. 2021;21(1):276.

96. Sharma KA, Zangmo R, Kumari A, Roy KK, Bharti J. Family planning and abortion services in COVID 19 pandemic. Taiwan J Obstet Gynecol. 2020;59(6):808-11.

97. The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH). Ensuring provision of Sexual and Reproductive Healthcare (SRH) services during the second COVID-19 wave and beyond in the UK [Internet]. 2020. Disponible : https://www.fsrh.org/documents/fsrh-guidance-srh-services-second-wave-covid-october-2020/

98. Black A, Costescu D, Guilbert É, Dunn S, Norman WV, Trouton K, *et al.* Consensus sur la contraception : mise à jour des lignes directrices en cas de pandémie et de périodes de bouleversements sociaux [Internet]. Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC); 2020. Disponible : https://www.sogc.org/common/Uploaded%20files/2020-04%20Contraception%20Consensus%20-%20Final%20Submitted_FR%20Apr30.pdf

99. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Consultation pour contraception durant l'épidémie de COVID [Internet]. 2020. Disponible : https://aphp.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/268/files/2020/04/CNGOF_consultation-contraception_20200322.pdf

100. Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF). Déclaration de l'IMAP sur le COVID-19 et la santé et les droits sexuels et reproductifs [Internet]. 2020. Disponible : https://www.ippf.org/sites/default/files/2020-04/IMAP%20Statement%20on%20COVID-19%20impact%20on%20SRHR%20-%20French.pdf

101. Benson LS, Madden T, Tarleton J, Micks EA. Society of Family Planning interim clinical recommendations : contraceptive provision when healthcare access is restricted due to pandemic response. 2020; Disponible : https://societyfp.org/wp-content/uploads/2020/05/SFP-Interim-Recommendations-Contraception-and-COVID-19_05.28.2020.pdf

102. Stifani BM, Madden T, Micks E, Moayedi G, Tarleton J, Benson LS. Society of family planning clinical recommendations : contraceptive care in the context of pandemic response. Contraception. 2022;113:1-12.

103. Fédération Internationale de Gynécologie et Obstétrique (FIGO). Déclaration de la FIGO : COVID-19 Contraception et planification familiale [Internet]. 2020. Disponible : https://www.figo.org/fr/covid-19-contraception-et-planification-familiale

104. Filho ESF, Machado RB. FEBRASGO position statement : contraceptive counseling during the pandemic : practical guidelines : Number 7 – July 2021. Rev Bras Ginecol E Obstetrícia RBGO Gynecol Obstet. 2021;43(07):579-84.

105. Fruzzetti F, Cagnacci A, Primiero F, De Leo V, Bastianelli C, Bruni V, *et al.* Contraception during Coronavirus-Covid 19 pandemia. Recommendations of the Board of the Italian Society of Contraception. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2020;25(3):231-2.

106. Cohen MA, Powell AM, Coleman JS, Keller JM, Livingston A, Anderson JR. Special ambulatory gynecologic considerations in the era of coronavirus disease 2019 (COVID-19) and implications for future practice. Am J Obstet Gynecol. 2020;223(3):372-8.

107. Reproductive Health Access Project (RHAP). Contraception in the time of COVID-19 [Internet]. 2020. Disponible : https://www.reproductiveaccess.org/

108. Bahamondes L, Makuch MY. Family planning : an essential health activity in the pandemic of SARS-CoV-2. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2020;25(4):319-20.

109. The European Society of Contraception and Reproductive Health. Prioritising care during Covid-19 - Sweden [Internet]. 2020. Disponible : https://escrh.eu/prioritising-care-during-covid-19-sweden/

110. The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH). Ensuring provision of Sexual and Reproductive Healthcare (SRH) services during the third COVID-19 lockdown and beyond in the UK [Internet]. 2021. Disponible : https://www.fsrh.org/documents/fsrh-guidance-essential-srh-services--third-covid-19-lockdown/

111. Ramirez I, De la Viuda E, Baquedano L, Coronado P, Llaneza P, Mendoza N, *et al.* Managing thromboembolic risk with menopausal hormone therapy and hormonal contraception in the COVID-19 pandemic : recommendations from the Spanish Menopause Society, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia and Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia. Maturitas. 2020;137:57-62.

112. Pires ALR, Batista JG, Aldrighi JM, Massaia IFDS, Delgado DM, Ferreira-Filho ES, *et al.* Risk of venous thromboembolism in users of contraception and menopausal hormone therapy during the COVID-19 pandemic. Rev Assoc Médica Bras. 2020;66(suppl 2):22-6.

113. Robinson EF, Moulder JK, Zerden ML, Miller AM, Zite NB. Preserving and advocating for essential care for women during the coronavirus disease 2019 pandemic. Am J Obstet Gynecol. 2020;223(2):219-220.e1.

9 LES CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS

9.1 Activités de l'infirmière

Prescrire les contraceptifs hormonaux combinés

On entend par prescrire les contraceptifs hormonaux combinés (CHC), le fait de rédiger l'ordonnance pour un contraceptif oral combiné (COC), un anneau vaginal contraceptif ou un timbre transdermique contraceptif.

9.2 Clientèle visée

La clientèle visée est constituée de toutes les personnes en âge de procréer qui ont besoin d'une contraception hormonale réversible à courte durée d'action.

Pour ce qui est des personnes 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).

9.3 Indications

Permettre à une personne qui désire prévenir une grossesse non planifiée et/ou non désirée d'utiliser une contraception hormonale réversible à courte durée d'action sous forme de contraceptif hormonal combiné.

Les contraceptifs hormonaux combinés (CHC) sont des méthodes de contraception s'adressant à toute personne en âge de procréer. Les clientèles pouvant être visées par l'utilisation d'un contraceptif hormonal combiné comprennent les personnes qui désirent utiliser une méthode contraceptive réversible à courte durée d'action (MCRCA) et qui représentent la seule clientèle à laquelle les infirmières sont autorisées de prescrire ces contraceptifs; cependant, les MCRCA sont aussi utiles à celles souffrant de troubles reliés au cycle menstruel (tels que les saignements utérins abondants (1, 2), la dysménorrhée (2), les symptômes d'endométriose (3), le syndrome prémenstruel et le trouble dysphorique prémenstruel (4–8)), les personnes souffrant d'acné (9), de symptômes reliés au syndrome des ovaires polykystiques (10, 11), de symptômes de la périménopause, celles qui veulent manipuler la longueur de leurs cycles et les personnes qui ont des contre-indications ou des intolérances à d'autres méthodes contraceptives.

9.4 Contre-indications

Une version complète des contre-indications à toutes les méthodes contraceptives est fournie aux annexes II et VI. Dans le tableau 1 figurent seulement les contre-indications absolues (catégorie 4) et relatives (catégorie 3) aux contraceptifs hormonaux combinés telles que ces catégories sont définies par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (12). Ces contre-indications ont été établies à la suite d'une revue systématique des lignes directrices sur le sujet (13–24).

Tableau 1 Contre-indications absolues (catégorie 4) et relatives (catégorie 3) concernant les contraceptifs hormonaux combinés

Condition	Catégorie	Clarifications
Grossesse	N/A	
Post-partum AVEC allaitement • < 21 jours post-partum • 21 à < 30 jours post-partum avec ou sans facteur de risque de thromboembolie veineuse (TEV) • 30 à 42 jours post-partum avec un ou plusieurs facteurs de risque de TEV	4 3 3	Les facteurs de risque de TEV sont : âge ≥ 35 ans, TEV antérieure, thrombophilie, immobilité, transfusion à l'accouchement, cardiomyopathie péripartum, IMC ≥ 30 kg/m^2, hémorragie post-partum, post-césarienne, prééclampsie, tabagisme. Certains facteurs de risque peuvent augmenter la condition à une catégorie 4 (par exemple, TEV antérieure, thrombophilie, cardiomyopathie péripartum, etc.) À partir de 30 jours post-partum, les personnes qui allaitent et qui n'ont pas de facteur de risque peuvent commencer l'utilisation d'un CHC.
Post-partum SANS allaitement • < 21 jours post-partum • 21 à 42 jours post-partum avec un ou plusieurs facteurs de risque de thromboembolie veineuse (TEV)	4 3	Les facteurs de risque de TEV sont : âge ≥ 35 ans, TEV antérieure, thrombophilie, immobilité, transfusion à l'accouchement, cardiomyopathie péripartum, IMC ≥ 30 kg/m^2, hémorragie post-partum, post-césarienne, prééclampsie, tabagisme. Certains facteurs de risque peuvent augmenter la condition à une catégorie 4 (par exemple, TEV antérieure, thrombophilie, cardiomyopathie péripartum, etc.) À partir de 21 jours post-partum, les personnes qui n'allaitent pas et n'ont pas de facteur de risque peuvent commencer l'utilisation d'une CHC.
Tabagisme • ≥ 35 ans et < 15 cigarettes/jour • ≥ 35 ans et 15 cigarettes/jour et plus	3 4	Les effets sur la santé cardiovasculaire et le risque de TEV des différentes composantes et de la nicotine contenues dans la cigarette électronique sont mal connus; des données probantes démontreraient que la cigarette électronique a des effets négatifs sur certains marqueurs de l'hémostase (25). Il n'existe actuellement pas de données sur les risques cardiovasculaires des CHC chez les utilisatrices de cigarette électronique. Il est donc actuellement impossible d'émettre de recommandations à ce sujet. Les utilisatrices de cigarette électronique contenant de la nicotine qui prennent des CHC sont à risque d'avoir les mêmes effets indésirables que les personnes utilisant la cigarette traditionnelle, notamment une augmentation des saignements intermenstruels (26).
Maladie vasculaire	4	
2 facteurs de risque ou plus pour la maladie cardiovasculaire athérosclérotique	3/4	Les facteurs de risque de maladie cardiovasculaire athérosclérotique sont l'âge avancé (≥35 ans), le tabagisme, le diabète, l'hypertension artérielle, un faible taux de cholestérol HDL, un taux élevé de cholestérol LDL, et une hypertriglycéridémie.

Tableau 1 Contre-indications absolues (catégorie 4) et relatives (catégorie 3) concernant les contraceptifs hormonaux combinés (suite)

Condition	Catégorie	Clarifications
Hypertension artérielle (HTA) adéquatement contrôlée	3	
HTA avec systolique 140-159 ou diastolique 90-99 mm Hg	3	
HTA avec systolique ≥ 160 ou diastolique ≥ 100 mm Hg	4	
TEV/EP AVEC anticoagulothérapie à dose thérapeutique	3	Personnes ayant une TEV/EP aiguë ou recevant une anticoagulothérapie thérapeutique à long terme.
Antécédent de TEV/EP avec risque élevé de récurrence et AVEC anticoagulothérapie à dose prophylactique	4	Risque élevé de récurrence de TEV/EP (1 facteur de risque ou plus) : antécédent de TEV/EP, thrombophilie connue (par exemple, Facteur V de Leiden; déficience en protéine S, protéine C, antithrombine III; mutation de la prothrombine; syndrome des antiphospholipides; etc.), cancer actif (métastatique, recevant thérapie ou dans les 6 mois après rémission clinique), excluant cancer de peau autre qu'un mélanome.
Antécédent de TEV/EP sans facteur de risque de récurrence et AVEC anticoagulothérapie à dose prophylactique	3	
Antécédent de TEV/EP avec risque élevé de récurrence SANS anticoagulothérapie	4	Risque élevé de récurrence de TEV/EP (1 facteur de risque ou plus) : antécédent de TEV/EP thrombophilie connue (par exemple, Facteur V de Leiden; déficience en protéine S, protéine C, antithrombine III; mutation de la prothrombine; syndrome des antiphospholipides; etc.), cancer actif (métastatique, recevant thérapie ou dans les 6 mois après rémission clinique), excluant cancer de peau autre qu'un mélanome.
Antécédent de TEV/EP sans facteur de risque de récurrence SANS anticoagulothérapie	3	
Chirurgie majeure avec immobilisation prolongée	4	Lors de chirurgie aux jambes ou lors d'une immobilisation > 1 semaine.
Immobilité non liée à chirurgie	3	Immobilité liée à sclérose en plaques, autre maladie débilitante et/ou utilisation de chaise roulante.
Mutations thrombogéniques connues	4	Les mutations thrombogéniques sont nombreuses (par exemple, Facteur V de Leiden; déficience en protéine S, protéine C, antithrombine III; mutation de la prothrombine; syndrome des antiphospholipides etc.) et requièrent un suivi spécialisé.
Thrombose veineuse superficielle (aiguë ou antécédent)	3	La CHC peut être prescrite si la thrombose superficielle est liée à la pose d'un cathéter ou à un traumatisme.

Tableau 1 Contre-indications absolues (catégorie 4) et relatives (catégorie 3) concernant les contraceptifs hormonaux combinés (suite)

Condition	Catégorie	Clarifications
Maladie cardiaque ischémique (actuelle ou antécédent)	4	
Accident vasculaire cérébral (actuel ou antécédent)	4	
Maladie cardiaque valvulaire ou congénitale compliquée	4	Incluant histoire d'hypertension pulmonaire ou d'endocardite bactérienne.
Fibrillation auriculaire	4	
Cardiomyopathie péripartum ou non • fonction cardiaque classe 1 ou 2 – < 6 mois – ≥ 6 mois • fonction cardiaque classe 3 ou 4	 4 3 4	Description des classes de fonction cardiaque[15] : • Fonction cardiaque normale (classe 1) • Légèrement atteinte (classe 2) • Modérément atteinte (classe 3) • Sévèrement atteinte (classe 4)
Maladie rénale chronique	4	Par exemple, syndrome néphrotique, personne sous hémodialyse ou dialyse péritonéale
Cancer du sein actuel	4	
Cancer du sein sans évidence de maladie depuis 5 ans	3	
Chirurgie bariatrique avec procédures malabsorptives (pour les COC seulement)	3	Procédures malabsorptives incluant le raccourcissement de l'intestin grêle, le Roux-en-Y et la diversion biliopancréatique.
Transplantation compliquée d'organe solide	4	Par exemple, personne atteinte du syndrome de Budd-Chiari, rejet de greffe, etc.
Lupus érythémateux avec anticorps antiphospholipides positifs ou inconnus	4	
Migraine AVEC aura	4	
Diabète avec néphropathie, rétinopathie ou neuropathie	3/4	
Diabète avec autre maladie vasculaire ou d'une durée > 20 ans	3/4	

[15] Classes de fonction cardiaque (https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/multimedia/table/classification-de-linsuffisance-cardiaque-de-la-new-york-heart-association-nyha) :

- Fonction cardiaque normale (classe 1) : aucune fatigue, ni dyspnée, ni palpitations excessives lors d'activité physique normale (pelleter de la neige).
- Légèrement atteinte (classe 2) : fatigue, dyspnée, palpitations ou douleur rétrosternale lors d'activité physique normale.
- Modérément atteinte (classe 3) : fatigue, dyspnée, palpitations ou douleur rétrosternale lors d'activité physique légère (faire un lit).
- Sévèrement atteinte (classe 4) : fatigue, dyspnée, palpitations ou douleur rétrosternale au repos.

Tableau 1 Contre-indications absolues (catégorie 4) et relatives (catégorie 3) concernant les contraceptifs hormonaux combinés (suite)

Condition	Catégorie		Clarifications
Maladie intestinale inflammatoire avec facteurs de risque de TEV	3		Incluant colite ulcéreuse ou maladie de Crohn avec facteurs de risque tels que : maladie active ou extensive, chirurgie, immobilisation, utilisation de corticostéroïdes systémiques, déficiences vitaminiques, déplétion liquidienne.
Maladie de la vésicule biliaire symptomatique actuelle ou traitée médicalement	3		
Antécédents de cholestase liée à la prise antérieure de CHC	3		
Hépatite virale aiguë	Initiation 3/4	Conti-nuation 2	Si la condition apparaît lors d'une prise de CHC déjà établie, la CHC peut être continuée (catégorie 2).
Cirrhose sévère décompensée	4		
Adénome hépatocellulaire (tumeur bénigne)	4		
Hépatome (tumeur maligne)	4		
Pancréatite ou antécédents de pancréatite associée à hypertriglycéridémie	3		
Anémie falciforme (drépanocytose)	4		
Hypersensibilité à l'une des composantes du produit	4		

9.5 Description des contraceptifs hormonaux combinés

Les CHC sont utilisés depuis plus de 60 ans dans le monde entier. Ils sont disponibles sous forme de comprimés à prendre par voie orale, d'anneau vaginal et de timbre transdermique. Leur composition est constituée d'un estrogène, majoritairement l'éthinylestradiol (EE), et d'un progestatif. Un contraceptif oral combiné (COC) contenant un nouvel estrogène, l'estétrol, et de la drospirénone a été approuvé par Santé Canada en 2021. En l'absence de données probantes sur la réduction clinique du risque de thromboembolie veineuse (27), ce nouveau contraceptif oral doit être soumis aux mêmes contre-indications et critères de sélection que tous les autres CHC à base d'EE.

Les mêmes contre-indications que pour les autres contraceptifs hormonaux combinés prévalent pour les contraceptifs hormonaux combinés contenant de l'estétrol (Niveau de preuve élevé – Recommandation forte).

Le principal mécanisme d'action des CHC est l'inhibition de l'ovulation, principalement par le progestatif qu'il contient (28–31). Les modifications de la glaire cervicale, de l'endomètre et de la motilité des trompes

résultant de l'exposition aux progestatifs peuvent également contribuer à l'effet contraceptif (18, 32). Le risque de grossesse lors d'une utilisation parfaite de la méthode (utilisation contrôlée dans les projets de recherche) est de 0,3 % au cours de la première année d'utilisation, tandis qu'il est de 9 % lors d'une utilisation typique de la méthode (utilisation habituelle dans la population générale) (33) (voir chapitre 2, figure 1). L'adhésion à la méthode peut varier considérablement en fonction des caractéristiques de l'utilisatrice, telles que l'âge, le statut socio-économique, le désir de prévenir ou de retarder la grossesse, et la culture (32). Une revue Cochrane comparant l'utilisation typique des COC, du timbre contraceptif et de l'anneau vaginal a conclu que ces méthodes sont d'une efficacité similaire (34).

Les différents CHC peuvent être classés en « générations » selon le type de progestatif :

- Première génération : noréthindrone, acétate de noréthindrone, noréthinodrel.
- Deuxième génération : lévonorgestrel, norgestrel.
- Troisième génération : désogestrel, norgestimate, norgelgestromine, étonogestrel, gestodène.
- Quatrième génération (plus récents) : drospirénone, diénogest.

Les COC sont disponibles dans des plaquettes thermoformées contenant un minimum de 21 jours de comprimés hormonaux suivis d'un maximum de 7 jours de comprimés placebo constituant la période sans hormone (PSH) (par exemple : 21-7, 24-4, etc.). Ils peuvent être utilisés de manière continue ou étendue en retardant ou en éliminant la PSH (14, 35). Omettre la PSH peut réduire les symptômes associés aux menstruations, tels que la dysménorrhée, les ballonnements ou les maux de tête et potentiellement améliorer l'efficacité contraceptive (21). Voici quelques exemples de schémas d'utilisation continue des CHC :

- COC 21 jours : 1 comprimé par jour x 21 jours, pas de PSH, 1 comprimé par jour, pas de PSH, etc.
- Timbre contraceptif : 1 timbre par semaine x 3 semaines, pas de PSH, 1 timbre par semaine x 3 semaines, pas de PSH, etc.
- Anneau contraceptif : 1 anneau par mois à débuter à la même date chaque mois, pas de PSH, etc.

Lors d'utilisation de la CHC en continu, il est important que les personnes soient avisées que beaucoup d'entre elles n'auront pas de saignement de retrait (menstruation); de ce fait, elles doivent surveiller l'apparition de signes et symptômes de grossesse en cas d'oubli et passer un test de grossesse pour se rassurer. Il n'est pas recommandé d'arrêter périodiquement la CHC pour avoir un saignement de retrait, car cette approche, souvent mal planifiée (PSH peu de temps avant ou après un oubli), peut réduire l'efficacité de l'utilisation en continu et un saignement peut survenir même s'il y a une grossesse, rassurant faussement la personne (32).

Les différentes formulations sont soit monophasiques (tous les comprimés hormonaux ont la même composition) ou multiphasiques (les comprimés hormonaux ne contiennent pas tous le même dosage). Il n'existe actuellement pas de preuve que les COC multiphasiques démontrent un avantage par rapport aux monophasiques quant aux schémas de saignement, aux effets indésirables, au taux d'arrêt ou à l'efficacité contraceptive (36–39).

L'anneau vaginal est flexible, transparent, d'un diamètre externe de 54 mm et d'une épaisseur de 4 mm. Il est composé d'un copolymère, l'éthylène-acétate de vinyle, et de stéarate de magnésium. Il contient 2,6 mg d'éthinylestradiol (EE), libéré à un taux de 15 mcg/jour, et 11,4 mg d'étonogestrel, libéré à un taux

de 120 mcg/jour. Il est inséré par l'utilisatrice et laissé en place pour une période de 3 semaines, il peut ensuite être suivi d'une PSH maximale de 7 jours avant l'introduction d'un nouvel anneau. Il peut se retrouver en dehors du vagin de l'utilisatrice pour une période maximale de 3 heures, par tranche de 24 heures, sans en affecter l'efficacité contraceptive (40). Timmer *et al.* ont démontré qu'avec l'utilisation prolongée de l'anneau, les niveaux sériques d'hormones étaient suffisants pour inhiber l'ovulation pendant au moins 28 jours (41). Si un anneau est laissé en place pendant plus de 28 jours, mais moins de 35 jours, il faut le retirer et en insérer un nouveau immédiatement, sans PSH. Aucune autre méthode de contraception d'appoint n'est nécessaire dans cette situation (14) (annexe X – Outils en cas d'oubli d'un contraceptif).

Le timbre contraceptif est disponible en boîtes contenant 3 timbres chacune. Chaque timbre contient 0,6 mg d'EE, libéré à un taux de 35 mcg/jour, et 6 mg de norelgestromine, libéré à un taux de 200 mcg/jour. Il est appliqué par la personne sur une peau sans poil, saine, propre, sèche et intacte, au niveau des fesses, de l'abdomen, de la partie supéro-externe du bras ou du haut du torse, à un endroit où il n'y aura pas de frottement avec des vêtements ajustés. Il est laissé en place pour 7 jours, puis retiré et un autre est appliqué immédiatement après. Il faut respecter une période minimale de 3 timbres l'un à la suite de l'autre, pendant 21 jours, avant d'envisager une PSH maximale de 7 jours. Le timbre peut être accidentellement décollé pendant moins de 24 heures sans nécessiter de contraception d'appoint (42). Abrams *et al.* ont démontré qu'avec l'utilisation prolongée du timbre, les niveaux sériques d'hormones étaient suffisants pour inhiber l'ovulation pendant 9 jours (43) (annexe X – Outils en cas d'oubli d'un contraceptif).

9.6 Début de l'utilisation des contraceptifs hormonaux combinés

9.6.1 Début de l'utilisation

Les consignes qui suivent ont été établies à la suite d'une revue systématique des lignes directrices sur le sujet (14, 16, 18, 19, 21, 24, 32, 44, 45).

Si une personne désire débuter une CHC et qu'elle présente soit un saignement vaginal inexpliqué ou une aménorrhée inexpliquée, il est important d'investiguer ces conditions. Elles ne représentent toutefois pas des contre-indications à l'utilisation d'une CHC.

Les contraceptifs hormonaux combinés ont une efficacité immédiate s'ils sont débutés :

- Dans les 5 jours qui suivent la date de début de la dernière menstruation (DDM) (un début le 1er jour des menstruations augmente l'efficacité immédiate et est préférable pour le timbre contraceptif).
- Le jour même ou dans les 5 jours qui suivent un avortement chirurgical ou médical, un avortement spontané ou une grossesse extra-utérine.
- De 30-42 jours (selon facteurs de risque) à 6 mois après l'accouchement chez la personne qui allaite, si les critères d'aménorrhée lactationnelle sont tous appliqués[16].

[16] Les trois critères suivants doivent être réunis : 1) moins de 6 mois après l'accouchement, 2) allaitement complet ou presque complet (c.-à-d. alimentation du nouveau-né composée de lait maternel dans plus des trois quarts des repas et intervalles ≤ 4-6 heures entre les tétées), 3) aucune perte sanguine menstruelle.

Dans les autres situations (y compris en post-partum chez les personnes qui n'allaitent pas après 21 jours), il est possible de débuter à n'importe quel jour du cycle, selon la méthode Quick Start (démarrage rapide), après avoir vérifié la survenue RSNP depuis la DDM (voir les consignes décrites au tableau 2).

Tableau 2 Moment du début de l'utilisation dans les situations où l'efficacité des CHC n'est pas immédiate

Y a-t-il eu une relation sexuelle non protégée (RSNP) depuis la DDM?		
NON, pas de RSNP :	**OUI, il y a eu une ou plusieurs RSNP :**	
1. Débuter la CHC le jour même. 2. Utiliser le condom à toutes les relations sexuelles x 7 jours. 3. Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après le début de l'utilisation de la CHC.	1) Faire un test de grossesse immédiatement (voir note à la fin de cette section) et s'il est négatif, informer la personne qu'une grossesse précoce est possible, mais que les hormones des CHC ne seraient pas nuisibles à la grossesse. 2) Vérifier quand la personne veut débuter la CHC :	
	La personne veut débuter la CHC immédiatement :	**La personne Ne veut PAS débuter la CHC immédiatement :**
	Si RSNP ≤ 5 derniers jours :	
	1. Offrir COU-LNG ou COU-UPA. 2. Débuter immédiatement la CHC si COU-LNG ou dans 5 jours si COU-UPA. 3. Utiliser le condom à toutes les relations sexuelles x 7 jours après début de CHC (+ 5 jours post COU pour COU-UPA). 4. Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après le début de l'utilisation.	1. Offrir COU-LNG ou COU-UPA selon le délai depuis la dernière RSNP. 2. Utiliser le condom à toutes les relations sexuelles jusqu'à la prochaine menstruation. 3. Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après la COU. 4. Débuter la CHC dans les 5 jours suivant le début de la prochaine menstruation.
	Si RSNP ≤ 7 derniers jours :	
	1. Considérer l'insertion d'un stérilet au cuivre d'urgence. 2. Débuter la CHC simultanément. 3. Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après le début de l'utilisation de la CHC. 4. Retirer le stérilet au cuivre au minimum 7 jours après son insertion.	1. Considérer l'insertion d'un stérilet au cuivre d'urgence (pour un minimum de 7 jours). 2. Faire un test de grossesse urinaire, à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après l'insertion. 3. Retirer le stérilet au cuivre au minimum 7 jours après son insertion et utiliser le condom à toutes les relations sexuelles jusqu'à la prochaine menstruation. 4. Débuter la CHC dans les 5 jours suivant le début de la prochaine menstruation.
	Si RSNP > 7 jours :	
	1. Débuter la CHC. 2. Utiliser le condom à toutes les relations sexuelles x 7 jours. 3. Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique 2-4 semaines après le début de l'utilisation de la CHC.	1. Utiliser le condom à toutes les relations sexuelles jusqu'à la prochaine menstruation. 2. Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, si prochaine menstruation absente ou inhabituelle. 3. Débuter la CHC dans les 5 jours suivant le début de la prochaine menstruation.

Note : le test de grossesse peut rester positif jusqu'à 6 semaines après un accouchement, un avortement spontané, une grossesse extra-utérine ou un avortement médicamenteux ou chirurgical. Dans ces situations cliniques, il doit être expliqué à la personne que le test de grossesse est peu utile. Six semaines après la résolution d'une grossesse, le test de grossesse devra être négatif.

9.6.2 Facteurs affectant l'efficacité des contraceptifs hormonaux combinés

A – Surpoids et obésité

Le surpoids ou l'obésité n'ont pas été démontrés comme des facteurs réduisant l'efficacité des COC ni de l'anneau vaginal.

La monographie du timbre contraceptif, basé sur 3 essais de phase III regroupant 3 319 femmes utilisant le timbre, rapporte un risque de grossesse significativement augmenté chez les utilisatrices de ≥ 90 kg

(42,46). Il convient d'en informer les personnes de ≥ 90 kg désirant utiliser le timbre contraceptif. Cela ne constitue pas une contre-indication, car il est préférable pour ces personnes d'utiliser le timbre plutôt qu'aucune méthode, lors de désir de contraception.

B – Vomissements et diarrhées sévères

Les vomissements et diarrhées sévères n'affectent pas l'efficacité de l'anneau vaginal ni du timbre contraceptif.

Des épisodes répétitifs de vomissements ou de diarrhées peuvent affecter l'efficacité des COC de façon transitoire (32). Une contraception d'appoint devrait être recommandée pendant de telles périodes et pendant les 7 jours suivant ces épisodes.

C – Interactions médicamenteuses

Le tableau suivant est basé sur une revue des différentes lignes directrices sur le sujet (13–24, 32, 44). Les médicaments et produits mentionnés dans le tableau 3 peuvent réduire l'efficacité des CHC; un autre type de contraceptif est alors suggéré.

Tableau 3 Interactions médicamenteuses

Inhibiteurs de la protéase rehaussés au Ritonavir	Ces médicaments peuvent réduire les taux sériques des estrogènes ou des progestatifs contenus dans les CHC.
Fosamprénavir	Les CHC peuvent réduire les taux sériques du fosamprénavir et l'inverse également. Le fosamprénavir est considéré comme une contre-indication de catégorie 3.
Certains anticonvulsivants	Ces médicaments peuvent réduire les taux sériques des estrogènes ou des progestatifs contenus dans les CHC et entraîner des échecs contraceptifs et sont considérés comme une contre-indication de catégorie 3: barbituriques, carbamazépine, eslicarbazépine, oxcarbazépine, perampanel, phénobarbital, phénytoïne, primidone, rufinamide, topiramate (> 200 mg/jour).
Lamotrigine	Les estrogènes contenus dans les CHC peuvent réduire les taux sériques de lamotrigine et ainsi, augmenter le risque de convulsions. Si les CHC sont prescrits, un monitorage sérique de la lamotrigine doit être effectué. La lamotrigine est considérée comme une contre-indication de catégorie 3.
Acide valproïque	Les CHC peuvent réduire les taux sériques d'acide valproïque et ainsi, augmenter le risque de convulsions. Si les CHC sont prescrits, un monitorage sérique de l'acide valproïque doit être effectué.
Rifampicine, Rifabutine	Ces médicaments peuvent réduire les taux sériques des estrogènes et des progestatifs contenus dans les CHC et entraîner des échecs contraceptifs. Ils sont considérés comme une contre-indication de catégorie 3.
Bosentan	Le bosentan peut réduire les taux sériques des estrogènes et des progestatifs contenus dans les CHC et entraîner des échecs contraceptifs.
Millepertuis	Le millepertuis peut réduire les taux sériques des estrogènes et des progestatifs contenus dans les CHC et entraîner des échecs contraceptifs.
Modafinil	Le modafinil peut réduire les taux sériques des estrogènes et des progestatifs contenus dans les CHC et entraîner des échecs contraceptifs.
Aprépitant	L'aprépitant peut réduire les taux sériques des estrogènes et des progestatifs contenus dans les CHC et entraîner des échecs contraceptifs.
Lumacaftor et ivacaftor	Ces médicaments peuvent réduire les taux sériques des estrogènes et des progestatifs contenus dans les CHC et entraîner des échecs contraceptifs.
Acétate d'ulipristal	Les contraceptifs hormonaux contenant un progestatif peuvent inhiber l'action de l'acétate d'ulipristal si débuté dans les 5 jours qui suivent son utilisation. Par ailleurs, l'acétate d'ulipristal peut réduire l'efficacité des contraceptifs hormonaux contenant un progestatif.

Tableau 3 Interactions médicamenteuses(suite)

Médicaments qui peuvent causer diarrhées et vomissements (pour les COC seulement)	Voir section 9.6.2 B - Vomissements et diarrhées sévères.
Dexaméthasone/ Prednisone	Ces médicaments peuvent réduire les taux sériques des estrogènes ou des progestatifs contenus dans les CHC et entraîner des échecs contraceptifs. Les estrogènes peuvent réduire le métabolisme de certains corticostéroïdes et en augmenter l'exposition.

9.6.3 Allaitement et contraceptifs hormonaux combinés

L'allaitement n'a pas d'effet sur l'efficacité contraceptive des CHC. Cependant, le risque de TEV inhérent au statut post-partum est 60 fois plus élevé que celui des femmes dans la population générale, particulièrement dans les 3 premières semaines (47); c'est pourquoi l'utilisation de CHC est contre-indiquée pendant cette période.

Quoique les données soient de qualité moyenne à faible et parfois inconsistantes, deux revues systématiques (48, 49) ont présenté des données probantes ne mettant pas en évidence d'effet de la CHC sur la qualité et la quantité de lait maternel produit ni sur la croissance et le développement du nourrisson.

9.6.4 Prévention de l'arrêt de la méthode contraceptive

Les personnes désirant utiliser un contraceptif hormonal combiné doivent être avisées, à l'avance, de la survenue possible d'effets indésirables (Bonne pratique clinique – Recommandation forte).

Le counseling préalable sur les effets indésirables est un facteur permettant de favoriser la continuation de la méthode contraceptive (50).

9.7 Ajustement des effets indésirables des contraceptifs hormonaux combinés

Des effets indésirables peuvent survenir avec les contraceptifs hormonaux combinés. La survenue de **saignements imprévus** est relativement fréquente chez les utilisatrices de CHC, dans une proportion variant de 10 à 30 % par cycle (51–54). Ce chiffre diminue au fil des cycles d'utilisation (53, 55–60). Cette proportion est, cependant, similaire à celle d'une population générale britannique, qui est de 17 % (61). Le risque de saignement intermenstruel est plus faible avec l'utilisation de l'anneau vaginal contraceptif qu'avec les COC ou le timbre contraceptif (34, 62, 63).

De 2 à 3 % des personnes présentent de l'**aménorrhée** lors de l'utilisation cyclique des CHC. Ce pourcentage augmente avec la durée d'utilisation. La quantité et la durée des saignements de retrait sous CHC sont généralement moindres qu'à l'habitude, ce qui peut être utile dans le traitement des saignements utérins anormaux (64–67). 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 perçue comme un effet positif des CHC et peut être plus facilement atteinte par l'utilisation en continu de la CHC, comme décrite dans la section 9.5 de ce chapitre.

Les **pertes vaginales** peuvent survenir chez certaines personnes qui prennent des CHC. Elles sont plus fréquentes chez les utilisatrices d'anneau contraceptif (5 %) et n'affectent pas son efficacité. Cet effet indésirable, parfois incommodant, peut toutefois faciliter les relations sexuelles chez les personnes souffrant de sécheresse vaginale.

La contraception hormonale combinée diminue la **dysménorrhée**, notamment, les COC (68, 69) et l'anneau vaginal contraceptif (70). L'utilisation continue est supérieure à l'utilisation cyclique pour diminuer la dysménorrhée (71–73).

Les **céphalées** (non-migraineuses) sont parfois rapportées comme raison d'arrêt des CHC (32). Deux revues de la littérature (74, 75) n'ont pas mis en évidence de données montrant une relation de cause à effet entre les CHC et les céphalées. Selon ces données probantes, les céphalées sont aussi fréquentes chez les personnes en âge de procréer et celles recevant un placebo que chez les personnes utilisant les CHC. Les doses d'EE ne semblent pas avoir d'effet sur la survenue de céphalées. L'utilisation continue des CHC réduit la survenue de céphalées liées à la PSH, aussi appelée céphalée de retrait (32).

L'**acné** peut survenir chez certaines personnes qui prennent des CHC; moins de 10 % des utilisatrices présentent une aggravation de leur acné. Une revue Cochrane (34) a rapporté que l'acné était moins souvent rapportée comme effet indésirable chez les personnes utilisant l'anneau vaginal contraceptif comparativement aux utilisatrices de COC. La contraception hormonale combinée améliore généralement l'acné (9).

La **prise de poids** est une crainte souvent rapportée par les personnes désirant débuter une CHC (76). Jusqu'à 30 % des utilisatrices de COC rapportent avoir pris du poids secondairement à l'utilisation d'un COC (77). Parmi les personnes ayant cessé l'utilisation d'un COC, 20 % ont rapporté la prise de poids comme raison d'arrêt (78). Cependant, il n'est pas démontré que cette prise de poids est secondaire à la prise de CHC selon les données probantes; elle est plutôt liée à la prise de poids normale avec l'âge (79, 80).

Moins de 10 % des personnes qui commencent à prendre des contraceptifs hormonaux combinés développent de la **mastalgie** dans les premiers mois d'utilisation (81). Lors des premiers cycles d'utilisation, la mastalgie est plus fréquente chez les utilisatrices du timbre que chez celles qui utilisent les COC ou l'anneau contraceptif (34). Habituellement, la mastalgie diminue avec le temps.

Le **changement d'humeur** est une plainte fréquemment rapportée par les utilisatrices de CHC (82). Les données probantes, tirées d'une revue systématique de la littérature (83), démontrent que certaines personnes peuvent ressentir des changements d'humeur négatifs lors de la prise de CHC. Cependant, aucune preuve ne démontre que les CHC causent la dépression (32).

9.7.1 Nausées et vomissements

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.
- La prise d'un nouveau médicament.

- Un trouble gastro-intestinal (p. ex. : gastroentérite).

Interventions

- Faire un test de grossesse → si résultat positif, diriger rapidement la personne, selon ses souhaits, vers une IPS, une sage-femme, un médecin ou un service d'interruption volontaire de grossesse qui s'assurera que la grossesse n'est pas extra-utérine et lui fournira les soins appropriés.
- Vérifier les effets de la consommation de produits lactés durant la semaine d'arrêt du contraceptif (ne pas consommer les comprimés placébo), afin de vérifier la possibilité d'intolérance au lactose.
- Si prise d'un nouveau médicament, vérifier avec le (la) pharmacien(ne) si ces effets indésirables sont attendus et reconsulter l'IPS ou le médecin si nécessaire.
- Lors de trouble gastro-intestinal provoquant des épisodes répétitifs de vomissements et/ou diarrhées, utiliser une méthode contraceptive d'appoint pendant cette période et pendant les 7 jours suivants.
- Si les nausées persistent ou s'amplifient → diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- En présence d'autres symptômes → diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- En l'absence de grossesse, de symptômes d'intolérance au lactose ou d'autres symptômes :
  - Lui recommander de prendre les contraceptifs oraux avec de la nourriture ou le soir au coucher.
  - En l'absence de contre-indications, changer pour 1) un autre contraceptif hormonal combiné à dose plus faible en estrogène; 2) une autre voie d'administration du contraceptif hormonal (timbre ou anneau); 3) un contraceptif à progestatif seul; 4) un implant, un stérilet au cuivre ou au lévonorgestrel. S'assurer de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre.
- Faire un suivi systématique de la personne 3 mois après cette consultation pour vérifier l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable ou présence d'effets indésirables liés à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la personne vers une IPS ou un médecin.

9.7.2 Saignements irréguliers

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 provoquant des épisodes répétitifs de vomissements et/ou diarrhées. Les saignements irréguliers peuvent être associés à l'effet hormonal du contraceptif, mais également à :

- La grossesse.
- L'oubli de comprimés, timbre retiré ou détaché ou anneau retiré.
- Une infection transmissible sexuellement comme l'infection à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae*.
- Une interaction médicamenteuse.
- Un trouble gastro-intestinal provoquant vomissements et/ou diarrhées.
- L'usage du tabac.

- La présence d'une anomalie dans l'utérus (p. ex. : polype, myome, cancer) ou au col (polype, ectropion, cancer, etc.).
- Une maladie systémique tel un trouble thyroïdien.

Interventions

- Faire un test de grossesse → si résultat positif, diriger rapidement la personne, selon ses souhaits, vers une IPS, une sage-femme, un médecin ou un service d'interruption volontaire de grossesse qui s'assurera que la grossesse n'est pas extra-utérine et lui fournira les soins appropriés.
- Effectuer un test de triage pour éliminer l'infection à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae* → si le résultat du test est positif, soit appliquer l'ordonnance collective *Initier des mesures diagnostiques et un traitement pharmacologique chez une femme présentant des pertes vaginales inhabituelles,* soit diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- En présence d'autres symptômes (dyspareunie profonde, sensibilité abdominale basse, fièvre/frissons, pertes vaginales anormales) → diriger rapidement la personne vers une IPS ou un médecin.
- Faire un counseling anti-tabagique si indiqué.
- Si les saignements arrivent au cours des 3 premiers mois, continuer avec le même CHC, rassurer la personne et lui dire que cet effet indésirable se réduira avec le temps.

A – Interventions lors de saignements irréguliers dans les 3 à 6 mois après le début de l'utilisation du CHC

- Si le résultat du test de grossesse est négatif et en l'absence d'une détection positive de *Chlamydia trachomatis* ou de *Neisseria gonorrhoeae*, d'interactions médicamenteuses, d'autres symptômes ou de contre-indications :
  - Évaluer l'observance → si problème, discuter des stratégies qui augmentent l'observance.
  - Changer pour un autre CHC à dose plus élevée d'estrogène ou avec un progestatif de 3e génération ou plus récent.
  - Changer pour une autre voie d'administration du CHC (oral, timbre ou anneau).
  - Changer pour un autre type de contraceptif.
  - Si la personne utilise la contraception hormonale en continu :
    - COC : après la prise d'au moins 21 comprimés hormonaux, possibilité de faire un arrêt pendant 4 jours et reprise des comprimés hormonaux par la suite. Arrêt maximum de 7 jours après une prise minimale de 21 comprimés hormonaux.
    - Timbre : après l'utilisation d'au moins 3 timbres (7 jours par timbre), possibilité de faire un arrêt pendant 4 jours et reprise d'un nouveau timbre. Arrêt maximum de 7 jours après une prise minimale de 3 timbres.
    - Anneau : après l'utilisation d'au moins un anneau pendant 3-4 semaines, possibilité de faire un arrêt pendant 4 jours et reprise d'un nouvel anneau. Arrêt maximum de 7 jours après une utilisation minimale de 21 à 28 jours d'anneau.

- Si la personne préfère changer de méthode, offrir un autre contraceptif en s'assurant de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre.
- Faire un suivi systématique de la personne 3 mois après cette consultation ou avant, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable ou la présence d'effets indésirables liés à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- Recommander à la personne de consulter rapidement un professionnel de la santé (811, infirmière, IPS, médecin, urgence) si elle développe de la dyspareunie profonde nouvelle, une sensibilité abdominale basse, de la fièvre/frissons ou des pertes vaginales anormales d'ici à la visite de suivi.

B – Interventions lors de saignements irréguliers plus de 6 mois après le début de l'utilisation OU lors d'un changement du patron menstruel après plus de 6 mois d'utilisation OU lors de non-réponse au traitement offert pour réduire les saignements irréguliers

- Faire un test de grossesse → si résultat positif, diriger rapidement la personne, selon ses souhaits, vers une IPS, une sage-femme, un médecin ou un service d'interruption volontaire de grossesse qui s'assurera que la grossesse n'est pas extra-utérine et lui fournira les soins appropriés.
- Effectuer un test de triage pour éliminer l'infection à *Chlamydia trachomatis* et à *Neisseria gonorrhoeae* → si le résultat du test est positif, soit appliquer l'ordonnance collective *Initier des mesures diagnostiques et un traitement pharmacologique chez une femme présentant des pertes vaginales inhabituelles,* soit diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- Rechercher un changement dans la médication (sur ordonnance, en vente libre ou produits de santé naturels) depuis la manifestation de l'effet indésirable et dans les trois derniers mois → si présent, diriger l'utilisatrice vers une IPS ou un médecin.
- En présence d'autres symptômes (dyspareunie profonde, sensibilité abdominale basse, fièvre/frissons, pertes vaginales anormales) → diriger rapidement la personne vers une IPS ou un médecin.
- Ne pas cesser le CHC et diriger la personne vers une IPS ou un médecin pour un examen physique complet, une investigation ou un traitement subséquent.

9.7.3 Aménorrhée

L'aménorrhée peut être associée à l'effet hormonal du contraceptif, mais également à :

- La grossesse.
- Toute situation ou prise de médicaments réduisant l'efficacité du contraceptif et augmentant le risque de grossesse.
- La prise des CHC en continu.
- Une maladie systémique.

Interventions

- Faire un test de grossesse → si résultat positif, diriger rapidement la personne, selon ses souhaits, vers une IPS, une sage-femme, un médecin ou un service d'interruption volontaire de grossesse qui s'assurera que la grossesse n'est pas extra-utérine et lui fournira les soins appropriés.

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

9.7.4 Pertes vaginales inhabituelles

La leucorrhée abondante peut être associée à l'effet hormonal du contraceptif, mais également à :

- Une infection vaginale ou cervicale transmissible sexuellement ou non.

Interventions

- Appliquer le Protocole de l'INESSS *Initier des mesures diagnostiques et un traitement pharmacologique chez une femme présentant des pertes vaginales inhabituelles* selon une ordonnance individuelle ou collective OU effectuer un test de triage pour éliminer l'infection à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae* et diriger immédiatement la personne vers une IPS ou un médecin pour une investigation appropriée.
- Une fois l'investigation et un traitement appropriés effectués, si nécessaire, et en l'absence de contre-indications :
  - Rassurer la personne.
  - Si elle n'est pas à l'aise avec cet effet indésirable, changer pour un autre CHC, une autre voie d'administration ou un autre type de contraceptif. S'assurer de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre.
- Faire un suivi systématique de la personne 3 mois après cette consultation ou avant, à la demande de la-personne, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable ou la présence d'effets indésirables liés à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- Recommander à la personne de consulter rapidement un professionnel de la santé (811, infirmière, IPS, médecin, urgence) si elle développe de la dyspareunie profonde nouvelle, une sensibilité abdominale basse, de la fièvre/frissons ou des pertes vaginales anormales d'ici à la visite de suivi.

9.7.5 Dysménorrhée persistante

La dysménorrhée n'est pas toujours améliorée par les contraceptifs hormonaux combinés et peut être associée à :

- Une infection transmissible sexuellement comme l'infection à *Chlamydia trachomatis ou à Neisseria gonorrhoeae*.
- Une atteinte inflammatoire pelvienne.
- Une affection gynécologique (p. ex. : endométriose, adénomyose).

Interventions

- Effectuer un test de triage pour éliminer l'infection à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae* → si le résultat du test est positif, soit appliquer l'ordonnance collective *Initier des mesures diagnostiques et un traitement pharmacologique chez une femme présentant des pertes vaginales inhabituelles,* soit diriger rapidement la personne vers une IPS ou un médecin.
- En présence de sensibilité abdominale basse en dehors des menstruations, d'une dyspareunie profonde nouvelle, de fièvre/frissons ou de pertes vaginales anormales → diriger rapidement la personne vers une IPS ou un médecin.
- En présence d'autres symptômes → la diriger vers une IPS ou un médecin.
- Si la dysménorrhée persiste depuis au moins 3 mois et en l'absence d'une détection positive d'une l'infection à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae*, de sensibilité abdominale basse en dehors des menstruations, de dyspareunie profonde nouvelle de fièvre/frissons, de pertes vaginales anormales ou d'autres symptômes :
  - Rassurer la personne et lui dire que cet effet indésirable devrait s'atténuer avec le temps.
  - En l'absence de contre-indications et d'interactions médicamenteuses, lui conseiller de consulter son pharmacien afin d'utiliser l'un des médicaments suivants disponibles en VENTE LIBRE, à commencer 24 à 48 heures avant le début des menstruations :
    - Ibuprofène 400 mg, per os, aux 4 à 6 heures (max. : 1200 mg/24 h), jusqu'à l'arrêt des douleurs.
    - Ou naproxène sodique 220 mg, per os, toutes les 8 à 12 heures (max. : 440 mg/24 h), jusqu'à l'arrêt des douleurs.
    - Ou acétaminophène 500 mg à 1000 mg, per os, trois à quatre fois par jour.
  - En l'absence de contre-indications, discuter avec elle de la possibilité d'utiliser un autre contraceptif en s'assurant de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre.
- Faire un suivi systématique de la personne 3 mois après cette consultation ou avant, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable ou la présence d'effets indésirables liés à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la personne vers une IPS ou un médecin.

9.7.6 Céphalée

Elle peut être associée à l'effet hormonal du contraceptif, mais également à :

- Une migraine.
- Une maladie systémique.

Interventions

- Identifier de quel type de céphalée il s'agit (annexe VIII – Différents types de céphalées).
- En présence d'une migraine nouvelle ou de l'apparition d'autres symptômes (p. ex : symptômes ophtalmiques ou neurologiques associés, etc.) → cesser le CHC et diriger rapidement l'utilisatrice vers une IPS ou un médecin. Recommander l'utilisation de contraception d'urgence et d'une méthode contraceptive barrière, le cas échéant.
- Vérifier la tension artérielle, si anormale (≥ 140/90) → cesser le CHC, débuter l'utilisation d'un contraceptif sans estrogène (en s'assurant de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre (annexe 3)) ou d'une méthode contraceptive barrière et diriger l'utilisatrice vers une IPS ou un médecin.
- Si céphalée de tension et en l'absence d'autres symptômes, de même que si la tension artérielle est normale :
  - Rassurer la personne.
  - Lui conseiller l'utilisation du CHC en continu s'il s'agit d'une céphalée de retrait (menstruelle).
  - En l'absence de contre-indications et d'interactions médicamenteuses, lui conseiller de consulter son pharmacien afin d'utiliser l'un des médicaments suivants disponibles en VENTE LIBRE et pour la céphalée de retrait (menstruelle), le débuter 24 à 48 heures avant le début des menstruations :
    - Ibuprofène 400 mg, per os, aux 4 à 6 heures (max. : 1200 mg/24 h), jusqu'à l'arrêt des douleurs.
    - Ou naproxène sodique 220 mg, per os, toutes les 8 à 12 heures (max. : 440 mg/24 h), jusqu'à l'arrêt des douleurs.
    - Ou acétaminophène 500 mg à 1000 mg, per os, trois à quatre fois par jour.
- Faire un suivi systématique de la personne 3 mois après cette consultation ou avant, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable ou la présence d'effets indésirables liés à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la personne vers une IPS ou un médecin.

9.7.7 Acné

L'acné peut être associée à l'effet hormonal du contraceptif, mais également à :

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

Interventions

- Faire un test de grossesse → si résultat positif, diriger rapidement la personne, selon ses souhaits, vers une IPS, une sage-femme, un médecin ou un service d'interruption volontaire de grossesse qui s'assurera que la grossesse n'est pas extra-utérine et lui fournira les soins appropriés.
- Rechercher un changement dans la médication (sur ordonnance, en vente libre ou produits de santé naturels) depuis la manifestation de l'effet indésirable et dans les trois derniers mois → si présent, diriger l'utilisatrice vers une IPS ou un médecin.
- En présence d'autres symptômes (p. ex. changement de la voix, pousse de poils, etc.) → la diriger vers une IPS ou un médecin.
- Si le résultat du test de grossesse est négatif, en l'absence d'autres symptômes ou de prise de nouveaux médicaments :
  - Rassurer la personne 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 avec un(e) pharmacien(ne).
  - En l'absence de contre-indications, discuter de la possibilité d'utiliser un autre contraceptif, en s'assurant de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre.
  - Si l'acné est très importante, la diriger vers une IPS ou un médecin.
- Faire un suivi systématique de la personne 3 mois après cette consultation ou avant, à la demande de la personne, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable ou la présence d'effets indésirables liés à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la personne vers une IPS ou un médecin.

9.7.8 Prise de poids

La prise de poids peut être associée à :

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

Interventions

- Faire un test de grossesse → si résultat positif, diriger rapidement la personne, selon ses souhaits, vers une IPS, une sage-femme, un médecin ou un service d'interruption volontaire de grossesse qui s'assurera que la grossesse n'est pas extra-utérine et lui fournira les soins appropriés.
- En présence d'autres symptômes → diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- 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 personne vers une IPS ou un médecin.

- Si le résultat du test de grossesse est négatif et en l'absence d'autres symptômes :
  - Rassurer la personne et lui dire qu'il est très peu probable que sa prise de poids soit liée à l'utilisation du CHC.
  - Peser la personne afin de documenter le poids et de le vérifier à une prochaine visite.
  - Lui conseiller d'augmenter ses activités physiques et de réviser sa consommation d'aliments ou boissons. Une consultation auprès d'un(e) nutritionniste ou d'un(e) kinésiologue peut être suggérée.
- Si la personne préfère changer de méthode, offrir un autre contraceptif en s'assurant de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre.
- Faire un suivi systématique de la personne 3 mois après cette consultation ou avant, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable ou la présence d'effets indésirables liés à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la personne vers une IPS ou un médecin.

9.7.9 Mastalgie

La mastalgie peut être associée à l'effet hormonal du contraceptif, mais également à :

- Une grossesse.
- Une affection des seins.

Interventions

- Faire un test de grossesse → si résultat positif, diriger rapidement la personne, selon ses souhaits, vers une IPS, une sage-femme, un médecin ou un service d'interruption volontaire de grossesse qui s'assurera que la grossesse n'est pas extra-utérine et lui fournira les soins appropriés.
- En présence d'autres symptômes→ la diriger vers une IPS ou un médecin.
- Si le résultat du test de grossesse est négatif et en l'absence d'autres symptômes :
  - Rassurer la personne.
  - Lui recommander un soutien-gorge bien ajusté.
  - En l'absence de contre-indications et d'interactions médicamenteuses, lui conseiller de consulter son pharmacien afin d'utiliser l'un des médicaments suivants disponibles en VENTE LIBRE :
    - Ibuprofène 400 mg, per os, aux 4 à 6 heures (max. : 1200 mg/24 h), jusqu'à l'arrêt des douleurs.
    - Ou naproxène sodique 220 mg, per os, toutes les 8 à 12 heures (max. : 440 mg/24 h), jusqu'à l'arrêt des douleurs.
    - Ou acétaminophène 500 à 1000 mg, per os, trois à quatre fois par jour.
  - Si la mastalgie est prémenstruelle → conseiller l'utilisation du CHC en continu.
  - En l'absence de contre-indications, changer pour 1) un autre CHC à plus faible dosage d'estrogène (l'anneau vaginal ou un autre COC; 2) un contraceptif à progestatif seul; 3) un implant, un stérilet au cuivre ou au lévonorgestrel, en s'assurant de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre.

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

9.7.10 Effets sur l'humeur

Les effets sur l'humeur peuvent être associés à l'effet hormonal du contraceptif, mais également à :

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

Interventions

- Évaluer la présence d'éléments déclencheurs.
- Faire remplir le questionnaire sur la santé du patient PHQ-9 (annexe IX); si le score est égal ou supérieur à 10 ou s'il y a présence d'idées suicidaires → diriger la personne vers une IPS, un médecin, l'urgence ou contacter le 811 pour une prise en charge immédiate, selon la sévérité des symptômes.
- Si présence de troubles invalidants du sommeil → diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- Si le score au questionnaire est inférieur à 10, que la personne ne présente pas d'idées suicidaires et qu'il y a absence de troubles invalidants du sommeil :
  - Rassurer la personne 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.
  - Les techniques de relaxation et de méditation pleine conscience peuvent aussi être suggérées.
  - La revoir deux semaines plus tard pour une réévaluation en utilisant le questionnaire sur la santé du patient PHQ-9 : si les symptômes sont toujours présents et en l'absence de contre-indications, considérer l'utilisation d'un autre contraceptif en s'assurant de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre ou diriger vers une IPS ou un médecin.
- Si la personne préfère changer de méthode, offrir un autre contraceptif en s'assurant de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre.
- Si la personne n'a pas été évaluée par une IPS ou un médecin, faire un suivi systématique de la personne un mois après la 2e consultation pour ce problème afin de vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable ou présence d'effets indésirables liés à la nouvelle stratégie adoptée et dans tous les cas où l'infirmière a besoin de soutien professionnel, diriger la personne vers une IPS ou un médecin.

9.7.11 Réaction cutanée locale (timbre contraceptif seulement)

Environ 20 % des personnes qui utilisent le timbre contraceptif présentent des réactions au site d'application (rougeur, douleur ou inconfort) (42, 84). Ces réactions sont considérées comme légères ou modérées et causent l'arrêt de la méthode dans seulement 3 % des cas (84). La réaction cutanée locale peut être 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 l'utilisatrice vers une IPS ou un médecin.
- En l'absence d'autres symptômes, d'une réaction plus étendue ou de contre-indications au timbre contraceptif :
  - Réviser les modalités d'utilisation du timbre : appliquer le timbre sur une peau propre, sèche (PAS à la sortie 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 de changer de site d'application du timbre chaque semaine (rotation des sites d'application).
  - Si la personne est trop incommodée par cet effet indésirable, offrir un autre contraceptif en s'assurant de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre.
- Faire un suivi systématique de la personne 3 mois après cette consultation ou avant, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable ou la présence d'effets indésirables liés à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la personne vers une IPS ou un médecin.

9.8 Gestion des complications sérieuses des contraceptifs hormonaux combinés

9.8.1 Taux d'incidence des principales complications sérieuses des CHC

- La thromboembolie veineuse (incluant la thrombophlébite profonde et l'embolie pulmonaire) avec un taux d'incidence d'environ 10 pour 10 000 femmes-années utilisatrices de CHC (85), comparativement à un taux d'incidence variant de 0,3 à 16 pour 10 000 femmes-années dans la population générale, dépendant du devis d'étude (86).
- Le risque d'accident vasculaire cérébral chez les femmes en âge de reproduction non enceintes, qu'elles prennent ou non une CHC, avec un taux d'environ 1,1 pour 10 000 femmes-années (87); le

risque d'AVC augmente avec l'âge (2,4/10 000 chez toutes les femmes de 20-34 ans versus 6,8/10 000 chez toutes les femmes de 35-49 ans en 2020-2021) (88).

- Le risque d'infarctus du myocarde chez les femmes en âge de procréer non enceintes, qu'elles prennent ou non une CHC, avec un taux d'environ 0,5 pour 10 000 femmes-années (87); le taux d'incidence d'hospitalisation pour infarctus du myocarde augmente avec l'âge (0,4/10 000 chez toutes les femmes de 20-34 ans versus 2,6/10 000 chez toutes les femmes de 35-49 ans) (89).

9.8.2 Données probantes sur les principales complications sérieuses des CHC

Les données probantes montrent que les thromboembolies veineuses associées à l'utilisation des CHC sont rares et leur fréquence est plus élevée dans les premiers mois d'utilisation (89). Leur survenue diminue au cours de la première année d'utilisation (90). Les données probantes sont semblables pour l'utilisation du timbre et de l'anneau contraceptif (91, 92).

Pour ce qui est des infarctus du myocarde et des AVC, l'étude récente de Dou *et al.* (93) sur 161 017 utilisatrices de COC démontre que l'utilisation de COC n'augmente pas le risque d'événements cardio-vasculaires et qu'elle est associée à une réduction des décès, toutes causes confondues. Une revue Cochrane de 2015 (94) montrait également que les risques d'infarctus du myocarde et d'AVC n'étaient pas augmentés chez les utilisatrices de COC contenant moins de 50 mcg d'EE et que ces risques ne variaient pas en fonction des progestatifs. Une étude antérieure (95) avait montré un risque d'infarctus du myocarde et d'ACV différent selon le type de progestatif et plus élevé chez les utilisatrices de timbre et d'anneau contraceptif, mais ces résultats, obtenus à partir de données administratives, n'ont pas été confirmés. L'étude TASC n'a pas montré d'augmentation du risque d'accident artériel chez les utilisatrices d'anneau (91) et la revue systématique de Tepper (92) confirme ce résultat pour l'anneau et pour le timbre contraceptif.

9.8.3 Facteurs de risque des TEV

Il est nécessaire d'identifier les facteurs de risque de TEV (86) présents chez les personnes désirant initier une CHC. Ces facteurs de risque augmentent considérablement le risque d'événement thromboembolique, artériel et veineux, et représentent donc des contre-indications de catégories 3 et 4 pour les CHC. L'anémie falciforme (drépanocytose) fait désormais partie des contre-indications de catégorie 4 puisque les gens qui en sont atteints ont un risque de TEV augmenté de 3,5 à 100 fois comparativement à celui de la population non atteinte (96). Les antécédents de TEV/EP chez un parent du 1er degré ne sont pas une contre-indication à l'utilisation de la CHC; cependant, il est raisonnable de procéder à un counseling éclairé.

Le risque de maladie thromboembolique ne semble pas être influencé par la voie d'absorption des CHC, orale, transdermique ou vaginale (91, 92). L'utilisation d'un CHC en continu n'augmente pas le risque de maladie thromboembolique, artérielle ou veineuse, comparativement à l'utilisation cyclique (97).

Certains progestatifs, notamment ceux de 3e génération et la drospirénone, ont longtemps été associés à un risque augmenté de TEV (85). Ces données provenaient d'études observationnelles n'ayant pas pris en compte le biais de prescription. Cependant, lors de deux revues systématiques de la littérature médicale, Larrivée *et al.* (98) et Guilbert *et al.* (86), ont rapporté des données probantes rassurantes, ne démontrant pas d'augmentation du risque de TEV chez les utilisatrices de CHC à base de drospirénone comparativement aux CHC à base de lévonorgestrel.

9.8.4 Autres considérations

Concernant la préoccupation que les CHC contenant < 30 mcg d'EE puissent réduire la densité minérale osseuse chez les adolescentes, les données probantes ne permettent pas de soutenir cette hypothèse et ceci ne doit pas être un frein à la prescription de CHC ou un incitatif à la prescription de CHC particuliers.

Les signes et les symptômes suivants doivent être considérés sérieux et nécessitent une consultation urgente à une IPS ou un médecin ou à l'urgence :

- Douleur abdominale importante.
- Douleur thoracique importante, pouvant être accompagnée de toux, de dyspnée et de douleur s'exacerbant à la respiration.
- Douleur importante dans un membre inférieur (cuisse ou mollet) avec ou sans gonflement et/ou rougeur.
- Céphalée importante, pouvant être accompagnée d'étourdissements, de sensation de faiblesse, d'engourdissement latéralisé ou non.
- Apparition nouvelle d'une migraine ou de symptômes neurologiques ou ophtalmiques accompagnant une céphalée.
- Perte de toute fonction motrice ou sensitive.
- Problème de vision (perte de vision complète ou partielle, vision embrouillée latéralisée ou non).
- Trouble du langage.

Il est recommandé d'aviser les personnes des signes et symptômes de complications sérieuses avec l'utilisation d'un contraceptif hormonal combiné (Bonne pratique clinique – Recommandation forte).

9.9 Suivi

9.9.1 Suivi régulier

Un suivi précoce à la suite de la prescription d'un CHC n'est pas obligatoire, mais s'il est fait, il peut avoir lieu dans les trois premiers mois après la prescription, en particulier pour les clientèles qui pourraient avoir des problèmes d'observance.

Si, lors d'une visite de suivi, l'utilisatrice d'un contraceptif hormonal combiné désire cesser son utilisation, l'infirmière doit lui proposer de débuter une autre méthode contraceptive et s'assurer de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre (Bonne pratique clinique – Recommandation forte).

La transition sécuritaire d'une méthode à une autre est fournie à l'annexe III.

9.9.2 Suivi lors de bouleversement sociosanitaire

Il est conseillé de ne pas restreindre l'utilisation de CHC durant un bouleversement sociosanitaire (99). La continuation des CHC doit être modulée en fonction de l'état de santé de la personne. Par exemple, au regard de la COVID, si une personne est positive à la COVID et qu'elle est asymptomatique ou symptomatique sans immobilisation au lit ou non hospitalisée, elle peut continuer la CHC (99–105). Par contre, si elle est immobilisée au lit ou hospitalisée, son risque de TEV risque d'augmenter et il est préférable de cesser la CHC. Celle-ci pourra être réinitiée dès la guérison et la mobilisation complètes (99, 101–104, 106). Si la CHC doit être cessée, il pourra être nécessaire de donner une contraception d'urgence et d'initier une PPS ou une méthode contraceptive sans estrogène (99–102, 106). Lors de COVID sévère requérant une immobilisation au lit ou une hospitalisation, l'administration immédiate d'héparine à bas poids moléculaire à titre prophylactique ou thérapeutique peut être effectuée sur prescription par une IPS ou un médecin, selon les besoins (100, 104, 105, 107). Il peut en être autrement dans le cas d'une autre épidémie.

Les visites en présentiel ne sont pas requises pour les utilisatrices de CHC (100–102, 108–110). Aucun examen physique ou bilan biologique n'est nécessaire en l'absence de facteurs de risque cardio-vasculaire (108, 111). La CHC peut être débutée sans mesurer la tension artérielle. Elle doit, cependant, être mesurée par un(e) professionnel(le) de la santé chez les personnes ≥ 35 ans et les plus jeunes ayant des facteurs de risque cardiovasculaire mineurs, dans les trois mois suivant le début de l'utilisation, même si elle a déjà été mesurée dans le passé (100). Chez les autres personnes, elle devra être mesurée dès qu'il sera cliniquement possible de le faire (100, 108).

Les visites virtuelles sont conseillées pour l'obtention d'informations, le counseling contraceptif, la vérification des contre-indications, la prescription (ou le renouvellement) du CHC, la gestion des effets indésirables, la prolongation et pour vérifier le besoin/donner les consignes d'une visite subséquente en présentiel (100–102, 106, 108, 109, 111–115).

Les contre-indications et les consignes d'utilisation des CHC en période de bouleversement sociosanitaire restent les mêmes que celles consignées dans ce chapitre (105). Les CHC peuvent être initiés quel que soit le statut vaccinal (105). L'utilisation des antiviraux (Paxlovid^{MC} ou autres) peut réduire théoriquement l'efficacité des CHC : informer les personnes et conseiller l'utilisation de méthode contraceptive d'appoint durant le traitement et pendant le mois qui suit (102). La SOGC (100) recommande de remplacer le timbre contraceptif aux 9 jours et l'anneau vaginal aux 28-31 jours, sans que la PSH ne dépasse 7 jours.

9.10 Activités spécifiques de l'infirmière

En plus des activités professionnelles présentées au chapitre 3, l'infirmière peut procéder aux activités suivantes :

- Assurer le suivi de la personne et lui fournir les informations pertinentes.
- Offrir un counseling contraceptif dans les situations de changement de méthode contraceptive.
- Diriger les personnes vers le professionnel approprié en cas de situations cliniques suggérant une complication sérieuse.

9.11 Résumé des recommandations

- Les mêmes contre-indications que pour les autres contraceptifs hormonaux combinés prévalent pour les contraceptifs hormonaux combinés contenant de l'estétrol (Niveau de preuve élevé – Recommandation forte).
- Les personnes désirant utiliser un contraceptif hormonal combiné doivent être avisées, à l'avance, de la survenue possible d'effets indésirables (Bonne pratique clinique – Recommandation forte).
- Il est recommandé d'aviser les personnes des signes et symptômes de complications sérieuses avec l'utilisation d'un contraceptif hormonal combiné (Bonne pratique clinique – Recommandation forte).
- Si, lors d'une visite de suivi, l'utilisatrice d'un contraceptif hormonal combiné désire cesser son utilisation, l'infirmière doit lui proposer de débuter une autre méthode contraceptive et s'assurer de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre (Bonne pratique clinique – Recommandation forte).

9.12 Références

1. Lethaby A, Wise MR, Weterings MA, Bofill Rodriguez M, Brown J. Combined hormonal contraceptives for heavy menstrual bleeding. Cochrane Database Syst Rev. 2019;2(2):CD000154.
2. Larsson G, Milsom I, Lindstedt G, Rybo G. The influence of a low-dose combined oral contraceptive on menstrual blood loss and iron status. Contraception. 1992;46(4):327-34.
3. Harada T, Momoeda M, Taketani Y, Hoshiai H, Terakawa N. Low-dose oral contraceptive pill for dysmenorrhea associated with endometriosis : a placebo-controlled, double-blind, randomized trial. Fertil Steril. 2008;90(5):1583-8.
4. Joffe H, Cohen LS, Harlow BL. Impact of oral contraceptive pill use on premenstrual mood : predictors of improvement and deterioration. Am J Obstet Gynecol. 2003;189(6):1523-30.
5. Seidman DS, Yeshaya A, Ber A, Amodai I, Feinstein I, Finkel I, *et al.* A prospective follow-up of two 21/7 cycles followed by two extended regimen 84/7 cycles with contraceptive pills containing ethinyl estradiol and drospirenone. Isr Med Assoc J. 2010;12(7):400-5.
6. Lopez LM, Kaptein AA, Helmerhorst FM. Oral contraceptives containing drospirenone for premenstrual syndrome. Cochrane database of systematic reviews (Online). 2012;2:CD006586.
7. Pearlstein TB, Bachmann GA, Zacur HA, Yonkers KA. Treatment of premenstrual dysphoric disorder with a new drospirenone-containing oral contraceptive formulation. Contraception. 2005;72(6):414-21.
8. Yonkers KA, Brown C, Pearlstein TB, Foegh M, Sampson-Landers C, Rapkin A. Efficacy of a new low-dose oral contraceptive with drospirenone in premenstrual dysphoric disorder. Obstet Gynecol. 2005;106(3):492-501.
9. Arowojolu AO, Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA. Combined oral contraceptive pills for treatment of acne. Cochrane database of systematic reviews (Online). 2012;7:CD004425.
10. Fraison E, Kostova E, Moran LJ, Bilal S, Ee CC, Venetis C, *et al.* Metformin versus the combined oral contraceptive pill for hirsutism, acne, and menstrual pattern in polycystic ovary syndrome. Cochrane Database Syst Rev. 2020;8(8):CD005552.
11. Amsterdam ESHRE/ASRM-Sponsored 3rd PCOS Consensus Workshop Group. Consensus on women's health aspects of polycystic ovary syndrome (PCOS). Hum Reprod. 2012;27(1):14-24.
12. World Health Organisation (WHO). Medical eligibility criteria for contraceptive use [Internet]. 5th ed. Geneva : World Health Organization; 2015. Disponible : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK321151/pdf/Bookshelf_NBK321151.pdf
13. Curtis K, Tepper N, Jatlaoui T, Berry-Bibee E, Horton L, Zapata LB, *et al.* U.S. Medical eligibility criteria for contraceptive use (CDC). Morbidity and Mortality Weekly Report. 2016;65(3):1-103.
14. Black A, Guilbert E, Costescu D, Dunn S, Fisher W, Kives S, *et al.* No. 329-Canadian Contraception consensus Part 4 of 4 Chapter 9: combined hormonal contraception. J Obstet Gynaecol Can. 2017;39(4):229-268.e5.

15. Centers for Disease Control (CDC). U.S. Medical eligibility criteria for contraceptive use 2023. Communication personnelle d'Édith Guilbert MD, MSc, 2023-01-30.

16. The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH). UK medical eligibility criteria for contraceptive use - UKMEC 2016 [Internet]. 2016. Disponible : https://www.fsrh.org/documents/ukmec-2016/

17. The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH). FSRH CEU guidance : drug interactions with hormonal contraception [Internet]. 2019. Disponible : https://www.fsrh.org/documents/ceu-clinical-guidance-drug-interactions-with-hormonal/

18. Haute Autorité de Santé (HAS). Méthodes contraceptives - Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles [Internet]. 2017. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1369314/fr/methodes-contraceptives-focus-sur-les-methodes-les-plus-efficaces-disponibles

19. Chabbert-Buffet N, Marret H, Agostini A, Cardinale C, Hamdaoui N, Hassoun D, *et al.* Contraception : recommandations pour la pratique clinique du CNGOF (texte court). Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 2018;46(12):760-76.

20. Bernier M, Jonville-Bera AP. Interactions avec les contraceptifs. RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 2018;46(12):786-91.

21. Best Practice Advocacy Centre New Zealand (BPACNZ). Contraception : which option for which patient? [Internet]. 2019. Disponible : https://bpac.org.nz/2021/contraception/options.aspx

22. Tepper NK, Curtis KM, Cox S, Whiteman MK. Update to U.S. Medical eligibility criteria for contraceptive use, 2016: updated recommendations for the use of contraception among women at high risk for HIV Infection. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020;69(14):405-10.

23. World Health Organization (WHO). Contraceptive eligibility for women at high risk of HIV. Guidance statement : recommendations on contraceptive methods used by women at high risk of HIV [Internet]. 2019. Disponible : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546035/pdf/Bookshelf_NBK546035.pdf

24. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG). Combined hormonal contraceptives. 2019; Disponible : https://ranzcog.edu.au/wp-content/uploads/2022/05/Combined-hormonal-contraceptives.pdf

25. Nocella C, Biondi-Zoccai G, Sciarretta S, Peruzzi M, Pagano F, Loffredo L, *et al.* Impact of Tobacco Versus Electronic Cigarette Smoking on Platelet Function. Am J Cardiol. 2018;122(9):1477-81.

26. Grossman MP, Nakajima ST. Menstrual cycle bleeding patterns in cigarette smokers. Contraception. 2006;73(6):562-5.

27. Chen MJ, Jensen JT, Kaunitz AM, Achilles SL, Zatik J, Weyers S, *et al.* Tolerability and safety of the estetrol/drospirenone combined oral contraceptive : Pooled analysis of two multicenter, open-label phase 3 trials. Contraception. 2022;116:44-50.

28. Cohen BL, Katz M. Pituitary and ovarian function in women receiving hormonal contraception. Contraception. 1979;20(5):475-87.

29. Cohen BL, Katz M. Further studies on pituitary and ovarian function in women receiving hormonal contraception. Contraception. 1981;24(2):159-72.

30. Crosignani PG, Testa G, Vegetti W, Parazzini F. Ovarian activity during regular oral contraceptive use. Contraception. 1996;54(5):271-3.

31. Mulders TM, Dieben TO. Use of the novel combined contraceptive vaginal ring NuvaRing for ovulation inhibition. Fertil Steril. 2001;75(5):865-70.

32. The Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH). FSRH Guideline. Combined Hormonal Contraception [Internet]. 2020. Disponible : https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/combined-hormonal-contraception/

33. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception. 2011;83(5):397-404.

34. Lopez LM, Grimes DA, Gallo MF, Stockton LL, Schulz KF. Skin patch and vaginal ring versus combined oral contraceptives for contraception. Cochrane Database Syst Rev. 2013;2013(4):CD003552.

35. Lavelanet AF, Rybin D, White KO. The pharmacokinetics of 12-week continuous contraceptive patch use. Contraception. 2017;95(6):578-85.

36. Van Vliet HAAM, Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF, Helmerhorst FM. Triphasic versus monophasic oral contraceptives for contraception. Cochrane Database Syst Rev. 2011;2011(11):CD003553.

37. Van Vliet H a. a. M, Grimes DA, Helmerhorst FM, Schulz KF. Biphasic versus triphasic oral contraceptives for contraception. Cochrane Database Syst Rev. 2006;2006(3):CD003283.

38. Van Vliet H a. a. M, Grimes DA, Helmerhorst FM, Schulz KF. Biphasic versus monophasic oral contraceptives for contraception. Cochrane Database Syst Rev. 2006;2006(3):CD002032.

39. Van Vliet HAAM, Raps M, Lopez LM, Helmerhorst FM. Quadriphasic versus monophasic oral contraceptives for contraception. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(11):CD009038.

40. Organon Canada Inc. Nuvaring®. Monographie de produit incluant les renseignements sur le médicament pour le patient [Internet]. 2022. Disponible : https://www.organon.com/canada-fr/wp-content/uploads/sites/28/2021/05/NUVARING_PM-F.pdf

41. Timmer CJ, Mulders TM. Pharmacokinetics of etonogestrel and ethinylestradiol released from a combined contraceptive vaginal ring. Clin Pharmacokinet. 2000;39(3):233-42.

42. Janssen Inc. EVRA®. Système transdermique. Monographie de produit [Internet]. 2018. Disponible : https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00046283.PDF

43. Abrams LS, Skee DM, Wong FA, Anderson NJ, Leese PT. Pharmacokinetics of norelgestromin and ethinyl estradiol from two consecutive contraceptive patches. J Clin Pharmacol. 2001;41(11):1232-7.

44. Robin G, Plouvier P, Delesalle AS, Rolland AL. Contraception hormonale en pratique hors dispositifs intra-utérins. RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 2018;46(12):845-57.

45. World Health Organization (WHO), Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center. Family planning : a global handbook for providers (2018 update) [Internet]. 5th ed. Baltimore and Geneva : CCP and WHO; 2018. 442 p. Disponible : https://fphandbook.org/sites/default/files/global-handbook-2018-full-web.pdf

46. Zieman M, Guillebaud J, Weisberg E, Shangold GA, Fisher AC, Creasy GW. Contraceptive efficacy and cycle control with the Ortho Evra/Evra transdermal system : the analysis of pooled data. Fertil Steril. 2002;77(2 Suppl 2):S13-18.

47. Glasier A, Bhattacharya S, Evers H, Gemzell-Danielsson K, Hardman S, Heikinheimo O, *et al.* Contraception after pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand. 2019;98(11):1378-85.

48. Tepper NK, Phillips SJ, Kapp N, Gaffield ME, Curtis KM. Combined hormonal contraceptive use among breastfeeding women : an updated systematic review. Contraception. 2016;94(3):262-74.

49. Lopez LM, Grey TW, Stuebe AM, Chen M, Truitt ST, Gallo MF. Combined hormonal versus nonhormonal versus progestin-only contraception in lactation. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(3):CD003988.

50. Zapata LB, Tregear SJ, Curtis KM, Tiller M, Pazol K, Mautone-Smith N, *et al.* Impact of contraceptive counseling in clinical settings : a systematic review. Am J Prev Med. 2015;49(2 Suppl 1):S31-45.

51. Merz M, Kroll R, Lynen R, Bangerter K. Bleeding pattern and cycle control of a low-dose transdermal contraceptive patch compared with a combined oral contraceptive : a randomized study. Contraception. 2015;91(2):113-20.

52. Endrikat J, Hite R, Bannemerschult R, Gerlinger C, Schmidt W. Multicenter, comparative study of cycle control, efficacy and tolerability of two low-dose oral contraceptives containing 20 microg ethinylestradiol/100 microg levonorgestrel and 20 microg ethinylestradiol/500 microg norethisterone. Contraception. 2001;64(1):3-10.

53. Ahrendt HJ, Makalová D, Parke S, Mellinger U, Mansour D. Bleeding pattern and cycle control with an estradiol-based oral contraceptive : a seven-cycle, randomized comparative trial of estradiol valerate/dienogest and ethinyl estradiol/levonorgestrel. Contraception. 2009;80(5):436-44.

54. Hampton RM, Short M, Bieber E, Bouchard C, Ayotte N, Shangold G, *et al.* Comparison of a novel norgestimate/ethinyl estradiol oral contraceptive (Ortho Tri-Cyclen Lo) with the oral contraceptive Loestrin Fe 1/20. Contraception. 2001;63(6):289-95.

55. Halbe HW, de Melo NR, Bahamondes L, Petracco A, Lemgruber M, de Andrade RP, *et al.* Efficacy and acceptability of two monophasic oral contraceptives containing ethinylestradiol and either desogestrel or gestodene. Eur J Contracept Reprod Health Care. 1998;3(3):113-20.

56. Archer DF, Maheux R, DelConte A, O'Brien FB. Efficacy and safety of a low-dose monophasic combination oral contraceptive containing 100 microg levonorgestrel and 20 microg ethinyl estradiol (Alesse). North american Levonorgestrel Study Group (NALSG). Am J Obstet Gynecol. 1999;181(5 Pt 2):39-44.

57. Archer DF, Nakajima ST, Sawyer AT, Wentworth J, Trupin S, Koltun WD, *et al.* Norethindrone acetate 1.0 milligram and ethinyl estradiol 10 micrograms as an ultra low-dose oral contraceptive. Obstet Gynecol. 2013;122(3):601-7.

58. Anderson FD, Gibbons W, Portman D. Long-term safety of an extended-cycle oral contraceptive (Seasonale) : a 2-year multicenter open-label extension trial. Am J Obstet Gynecol. 2006;195(1):92-6.

59. Anttila L, Neunteufel W, Petraglia F, Marr J, Kunz M. Cycle control and bleeding pattern of a 24/4 regimen of drospirenone 3mug/ethinylestradiol 20mug compared with a 21/7 regimen of desogestrel 150mug/ethinylestradiol 20mug : a pooled analysis. Clinical Drug Investigation. 2011;31(8):519-25.

60. Audet MC, Moreau M, Koltun WD, Waldbaum AS, Shangold G, Fisher AC, *et al.* Evaluation of contraceptive efficacy and cycle control of a transdermal contraceptive patch vs an oral contraceptive : a randomized controlled trial. JAMA. 2001;285(18):2347-54.

61. Shapley M, Jordan K, Croft PR. Abnormal bleeding patterns associated with menorrhagia in women in the community and in women presenting to primary care. Fam Pract. 2007;24(6):532-7.

62. Abu Hashim H, Alsherbini W, Bazeed M. Contraceptive vaginal ring treatment of heavy menstrual bleeding : a randomized controlled trial with norethisterone. Contraception. 2012;85(3):246-52.

63. Kerns J, Darney P. Vaginal ring contraception. Contraception. 2011;83(2):107-15.

64. Bitzer J, Heikinheimo O, Nelson AL, Calaf-Alsina J, Fraser IS. Medical management of heavy menstrual bleeding : a comprehensive review of the literature. Obstet Gynecol Surv. 2015;70(2):115-30.

65. Srivaths LV, Dietrich JE, Yee DL, Sangi-Haghpeykar H, Mahoney D. Oral tranexamic acid versus combined oral contraceptives for adolescent heavy menstrual bleeding : a pilot study. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2015;28(4):254-7.

66. Agarwal N, Gupta M, Kriplani A, Bhatla N, Singh N. Comparison of combined hormonal vaginal ring with ultralow-dose combined oral contraceptive pills in the management of heavy menstrual bleeding : a pilot study. J Obstet Gynaecol. 2016;36(1):71-5.

67. Dahiya P, Dalal M, Yadav A, Dahiya K, Jain S, Silan V. Efficacy of combined hormonal vaginal ring in comparison to combined hormonal pills in heavy menstrual bleeding. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2016;203:147-51.

68. Schroll JB, Black AY, Farquhar C, Chen I. Combined oral contraceptive pill for primary dysmenorrhoea. Cochrane Database Syst Rev. 2023;7(7):CD002120.

69. Zahradnik HP, Hanjalic-Beck A, Groth K. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and hormonal contraceptives for pain relief from dysmenorrhea : a review. Contraception. 2010;81(3):185-96.

70. Priya K, Rajaram S, Goel N. Comparison of combined hormonal vaginal ring and low dose combined oral hormonal pill for the treatment of idiopathic chronic pelvic pain : a randomised trial. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2016;207:141-6.

71. Dmitrovic R, Kunselman AR, Legro RS. Continuous compared with cyclic oral contraceptives for the treatment of primary dysmenorrhea : a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2012;119(6):1143-50.

72. Momoeda M, Kondo M, Elliesen J, Yasuda M, Yamamoto S, Harada T. Efficacy and safety of a flexible extended regimen of ethinylestradiol/drospirenone for the treatment of dysmenorrhea : a multicenter, randomized, open-label, active-controlled study. International Journal of Women's Health. 2017;9:295-305.

73. Strowitzki T, Kirsch B, Elliesen J. Efficacy of ethinylestradiol 20 mug/drospirenone 3 mg in a flexible extended regimen in women with moderate-to-severe primary dysmenorrhoea : an open-label, multicentre, randomised, controlled study. Journal of Family Planning and Reproductive Health Care. 2012;38(2):94-101.

74. Loder EW, Buse DC, Golub JR. Headache as a side effect of combination estrogen-progestin oral contraceptives : a systematic review. Am J Obstet Gynecol. 2005;193(3 Pt 1):636-49.

75. MacGregor EA. Contraception and headache. Headache. 2013;53(2):247-76.

76. Gaudet LM, Kives S, Hahn PM, Reid RL. What women believe about oral contraceptives and the effect of counseling. Contraception. 2004;69(1):31-6.

77. Lê MG, Laveissière MN, Pélissier C. [Factors associated with weight gain in women using oral contraceptives : results of a French 2001 opinion poll survey conducted on 1665 women]. Gynecol Obstet Fertil. 2003;31(3):230-9.

78. Wysocki S. A survey of american women regarding the use of oral contraceptives and weight gain. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2000;70:B114-B114.

79. Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, Carayon F, Schulz KF, Helmerhorst FM. Combination contraceptives : effects on weight. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(1):CD003987.

80. Lindh I, Ellström AA, Milsom I. The long-term influence of combined oral contraceptives on body weight. Hum Reprod. 2011;26(7):1917-24.

81. Rosenberg MJ, Waugh MS. Oral contraceptive discontinuation : a prospective evaluation of frequency and reasons. Am J Obstet Gynecol. 1998;179(3 Pt 1):577-82.

82. Oddens BJ. Women's satisfaction with birth control : a population survey of physical and psychological effects of oral contraceptives, intrauterine devices, condoms, natural family planning, and sterilization among 1466 women. Contraception. 1999;59(5):277-86.

83. Schaffir J, Worly BL, Gur TL. Combined hormonal contraception and its effects on mood : a critical review. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2016;21(5):347-55.

84. Sibai BM, Odlind V, Meador ML, Shangold GA, Fisher AC, Creasy GW. A comparative and pooled analysis of the safety and tolerability of the contraceptive patch (Ortho Evra/Evra). Fertil Steril. 2002;77(2 Suppl 2):S19-26.

85. Reid RL, Westhoff C, Mansour D, De Vries C, Verhaeghe J, Boschitsch E, *et al.* Oral contraceptives and venous thromboembolism : consensus opinion from an international workshop held in Berlin, Germany in December 2009. Journal of Family Planning and Reproductive Health Care. 2010;36(3):117-22.

86. Guilbert É, Guertin MH, David M, Wagner MS, Roy G, Bérubé J, *et al.* Utilisation des contraceptifs oraux contenant de la drospirénone et risque de thromboembolie veineuse [Internet]. Institut National de Santé Publique du Québec; 2011. Disponible : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1291_utilicontraorauxdrospirenonerisquethrombo.pdf

87. Petitti DB, Sidney S, Quesenberry CP, Bernstein A. Incidence of stroke and myocardial infarction in women of reproductive age. Stroke. 1997;28(2):280-3.

88. Public Health Agency of Canada. Health Infobase. 2023. Canadian chronic disease surveillance system (CCDSS) data files provided by provinces and territories, as of April 2023. Disponible : https://health-infobase.canada.ca

89. Suissa S, Blais L, Spitzer WO, Cusson J, Lewis M, Heinemann L. First-time use of newer oral contraceptives and the risk of venous thromboembolism. Contraception. 1997;56(3):141-6.

90. Simpson J. The new FSRH guideline on combined hormonal contraception : how does it change practice? BMJ Sex Reprod Health. 2019;45(2):85.

91. Dinger J, Möhner S, Heinemann K. Cardiovascular risk associated with the use of an etonogestrel-containing vaginal ring. Obstet Gynecol. 2013;122(4):800-8.

92. Tepper NK, Dragoman MV, Gaffield ME, Curtis KM. Nonoral combined hormonal contraceptives and thromboembolism : a systematic review. Contraception. 2017;95(2):130-9.

93. Dou W, Huang Y, Liu X, Huang C, Huang J, Xu B, *et al.* Associations of oral contraceptive use with cardiovascular disease and all-cause death : evidence from the UK biobank cohort study. J Am Heart Assoc. 2023;12(16):e030105.

94. Roach REJ, Helmerhorst FM, Lijfering WM, Stijnen T, Algra A, Dekkers OM. Combined oral contraceptives : the risk of myocardial infarction and ischemic stroke. Cochrane Database Syst Rev. 2015;2015(8):CD011054.

95. Lidegaard Ø, Løkkegaard E, Jensen A, SkovlundCW, Keiding N. Thrombotic Stroke and Myocardial Infarction with Hormonal Contraception. N Engl J Med. 2012;366(24):2257-66.

96. Naik RP, Smith-Whitley K, Hassell KL, Umeh NI, de Montalembert M, Sahota P, *et al.* Clinical outcomes associated with sickle cell trait : a systematic review. Ann Intern Med. 2018;169(9):619-27.

97. Kaplan S, Bertoia ML, Wang FT, Zhou L, Lass A, Evans A, *et al.* Long-term safety of extended levonorgestrel-containing oral contraceptives in the United States. Contraception. 2022;105:26-32.

98. Larivée N, Suissa S, Khosrow-Khavar F, Tagalakis V, Filion KB. Drospirenone-containing oral contraceptive pills and the risk of venous thromboembolism : a systematic review of observational studies. BJOG. 2017;124(10):1490-9.

99. The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH). Ensuring provision of Sexual and Reproductive Healthcare (SRH) services during the third COVID-19 lockdown and beyond in the UK [Internet]. 2021. Disponible : https://www.fsrh.org/documents/fsrh-guidance-essential-srh-services--third-covid-19-lockdown/

100. Black A, Costescu D, Guilbert É, Dunn S, Norman WV, Trouton K, *et al.* Consensus sur la contraception : mise à jour des lignes directrices en cas de pandémie et de périodes de bouleversements sociaux [Internet]. Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC); 2020. Disponible : https://www.sogc.org/common/Uploaded%20files/2020-04%20Contraception%20Consensus%20-%20Final%20Submitted_FR%20Apr30.pdf

101. Benson LS, Madden T, Tarleton J, Micks EA. Society of family planning interim clinical recommendations : contraceptive provision when healthcare access is restricted due to pandemic response. 2020; Disponible : https://societyfp.org/wp-content/uploads/2020/05/SFP-Interim-Recommendations-Contraception-and-COVID-19_05.28.2020.pdf

102. Stifani BM, Madden T, Micks E, Moayedi G, Tarleton J, Benson LS. Society of family planning clinical recommendations : contraceptive care in the context of pandemic response. Contraception. 2022;113:1-12.

103. Fruzzetti F, Cagnacci A, Primiero F, De Leo V, Bastianelli C, Bruni V, *et al.* Contraception during Coronavirus-Covid 19 pandemia. Recommendations of the Board of the Italian Society of Contraception. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care. 2020;25(3):231-2.

104. Ramirez I, De la Viuda E, Baquedano L, Coronado P, Llaneza P, Mendoza N, *et al.* Managing thromboembolic risk with menopausal hormone therapy and hormonal contraception in the COVID-19 pandemic : Recommendations from the Spanish Menopause Society, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia and Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia. Maturitas. 2020;137:57-62.

105. Lee JH, Song JY, Yi KW, Kim JJ, Hwang KR, Shin JH, *et al.* Contraception in the COVID-19 pandemic : recommendations from the Korean society of contraception and reproductive health. Obstet Gynecol Sci. 2022;65(2):125-32.

106. Filho ESF, Machado RB. FEBRASGO Position statement : contraceptive counseling during the pandemic : practical guidelines : Number 7 – July 2021. Rev Bras Ginecol Obstet. 2021;43(07):579-84.

107. Pires ALR, Batista JG, Aldrighi JM, Massaia IFDS, Delgado DM, Ferreira-Filho ES, *et al.* Risk of venous thromboembolism in users of contraception and menopausal hormone therapy during the COVID-19 pandemic. Rev Assoc Med Bras. 2020;66(suppl. 2):22-6.

108. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Consultation pour contraception durant l'épidémie de COVID [Internet]. 2020. Disponible : https://aphp.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/268/files/2020/04/CNGOF_consultation-contraception_20200322.pdf

109. Sharma KA, Zangmo R, Kumari A, Roy KK, Bharti J. Family planning and abortion services in COVID 19 pandemic. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology. 2020;59(6):808-11.

110. The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH). Ensuring provision of Sexual and Reproductive Healthcare (SRH) services during the second COVID-19 wave and beyond in the UK [Internet]. 2020. Disponible : https://www.fsrh.org/documents/fsrh-guidance-srh-services-second-wave-covid-october-2020/

111. Cohen MA, Powell AM, Coleman JS, Keller JM, Livingston A, Anderson JR. Special ambulatory gynecologic considerations in the era of coronavirus disease 2019 (COVID-19) and implications for future practice. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2020;223(3):372-8.

112. Tolu LB, Feyissa GT, Jeldu WG. Guidelines and best practice recommendations on reproductive health services provision amid COVID-19 pandemic : scoping review. BMC Public Health. 2021;21(1):276.

113. Reproductive Health Access Project (RHAP). Contraception in the time of COVID-19 [Internet]. 2020. Disponible : https://www.reproductiveaccess.org/

114. Bahamondes L, Makuch MY. Family planning : an essential health activity in the pandemic of SARS-CoV-2. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care. 2020;25(4):319-20.

115. The European Society of Contraception and Reproductive Health. Prioritising care during Covid 19 - Sweden [Internet]. 2020. Disponible : https://escrh.eu/prioritising-care-during-covid-19-sweden/

10 LES PILULES À PROGESTATIF SEUL

10.1 Activités de l'infirmière

Prescrire une pilule à progestatif seul

On entend par prescrire une pilule à progestatif seul (PPS), le fait de rédiger l'ordonnance pour une PPS.

10.2 Clientèle visée

La clientèle visée est constituée de toutes les personnes en âge de procréer qui ont besoin d'une contraception hormonale réversible à courte durée d'action.

Pour ce qui est des personnes 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).

10.3 Indications

Permettre à une personne qui désire prévenir une grossesse non planifiée et/ou non désirée d'utiliser une contraception hormonale réversible à courte durée d'action sous forme de PPS.

La PPS est une méthode de contraception réversible à courte durée d'action (MCRCA) qui s'adresse à toute personne en âge de procréer. Les clientèles pouvant être particulièrement visées par l'utilisation de la PPS sont les personnes qui ont des contre-indications ou des intolérances à d'autres méthodes contraceptives, en particulier les méthodes contenant des estrogènes, celles qui présentent des migraines et celles pour qui une réversibilité rapide de la méthode est souhaitée. La PPS à base de drospirénone (PPSd) peut s'avérer intéressante pour les clientèles souffrant d'acné et/ou d'hirsutisme (1).

10.4 Contre-indications

Une version complète des contre-indications à toutes les méthodes contraceptives est fournie aux annexes II et VI. Dans le tableau 1 figurent seulement les contre-indications absolues (catégorie 4) et relatives (catégorie 3) des pilules à progestatif seul telles que ces catégories sont définies par l'OMS (2). Ces contre-indications ont été établies à la suite d'une revue systématique des lignes directrices sur le sujet (1, 3–9).

Tableau 1 Contre-indications absolues (catégorie 4) et relatives (catégorie 3) concernant les pilules à progestatif seul

Condition	Catégorie		Clarifications
Grossesse	NA		
Cancer du sein actuel	4		
Cancer du sein sans évidence de maladie depuis 5 ans	3		
Chirurgie bariatrique avec procédures malabsorptives	3		Incluant le raccourcissement de l'intestin grêle, le Roux-en-Y et la diversion biliopancréatique.
Hépatome (tumeur maligne)	3		
Maladie rénale chronique (pour PPSd seulement)	Avec hyperka-liémie 4	Sans hyperka-liémie 2	Par exemple, syndrome néphrotique chronique, hémodialyse, dialyse péritonéale.
Hypersensibilité à l'une des composantes du médicament	4		

10.5 Description des pilules à progestatif seul

Au Canada, deux PPS sont disponibles. L'une est constituée de noréthindrone (PPSn) (10) et l'autre de drospirénone (PPSd) (11). En juillet 2023, la Food and Drug Administration des États-Unis a approuvé l'accessibilité en vente libre d'une PPS au norgestrel (12).

La PPSn se présente sous la forme de plaquettes thermoformées contenant 28 comprimés de 0,35 mg de noréthindrone. Les comprimés doivent être pris par voie orale, de façon quotidienne et continue (c.-à-d. sans période sans hormone [PSH]), à la même heure chaque jour, en respectant un retard maximal de ≤ 3 heures sur l'heure de prise prévue (10). Son mécanisme d'action principal est l'augmentation de la viscosité et du contenu cellulaire de la glaire cervicale, limitant la pénétration des spermatozoïdes. Elle agit aussi en amincissant l'endomètre, nuisant à l'implantation et en altérant la mobilité ciliaire tubaire (1, 3, 4, 9, 10, 13–15). L'inhibition de l'ovulation n'est pas un mécanisme contraceptif fiable puisqu'elle est présente chez seulement 50 % des utilisatrices (13).

La PPSd se présente sous la forme de plaquettes thermoformées contenant 24 comprimés de 4 mg de drospirénone suivis de 4 comprimés de placebo (constituant la PSH). Les comprimés doivent être pris, par voie orale, de façon quotidienne, environ à la même heure chaque jour, en respectant un retard maximal de ≤ 24 heures sur l'heure de prise prévue (11). La drospirénone est un progestatif dérivé de la spironolactone ayant un effet anti-androgène léger et anti-minéralocorticoïde, augmentant la réabsorption de potassium et l'excrétion d'eau et de sodium au niveau du rein. Son mécanisme d'action principal est l'inhibition de l'ovulation, qui survient chez 99,2 % des personnes l'utilisant (16). D'autres mécanismes d'action contraceptive sont aussi présents, notamment des changements au niveau de la glaire cervicale, de l'endomètre et de la motilité des trompes (17). Elle peut aussi être prise en continu, sans PSH.

L'efficacité des deux PPS est estimée similaire, aucune étude comparative n'ayant été entreprise pour étudier l'efficacité de la PPSd par rapport à la PPSn (1). Le risque de grossesse lors d'une utilisation parfaite de la méthode (utilisation contrôlée dans les projets de recherche) est de 0,3 % au cours de la première année d'utilisation, tandis qu'il est de 9 % lors d'une utilisation typique de la méthode (utilisation habituelle dans la population générale) (18) (voir chapitre 2, figure 1). L'adhésion à la méthode peut varier considérablement en fonction des caractéristiques de l'utilisatrice, telles que l'âge, le statut socio-économique, le désir de prévenir ou de retarder la grossesse et la culture (19). En cas d'oubli de comprimés, se référer à l'annexe X - Outils en cas d'oubli d'un contraceptif.

10.6 Début de l'utilisation des pilules à progestatif seul

10.6.1 Début de l'utilisation

Les consignes qui suivent ont été établies à la suite d'une revue systématique des lignes directrices sur le sujet (1, 3, 4, 6, 9, 20–23).

Si une personne désire débuter une contraception orale à progestatif seul et qu'elle présente un saignement vaginal inexpliqué ou une aménorrhée inexpliquée, il est important d'investiguer ces conditions. Elles ne représentent toutefois pas des contre-indications à l'utilisation d'une pilule à progestatif seul.

Les PPS ont une efficacité immédiate si elles sont débutées :

- Dans les 5 jours qui suivent la date de début de la dernière menstruation (DDM) (un début le 1er jour des menstruations augmente probablement l'efficacité immédiate de la PPSd).
- Le jour même ou dans les 5 jours qui suivent un avortement chirurgical, un avortement spontané ou une grossesse extra-utérine.
- Le jour de la prise de mifépristone ou dans les 5 jours qui suivent la prise de mifépristone lors d'un avortement médicamenteux.
- Dans les 21 jours suivant l'accouchement, pour les personnes allaitantes ou non.
- Dans les 6 mois suivant l'accouchement chez la personne qui allaite, si les critères d'aménorrhée lactationnelle sont tous appliqués[17].

Dans les autres situations, il est possible de débuter à n'importe quel jour du cycle, selon la méthode Quick Start (démarrage rapide), après avoir vérifié la survenue RSNP depuis la DDM (voir les consignes décrites au tableau 2).

[17] Les trois critères suivants doivent être réunis : 1) moins de 6 mois après l'accouchement, 2) allaitement complet ou presque complet (c.-à-d. alimentation du nouveau-né composée de lait maternel dans plus des trois quarts des repas et intervalles ≤ 4-6 heures entre les tétées), 3) aucune perte sanguine menstruelle

Tableau 2 Moment du début de l'utilisation dans les situations où l'efficacité des PPS n'est pas immédiate

<table>
<tr><th colspan="3">Y a-t-il eu une relation sexuelle non protégée (RSNP) depuis la DDM?</th></tr>
<tr><th>NON, pas de RSNP :</th><th colspan="2">OUI, il y a eu une ou plusieurs RSNP :</th></tr>
<tr><td rowspan="8">1. Débuter la PPS le jour même.

2. Utiliser le condom à toutes les relations sexuelles pendant 2 jours pour la PPSn et pendant 7 jours pour la PPSd.

3. Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après le début de l'utilisation de la PPS.</td><td colspan="2">1) Faire un test de grossesse immédiatement (voir note à la fin de cette section) et s'il est négatif, informer la personne qu'une grossesse précoce est possible, mais que les hormones des PPS ne seraient pas nuisibles à la grossesse.
2) Vérifier quand la personne veut débuter la PPS :</td></tr>
<tr><td>La personne veut débuter la PPS immédiatement :</td><td>La personne Ne veut PAS débuter la PPS immédiatement :</td></tr>
<tr><td colspan="2">Si RSNP ≤ 5 derniers jours :</td></tr>
<tr><td>1. Offrir COU-LNG ou COU-UPA.
2. Débuter immédiatement la PPS si COU-LNG ou dans 5 jours si COU-UPA.
3. Utiliser le condom à toutes les relations sexuelles pendant 2 jours pour la PPSn et pendant 7 jours pour la PPSd (+ 5 jours post COU pour COU-UPA).
4. Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après le début de l'utilisation.</td><td>1. Offrir COU-LNG ou COU-UPA selon le délai depuis la dernière RSNP.
2. Utiliser le condom à toutes les relations sexuelles jusqu'à la prochaine menstruation.
3. Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après la COU.
4. Débuter la PPS dans les 5 jours suivant le début de la prochaine menstruation.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Si RSNP ≤ 7 derniers jours :</td></tr>
<tr><td>1. Considérer l'insertion d'un stérilet au cuivre d'urgence.
2. Débuter la PPS simultanément
3. Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après le début de l'utilisation de la PPS.
4. Retirer le stérilet au cuivre au minimum 7 jours après son insertion.</td><td>1. Considérer l'insertion d'un stérilet au cuivre d'urgence (pour un minimum de 7 jours).
2. Faire un test de grossesse urinaire, à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après l'insertion.
3. Retirer le stérilet au cuivre au minimum 7 jours après son insertion et utiliser le condom à toutes les relations sexuelles jusqu'à la prochaine menstruation.
4. Débuter la PPS dans les 5 jours suivant le début de la prochaine menstruation.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Si RSNP > 7 jours :</td></tr>
<tr><td>1. Débuter la PPS.
2. Utiliser le condom à toutes les relations sexuelles pendant 2 jours pour la PPSn et pendant 7 jours pour la PPSd.
3. Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique 2-4 semaines après le début de l'utilisation de la PPS.</td><td>1. Utiliser le condom à toutes les relations sexuelles jusqu'à la prochaine menstruation.
2. Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, si prochaine menstruation absente ou inhabituelle.
3. Débuter la PPS dans les 5 jours suivant le début de la prochaine menstruation.</td></tr>
</table>

Note : le test de grossesse peut rester positif jusqu'à 6 semaines après un accouchement, un avortement spontané, une grossesse ectopique ou un avortement médicamenteux ou chirurgical. Dans ces situations cliniques, il doit être expliqué à la personne que le test de grossesse est peu utile. Six semaines après la résolution d'une grossesse, le test de grossesse devra être négatif.

10.6.2 Facteurs affectant l'efficacité des pilules à progestatif seul

A – Surpoids et obésité

L'efficacité des PPS n'est pas affectée par le poids ou l'IMC de la personne (1).

B – Vomissements et diarrhées sévères

Des épisodes répétitifs de vomissements ou de diarrhées peuvent affecter l'efficacité des PPS de façon transitoire (1). Une contraception d'appoint devrait être recommandée pendant de telles périodes et pendant les 2 jours suivant ces épisodes pour la PPSn ou 7 jours pour la PPSd.

C – Interactions médicamenteuses

Le tableau suivant est basé sur une revue des différentes lignes directrices sur le sujet (1, 3–9). Les médicaments et produits mentionnés dans le tableau 3 peuvent réduire l'efficacité des PPS; un autre type de contraceptif est alors suggéré.

Tableau 3 Interactions médicamenteuses

Inhibiteurs de la protéase rehaussés au Ritonavir	Ces médicaments peuvent réduire les taux sériques des progestatifs contenus dans les PPS et entraîner des échecs contraceptifs.
Fosamprénavir	Les PPS peuvent réduire les taux sériques de fosamprénavir et réduire les effets antirétroviraux de ce médicament.
Certains anticonvulsivants	Ces médicaments peuvent réduire les taux sériques des progestatifs contenus dans les PPS et entraîner des échecs contraceptifs : barbituriques, carbamazépine, eslicarbazépine, oxcarbazépine, perampanel, phénobarbital, phénytoïne, primidone, rufinamide, topiramate (> 200 mg/jour). Ils sont considérés comme une contre-indication de catégorie 3.
Rifampicine, Rifabutine	Ces médicaments peuvent réduire les taux sériques des progestatifs contenus dans les PPS et entraîner des échecs contraceptifs. Ils sont considérés comme une contre-indication de catégorie 3.
Bosentan	Le bosentan peut réduire les taux sériques des progestatifs contenus dans les PPS et entraîner des échecs contraceptifs.
Millepertuis	Le millepertuis peut réduire les taux sériques des progestatifs contenus dans les PPS et entraîner des échecs contraceptifs.
Modafinil	Le modafinil peut réduire les taux sériques des progestatifs contenus dans les PPS et entraîner des échecs contraceptifs.
Aprépitant	L'aprépitant peut réduire les taux sériques des progestatifs contenus dans les PPS et entraîner des échecs contraceptifs.
Lumacaftor et ivacaftor	Ces médicaments peuvent réduire les taux sériques des progestatifs contenus dans les PPS et entraîner des échecs contraceptifs.
Acétate d'ulipristal	Les PPS peuvent inhiber l'action de l'acétate d'ulipristal si débuté dans les 5 jours qui suivent son utilisation. Par ailleurs, l'acétate d'ulipristal peut réduire l'efficacité des PPS.
Médicaments qui peuvent causer diarrhées et vomissements	Voir section 10.6.2 B - Vomissements et diarrhées sévères.
Dexaméthasone/Prednisone	Ces médicaments peuvent réduire les taux sériques des progestatifs contenus dans les PPS et entraîner des échecs contraceptifs.
Médicaments augmentant la kaliémie (pour la PPSd seulement)	Communication avec le pharmacien possible. Ces médicaments ne diminuent pas l'efficacité contraceptive de la PPSd. Lorsque pris conjointement avec la PPSd, ils peuvent augmenter la kaliémie et les risques s'y rattachant.

10.6.3 Allaitement et pilule à progestatif seul

L'allaitement n'a pas d'effet sur l'efficacité des PPS (1).

Les PPS sont sécuritaires durant l'allaitement. Les données probantes ne démontrent pas que les PPS ont un effet sur la quantité ni la qualité du lait ni sur le développement ou la croissance du nourrisson (1, 3).

10.6.4 Prévention de l'arrêt de la méthode contraceptive

Les personnes désirant utiliser une pilule à progestatif seul doivent être avisées, à l'avance, de la survenue possible d'effets indésirables (Bonne pratique clinique – Recommandation forte).

Le counseling préalable sur les effets indésirables est un facteur permettant de favoriser la continuation de la méthode contraceptive (24).

10.7 Ajustement des effets indésirables des pilules à progestatif seul

Des effets indésirables peuvent survenir avec les PPS. Les effets indésirables les plus fréquents sont liés à un **profil de saignements irréguliers** et sont la raison principale d'arrêt de la méthode (25). Le schéma de saignement qu'aura la personne utilisant une PPS est imprévisible (1).

Jusqu'à 44 % des personnes utilisant la PPSn ont des saignements cycliques réguliers, tandis que de 14 à 30 % des personnes ont des saignements rapprochés (26). Lors d'une utilisation à long terme, 30 à 40 % des personnes utilisant la PPSn présentent du *spotting* (13). Jusqu'à 20 % des personnes ont une **aménorrhée** (26).

Les personnes utilisant la PPSd peuvent avoir des saignements programmés pendant la PSH de 4 jours. Elles peuvent également avoir des saignements non programmés durant l'utilisation. Après 6 à 9 mois d'utilisation de la PPSd, les saignements sont décrits de la façon suivante (27) :

- Environ 40 % des personnes ont des saignements programmés réguliers.
- 20 à 30 % des personnes présentent une **aménorrhée**.
- Moins de 10 % ont des saignements fréquents.
- Moins de 10 % ont des épisodes de saignement durant plus de 14 jours.

Les **céphalées** sont rapportées par moins de 10 % des personnes utilisant une PPS (1). On n'identifie pas de lien direct entre l'utilisation de la PPS et les céphalées (1). Les données probantes actuelles ne permettent pas de différencier l'influence d'une PPS par rapport à l'autre sur ce problème (28, 29).

L'**acné** est rapportée comme un effet indésirable par moins de 10 % des personnes utilisant une PPS. Les données probantes actuelles ne permettent pas de différencier l'influence d'une PPS par rapport à l'autre sur ce problème (1). Des données tirées de la littérature médicale sur les contraceptifs hormonaux combinés (CHC) démontrent que les CHC contenant de la drospirénone, avec leur effet anti-androgénique, offrent un profil plus favorable sur l'acné que ceux contenant de la noréthindrone (30).

On rapporte un faible pourcentage de **changements d'humeur** (sans apparition ou aggravation de dépression (31)), de **prise de poids** (sans démonstration d'un lien direct (32)) et de **mastalgie** (13) (sans démonstration d'un lien direct (3)) chez les personnes utilisant une PPS.

10.7.1 Saignements irréguliers

Les saignements irréguliers peuvent être associés à l'effet hormonal du contraceptif, mais également à :

- La grossesse.
- L'oubli de comprimés.
- Une infection transmissible sexuellement comme l'infection à *Chlamydia trachomatis* et à *Neisseria gonorrhoeae*.
- Une interaction médicamenteuse.
- Un trouble gastro-intestinal provoquant des épisodes répétitifs de vomissements et/ou diarrhées.
- Une maladie systémique tel un trouble thyroïdien.
- L'usage du tabac (en s'inspirant des études sur les COC).
- La présence d'une anomalie dans l'utérus (p. ex. : polype, myome, cancer) ou au col (polype, ectropion, cancer, etc.).

Interventions

- Faire un test de grossesse → si résultat positif, diriger rapidement la personne, selon ses souhaits, vers une IPS, une sage-femme, un médecin ou un service d'interruption volontaire de grossesse qui s'assurera que la grossesse n'est pas extra-utérine et lui fournira les soins appropriés.
- Effectuer un test de triage pour éliminer l'infection à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae* → si le résultat du test est positif, soit appliquer l'ordonnance collective *Initier des mesures diagnostiques et un traitement pharmacologique chez une femme présentant des pertes vaginales inhabituelles,* soit diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- Vérifier les interactions médicamenteuses potentielles (communication possible avec le pharmacien de la personne) → si présence d'interactions médicamenteuses, diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- En présence d'autres symptômes (dyspareunie profonde, sensibilité abdominale basse, fièvre/frissons, pertes vaginales anormales) → diriger rapidement la personne vers une IPS ou un médecin.
- Faire un counseling antitabagique si indiqué.
- Faire un suivi systématique de la personne 3 mois après cette consultation ou avant, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable ou la présence d'effets indésirables liés à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- Recommander à la personne de consulter rapidement un professionnel de la santé (811, infirmière, IPS, médecin, urgence) si elle développe de la dyspareunie profonde nouvelle, une sensibilité abdominale basse, de la fièvre/frissons ou des pertes vaginales anormales d'ici à la visite de suivi.

A – Interventions lors de saignements irréguliers dans les 3 à 6 mois après le début de l'utilisation

- Si le résultat du test de grossesse est négatif et en l'absence d'une détection positive de *Chlamydia trachomatis* ou de *Neisseria gonorrhoeae*, d'interaction médicamenteuse, d'autres symptômes et de contre-indications :
  - Continuer d'utiliser la PPS.
  - Rassurer la personne et lui dire que cet effet indésirable a des chances de se réduire avec le temps.

> **Les professionnels autorisés à prescrire** peuvent offrir, en l'absence de contre-indications aux AINS, d'interactions médicamenteuses et après avoir vérifié la nécessité d'une gastro-protection, l'un des traitements suivants, basé sur des extrapolations de la littérature portant sur les traitements des saignements irréguliers des autres formes de contraception à progestatif seul (33, 34) :
>
> - Ibuprofène 400 mg, per os, quatre fois par jour, pendant 7 jours (33).
> - Ou un équivalent (voir tableau 4) **(Bonne pratique clinique – Recommandation conditionnelle)**.

- Si la personne préfère changer de méthode, offrir un autre contraceptif en s'assurant de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre.
- Faire un suivi systématique de la personne 3 mois après cette consultation ou avant, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable ou la présence d'effets indésirables liés à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- Recommander à la personne de consulter rapidement un professionnel de la santé (811, infirmière, IPS, médecin, urgence) si elle développe de la dyspareunie profonde nouvelle, une sensibilité abdominale basse, de la fièvre/frissons ou des pertes vaginales anormales d'ici à la visite de suivi.

Tableau 4 Équivalence des anti-inflammatoires non stéroïdiens

Classe	Médicament	Posologie	Dose maximale/jour
Dérivés de l'acide acétique	Diclofénac sodique	50-75 mg PO BID	150 mg
	Diclofénac potassique	100 mg PO STAT, puis 50 mg PO q6-8h	200 mg le 1er jour, puis 100 mg
Fénamates	Acide méfénamique	500 mg PO STAT, puis 250 mg q6h ou 500 mg q8h	1500 mg
Indoles	Indométhacine	25 mg PO TID	200 mg
Dérivés de l'acide propionique	Ibuprofène	400-600 mg PO q6h ou 800 mg PO q8h	3200 mg
	Kétoprofène	25-50 mg PO TID-QID	300 mg
	Naproxène	500 mg PO BID	1250 mg
	Naproxène sodique	550 mg PO BID	1650 mg
	Flurbiprofène	50 mg PO QID	300 mg
Inhibiteur sélectif de la COX-2	Célécoxib	200 mg PO BID	400 mg

Tous les AINS sont équivalents. On peut répondre à un AINS et non à un autre. Les doses recommandées ci-dessus sont pour de courtes durées (moins d'une semaine). Les posologies recensées sont pour le traitement de la douleur aiguë ou de la dysménorrhée. Sources : monographies des produits, Micromedex (35), Lexicomp (36).

B – Interventions lors de saignements irréguliers depuis plus de 6 mois après le début de l'utilisation OU lors d'un changement du patron menstruel après plus de 6 mois d'utilisation OU lors de non réponse au traitement offert pour réduire les saignements irréguliers

- Faire un test de grossesse → si résultat positif, diriger rapidement la personne, selon ses souhaits, vers une IPS, une sage-femme, un médecin ou un service d'interruption volontaire de grossesse qui s'assurera que la grossesse n'est pas extra-utérine et lui fournira les soins appropriés.
- Effectuer un test de triage pour éliminer l'infection à *Chlamydia trachomatis* et à *Neisseria gonorrhoeae* → si le résultat du test est positif, soit appliquer l'ordonnance collective *Initier des mesures diagnostiques et un traitement pharmacologique chez une femme présentant des pertes vaginales inhabituelles,* soit diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- Vérifier les interactions médicamenteuses potentielles (communication possible avec le pharmacien de la personne) → si présence d'interactions médicamenteuses, diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- En présence d'autres symptômes (dyspareunie profonde, sensibilité abdominale basse, fièvre/frissons, pertes vaginales anormales) → diriger rapidement la personne vers une IPS ou un médecin.
- Faire un counseling antitabagique si indiqué.
- Diriger la personne vers une IPS ou un médecin pour un examen physique complet, une investigation ou un traitement subséquent.

10.7.2 Aménorrhée

L'aménorrhée peut être associée à l'effet hormonal du contraceptif, mais également à :

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

Interventions

- Faire un test de grossesse → si résultat positif, diriger rapidement la personne, selon ses souhaits, vers une IPS, une sage-femme, un médecin ou un service d'interruption volontaire de grossesse qui s'assurera que la grossesse n'est pas extra-utérine et lui fournira les soins appropriés.
- En présence d'autres symptômes → diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- Si le résultat du test de grossesse est négatif et en l'absence d'autres symptômes et de contre-indications :
  - Rassurer la personne.
  - Si la personne préfère changer de méthode, offrir un autre contraceptif en s'assurant de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre.

10.7.3 Céphalée

Les céphalées peuvent être associées à l'effet hormonal du contraceptif, mais également à :

- Une migraine (voir annexe VIII sur les différents types de céphalées).
- Une maladie systémique.

Interventions

- En présence de céphalée nouvelle, de migraine non diagnostiquée, d'autres symptômes (p. ex. : symptômes ophtalmologiques ou neurologiques associés) → diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- Vérifier la tension artérielle → si supérieure à 140/90 mm Hg, diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- En l'absence d'autres symptômes et si la tension artérielle est normale :
  - Rassurer la personne.
  - En l'absence de contre-indications et d'interactions médicamenteuses, lui conseiller de consulter son pharmacien afin d'utiliser l'un des médicaments suivants disponibles en VENTE LIBRE :
    - Ibuprofène 400 mg, per os, aux 4 à 6 heures (max. : 1200 mg/24 h), jusqu'à l'arrêt des douleurs.
    - Ou naproxène sodique 220 mg, per os, toutes les 8 à 12 heures (max. : 440 mg/24 h), jusqu'à l'arrêt des douleurs.
    - Ou acétaminophène 500 à 1000 mg, per os, trois à quatre fois par jour.
- Si la personne préfère changer de méthode, offrir un autre contraceptif en s'assurant de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre.
- Faire un suivi systématique de la personne 3 mois après cette consultation ou avant, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable ou la présence d'effets indésirables liés à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la personne vers une IPS ou un médecin.

10.7.4 Acné

L'acné peut être associée à l'effet hormonal du contraceptif, mais également à :

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

Interventions

- Faire un test de grossesse → si résultat positif, diriger rapidement la personne, selon ses souhaits, vers une IPS, une sage-femme, un médecin ou un service d'interruption volontaire de grossesse qui s'assurera que la grossesse n'est pas extra-utérine et lui fournira les soins appropriés.
- 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 personne vers une IPS ou un médecin.
- En présence d'autres symptômes (p. ex. : changement de la voix, pousse de poils, etc.) → diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- Si le résultat du test de grossesse est négatif et en l'absence d'autres symptômes et de prise de nouveaux médicaments :
  - Rassurer la personne 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.
  - Diriger la personne vers une IPS ou un médecin si l'acné est très importante.
- Si la personne préfère changer de méthode, offrir un autre contraceptif en s'assurant de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre.
- Faire un suivi systématique de la personne 3 mois après cette consultation ou avant, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable ou la présence d'effets indésirables liés à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la personne vers une IPS ou un médecin.

10.7.5 Prise de poids

La prise de poids peut être associée à :

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

Interventions

- Faire un test de grossesse → si résultat positif, diriger rapidement la personne, selon ses souhaits, vers une IPS, une sage-femme, un médecin ou un service d'interruption volontaire de grossesse qui s'assurera que la grossesse n'est pas extra-utérine et lui fournira les soins appropriés.
- En présence d'autres symptômes → diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- 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 personne vers une IPS ou un médecin.

- Si le résultat du test de grossesse est négatif et en l'absence d'autres symptômes :
  - Rassurer la personne et lui dire qu'il est très peu probable que sa prise de poids soit liée à l'utilisation de la PPS.
  - Peser la personne afin de documenter le poids et de le vérifier à une prochaine visite.
  - Lui conseiller d'augmenter ses activités physiques et de réviser sa consommation d'aliments ou boissons. Une consultation auprès d'un(e) nutritionniste ou d'un(e) kinésiologue peut être suggérée.
- Si la personne préfère changer de méthode, offrir un autre contraceptif en s'assurant de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre.
- Faire un suivi systématique de la personne 3 mois après cette consultation ou avant, pour vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable ou la présence d'effets indésirables liés à la nouvelle stratégie adoptée, diriger la personne vers une IPS ou un médecin.

10.7.6 Mastalgie

La mastalgie peut être associée à l'effet hormonal du contraceptif, mais également à :

- Une grossesse.
- Une affection des seins.

Interventions

- Faire un test de grossesse → si résultat positif, diriger rapidement la personne, selon ses souhaits, vers une IPS, une sage-femme, un médecin ou un service d'interruption volontaire de grossesse qui s'assurera que la grossesse n'est pas extra-utérine et lui fournira les soins appropriés.
- En présence d'autres signes ou symptômes ou d'un autoexamen des seins incertain → diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- Si le résultat du test de grossesse est négatif et en l'absence d'autres symptômes :
  - Rassurer la personne.
  - Lui conseiller d'utiliser un soutien-gorge bien ajusté.
  - En l'absence de contre-indications et d'interactions médicamenteuses, lui conseiller de consulter son pharmacien afin d'utiliser l'un des médicaments suivants disponibles en VENTE LIBRE :
    - Ibuprofène 400 mg, per os, aux 4 à 6 heures (max. : 1200 mg/24 h), jusqu'à l'arrêt des douleurs.
    - Ou naproxène sodique 220 mg, per os, toutes les 8 à 12 heures (max. : 440 mg/24 h), jusqu'à l'arrêt des douleurs.
    - Ou acétaminophène 500 mg à 1000 mg, per os, trois à quatre fois par jour.
- Si la personne préfère changer de méthode, offrir un autre contraceptif en s'assurant de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre.

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

10.7.7 Effets sur l'humeur

Les effets sur l'humeur peuvent être associés à :

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

Interventions

- Évaluer la présence d'éléments déclencheurs.
- Faire remplir le questionnaire sur la santé du patient PHQ-9 (annexe IX); si le score est égal ou supérieur à 10 ou s'il y a présence d'idées suicidaires → diriger la personne vers une IPS, un médecin, l'urgence ou contacter le 811 pour une prise en charge immédiate, selon la sévérité des symptômes.
- Si présence de troubles invalidants du sommeil → diriger la personne vers une IPS ou un médecin.
- Si le score au questionnaire est inférieur à 10, que la personne ne présente pas d'idées suicidaires et qu'il y a absence de troubles invalidants du sommeil :
  - Rassurer la personne 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.
  - Les techniques de relaxation et de méditation pleine conscience peuvent aussi être suggérées.
  - La revoir deux semaines plus tard pour une réévaluation en utilisant le questionnaire sur la santé du patient PHQ-9 : si les symptômes sont toujours présents et en l'absence de contre-indications, considérer l'utilisation d'un autre contraceptif en s'assurant de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre ou diriger vers une IPS ou un médecin.
- Si la personne préfère changer de méthode, offrir un autre contraceptif en s'assurant de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre.
- Si la personne n'a pas été évaluée par une IPS ou un médecin, faire un suivi systématique de la personne un mois après la 2e consultation pour ce problème afin de vérifier la persistance de l'effet indésirable ou l'efficacité de la stratégie adoptée. S'il y a persistance de l'effet indésirable ou présence d'effets indésirables liés à la nouvelle stratégie adoptée et dans tous les cas où l'infirmière a besoin de soutien professionnel, diriger la personne vers une IPS ou un médecin.

10.8 Gestion des complications sérieuses des pilules à progestatif seul

Les risques associés à la prise des PPS sont rares. Ils n'augmentent pas le risque de maladie thromboembolique, même chez les personnes avec un risque augmenté de TEV (37, 38), ni le risque de cancer du sein (13, 39–43).

L'utilisation de PPS diminue le risque global de grossesse extra-utérine en diminuant la survenue globale de grossesses. Lorsqu'une personne utilisant une PPS présente un test de grossesse positif, à la suite d'un échec contraceptif, le risque qu'il s'agisse d'une grossesse extra-utérine est de 10 % (13). La cause est possiblement la dysfonction ciliaire des trompes de Fallope (44). Il est possible que ce risque soit plus faible pour la PPSd, car son mécanisme d'action principal est l'inhibition de l'ovulation, ceci demeure toutefois à démontrer (1).

La drospirénone augmente la réabsorption du potassium au niveau du rein. Des cas d'**hyperkaliémie** (augmentation du potassium sérique) ont été décrits chez des personnes en bonne santé utilisant la PPSd, sans aucune conséquence grave (29). La Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH) (1) mentionne, sans en faire de contre-indications, que l'hyperkaliémie, l'insuffisance surrénalienne non traitée, l'utilisation d'un diurétique épargneur de potassium ou de suppléments de potassium devraient généralement être des raisons d'éviter l'utilisation de la PPSd. La FSRH suggère un dosage de la kaliémie avant d'initier la PPSd chez les personnes ayant des facteurs de risque de maladie rénale (hypertension, maladie cardiovasculaire, diabète) (1). Elle suggère aussi un suivi de la kaliémie si une personne atteinte d'insuffisance rénale légère à modérée ou d'insuffisance surrénalienne traitée utilise la PPSd (1). **Il serait souhaitable de diriger les personnes à risque d'hyperkaliémie et celles présentant des facteurs de risque de maladie rénale vers une IPS ou un médecin afin d'effectuer un suivi dans les trois mois suivant le début de l'utilisation de la PPSd.** Si une personne présente une maladie rénale chronique (syndrome néphrotique connu, personne dyalisée ou recevant des dialyses péritonéales) avec hyperkaliémie, la PPSd est une contre-indication absolue (catégorie 4). La monographie de la PPSd (11) mentionne que l'insuffisance rénale et l'insuffisance surrénalienne sont des contre-indications à son utilisation.

Les signes et les symptômes suivants doivent être considérés sérieux et nécessitent une consultation urgente à une IPS, un médecin ou à l'urgence :

- Test de grossesse positif.
- Douleur abdominale ou thoracique importante, perte de conscience, lipothymie.
- Céphalée importante, pouvant être accompagnée d'étourdissements, de sensation de faiblesse, d'engourdissement latéralisé ou non.
- Perte de fonction motrice ou sensitive.
- Problème de vision (perte de vision complète ou partielle, vision embrouillée latéralisée ou non).
- Trouble du langage.

Il est recommandé d'aviser les personnes des signes et symptômes de complications sérieuses avec l'utilisation d'une pilule à progestatif seul (Bonne pratique clinique – Recommandation forte).

10.9 Suivi

10.9.1 Suivi régulier

Un suivi précoce à la suite de la prescription d'une PPS n'est pas obligatoire, mais s'il est fait, il peut avoir lieu dans les trois premiers mois après la prescription, en particulier pour les clientèles qui pourraient avoir des problèmes d'observance.

Si, lors d'une visite de suivi, l'utilisatrice d'une pilule à progestatif seul désire cesser son utilisation, l'infirmière doit lui proposer de débuter une autre méthode contraceptive et s'assurer de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre (Bonne pratique clinique – Recommandation forte).

La transition sécuritaire d'une méthode à une autre est fournie à l'annexe III.

10.9.2 Suivi lors de bouleversement sociosanitaire

Il est conseillé de ne pas restreindre l'utilisation des PPS durant un bouleversement sociosanitaire. Dans le cas de la COVID, les PPS peuvent être continuées que la personne soit positive à la COVID ou non et quelle que soit la sévérité de sa maladie (45, 46).

Les visites en présentiel ne sont pas requises pour les utilisatrices de PPS (46–49). Aucun examen physique ou bilan biologique n'est nécessaire (46–49).

Les visites virtuelles sont conseillées pour l'obtention d'informations, le counseling contraceptif, la vérification des contre-indications, la prescription (ou le renouvellement) de PPS, la gestion des effets indésirables, la prolongation et pour vérifier le besoin/donner les consignes d'une visite subséquente en présentiel (46–50).

Les contre-indications et les consignes de début d'utilisation des PPS en période de bouleversement sociosanitaire restent les mêmes que celles consignées dans ce chapitre (45).

10.10 Activités spécifiques de l'infirmière

En plus des activités professionnelles présentées au chapitre 3, l'infirmière peut procéder aux activités suivantes :

- Assurer le suivi de la personne et lui fournir les informations pertinentes.
- Offrir un counseling contraceptif dans les situations de changement de méthode contraceptive.
- Diriger les personnes vers les professionnels appropriés en cas de situations cliniques suggérant une complication sérieuse.

10.11 Résumé des recommandations

- Les personnes désirant utiliser une pilule à progestatif seul doivent être avisées, à l'avance, de la survenue possible d'effets indésirables (Bonne pratique clinique – Recommandation forte).

- Les professionnels autorisés à prescrire peuvent offrir, en l'absence de contre-indications aux AINS, d'interactions médicamenteuses et après avoir vérifié la nécessité d'une gastro-protection, une prescription d'un AINS lors de saignements irréguliers dans les 3 à 6 mois après le début de l'utilisation d'une pilule à progestatif seul (Bonne pratique clinique – Recommandation conditionnelle).
- Il est recommandé d'aviser les personnes des signes et symptômes de complications sérieuses avec l'utilisation d'une pilule à progestatif seul (Bonne pratique clinique – Recommandation forte).
- Si, lors d'une visite de suivi, l'utilisatrice d'une pilule à progestatif seul désire cesser son utilisation, l'infirmière doit lui proposer de débuter une autre méthode contraceptive et s'assurer de la transition sécuritaire d'une méthode à une autre (Bonne pratique clinique – Recommandation forte).

10.12 Références

1. The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH). FSRH guideline (August 2022) progestogen-only pills. BMJ Sex Reprod Health. 2022;48(Supplement 1):1-86.
2. World Health Organisation (WHO). Medical eligibility criteria for contraceptive use [Internet]. 5th ed. Geneva : World Health Organization; 2015. Disponible : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK321151/pdf/Bookshelf_NBK321151.pdf
3. Black A, Guilbert E, Costescu D, Dunn S, Fisher W, Kives S, *et al.* Consensus canadien sur la contraception (3e partie de 4) : Chapitre 8 – contraception à progestatif seul. J Obstet Gynaecol Can. 2016;38(3):301-26.
4. Chabbert-Buffet N, Marret H, Agostini A, Cardinale C, Hamdaoui N, Hassoun D, *et al.* Contraception : Recommandations pour la Pratique clinique du CNGOF (texte court). Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. 2018;46(12):760-76.
5. Bernier M, Jonville-Bera AP. Interactions avec les contraceptifs. RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. 2018;46(12):786-91.
6. Haute Autorité de Santé (HAS). Méthodes contraceptives - Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles [Internet]. 2017. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1369314/fr/methodes-contraceptives-focus-sur-les-methodes-les-plus-efficaces-disponibles
7. World Health Organization (WHO). Contraceptive eligibility for women at high risk of HIV. Guidance statement : recommendations on contraceptive methods used by women at high risk of HIV [Internet]. 2019. Disponible : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546035/pdf/Bookshelf_NBK546035.pdf
8. Curtis K, Tepper N, Jatlaoui T, Berry-Bibee E, Horton L, Zapata LB, *et al.* U.S. Medical eligibility criteria for contraceptive use (CDC). Morb Mortal Wkly Rep. 2016;65(3):1-103.
9. Best Practice Advocacy Centre New Zealand (BPACNZ). Contraception : which option for which patient? [Internet]. 2019. Disponible : https://bpac.org.nz/2021/contraception/options.aspx
10. Sandoz Canada Inc. Jencycla. Monographie de produit. Noréthindrone, comprimés de 0,35 mg USP, Contraceptif oral [Internet]. 2016. Disponible : https://www.sandoz.ca/sites/www.sandoz.ca/files/Jencycla%20Monographie%20de%20produit.pdf
11. Duchesnay Inc. Slynd. Product monograph including patient information. Drospirenone tablets, 4 mg, Oral contraceptive. [Internet]. 2023. Disponible : https://files.duchesnay.com/duchesnay/slynd/slynd-monograph.pdf
12. U.S. Food and Drug Administration. FDA Approves First Nonprescription Daily Oral Contraceptive (July 7, 2023). FDA News Release [Internet]. Disponible : https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-approves-first-nonprescription-daily-oral-contraceptive
13. McCann MF, Potter LS. Progestin-only oral contraception : a comprehensive review. Contraception. 1994;50(6 Suppl 1):S1-195.
14. Rivera R, Yacobson I, Grimes D. The mechanism of action of hormonal contraceptives and intrauterine contraceptive devices. Am J Obstet Gynecol. 1999;181(5 Pt 1):1263-9.
15. Han L, Padua E, Hart KD, Edelman A, Jensen JT. Comparing cervical mucus changes in response to an oral progestin or oestrogen withdrawal in ovarian-suppressed women : a clinical pilot. Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept. 2019;24(3):209-15.

16. Duijkers IJM, Heger-Mahn D, Drouin D, Colli E, Skouby S. Maintenance of ovulation inhibition with a new progestogen-only pill containing drospirenone after scheduled 24-h delays in pill intake. Contraception. 2016;93(4):303-9.

17. Duijkers IJM, Heger-Mahn D, Drouin D, Skouby S. A randomised study comparing the effect on ovarian activity of a progestogen-only pill (POP) containing desogestrel and a new POP containing drospirenone in a 24/4 regimen. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2015;20(6):419-27.

18. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception. 2011;83(5):397-404.

19. The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH). FSRH guideline (January 2019) combined hormonal contraception (Revision due by January 2024). BMJ Sex Reprod Health. 2019;45 (Supplement 1):1-108.

20. Robin G, Plouvier P, Delesalle AS, Rolland AL. Contraception hormonale en pratique hors dispositifs intra-utérins. RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. 2018;46(12):845-57.

21. World Health Organization (WHO), Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center. Family planning : a global handbook for providers (2018 update) [Internet]. 5th ed. Baltimore and Geneva : CCP and WHO; 2018. 442 p. Disponible : https://fphandbook.org/sites/default/files/global-handbook-2018-full-web.pdf

22. Lesnewski R. Initiating Hormonal Contraception. Am Fam Physician. 2021;103(5):291-300.

23. Lambert M, Begon E, Hocké C. La contraception après 40 ans. RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. 2018;46(12):865-72.

24. Zapata LB, Tregear SJ, Curtis KM, Tiller M, Pazol K, Mautone-Smith N, *et al.* Impact of contraceptive counseling in clinical settings : a systematic review. Am J Prev Med. 2015;49(2 Suppl 1):S31-45.

25. Sheth A, Jain U, Sharma S, Adatia A, Patankar S, Andolsek L, *et al.* A randomized, double-blind study of two combined and two progestogen-only oral contraceptives. Contraception. 1982;25(3):243-52.

26. Broome M, Fotherby K. Clinical experience with the progestogen-only pill. Contraception. 1990;42(5):489-95.

27. Palacios S, Colli E, Regidor PA. A multicenter, double-blind, randomized trial on the bleeding profile of a drospirenone-only pill 4 mg over nine cycles in comparison with desogestrel 0.075 mg. Arch Gynecol Obstet. 2019;300(6):1805-12.

28. Archer DF, Ahrendt HJ, Drouin D. Drospirenone-only oral contraceptive : results from a multicenter noncomparative trial of efficacy, safety and tolerability. Contraception. 2015;92(5):439-44.

29. Kimble T, Burke AE, Barnhart KT, Archer DF, Colli E, Westhoff CL. A 1-year prospective, open-label, single-arm, multicenter, phase 3 trial of the contraceptive efficacy and safety of the oral progestin-only pill drospirenone 4 mg using a 24/4-day regimen. Contracept X. 2020;2:100020.

30. Lortscher D, Admani S, Satur N, Eichenfield LF. Hormonal contraceptives and acne : a retrospective analysis of 2147 patients. J Drugs Dermatol JDD. 2016;15(6):670-4.

31. Worly BL, Gur TL, Schaffir J. The relationship between progestin hormonal contraception and depression : a systematic review. Contraception. 2018;97(6):478-89.

32. Lopez LM, Ramesh S, Chen M, Edelman A, Otterness C, Trussell J, *et al.* Progestin-only contraceptives : effects on weight. Cochrane Fertility Regulation Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev. 2016;2016(8):CD008815.

33. Abdel-Aleem H, d'Arcangues C, Vogelsong KM, Gaffield ML, Gülmezoglu AM. Treatment of vaginal bleeding irregularities induced by progestin only contraceptives. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(10):CD003449.

34. Zigler RE, McNicholas C. Unscheduled vaginal bleeding with progestin-only contraceptive use. Am J Obstet Gynecol. 2017;216(5):443-50.

35. Merative. Micromedex® (electronic version) [Internet]. Ann Arbor, Michigan, USA; Disponible : https://www.micromedexsolutions.com/

36. Wolters Kluwer. Lexicomp : evidence-based drug referential content [Internet]. Disponible : https://www.wolterskluwer.com/en/solutions/lexicomp

37. Conard J, Plu-Bureau G, Bahi N, Horellou MH, Pelissier C, Thalabard JC. Progestogen-only contraception in women at high risk of venous thromboembolism. Contraception. 2004;70(6):437-41.

38. Vasilakis C, Jick H, del Mar Melero-Montes M. Risk of idiopathic venous thromboembolism in users of progestagens alone. Lancet Lond Engl. 1999;354(9190):1610-1.

39. Mørch LS, Skovlund CW, Hannaford PC, Iversen L, Fielding S, Lidegaard Ø. Contemporary Hormonal Contraception and the Risk of Breast Cancer. N Engl J Med. 2017;377(23):2228-39.

40. Samson M, Porter N, Orekoya O, Hebert JR, Adams SA, Bennett CL, *et al.* Progestin and breast cancer risk : a systematic review. Breast Cancer Res Treat. 2016;155(1):3-12.

41. Busund M, Bugge NS, Braaten T, Waaseth M, Rylander C, Lund E. Progestin-only and combined oral contraceptives and receptor-defined premenopausal breast cancer risk : the Norwegian Women and Cancer Study. Int J Cancer. 2018;142(11):2293-302.

42. Fitzpatrick D, Pirie K, Reeves G, Green J, Beral V. Combined and progestagen-only hormonal contraceptives and breast cancer risk : a UK nested case-control study and meta-analysis. PLoS Med. 2023;20(3):e1004188.

43. Niemeyer Hultstrand J, Gemzell-Danielsson K, Kallner HK, Lindman H, Wikman P, Sundström-Poromaa I. Hormonal contraception and risk of breast cancer and breast cancer in situ among Swedish women 15-34 years of age : a nationwide register-based study. Lancet Reg Health Eur. 2022;21:100470.

44. Paltieli Y, Eibschitz I, Ziskind G, Ohel G, Silbermann M, Weichselbaum A. High progesterone levels and ciliary dysfunction—a possible cause of ectopic pregnancy. J Assist Reprod Genet. 2000;17(2):103-6.

45. Black A, Costescu D, Guilbert É, Dunn S, Norman WV, Trouton K, *et al.* Consensus sur la contraception : mise à jour des lignes directrices en cas de pandémie et de périodes de bouleversements sociaux [Internet]. Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC); 2020. Disponible : https://www.sogc.org/common/Uploaded%20files/2020-04%20Contraception%20Consensus%20-%20Final%20Submitted_FR%20Apr30.pdf

46. Fruzzetti F, Cagnacci A, Primiero F, De Leo V, Bastianelli C, Bruni V, *et al.* Contraception during Coronavirus-Covid 19 pandemia. Recommendations of the Board of the Italian Society of Contraception. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2020;25(3):231-2.

47. Tolu LB, Feyissa GT, Jeldu WG. Guidelines and best practice recommendations on reproductive health services provision amid COVID-19 pandemic : scoping review. BMC Public Health. 2021;21(1):276.

48. Sharma KA, Zangmo R, Kumari A, Roy KK, Bharti J. Family planning and abortion services in COVID 19 pandemic. Taiwan J Obstet Gynecol. 2020;59(6):808-11.

49. The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH). Ensuring provision of Sexual and Reproductive Healthcare (SRH) services during the second COVID-19 wave and beyond in the UK [Internet]. 2020. Disponible : https://www.fsrh.org/documents/fsrh-guidance-srh-services-second-wave-covid-october-2020/

50. The European Society of Contraception and Reproductive Health. Prioritising care during Covid 19 —Sweden [Internet]. 2020. Disponible : https://escrh.eu/prioritising-care-during-covid-19-sweden/

ANNEXE I LISTE DES DOCUMENTS RELATIFS À LA GESTION DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG

Cette liste est exhaustive en date de janvier 2024. Pour toute mise à jour, veuillez vérifier les sites du ministère de la Santé et Services Sociaux et de l'Institut national d'excellence en santé et service sociaux ou bien vous adresser aux personnes ressources en ITSS de vos directions régionales de santé publique.

DOCUMENTS GÉNÉRAUX :

- Le *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang* du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)
  https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000090/
  https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-308-13W.pdf
- Le *Guide québécois de dépistage des ITSS – Supplément – Dépistage du VIH dans les points de service à l'aide de trousse de dépistage rapide* (MSSS)
  https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000092/
  https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-308-12W.pdf
- Guide d'intervention – Infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire (MSSS)
  https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000100/
  https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-271-01W.pdf
- Protocole médical national — Infections urinaires (INESSS)
  https://www.inesss.qc.ca/thematiques/medicaments/protocoles-medicaux-nationaux-et-ordonnances-associees/protocoles-medicaux-nationaux-et-ordonnances-associees/infections-urinaires.html
- Cancer du col utérin : transition du dépistage par test Pap vers le dépistage par test VPH
  https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/depistage-du-cancer-du-col-de-luterus-au-quebec-recommandations-pour-limplantation-du-test-de-detection-des-virus-du-papillome-humain-test-vph-comme-test-de-depistage-primaire.html

INTERVENTIONS POUR LES INFIRMIÈRES :

- Protocole médical national pour le traitement d'une infection à Chlamydia trachomatis ou à Neisseria gonorrhoeae chez une personne asymptomatique (INESSS)
  https://www.inesss.qc.ca/thematiques/medicaments/protocoles-medicaux-nationaux-et-ordonnances-associees/chlamydia-et-gonorrhoeae.html

  Utilisé conjointement avec :

  Guide d'usage optimal sur le traitement pharmacologique des ITSS — Infection non compliquée à Chlamydia trachomatis ou à Neisseria Gonorrhoeae (INESSS)
  https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/guides-dusage-optimal-sur-le-traitement-pharmacologique-des-itss.html
  https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Outils/Guides_ITSS/Guide_ITSS-Chlamydia_gonorrhoeae.pdf

- Prélèvements et analyses recommandés chez une personne asymptomatique – Infections à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae* et lymphogranulomatose vénérienne – Intervention préventive relative aux ITSS (MSSS) https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000102/

  https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-308-10W.pdf

- Prélèvements et analyses recommandés chez une personne asymptomatique – Syphilis, hépatites B et C, VIH – Intervention préventive relative aux ITSS (MSSS) https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002370/

  https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-308-11W.pdf

INTERVENTIONS MÉDICALES FAITES PAR LES INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES OU LES MÉDECINS, ET AVEC UNE ÉVENTUELLE ORDONNANCE COLLECTIVE AUX INFIRMIÈRES (par ordre alphabétique) :

- Guide d'usage optimal sur le traitement pharmacologique des ITSS — Infection non compliquée à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae* (INESSS) https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/guides-dusage-optimal-sur-le-traitement-pharmacologique-des-itss.html

  https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Outils/Guides_ITSS/Guide_ITSS-Chlamydia_gonorrhoeae.pdf

  Guide d'usage optimal sur le traitement pharmacologique des ITSS – Approche syndromique - Cervicite et urétrite, épididymite/orchi-épididymite, atteinte inflammatoire pelvienne (AIP), rectite (INESSS) https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/guides-dusage-optimal-sur-le-traitement-pharmacologique-des-itss.htmlhttps://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Outils/Guides_ITSS/Guide_ITSS-Syndromes.pdf

- Guide d'usage optimal sur le traitement pharmacologique des ITSS — Condylomes externes (verrues anogénitales) (INESSS) https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/guides-dusage-optimal-sur-le-traitement-pharmacologique-des-itss.html https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Outils/Guides_ITSS/Guide_ITSS_Condylomes.pdf

- Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, VHB et au VHC (MSSS) https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000319/

  https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-338-01W.pdf

- Guide d'usage optimal sur le traitement pharmacologique des ITSS — Herpès génital (INESSS) https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/guides-dusage-optimal-sur-le-traitement-pharmacologique-des-itss.html

  https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Outils/Guides_ITSS/herpes_GUIDE_ITSS_17jan.pdf

- Guide d'usage optimal sur le traitement pharmacologique des ITSS — Infection confirmée à Mycoplasma genitalium (INESSS) https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/mise-a-jour-du-guide-dusage-optimal-sur-les-infections-transmissibles-sexuellement-et-par-le-sang-infection-confirmee-a-mycoplasma-genitalium.html https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Usage_optimal/Guide_ITSS_Mycoplasma_genitalium.pdf

- Protocole médical national pour initier des mesures diagnostiques et un traitement pharmacologique chez une femme présentant des pertes vaginales inhabituelles (INESSS)
  https://www.inesss.qc.ca/thematiques/medicaments/protocoles-medicaux-nationaux-et-ordonnances-associees/pertes-vaginales-inhabituelles.html

  https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Ordonnances_collectives/Vaginite/INESSS_Protocole_medical_national_pertes-vaginales-inhabituelles_Final.pdf

- La prophylaxie préexposition au virus de l'immunodéficience humaine : Guide pour les professionnels de la santé (MSSS)
  https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000313/

  https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-334-02W.pdf

- Guide d'usage optimal sur le traitement pharmacologique des ITSS — Syphilis : repérage, diagnostic, usage optimal des antibiotiques et suivi (INESSS)
  https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/guides-dusage-optimal-sur-le-traitement-pharmacologique-des-itss.html

  https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Outils/Guides_ITSS/ITSS_Syphilis_WEB_FR.pdf

  Traitement accéléré des partenaires pour les infections à Chlamydia trachomatis (CT) et à Neisseria gonorrhoeae (NG) – Aide-mémoire pour les cliniciens (MSSS)
  https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002402/

  https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-328-02W.pdf

AUTRES DOCUMENTS UTILES (par ordre alphabétique) :

- Algorithme décisionnel pour le traitement épidémiologique des partenaires asymptomatiques — *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* (INESSS)
  https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/guides-dusage-optimal-sur-le-traitement-pharmacologique-des-itss.html

  https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Outils/Guides_ITSS/INESSS-Algorithme-traitement-ITSS.pdf

- Comment discuter de santé sexuelle, de consommation de substances et d'ITSS — un guide pour les dispensateurs de services (ACSP)
  https://www.cpha.ca/fr/comment-discuter-de-sante-sexuelle-de-consommation-de-substances-et-ditss-un-guide-pour-les

  https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/resources/stbbi/discussionguide_f.pdf

- Estimation du risque associé aux activités sexuelles — Intervention préventive relative aux ITSS (MSSS)
  https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000097/

  https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-308-05W.pdf

- Formulaire de liaison à l'attention du pharmacien communautaire (INESSS)
  https://www.inesss.qc.ca/thematiques/medicaments/protocoles-medicaux-nationaux-et-ordonnances-associees/ecoulement-uretral.html#c4025

  https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Ordonnances_collectives/Gabarits/INESSS_Modele_Formulaire-liaison_statique.pdf

- Guide des bonnes pratiques en prévention clinique (MSSS)
  https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/prevention-clinique/guide-des-bonnes-pratiques/
- ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés — Intervention préventive relative aux ITSS (MSSS)
  https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000098/
  https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-308-03W.pdf
- Personne exposée à une ITSS : que faire? Intervention préventive relative aux ITSS (MSSS)
  https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002367/
  https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-308-06W.pdf
- Prévention clinique des ITSS (MSSS)
  https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/itss/prevention-clinique-des-itss/
- Ressources — Intervention préventive relative aux ITSS (MSSS)
  https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000093/
  https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-308-01W.pdf
- Soutenir la personne atteinte d'une ITSS pour qu'elle avise ses partenaires : quatre étapes (MSSS)
  https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002369/
  https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-308-07W.pdf

  Vaccination et ITSS – Intervention préventive relative aux ITSS (MSSS)
  https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000104/
  https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-308-04W.pdf

PUBLICATIONS COVID EN LIEN AVEC LES ITSS (par ordre alphabétique) :

- Appel à la vigilance – Infection gonococcique : émergence de souches non sensibles à la céfixime (MSSS)
  https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002706/
  https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-avis-sp-gonorrhee.pdf
- Directive ministérielle DGSP 003.REV1. ITSS : Interventions cliniques en période de pandémie de coronavirus COVID-19 (MSSS)
  https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003038/
- Interventions cliniques en lien avec les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) selon la disponibilité des ressources et les quatre paliers d'alerte (MSSS) (21— MS-00026-10)
  https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003038/
- Recommandations pour le suivi de l'infection au VIH, de la PPrE et de la PPE en période de COVID-19 (MSSS)
  https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003038/
- Traitement accéléré des partenaires atteintes de chlamydia ou de gonorrhée (TAP) en période de pandémie de la COVID-19 : orientations intérimaires (MSSS) (210MS-00026-10)
  https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003038/

ANNEXE II FORMULAIRE D'ÉVALUATION PAR L'INFIRMIÈRE POUR L'AMORCE, LE RENOUVELLEMENT ET L'AJUSTEMENT DE LA CONTRACEPTION

Logo de l'établissement

Coordonnées de la patiente

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

Consultation

Date de la consultation :

Âge : ____ ans

Parent(s) au courant de la démarche : ○ Oui ○ Non ○ S/O :

Raison de la consultation :

Numéro de téléphone :

Autres coordonnées :

Bilan de santé

Antécédents personnels :

Antécédents gynécologiques :

Antécédents familiaux :

Médicaments en cours :

Immunisation :

Allergies et/ou intolérances :

Date du dernier examen gynécologique :

aa/mm/jj + info si nécessaire

Date du dernier dépistage du cancer du col :

aa/mm/jj + info si nécessaire

Gravida :	Para :	Aborta : Spontané : Provoqué :	DDM : aa/mm/jj + info si nécessaire		
				Oui	Non
			DDM habituelle?	○	○

				Oui	Non
Ménarche : ans	Cycle : jours		Régulier :	○	○
Durée des menstruations : jours		Flux :	Dysménorrhée	○	○
Saignement intermenstruel :				○	○
Coïtarche : ans	Nombre de partenaires depuis un an :				
				Oui	Non
Relation sexuelle non protégée depuis les dernières menstruations				○	○
Si oui, date de la dernière relation sexuelle non protégée :					
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 ○ Non applicable

Type de contraception à laquelle la personne 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) ou vapotage :

Violence physique, verbale ou sexuelle :

Autres :

Évaluation

TA :	Poids (au besoin) :
Test de grossesse (au besoin) :	Taille (au besoin)
Autres observations :	IMC (au besoin)

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

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

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

Implant contraceptif à l'étonogestrel			
Contre-indications	Catégorie	Oui	Non
Grossesse		○	○
Saignement vaginal inexpliqué	3	○	○
Cancer du sein actuel	4	○	○
Cancer du sein, sans évidence de maladie active depuis 5 ans	3	○	○
Cancer du foie (hépatome)	3	○	○
Hypersensibilité à l'étonogestrel ou un autre ingrédient de l'implant (p. ex. : sulfate de baryum)	4	○	○
Stérilet au lévonorgestrel			
Contre-indications	Catégorie	Oui	Non
Grossesse	4	○	○
Immédiatement après un avortement septique	4	○	○
Endométrite post-partum	4	○	○
Cancer du foie (hépatome)	3	○	○
Cancer du sein actuel	4	○	○
Cancer du sein, sans évidence de maladie active depuis 5 ans	3	○	○
Maladie trophoblastique gestationnelle avec β-hCG élevés de façon persistante ou maladie maligne, avec évidence de maladie intra-utérine	4	○	○
Saignement vaginal inexpliqué	4	○	○
Cancer du col en attente de traitement	4	○	○
Cancer de l'endomètre en attente de traitement	4	○	○
Syndrome inflammatoire pelvien actuel	4	○	○

Stérilet au lévonorgestrel (suite)			
Contre-indications	Catégorie	Oui	Non
Tuberculose pelvienne	4	○	○
Cervicite mucopurulente ou infection actuelle du col à *Chlamydia trachomatis ou Neisseria gonorrhoeae*	4	○	○
Anomalie anatomique de l'utérus incompatible avec la présence d'un stérilet	4	○	○
Myome(s) utérin(s) déformant la cavité endométriale	3	○	○
Hypersensibilité à l'une des composantes du produit	4	○	○
Stérilet au cuivre			
Contre-indications	Catégorie	Oui	Non
Grossesse	4	○	○
Immédiatement après un avortement septique	4	○	○
Endométrite post-partum	4	○	○
Lupus érythémateux avec thrombocytopénie sévère	3	○	○
Maladie trophoblastique gestationnelle avec β-hCG élevés de façon persistante ou maladie maligne, avec évidence de maladie intra-utérine	4	○	○
Saignement vaginal inexpliqué	4	○	○
Cancer du col en attente de traitement	4	○	○
Cancer de l'endomètre en attente de traitement	4	○	○
Syndrome inflammatoire pelvien actuel	4	○	○
Tuberculose pelvienne	4	○	○
Cervicite mucopurulente ou infection actuelle du col à *Chlamydia trachomatis ou Neisseria gonorrhoeae*	4	○	○
Anomalie anatomique de l'utérus incompatible avec la présence d'un stérilet	4	○	○
Myome(s) utérin(s) déformant la cavité endométriale	3	○	○
Hypersensibilité à l'une des composantes du produit	4	○	○
Injection contraceptive			
Contre-indications	Catégories	Oui	Non
Grossesse		○	○
2 facteurs de risque ou plus pour la maladie cardiovasculaire athérosclérotique	3	○	○
Hypertension artérielle (systolique ≥ 160 ou diastolique ≥ 100 mm Hg)	3	○	○
Maladie vasculaire	3	○	○
Antécédent de TEV/EP avec risque élevé de récurrence et AVEC anticoagulothérapie à dose prophylactique	3	○	○
Antécédent de TEV/EP avec risque élevé de récurrence SANS anticoagulothérapie	3	○	○
Mutations thrombogéniques connues	3	○	○
Maladie cardiaque ischémique (actuelle ou antécédent)	3	○	○
Accident vasculaire cérébral (actuel ou antécédent)	3	○	○
Cardiomyopathie péripartum ou non • Fonction cardiaque classe 3 ou 4	3	○	○
Saignement vaginal inexpliqué	3	○	○

Injection contraceptive (suite)			
Contre-indications	Catégories	Oui	Non
Cancer du sein actuel	4	○	○
Cancer du sein sans évidence de maladie depuis 5 ans	3	○	○
Transplantation d'organe solide	3	○	○
Maladie rénale chronique	3	○	○
Lupus érythémateux avec anticorps antiphospholipides positifs ou inconnus	3	○	○
Lupus érythémateux avec thrombocytopénie sévère	3	○	○
Arthrite rhumatoïde avec facteur de risque de fracture non traumatique	3	○	○
Diabète avec néphropathie, rétinopathie ou neuropathie	3	○	○
Diabète avec autre maladie vasculaire ou d'une durée de plus de 20 ans	3	○	○
Cirrhose sévère décompensée	3	○	○
Adénome hépatocellulaire (tumeur bénigne)	3	○	○
Cancer du foie (hépatome)	3	○	○
Anémie falciforme (drépanocytose)	3	○	○
Hypersensibilité à l'une des composantes du produit	4	○	○
Contraceptifs oraux combinés			
Contre-indications	Catégorie	Oui	Non
Grossesse		○	○
Post-partum AVEC ALLAITEMENT :			
• Moins de 21 jours post-partum	4	○	○
• De 21 à < 30 jours AVEC OU SANS facteur de risque de TEV	3/4	○	○
• De 30 à 42 jours AVEC un ou plusieurs facteurs de risque de TEV	3	○	○
Post-partum SANS ALLAITEMENT :			
• Moins de 21 jours post-partum	4	○	○
• De 21 à 42 jours AVEC un ou plusieurs facteurs de risque de TEV	3/4	○	○
Tabagisme :			
• 35 ans et plus ET moins de 15 cigarettes/jour	3	○	○
• 35 ans et plus ET 15 cigarettes/jour et plus	4	○	○
Maladie vasculaire	4	○	○
2 facteurs de risque ou plus pour la maladie cardiovasculaire athérosclérotique	3/4	○	○
Hypertension artérielle (HTA) adéquatement contrôlée	3	○	○
HTA 140-159/90-99 mm Hg	3	○	○
HTA avec systolique de 160 mm HG ou plus ou diastolique de 100 mm Hg ou plus	4	○	○
TEV/EP AVEC anticoagulothérapie à dose thérapeutique	3	○	○
Antécédent de TEV/EP avec risque élevé de récurrence et AVEC anticoagulothérapie à dose prophylactique	4	○	○
Antécédent de TEV/EP sans facteur de risque de récurrence et AVEC anticoagulothérapie à dose prophylactique	3	○	○
Antécédent de TEV/EP avec risque élevé de récurrence SANS anticoagulothérapie	4	○	○

Contraceptifs oraux combinés (suite)			
Contre-indications	Catégorie	Oui	Non
Antécédent de TEV/EP sans facteur de risque de récurrence et SANS anticoagulothérapie	3	○	○
Chirurgie majeure avec immobilisation prolongée	4	○	○
Immobilité non liée à une chirurgie	3	○	○
Mutations thrombogéniques connues	4	○	○
Maladie rénale chronique	4	○	○
Thrombose veineuse superficielle (aiguë ou antécédents)	3	○	○
Maladie cardiaque ischémique (actuelle ou antécédent)	4	○	○
Accident vasculaire cérébral (actuel ou antécédent)	4	○	○
Maladie cardiaque valvulaire ou congénitale compliquée	4	○	○
Fibrillation auriculaire	4	○	○
Cardiomyopathie péripartum ou non			
• Fonction cardiaque classe 1 ou 2			
- Depuis moins de 6 mois	4	○	○
- Depuis 6 mois ou plus	3	○	○
• Fonction cardiaque classe 3 ou 4	4	○	○
Cancer du sein actuel	4	○	○
Cancer du sein sans évidence de maladie depuis 5 ans	3	○	○
Chirurgie bariatrique avec procédures malabsorptives (pour les contraceptifs oraux combinés seulement)	3	○	○
Transplantation compliquée d'organe solide	4	○	○
Lupus érythémateux avec anticorps antiphospholipides positifs ou inconnus	4	○	○
Migraine avec aura	4	○	○
Diabète avec néphropathie, rétinopathie ou neuropathie	3/4	○	○
Diabète avec autre maladie vasculaire ou d'une durée de plus de 20 ans	3/4	○	○
Maladie inflammatoire intestinale avec facteurs de risque de TEV	3	○	○
Maladie de la vésicule biliaire symptomatique actuelle ou traitée médicalement	3	○	○
Antécédents de cholestase liée à la prise antérieure de CHC	3	○	○
Hépatite virale aiguë	3/4	○	○
Cirrhose sévère décompensée	4	○	○
Adénome hépatocellulaire (tumeur bénigne)	4	○	○
Cancer du foie (hépatome)	4	○	○
Pancréatite ou antécédents de pancréatite associée à une hypertriglycéridémie	3	○	○
Anémie falciforme (drépanocytose)	4	○	○
Hypersensibilité à l'une des composantes du produit	4	○	○

Contraceptifs oraux combinés (suite)			
Contre-indications	Catégorie	Oui	Non
Interactions médicamenteuses :			
• Fosamprénavir	3	○	○
• Certains anticonvulsivants (barbituriques, carbamazépine, eslicarbazépine, oxcarbazépine, perampanel, phénobarbital, phénytoïne, primidone, rufinamide, topiramate (> 200 mg/jour))	3	○	○
• Lamotrigine	3	○	○
• Rifampicine, rifabutine	3	○	○
Timbre contraceptif			
Contre-indications	Catégorie	Oui	Non
Contre-indications identiques à celles des contraceptifs oraux combinés		○	○
Anneau vaginal contraceptif			
Contre-indications	Catégorie	Oui	Non
Contre-indications identiques à celles des contraceptifs oraux combinés		○	○
Contraceptif oral à progestatif seul			
Contre-indications	Catégorie	Oui	Non
Grossesse		○	○
Cancer du sein actuel	4	○	○
Cancer du sein sans évidence de maladie depuis 5 ans	3	○	○
Chirurgie bariatrique avec procédures malabsorptives	3	○	○
Cancer du foie (hépatome)	3	○	○
Maladie rénale chronique avec hyperkaliémie (pour PPSd seulement)	4	○	○
Hypersensibilité à l'une des composantes du produit	4	○	○
Interactions médicamenteuses :			
• Certains anticonvulsivants (barbituriques, carbamazépine, eslicarbazépine, oxcarbazépine, perampanel, phénobarbital, phénytoïne, primidone, rufinamide, topiramate (> 200 mg/jour))	3	○	○
• Rifampicine, rifabutine	3	○	○

Analyse (liste des problèmes) :

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

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

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

Autres :

Interventions et enseignements	
Enseignement de la méthode choisie : ☐ Mode d'action ☐ Mode d'utilisation ☐ Conduite en cas d'oubli	
☐ Recommandations concernant le début de la contraception	Préciser :
☐ Information sur le renouvellement du contraceptif	Préciser :
☐ Information sur les effets indésirables possibles et les signes de danger	
☐ Si prescription de PPSd, vérifier facteurs de risque d'hyperkaliémie et de maladie rénale	
☐ Démonstration de la pose du condom	
☐ Dépistage des ITSS	Préciser :
☐ Dépistage du col de l'utérus	Préciser :
☐ Vérification de l'immunisation contre le VPH et l'hépatite B	Préciser :
☐ Double protection (grossesse – ITSS)	
☐ Évaluation de l'intention d'utiliser la double protection	
☐ Remise de condoms	
☐ Information sur la contraception orale d'urgence	
☐ Counseling antitabac	
☐ Ressources dans la communauté	
☐ Remise de documentation	Préciser :

Validation de la compréhension	Oui	Non
La cliente comprend les conseils donnés et peut les mettre en pratique :	○	○
Remarque :		

Décisions thérapeutiques	Oui	Non
Orientation vers le médecin ou l'IPS en raison de contre-indications ou d'échec des approches d'ajustement	○	○
Orientation vers le médecin ou l'IPS dans les 3 mois suivant la prescription de PPSd en raison de facteurs de risque d'hyperkaliémie ou de maladie rénale	○	○
Orientation pour insertion de stérilet	○	○
Orientation pour insertion d'implant	○	○
Orientation pour insertion de stérilet d'urgence (voir formulaire d'admissibilité au stérilet au cuivre d'urgence)	○	○
Orientation pour retrait de stérilet	○	○
Orientation pour retrait d'implant	○	○
Administration de contraception orale d'urgence (voir formulaire d'évaluation pour la contraception orale d'urgence) Type de COU remise :	○	○
Remise de la prescription de COU à l'intention du pharmacien Type de COU prescrite :	○	○
Remise de la prescription de contraceptif à l'intention du pharmacien Contraceptif prescrit :	○	○
Retrait de stérilet	○	○
Insertion d'implant	○	○
Retrait d'implant	○	○
Orientation pour dépistage du cancer du col de l'utérus	○	○
Dépistage du col de l'utérus : PAP test Test VPH	 ○ ○	 ○ ○
Autres :		

Planification du suivi

Prochain rendez-vous avec l'infirmière : _____

Suivi avec une IPS, un médecin ou autre professionnel : _____

Relance téléphonique prévue : _____

Signature de l'infirmière : _____ Date : _____

ANNEXE III 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 et pilule à progestatif seul à base de drospirénone (PPSd)	Timbre contraceptif	Anneau vaginal contraceptif	Pilule à progestatif seul à base de noréthindrone (PPSn)	Injection progestative	Implant	Système intra-utérin (SIU) au lévonorgestrel	Stérilet au cuivre
MÉTHODE INITIALE								
Contraceptifs oraux combinés (COC) et pilule à progestatif seul à base de drospirénone (PPSd)	Pas d'interruption. Prendre le 1er co du nouveau COC/PPSd le jour suivant la prise de n'importe quel co de l'ancien COC/PPSd	Appliquer le timbre et prendre un co de COC/PPSd le jour même et un co le lendemain	Pas d'interruption. Insérer le jour suivant la prise de n'importe quel co de COC/PPSd, puis cesser le COC/PPSd	Prendre un co hormonal de PPSn et un de COC/PPSd pendant 2 jours en même temps	Injecter et prendre un co hormonal de COC/PPSd par jour pendant 7 jours	Insérer et prendre un co hormonal de COC/PPSd par jour pendant 7 jours	Insérer et prendre un co hormonal de COC/PPSd par jour pendant 7 jours	Insérer jusqu'à 5 jours après avoir pris au moins 7 co hormonaux de COC/PPSd
Timbre contraceptif	Prendre le premier co de COC/PPSd 1 jour avant de décoller le timbre		Pas d'interruption. Insérer l'anneau et enlever le timbre le même jour, à n'importe quel moment du cycle	Prendre le premier co de PPSn 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 un timbre utilisé pendant 7 à 9 jours
Anneau vaginal contraceptif	Prendre le premier co de COC/PPSd 1 jour avant de retirer l'anneau	Appliquer le timbre 2 jours avant de retirer l'anneau, à n'importe quel moment du cycle		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 utilisé pendant au moins 7 jours
Pilule à progestatif seul à base de noréthindrone (PPSn)	Prendre un co de COC/PPSd et un co de PPSn par jour pendant 7 jours	Appliquer le timbre et prendre un co de PPSn par jour pendant 7 jours	Insérer l'anneau et prendre un co de PPSn par jour pendant 7 jours		Injecter et prendre un co de PPSn par jour pendant 7 jours	Insérer et prendre un co de PPSn par jour pendant 7 jours	Insérer et prendre un co de PPSn par jour pendant 7 jours	Insérer jusqu'à 5 jours après avoir pris 1 co de PPSn pendant au moins 2 jours
Injection progestative	Prendre le 1er co de COC/PPSd 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 1er co de PPSn 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/PPSd 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 PPSn 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/PPSd 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 PPSn 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 1er co de COC/PPSd 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

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

Instructions à donner aux patientes

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

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

L'utilisation de la contraception orale d'urgence au lévonorgestrel 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 des saignements irréguliers apparaissent. 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 l'Institut national de santé publique du Québec 2023

ANNEXE IV FORMULAIRE D'ÉVALUATION POUR LA CONTRACEPTION ORALE D'URGENCE

Logo de l'établissement

Coordonnées de la patiente

Formulaire d'évaluation pour la contraception orale d'urgence

Anamnèse

Date de la consultation : _____

Poids : ____ kg Taille : _____ mètre IMC (Poids ÷ Taille^2) : _____ kg/m^2

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

Caractéristiques de la dernière menstruation : ○ habituelle ○ inhabituelle

Précisez :

_____

Durée habituelle des cycles menstruels : _____

○ Cycles réguliers (nombre de jours entre le début d'une menstruation et le début de la suivante) : _____ jours

○ Cycles irréguliers (durée la plus courte et durée la plus longue : _____

Date de la dernière relation sexuelle non protégée (RSNP) : _____

Heure de la dernière relation sexuelle non protégée (RSNP) : _____

Autres RSNP depuis la DDM, l'accouchement ou l'avortement? ○ Non ○ Oui

Précisez les dates :

_____

Signes et symptômes de grossesse : ○ Non ○ Oui

Précisez :

_____

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 lors de l'utilisation d'un contraceptif.

Spécifiez :

☐ 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? ○ Non ○ Oui

Précisez :

Si agression sexuelle, diriger la personne vers un centre désigné :

Si violence conjugale, donnez feuillets d'information après avoir fait le counseling approprié.

Vaccination reçue contre l'hépatite B et le virus du papillome humain? ○ Non ○ Oui

Précisez :

Besoin de contraception après la COU? ○ Non ○ Oui

Précisez :

Analyse (Liste des problèmes) :

Intervention infirmière

Test de grossesse fait : ○ Non ○ Oui

Résultat :

Enseignement de la contraception orale d'urgence :

Contraception orale d'urgence prescrite :

○ Lévonorgestrel, 1,5 mg, 1 co per os, immédiatement

○ Acétate d'ulipristal, 30 mg, 1 co per os, immédiatement

Interventions ou suivis par l'infirmière. Spécifiez :

- Contraception régulière :
- Dépistage :
- Vaccination :
- Dirigée vers ou l'IPS ou le médecin :
- Motifs de l'orientation :

Signature de l'infirmière :

Date : _____

ANNEXE V FORMULAIRE D'ADMISSIBILITÉ AU STÉRILET AU CUIVRE D'URGENCE

Logo de l'établissement

Coordonnées de la patiente

Formulaire d'admissibilité au stérilet au cuivre d'urgence

Date de la consultation : _____

Informations à récolter	Dates	
Date du début de la dernière menstruation normale, l'accouchement ou l'avortement		
Date de la dernière relation sexuelle non protégée (RSNP)		
Autres RSNP depuis la date du début de la dernière menstruation normale, l'accouchement, l'avortement ou la fausse-couche?	Oui	Non
	○	○
Si oui, date des autres RSNP		

Contre-indications au stérilet au cuivre d'urgence : toutes les réponses à cette section doivent être « non » pour se qualifier à la pose d'un stérilet au cuivre d'urgence	Oui	Non
Grossesse	○	○
Immédiatement après un avortement septique	○	○
Endométrite post-partum	○	○
Lupus érythémateux avec thrombocytopénie sévère	○	○
Maladie trophoblastique avec persistance de ßhCG élevés avec évidence de malignité intra-utérine	○	○
Saignement vaginal anormal inexpliqué	○	○
Cancer du col en attente de traitement	○	○
Cancer de l'endomètre en attente de traitement	○	○
Syndrome inflammatoire pelvien actuel	○	○
Tuberculose pelvienne	○	○
Cervicite mucopurulente ou infection du col à *Chlamydia trachomatis* ou *neisseria gonorrhoeae*	○	○
Anomalie anatomique de l'utérus incompatible avec la présence d'un stérilet	○	○
Myomes utérins déformant la cavité endométriale	○	○
Hypersensibilité à l'une des composantes du produit	○	○

* Ce test sera répété par le médecin ou l'infirmière praticienne spécialisée le jour de l'insertion du stérilet.

Exclusion d'une grossesse avant l'insertion d'un stérilet au cuivre d'urgence : toutes les réponses à cette section doivent être « oui » pour se qualifier à la pose d'un stérilet au cuivre d'urgence	**Oui**	**Non**
Absence de signes ou symptômes de grossesse	○	○
Test de grossesse urinaire* NÉGATIF le jour de la consultation avec l'infirmière	○	○
Toutes les RSNP ont eu lieu dans les 7 derniers jours avant l'insertion potentielle du stérilet au cuivre d'urgence (sauf pour les RSNP ayant eu lieu dans les 5 premiers jours du cycle)	○	○

* Ce test sera répété par le médecin ou l'infirmière praticienne spécialisée le jour de l'insertion du stérilet.

Points importants d'information à transmettre :

- ☐ 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. La prise d'acétaminophène (500 mg, 1 à 2 comprimés) ou d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (ibuprofène 200 mg, 1 à 2 comprimés), une demi-heure avant l'insertion, peut réduire la douleur.
- ☐ Après l'insertion du stérilet au cuivre d'urgence, quelques petites pertes sanguines ainsi que de légères douleurs au ventre peuvent survenir. Les menstruations pourront être un peu plus abondantes et douloureuses que d'habitude, pendant les premiers mois. Chez la plupart des personnes, ces symptômes diminuent avec le temps.
- ☐ Si la personne présente des douleurs au ventre accompagnées de pertes vaginales anormales avec de la fièvre ou des frissons, consulter une IPS ou un médecin rapidement. Le risque d'infection pelvienne à la suite de l'insertion du stérilet survient dans les 3 premières semaines. Après ce délai, il faut suspecter une autre cause que l'insertion elle-même, telle une infection transmissible sexuellement.
- ☐ La personne qui a eu l'insertion d'un stérilet au cuivre d'urgence doit passer un test de grossesse urinaire à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après l'insertion, pour s'assurer qu'une grossesse précoce n'était pas en cours au moment de l'insertion.
- ☐ Le stérilet au cuivre qui est inséré comme contraceptif d'urgence peut être laissé en place de 5 à 12 ans, selon le type de stérilet.
- ☐ Il est possible de faire enlever le stérilet au cuivre au moment de son choix. Une fois enlevé, la fertilité se rétablit immédiatement. Si la personne ne désire pas le garder et utiliser une autre méthode de contraception, elle peut le faire enlever n'importe quand, dans la mesure où elle n'a pas eu de RSNP dans les 5 jours qui précédent le retrait du stérilet (durée de vie des spermatozoïdes).

Signature de l'infirmière : _____

Date : _____

ANNEXE VI CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ AUX MÉTHODES CONTRACEPTIVES

Tableau 1 Catégories en rapport avec les critères de recevabilité médicale pour l'utilisation des méthodes contraceptives (OMS 2015)

Catégorie 1	État pour lequel l'utilisation de la méthode contraceptive ne donne lieu à aucune restriction
Catégorie 2	État pour lequel les avantages de la méthode l'emportent en général sur les risques théoriques ou avérés
Catégorie 3	État pour lequel les risques théoriques ou avérés de la méthode l'emportent en général sur les avantages
Catégorie 4	État pour lequel l'utilisation de la méthode contraceptive représente un risque inacceptable pour la santé

CONTRACEPTION D'URGENCE — Contre-indications de catégories 3 et 4

Condition	Stérilet au cuivre		COU-UPA	COU-LNG	Clarifications
Grossesse	4		NA	NA	Les COU-UPA et -LNG ne sont pas tératogènes.
Immédiatement après un avortement septique	4		1	1	
Endométrite post-partum	4		1	1	
Lupus érythémateux avec thrombocytopénie sévère	Initiation 3	Continuation* 2	1	1	Détails dans le chapitre sur le stérilet au cuivre.
Maladie trophoblastique avec persistance de ß-hCG élevés avec évidence de malignité intra-utérine	4		1	1	Détails dans le chapitre sur le stérilet au cuivre.
Saignement vaginal anormal inexpliqué	Initiation 4	Continuation* 2	1	1	Détails dans le chapitre sur le stérilet au cuivre.
Cancer du col en attente de traitement	Initiation 4	Continuation* 2	1	1	Détails dans le chapitre sur le stérilet au cuivre.
Cancer de l'endomètre en attente de traitement	Initiation 4	Continuation* 2	1	1	Détails dans le chapitre sur le stérilet au cuivre.
Syndrome inflammatoire pelvien actuel	Initiation 4	Continuation* 2	1	1	Détails dans le chapitre sur le stérilet au cuivre.
Tuberculose pelvienne	Initiation 4	Continuation* 3	1	1	Détails dans le chapitre sur le stérilet au cuivre.
Cervicite mucopurulente ou infection actuelle à *Chlamydia trachomatis* ou *Neisseria gonorrhoeae*	Initiation 4	Continuation* 2	1	1	En l'absence de cervicite purulente, le dépistage d'ITS peut être fait au moment de l'insertion du stérilet et un traitement doit être initié dès la réception du résultat. Détails dans le chapitre sur le stérilet au cuivre.
Anomalie anatomique de l'utérus incompatible avec la présence d'un stérilet	4		1	1	
Myome(s) utérin(s) déformant la cavité endométriale	3		1	1	Détails dans le chapitre sur le stérilet au cuivre.
Hypersensibilité à la substance active ou une des composantes du produit	4		4	4	

NA : Non applicable ITS : infection transmissible sexuellement *Ne s'applique pas en contexte de contraception d'urgence

IMPLANT CONTRACEPTIF — Contre-indications de catégories 3 et 4

Condition	Catégorie		Clarifications
Grossesse	NA		L'implant contraceptif n'est pas indiqué chez les personnes enceintes. Si une personne devient enceinte avec un implant, il n'est pas tératogène; il est indiqué de le retirer s'il y a un désir de poursuivre la grossesse.
Saignement vaginal inexpliqué	3		Un saignement vaginal inexpliqué doit être évalué; une grossesse ou un état pathologique sous-jacent peuvent être présents et provoquer de tels saignements.
Cancer du sein actuel	4		
Cancer du sein sans évidence de maladie active depuis 5 ans	3		
Cancer du foie (hépatome)	3		
Maladie cardiaque ischémique (actuelle ou antécédent)	Initia-tion 2	Conti-nuation 3	La maladie cardiaque ischémique (actuelle ou antécédent) est une condition de catégorie 3 seulement pour la continuation de la méthode, c.-à-d. lorsque cet évènement survient durant l'utilisation de l'implant. C'est une condition de catégorie 2 pour l'initiation, donc pas une contre-indication pour le début de l'utilisation de l'implant.
Accident vasculaire cérébral (actuel ou antécédent)	Initia-tion 2	Conti-nuation 3	L'accident vasculaire cérébral (actuel ou antécédent) est une condition de catégorie 3 seulement pour la continuation de la méthode, c.-à-d. lorsque cet évènement survient durant l'utilisation de l'implant. C'est une condition de catégorie 2 pour l'initiation, donc pas une contre-indication pour le début de l'utilisation de l'implant.
Hypersensibilité à l'étonogestrel ou un autre ingrédient de l'implant	4		

STÉRILET AU LÉVONORGESTREL — Contre-indications de catégories 3 et 4

Condition	Catégorie		Clarifications
Grossesse	4		
Immédiatement après un avortement septique	4		
Endométrite post-partum	4		
Cancer du foie (hépatome)	3		
Cancer du sein actuel	4		
Cancer du sein sans évidence de maladie depuis 5 ans	3		
Maladie trophoblastique gestationnelle avec β-hCG élevés de façon persistante ou maladie maligne, avec évidence de maladie intra-utérine	Initia-tion 4	Conti-nuation 2	Si une personne a présenté une maladie trophoblastique gestationnelle (môle hydatiforme), elle a dû recevoir un diagnostic spécifique permettant d'établir le type de maladie présentée. La connaissance de ce diagnostic est essentielle avant l'insertion d'un SIU-LNG.
Saignement vaginal inexpliqué	Initia-tion 4	Conti-nuation 2	Si une personne présente des saignements vaginaux inexpliqués, elle doit avoir une investigation appropriée avant l'insertion d'un SIU-LNG.
Cancer du col en attente de traitement	Initia-tion 4	Conti-nuation 2	Une personne ayant une suspicion de cancer du col ne doit pas se faire insérer un SIU-LNG. Par contre, si elle développe cette maladie en cours d'utilisation, elle peut continuer de l'utiliser.
Cancer de l'endomètre en attente de traitement	Initia-tion 4	Conti-nuation 2	Une personne ayant une suspicion de cancer de l'endomètre ne doit pas se faire insérer un SIU-LNG. Par contre, si elle développe cette maladie en cours d'utilisation, elle peut continuer de l'utiliser. Par ailleurs, le SIU-LNG peut, dans certains cas, être l'un des traitements du cancer de l'endomètre.

Condition	Catégorie		Clarifications
Syndrome inflammatoire pelvien actuel	Initiation 4	Continuation 2	Une personne ayant un syndrome inflammatoire pelvien actuel ne doit pas se faire insérer un SIU-LNG. Par contre, si elle développe cette maladie en cours d'utilisation, elle peut continuer de l'utiliser tout en se faisant traiter. Un antécédent de syndrome inflammatoire pelvien n'est pas une contre-indication à l'insertion d'un SIU-LNG.
Tuberculose pelvienne	Initiation 4	Continuation 3	Une personne présentant une tuberculose active ou sous traitement ne doit pas se faire insérer un SIU-LNG tant qu'on n'est pas certain que cette infection soit éradiquée.
Cervicite mucopurulente ou infection actuelle du col à *Chlamydia trachomatis* ou *Neisseria gonorrhoeae*	Initiation 4	Continuation 2	Une personne ayant une telle infection ne doit pas se faire insérer un SIU-LNG. Par contre, si elle développe cette maladie en cours d'utilisation, elle peut continuer de l'utiliser tout en se faisant traiter. En l'absence de cervicite purulente, le dépistage d'ITS peut être fait au moment de l'insertion du stérilet et un traitement doit être initié dès la réception d'un résultat positif.
Anomalie anatomique de l'utérus incompatible avec la présence d'un stérilet	4		
Myomes utérins déformant la cavité endométriale	3		Myomes utérins déformant la cavité endométriale et empêchant le positionnement adéquat du SIU-LNG.
Hypersensibilité à l'une des composantes du produit	4		

STÉRILET AU CUIVRE — Contre-indications de catégories 3 et 4

Condition	Catégorie		Clarifications
Grossesse	4		
Immédiatement après un avortement septique	4		
Endométrite post-partum	4		
Lupus érythémateux avec thrombocytopénie sévère	Initiation 3	Continuation 2	Une personne ayant un lupus érythémateux avec thrombocytopénie sévère n'est pas une candidate idéale pour l'utilisation d'un stérilet au cuivre. Par contre, si elle développe cette maladie en cours d'utilisation et que ses saignements menstruels sont acceptables, elle peut continuer de l'utiliser.
Maladie trophoblastique gestationnelle avec β-hCG élevés de façon persistante ou maladie maligne, avec évidence de maladie intra-utérine	Initiation 4	Continuation 2	Si une personne a présenté une maladie trophoblastique gestationnelle (môle hydatiforme), elle a dû recevoir un diagnostic spécifique permettant d'établir le type de maladie présentée. La connaissance de ce diagnostic est essentielle avant l'insertion d'un stérilet au cuivre.
Saignement vaginal inexpliqué	Initiation 4	Continuation 2	Si une personne présente des saignements vaginaux inexpliqués, elle doit avoir une investigation appropriée avant l'insertion d'un stérilet au cuivre.
Cancer du col en attente de traitement	Initiation 4	Continuation 2	Une personne ayant une suspicion de cancer du col ne doit pas se faire insérer un stérilet au cuivre. Par contre, si elle développe cette maladie en cours d'utilisation, elle peut continuer de l'utiliser.
Cancer de l'endomètre en attente de traitement	Initiation 4	Continuation 2	Une personne ayant une suspicion de cancer de l'endomètre ne doit pas se faire insérer un stérilet au cuivre. Par contre, si elle développe cette maladie en cours d'utilisation, elle peut continuer de l'utiliser.
Syndrome inflammatoire pelvien actuel	Initiation 4	Continuation 2	Une personne ayant un syndrome inflammatoire pelvien actuel ne doit pas se faire insérer un stérilet au cuivre. Par contre, si elle développe cette maladie en cours d'utilisation, elle peut continuer de l'utiliser tout en se faisant traiter. Un antécédent de syndrome inflammatoire pelvien n'est pas une contre-indication à l'insertion d'un stérilet au cuivre.
Tuberculose pelvienne	Initiation 4	Continuation 3	Une personne présentant une tuberculose active ou sous traitement ne doit pas se faire insérer un stérilet au cuivre tant qu'on n'est pas certain que cette infection soit éradiquée.

Condition	Catégorie		Clarifications
Cervicite mucopurulente ou infection actuelle du col à *Chlamydia trachomatis* ou *Neisseria gonorrhoeae*	Initia-tion 4	Conti-nuation 2	Une personne ayant une telle infection ne doit pas se faire insérer un stérilet au cuivre. Par contre, si elle développe cette maladie en cours d'utilisation, elle peut continuer de l'utiliser tout en se faisant traiter. En l'absence de cervicite purulente, le dépistage d'ITS peut être fait au moment de l'insertion du stérilet et un traitement doit être initié dès la réception d'un résultat positif.
Anomalie anatomique de l'utérus incompatible avec la présence d'un stérilet	4		
Myomes utérins déformant la cavité endométriale	3		Myomes utérins déformant la cavité endométriale et empêchant le positionnement adéquat du stérilet au cuivre.
Hypersensibilité à l'une des composantes du produit	4		

INJECTION CONTRACEPTIVE — Contre-indications de catégories 3 et 4

Condition	Catégorie	Clarifications
Grossesse	NA	
2 facteurs de risque ou plus pour maladie cardiovasculaire athérosclérotique	3	Les facteurs de risque de maladie cardiovasculaire athérosclérotique sont l'âge de 35 ans et plus, le tabagisme, le diabète, l'hypertension artérielle, un faible taux de cholestérol HDL, un taux élevé de cholestérol LDL, et une hypertriglycéridémie.
Hypertension artérielle (HTA) (systolique ≥ 160 ou diastolique ≥ 100 mm Hg)	3	
Maladie vasculaire	3	
Antécédent de thromboembolie veineuse/embolie pulmonaire (TEV/EP) avec risque élevé de récurrence et AVEC anticoagulothérapie à dose prophylactique	3	Risque élevé de récurrence de TEV/EP (1 facteur de risque ou plus) : antécédent de TEV/EP associée aux estrogènes ou à la grossesse, TEV/EP idiopathique, thrombophilie connue (par exemple, facteur V de Leiden; déficit en protéine S, protéine C ou antithrombine III; mutation de la prothrombine; syndrome des antiphospholipides; etc.), cancer actif (métastatique, recevant thérapie ou dans les 6 mois après rémission clinique), excluant cancer de peau autre qu'un mélanome. En l'absence de risque élevé de récurrence, cette condition devient une catégorie 2. Par ailleurs, la TEV/EP AVEC anticoagulothérapie à dose thérapeutique (TEV/EP aiguë ou anticoagulothérapie thérapeutique à long terme, quelle qu'en soit la durée) est une catégorie 2.
Antécédent de TEV/EP avec risque élevé de récurrence SANS anticoagulothérapie	3	Risque élevé de récurrence de TEV/EP (1 facteur de risque ou plus) : voir case précédente. En l'absence de risque élevé de récurrence, cette condition devient une catégorie 2.
Mutations thrombogéniques connues	3	Les mutations thrombogéniques sont nombreuses (par exemple, facteur V de Leiden; déficit en protéine S, protéine C ou antithrombine III; mutation de la prothrombine; syndrome des antiphospholipides; etc.) et requièrent un suivi spécialisé.
Maladie cardiaque ischémique (actuelle ou antécédent)	3	Des inquiétudes existent quant aux effets hypoestrogéniques et à la réduction des taux de HDL chez les utilisatrices d'AMPR. Les risques d'utiliser l'AMPR chez ces personnes peuvent être plus grands que les avantages.
Accident vasculaire cérébral (actuel ou antécédent)	3	Des inquiétudes existent quant aux effets hypoestrogéniques et à la réduction des taux de HDL chez les utilisatrices d'AMPR. Les risques d'utiliser l'AMPR chez ces personnes peuvent être plus grands que les avantages.

Condition	Catégorie		Clarifications
Cardiomyopathie péripartum ou non • fonction cardiaque classe 1 ou 2 – < 6 mois – ≥ 6 mois • fonction cardiaque classe 3 ou 4	 2 2 3		Description des classes de fonction cardiaque[18] : • Fonction cardiaque normale (classe 1) • Légèrement atteinte (classe 2) • Modérément atteinte (classe 3) • Sévèrement atteinte (classe 4)
Saignement vaginal inexpliqué	3		
Cancer du sein actuel	4		
Cancer du sein sans évidence de maladie depuis 5 ans	3		
Transplantation d'organe solide	3		L'utilisation d'immunothérapie suppressive à long terme chez ces personnes peut être un facteur de risque de fractures non traumatiques.
Maladie rénale chronique	3		Par exemple : syndrome néphrotique chronique, hémodialyse, dialyse péritonéale.
Lupus érythémateux avec anticorps antiphospholipides positifs ou inconnus	3		En raison du risque augmenté de TEV chez les utilisatrices d'AMPR, les risques d'utiliser l'AMPR chez ces personnes peuvent être plus grands que les avantages.
Lupus érythémateux avec thrombocytopénie sévère	Initia-tion 3	Conti-nuation 2	La thrombocytopénie sévère augmente le risque de saignement, effet indésirable survenant lors des premiers mois d'utilisation de l'AMPR.
Arthrite rhumatoïde avec facteur de risque de fracture non traumatique	3		Les facteurs de risque sont l'âge avancé, utilisation de traitement immunosuppresseur (par exemple, utilisation chronique de corticostéroïdes systémiques), tabagisme actif, faible IMC, consommation excessive d'alcool, ATCD personnel de fracture de fragilisation, ATCD de fracture de la hanche chez un parent du 1er degré.
Diabète avec néphropathie, rétinopathie ou neuropathie	3		
Diabète avec autre maladie vasculaire ou d'une durée > 20 ans	3		
Cirrhose sévère décompensée	3		
Adénome hépatocellulaire (tumeur bénigne)	3		
Cancer du foie (hépatome)	3		
Anémie falciforme (drépanocytose)	3		
Hypersensibilité à l'une des composantes du produit	4		

[18] Classes de fonction cardiaque (https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/multimedia/table/classification-de-linsuffisance-cardiaque-de-la-new-york-heart-association-nyha) :
- Fonction cardiaque normale (classe 1) : aucune fatigue, ni dyspnée, ni palpitations excessives lors d'activité physique normale (pelleter de la neige).
- Légèrement atteinte (classe 2) : fatigue, dyspnée, palpitations ou douleur rétrosternale lors d'activité physique normale.
- Modérément atteinte (classe 3) : fatigue, dyspnée, palpitations ou douleur rétrosternale lors d'activité physique légère (faire un lit).
- Sévèrement atteinte (classe 4) : fatigue, dyspnée, palpitations ou douleur rétrosternale au repos.

CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS — Contre-indications de catégories 3 et 4

Condition	Catégorie	Clarifications
Grossesse	NA	
Post-partum AVEC allaitement • < 21 jours post-partum • 21 à < 30 jours post-partum avec ou sans facteur de risque de thromboembolie veineuse (TEV) • 30 à 42 jours post-partum avec un ou plusieurs facteurs de risque de TEV	 4 3 3	Les facteurs de risque de TEV sont : âge ≥ 35 ans, TEV antérieure, thrombophilie, immobilité, transfusion à l'accouchement, cardiomyopathie péripartum, IMC ≥ 30 kg/m^2, hémorragie post-partum, post-césarienne, prééclampsie, tabagisme. Certains facteurs de risque peuvent augmenter la condition à une catégorie 4 (par exemple, TEV antérieure, thrombophilie, cardiomyopathie péripartum, etc.) À partir de 30 jours post-partum, les personnes qui allaitent et qui n'ont pas de facteur de risque peuvent commencer l'utilisation d'un CHC.
Post-partum SANS allaitement • < 21 jours post-partum • 21 à 42 jours post-partum avec un ou plusieurs facteurs de risque de thromboembolie veineuse (TEV)	 4 3	Les facteurs de risque de TEV sont : âge ≥ 35 ans, TEV antérieure, thrombophilie, immobilité, transfusion à l'accouchement, cardiomyopathie péripartum, IMC ≥ 30 kg/m^2, hémorragie post-partum, post-césarienne, prééclampsie, tabagisme. Certains facteurs de risque peuvent augmenter la condition à une catégorie 4 (par exemple, TEV antérieure, thrombophilie, cardiomyopathie péripartum, etc.) À partir de 21 jours post-partum, les personnes qui n'allaitent pas et n'ont pas de facteur de risque peuvent commencer l'utilisation d'une CHC.
Tabagisme • ≥ 35 ans et < 15 cigarettes/jour • ≥ 35 ans et ≥ 15 cigarettes/jour	 3 4	Les effets sur la santé cardiovasculaire et le risque de TEV des différentes composantes et de la nicotine contenues dans la cigarette électronique sont mal connus; des données probantes démontreraient que la cigarette électronique a des effets négatifs sur certains marqueurs de l'hémostase (1). Il n'existe actuellement pas de données sur les risques cardiovasculaires des CHC chez les utilisatrices de cigarette électronique. Il est donc actuellement impossible d'émettre de recommandations à ce sujet. Les utilisatrices de cigarette électronique contenant de la nicotine qui prennent des CHC sont à risque d'avoir les mêmes effets indésirables que les personnes utilisant la cigarette traditionnelle, notamment une augmentation des saignements intermenstruels (2).
Maladie vasculaire	4	
2 facteurs de risque ou plus pour la maladie cardiovasculaire athérosclérotique	3/4	Les facteurs de risque de maladie cardiovasculaire athérosclérotique sont l'âge avancé (≥ 35 ans), le tabagisme, le diabète, l'hypertension artérielle, un faible taux de cholestérol HDL, un taux élevé de cholestérol LDL, et une hypertriglycéridémie.
Hypertension artérielle (HTA) adéquatement contrôlée	3	
HTA avec systolique 140-159 ou diastolique 90-99 mm Hg	3	
HTA avec systolique ≥ 160 ou diastolique ≥ 100 mm Hg	4	
TEV/EP AVEC anticoagulothérapie à dose thérapeutique	3	Personnes ayant une TEV/EP aiguë ou recevant une anticoagulothérapie thérapeutique à long terme.

Condition	Catégorie	Clarifications
Antécédent de TEV/EP avec risque élevé de récurrence et AVEC anticoagulothérapie à dose prophylactique	4	Risque élevé de récurrence de TEV/EP (1 facteur de risque ou plus) : antécédent de TEV/EP, thrombophilie connue (par exemple, Facteur V de Leiden; déficience en protéine S, protéine C, antithrombine III; mutation de la prothrombine; syndrome des antiphospholipides; etc.), cancer actif (métastatique, recevant thérapie ou dans les 6 mois après rémission clinique), excluant cancer de peau autre qu'un mélanome.
Antécédent de TEV/EP sans facteur de risque de récurrence et AVEC anticoagulothérapie à dose prophylactique	3	
Antécédent de TEV/EP avec risque élevé de récurrence SANS anticoagulothérapie	4	Risque élevé de récurrence de TEV/EP (1 facteur de risque ou plus) : antécédent de TEV/EP, thrombophilie connue (par exemple, Facteur V de Leiden; déficience en protéine S, protéine C, antithrombine III; mutation de la prothrombine; syndrome des antiphospholipides), cancer actif (métastatique, recevant thérapie ou dans les 6 mois après rémission clinique), excluant cancer de peau autre qu'un mélanome.
Antécédent de TEV/EP sans facteur de risque de récurrence SANS anticoagulothérapie	3	
Chirurgie majeure avec immobilisation prolongée	4	Lors de chirurgie aux jambes ou lors d'une immobilisation > 1 semaine.
Immobilité non liée à chirurgie	3	Immobilité liée à sclérose en plaques, autre maladie débilitante et/ou utilisation de chaise roulante.
Mutations thrombogéniques connues	4	Les mutations thrombogéniques sont nombreuses (par exemple, Facteur V de Leiden; déficience en protéine S, protéine C, antithrombine III; mutation de la prothrombine; syndrome des antiphospholipides etc.) et requièrent un suivi spécialisé.
Thrombose veineuse superficielle (aiguë ou antécédents)	3	La CHC peut être prescrite si la thrombose superficielle est liée à la pose d'un cathéter ou à un traumatisme.
Maladie cardiaque ischémique (actuelle ou antécédent)	4	
Accident vasculaire cérébral (actuel ou antécédent)	4	
Maladie cardiaque valvulaire ou congénitale compliquée	4	Incluant histoire d'hypertension pulmonaire ou d'endocardite bactérienne.
Fibrillation auriculaire	4	
Cardiomyopathie péripartum ou non • fonction cardiaque classe 1 ou 2 – < 6 mois – ≥ 6 mois • fonction cardiaque classe 3 ou 4	 4 3 4	Description des classes de fonction cardiaque[1] : • Fonction cardiaque normale (classe 1) • Légèrement atteinte (classe 2) • Modérément atteinte (classe 3) • Sévèrement atteinte (classe 4)
Maladie rénale chronique	4	Par exemple, syndrome néphrotique, personnes sous hémodialyse ou dialyse péritonéale.
Cancer du sein actuel	4	

Condition	Catégorie		Clarifications
Cancer du sein sans évidence de maladie depuis 5 ans	3		
Chirurgie bariatrique avec procédures malabsorptives (pour les COC seulement)	3		Procédures malabsorptives incluant le raccourcissement de l'intestin grêle, le Roux-en-Y et la diversion biliopancréatique.
Transplantation compliquée d'organe solide	4		Par exemple, personne atteinte du syndrome de Budd-Chiari, rejet de greffe, etc.
Lupus érythémateux avec anticorps antiphospholipides positifs ou inconnus	4		
Migraine AVEC aura	4		
Diabète avec néphropathie, rétinopathie ou neuropathie	3/4		
Diabète avec autre maladie vasculaire ou d'une durée > 20 ans	3/4		
Maladie intestinale inflammatoire avec facteurs de risque de TEV	3		Incluant colite ulcéreuse ou maladie de Crohn avec facteurs de risque tels que : maladie active ou extensive, chirurgie, immobilisation, utilisation de corticostéroïdes systémiques, déficiences vitaminiques, déplétion liquidienne.
Maladie de la vésicule biliaire symptomatique actuelle ou traitée médicalement	3		
Antécédents de cholestase liée à la prise antérieure de CHC	3		
Hépatite virale aiguë	Initiation 3/4	Conti-nuation 2	Si la condition apparaît lors d'une prise de CHC déjà établie, la CHC peut être continuée (catégorie 2).
Cirrhose sévère décompensée	4		
Adénome hépatocellulaire (tumeur bénigne)	4		
Cancer du foie (hépatome)	4		
Pancréatite ou antécédents de pancréatite associée à hypertriglycéridémie	3		
Anémie falciforme (drépanocytose)	4		
Hypersensibilité à l'une des composantes du produit	4		

PILULES À PROGESTATIF SEUL — Contre-indications de catégories 3 et 4

Condition	Catégorie		Clarifications
Grossesse	NA		
Cancer du sein actuel	4		
Cancer du sein sans évidence de maladie depuis 5 ans	3		
Chirurgie bariatrique avec procédures malabsorptives	3		Incluant le raccourcissement de l'intestin grêle, le Roux-en-Y et la diversion biliopancréatique.
Cancer du foie (hépatome)	3		
Maladie rénale chronique (pour PPSd seulement)	Avec hyper-kaliémie 4	Sans hyper-kaliémie 2	Par exemple, syndrome néphrotique chronique, hémodialyse, dialyse péritonéale.
Hypersensibilité à l'une des composantes du produit	4		

Références

1. Nocella C, Biondi-Zoccai G, Sciarretta S, Peruzzi M, Pagano F, Loffredo L, *et al.* Impact of Tobacco Versus Electronic Cigarette Smoking on Platelet Function. Am J Cardiol. 2018;122(9):1477-81.
2. Grossman MP, Nakajima ST. Menstrual cycle bleeding patterns in cigarette smokers. Contraception. 2006;73(6):562-5.

ANNEXE VII LES MODÈLES-TYPES D'ORDONNANCE INDIVIDUELLE DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES

Les modèles types d'ordonnance individuelle des méthodes contraceptives

Contraceptifs oraux combinés (COC) :

Utilisation cyclique :

- 21 comprimés d'hormones : prendre 1 comprimé d'hormones par jour pendant 21 jours consécutifs (selon le type de COC), puis arrêter pendant 7 jours, et débuter un autre boitier, pour 24 mois.
- 28 comprimés : prendre 1 comprimé d'hormones par jour pendant 21 ou 24 jours consécutifs (selon le type de COC) et 1 comprimé placébo par jour pendant 7 ou 4 jours, et débuter un autre boitier, pour 24 mois.
- 91 comprimés : prendre 1 comprimé d'hormones par jour pendant 84 jours consécutifs et 1 comprimé placébo par jour pendant 7 jours, et débuter un autre boitier, pour 24 mois.

Utilisation continue :

- 21 comprimés d'hormones : prendre 1 comprimé d'hormone par jour pendant 21 jours consécutifs et débuter immédiatement un autre boitier sans faire de période sans hormone, pour 24 mois.
- 28 comprimés : prendre 1 comprimé d'hormones par jour pendant 21 ou 24 jours consécutifs (selon le type de COC), jeter les comprimés placébos, et débuter immédiatement un autre boitier sans faire de période sans hormone, pour 24 mois.
- 91 comprimés : prendre 1 comprimé d'hormones par jour pendant 84 jours consécutifs, jeter les comprimés placébos, et débuter immédiatement un autre boitier sans faire de période sans hormone, pour 24 mois.

Timbre contraceptif :

Utilisation cyclique :

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

Utilisation continue :

- Appliquer 1 timbre par semaine, pendant 3 semaines consécutives et débuter immédiatement une série de 3 autres timbres, sans faire de période sans hormone, pour 24 mois.

Anneau vaginal contraceptif :

Utilisation cyclique :

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

Utilisation continue :

- Insérer l'anneau vaginal et le garder en place pendant une période de 28 à 31 jours consécutifs (p. ex. : changer chaque 1er jour du mois). Retirer ensuite l'anneau et en insérer un nouveau, sans faire de période sans hormone, pour 24 mois (1 anneau aux 4 semaines ou 1 anneau par mois).

Contraceptif oral à progestatif seul :

Utilisation cyclique :

- Drospirénone : prendre 1 comprimé d'hormone par jour pendant 24 jours consécutifs et 1 comprimé de placébo par jour pendant 4 jours, puis débuter un autre boitier, pour 24 mois.

Utilisation continue :

- Noréthindrone : prendre 1 comprimé par jour pendant 28 jours consécutifs, puis débuter un autre boitier, pour 24 mois.
- Drospirénone : prendre 1 comprimé par jour pendant 24 jours consécutifs, jeter les comprimés placébos, et débuter immédiatement un autre boitier sans faire de période sans hormone, pour 24 mois.

Injection contraceptive :

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

Stérilet :

- Stérilet au cuivre (indiquer, au besoin, le type de stérilet au cuivre).
- Stérilet au lévonorgestrel (indiquer, au besoin, le type de stérilet au lévonorgestrel).

Le stérilet doit être inséré par une IPS ou un médecin.

Implant contraceptif à l'étonogestrel :

- Insertion : implant à l'étonogestrel + chlorhydrate de lidocaïne 1 % avec épinéphrine — 10 mg/ml, vial de 2 ou 5 ml selon la disponibilité.
- Retrait : chlorhydrate de lidocaïne 1 % avec épinéphrine — 10 mg/ml, vial de 2 ou 5 ml selon la disponibilité.

Contraception d'urgence :

- Stérilet au cuivre (taille standard, 380 mm^2 de cuivre).
- Acétate d'ulipristal, 30 mg, 1 comprimé immédiatement.
- Lévonorgestrel, 1,5 mg, 1 comprimé immédiatement.

ANNEXE VIII LES CÉPHALÉES

Description sommaire des différents types de céphalées primaires

On définit comme primaire une céphalée qui survient sans relation temporelle étroite avec une autre pathologie connue pour causer des céphalées.

Céphalée de tension

Description :

Épisodes de céphalée, typiquement bilatérale, ressentie comme une pression ou un serrement et d'intensité légère à modérée, d'une durée de quelques minutes à quelques jours. La douleur ne s'aggrave pas avec l'activité physique de routine et n'est pas associée à des nausées. Une photophobie ou une phonophobie peut être présente.

Critères diagnostiques :

A. Au moins 10 épisodes de céphalée survenant < 1 jour/mois en moyenne (< 12 jours/an) et répondant aux critères B à D.
B. Durée de 30 minutes à 7 jours.
C. Au moins deux des quatre caractéristiques suivantes :
   1. localisation bilatérale.
   2. à type de pression ou de serrement (non pulsatile).
   3. intensité légère ou modérée.
   4. absence d'aggravation par les activités physiques de routine comme marcher ou monter des escaliers.
D. Deux caractéristiques suivantes :
   1. absence de nausée ou vomissement.
   2. pas plus d'un de ces deux signes associés : photophobie ou phonophobie.

Migraine

Description :

Céphalée récurrente se manifestant par des crises durant de 4 à 72 heures. Les caractéristiques typiques de la céphalée sont la topographie unilatérale, le type pulsatile, l'intensité modérée ou sévère, l'aggravation par l'activité physique de routine et l'association à des symptômes comme la nausée et/ou la photophobie et la phonophobie.

Critères diagnostiques :

A. Au moins cinq crises répondant aux critères B à D.
B. Crises de céphalée durant de 4 à 72 heures (sans traitement ou avec un traitement inefficace).
C. Céphalée ayant au moins deux des quatre caractéristiques suivantes :
   1. topographie unilatérale.
   2. type pulsatile.
   3. intensité douloureuse modérée ou sévère.
   4. aggravée par ou entraînant l'évitement de l'activité physique de routine (*p. ex.*, marche ou montée des escaliers).
D. Durant la céphalée, au moins l'un des symptômes suivants :
   1. nausées et/ou vomissements.
   2. photophobie et phonophobie.

Migraine avec aura

Aussi appelée migraine classique, migraine ophtalmique, migraine hémiparesthésique, migraine hémiplégique ou aphasique, migraine accompagnée, migraine compliquée.

Description :

Crises récurrentes, durant plusieurs minutes, de symptômes unilatéraux totalement réversibles, visuels, sensitifs ou autres, qui se développent habituellement de façon graduelle et sont généralement suivis par la céphalée et les signes associés de la migraine.

Critères diagnostiques :

A. Au moins deux crises répondant aux critères B et C.
B. Au moins un symptôme entièrement réversible d'aura :
1. visuel.
2. sensitif.
3. parole et/ou langage.
4. moteur.
5. tronc cérébral (dysarthrie, vertige, acouphène, hypoacousie, diplopie, ataxie non attribuable à un déficit sensitif, diminution de la conscience).
6. rétinien.

C. Au moins trois des six caractéristiques suivantes :
1. au moins un symptôme d'aura se développe progressivement sur ≥ 5 minutes.
2. deux ou plusieurs symptômes d'aura surviennent successivement.
3. chaque symptôme d'aura dure de 5 à 60 minutes.
4. au moins un symptôme d'aura est unilatéral.
5. au moins un symptôme d'aura est positif.
6. l'aura est accompagnée, ou suivie dans les 60 minutes, d'une céphalée.

Notes :

1. Lorsque par exemple, trois symptômes se produisent lors d'une aura, la durée maximale acceptable est de 3 x 60 minutes. Les symptômes moteurs peuvent durer jusqu'à 72 heures.
2. L'aphasie est toujours considérée comme un symptôme unilatéral; la dysarthrie peut l'être ou ne pas l'être.
3. Les scintillements et les fourmillements sont des symptômes positifs de l'aura.

Migraine menstruelle

Les migraines menstruelles peuvent être avec ou sans aura. Une minorité (<10 %) de personnes ont des crises de migraine avec la plupart de leurs cycles menstruels; ces crises sont majoritairement sans aura. Elles résultent du sevrage des estrogènes. Elles surviennent exclusivement à 1 ± 2 jours des menstruations (soit de 2 jours avant le jour 1, jusqu'au jour 3) pour au moins deux cycles menstruels sur trois. Les migraines menstruelles pures ne se présentent que dans cette période et sont les plus susceptibles de répondre à une thérapie hormonale. La présence d'une aura lors d'une migraine menstruelle fait en sorte qu'elle devient une contre-indication à l'utilisation des méthodes contraceptives contenant des estrogènes.

Source : International Headache Society 2013-2018. *La classification internationale des céphalées*, 3e édition. Londres, Royaume-Uni. https://ihs-headache.org/en/

ANNEXE IX PHQ-9 — QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ MENTALE DE LA PERSONNE

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: _____

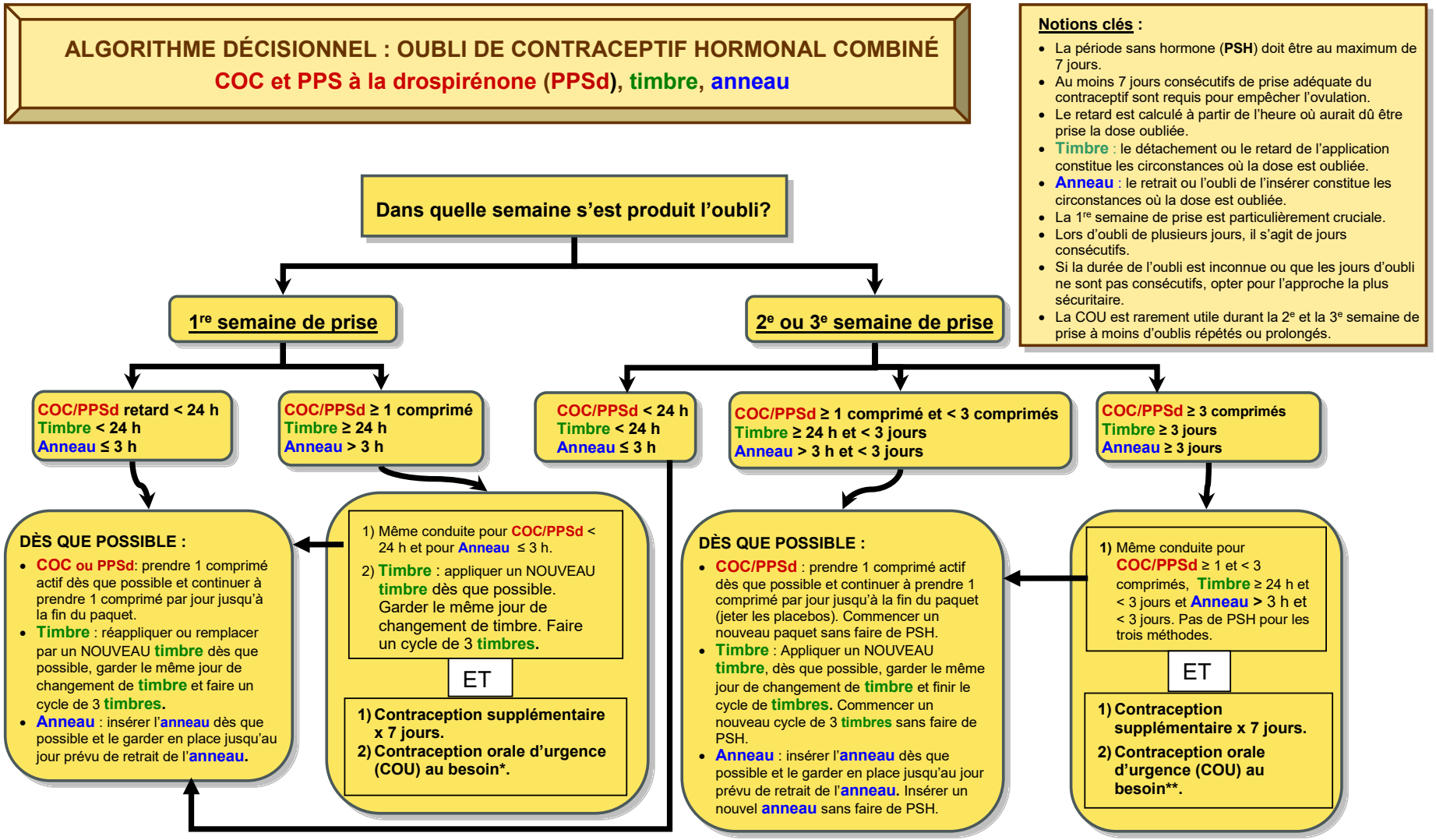
Si vous avez coché au moins un des problèmes évoqués, à quel point ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à vous entendre avec les autres difficile(s) ?

Pas du tout difficile(s)	**Assez difficile(s)**	**Très difficile(s)**	**Extrêmement difficile(s)**
☐	☐	☐	☐

Source : Conçu par les Drs 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.
PHQ-9 : https://www.inspq.qc.ca/boite-outils-pour-la-surveillance-post-sinistre-des-impacts-sur-la-sante-mentale/instruments-de-mesure-standardises/questionnaires/symptomes-depressifs

ANNEXE X OUTILS EN CAS D'OUBLI D'UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE RÉVERSIBLE À COURTE DURÉE D'ACTION (MCRCA)

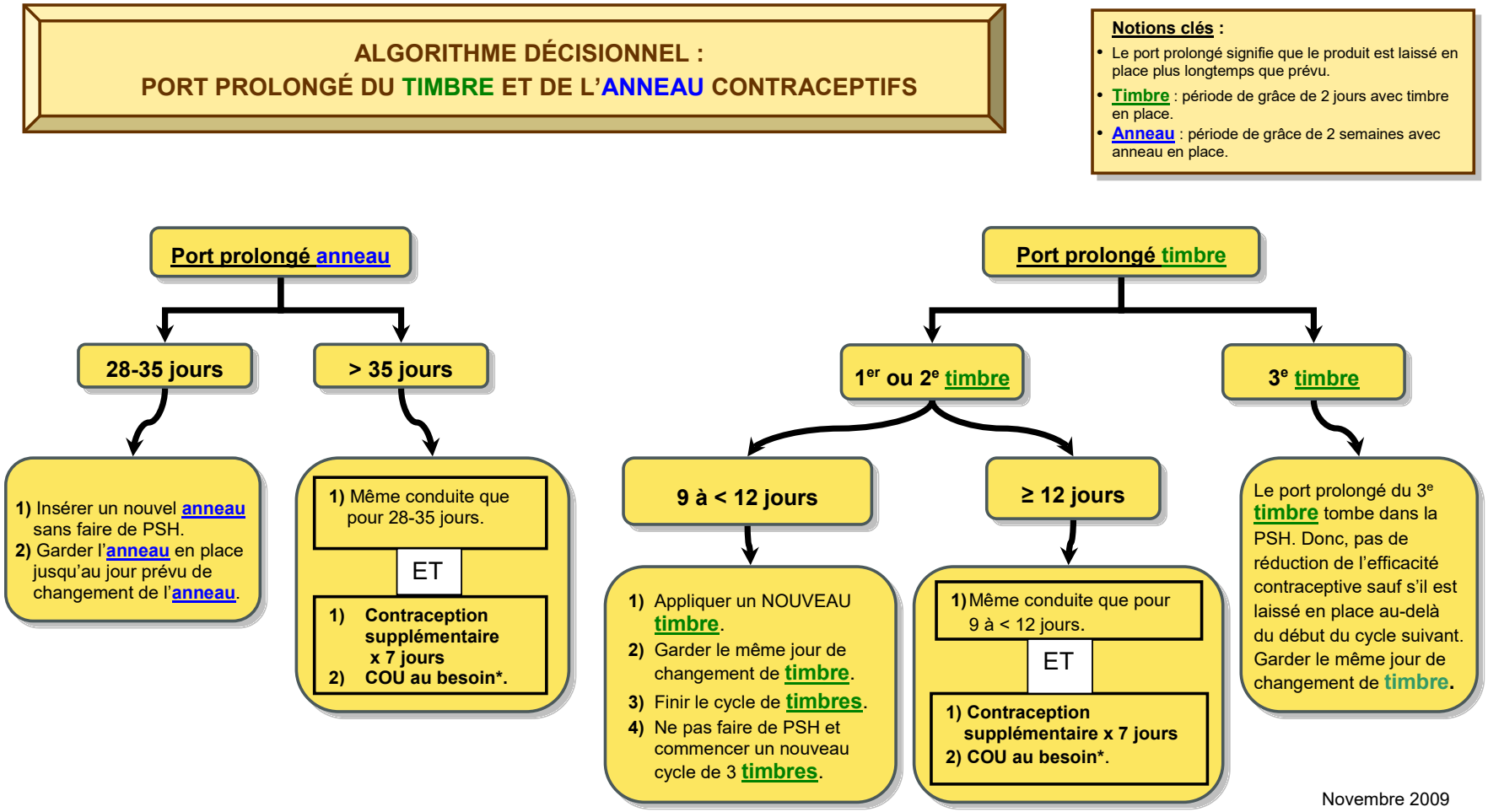
Tableau 1 **Outils en cas d'oubli lors d'utilisation cyclique d'un contraceptif hormonal combiné ou d'une pilule à progestatif seul à base de drospirénone**



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

Adapté de : Nathanaëlle Thériault, M.D., Catherine Risi, M.D., Johanne Lessard, inf.B.Sc., DESS Sc., Édith Guilbert, M.D., M.Sc. et de Guilbert E, Black A, Dunn S. Missed hormonal contraceptives : New recommandations—Committee opinion. *J Obstet Gynaecol Can*. 2008 Nov.;30(11) :1050-77.

Tableau 2 Outil en cas de port prolongé du timbre et de l'anneau contraceptifs



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

Élaboré par : Nathanaëlle Thériault, M.D., Catherine Risi, M.D., Johanne Lessard, inf. B. Sc., DESS Sc., Édith Guilbert, M.D., M. Sc.m. Agence de Santé et de services sociaux de la Montérégie, Direction de santé publique, novembre 2009. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Avis du Comité d'experts en planification famililale. 2007 et/ou Guilbert E, Black A, Dunn S. Missed hormonal contraceptives : New recommandations—Committee opinion. *J Obstet Gynaecol Can*. 2008 Nov.;30(11) :1050-77.

CONSIGNES EN CAS D'OUBLI - *LORS D'UTILISATION CONTINUE* - DE CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS OU DE PILULE À PROGESTATIF SEUL À BASE DE DROSPIRÉNONE

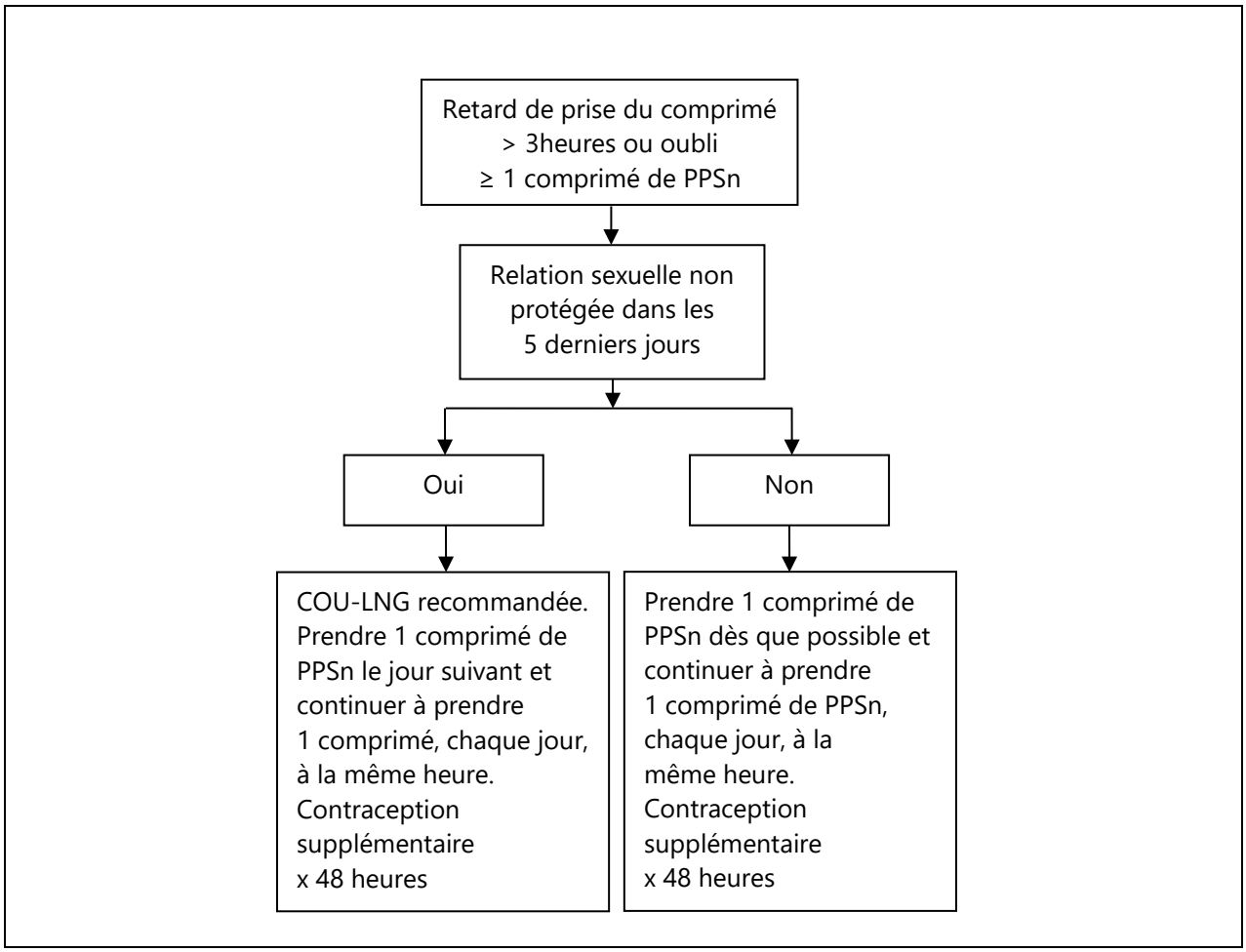
Pour les personnes qui ont des relations sexuelles non protégées au cours des cinq jours précédant ou suivant l'oubli :

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

CONSIGNES EN CAS DE SAIGNEMENTS IRRÉGULIERS LORS DE LA PRISE EN CONTINU DES CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS OU DE PROGESTATIF SEUL À BASE DE DROSPIRÉNONE

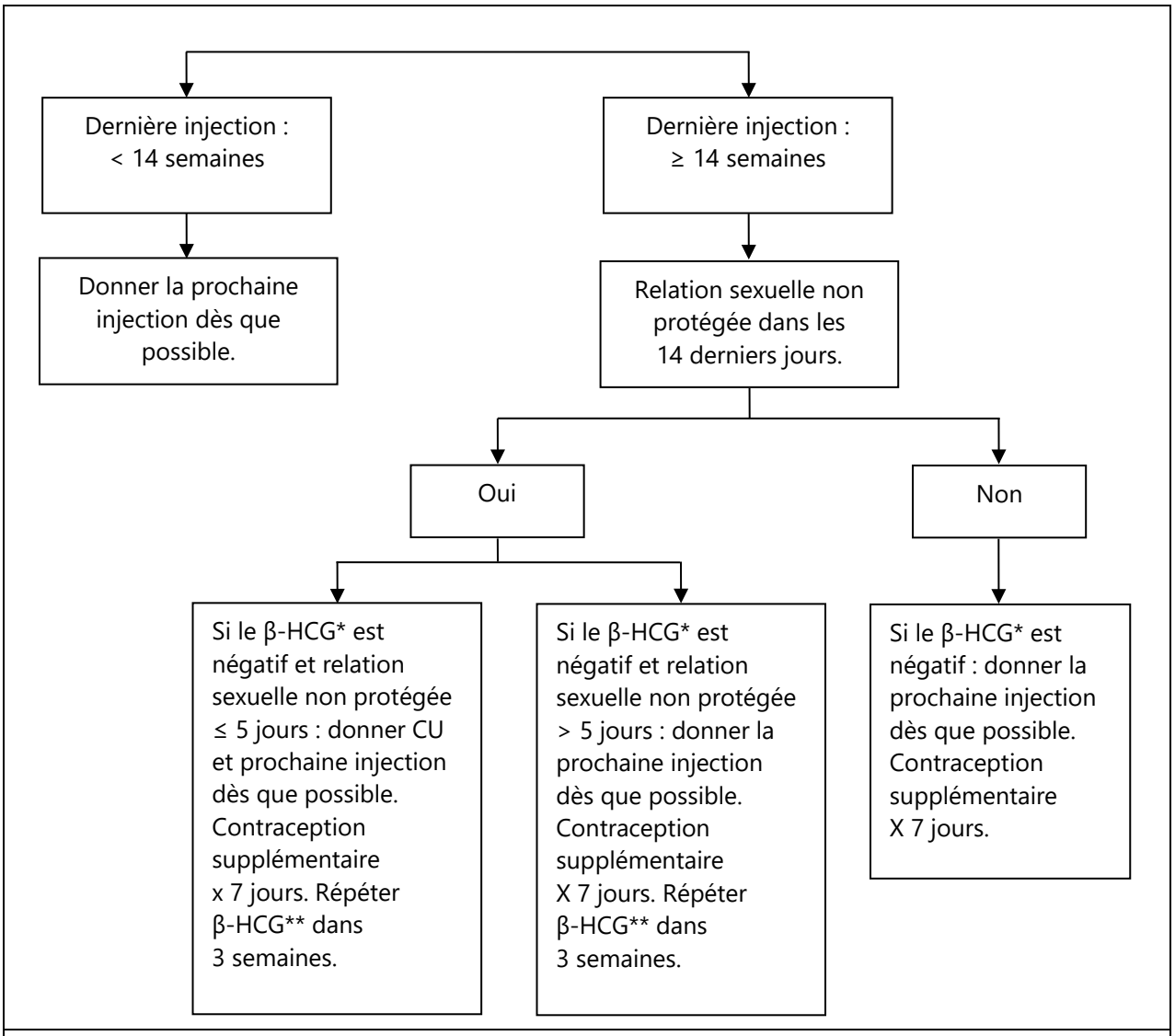
- COC/PPSd : après la prise d'au moins 21 (COC) - 24 (PPSd) comprimés d'hormones, possibilité d'arrêt pendant 3-4 jours et reprise des comprimés d'hormones. Pas plus d'un arrêt de 7 jours ou moins pour les COC et 4 jours ou moins pour les PPSd, tous les 21 (COC) -24 (PPSd) jours d'hormones.
- Timbre : après l'utilisation d'au moins 3 timbres, possibilité d'arrêt pendant 3-4 jours et reprise d'un nouveau timbre d'hormones. Pas plus d'un arrêt de 7 jours ou moins, tous les 21 jours d'hormones.
- Anneau : après l'utilisation d'au moins un anneau pendant 3 semaines, possibilité d'arrêt pendant 3-4 jours et reprise d'un nouvel anneau. Pas plus d'un arrêt de 7 jours ou moins, tous les 21 jours d'hormones.

Tableau 3 Oubli de pilule à progestatif seul à base de noréthindrone (PPSn)



Élaboré par : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Avis du Comité d'experts en planification famililale. 2007 et/ou Guilbert E, Black A, Dunn S. Missed hormonal contraceptives : New recommandations—Committee opinion. *J Obstet Gynaecol Can*. 2008. Nov. ;30(11) :1050-77.

Tableau 4 Délai dans l'injection de l'acétate de médroxyprogestérone-retard



* Le β-hCG urinaire peut être plus pratique que le β-hCG sérique en raison de son accessibilité directement en pharmacie ou au bureau.

** Le fait de répéter le β-hCG 3 semaines plus tard permet de dépister une grossesse non planifiée.

Élaboré par : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Avis du Comité d'experts en planification famililale. 2007 et/ou Gu E, Black A, Dunn S. Missed hormonal contraceptives : New recommandations—Committee opinion. *J Obstet Gynaecol Can*. 2008;30(11) :1050-77.

ANNEXE XI DÉCLARATION DES CONFLITS D'INTÉRÊTS POTENTIELS

Toutes les personnes qui ont collaboré à cet état des connaissances (auteurs, membres du comité scientifique, réviseurs) ont dû déclarer, au préalable, leurs intérêts personnels susceptibles de les placer dans une situation propice au développement de conflits d'intérêts — commerciaux, financiers, relatifs à la carrière, relationnels ou autres durant les trois dernières années et au cours du processus. Les déclarations remplies au moyen du formulaire standardisé applicable à l'INSPQ ont fait l'objet d'une évaluation par ce dernier, laquelle a permis de déterminer les modalités de gestion à appliquer selon les situations déclarées.

Ainsi, des conflits d'intérêt potentiels suivants ont été déclarés par :

Audrey Binette, M.D., M. Sc., FRCSC : formatrice et conférencière pour Organon en 2022-2023 et pour Bayer Canada en 2021-2022.

Ema Ferreira, Pharm D, FCSHP : consultante pour AbbVie en 2021-2022, consultante pour Sandoz Canada en 2023, article ou podcast pour e-Cortex et MDBriefCase, conférencière en 2023 pour la compagnie pharmaceutique Pharmascience.

Maude Gagnon, M.D. : consultante et conférencière de 2019 à 2023 pour les compagnies pharmaceutiques Merck, Organon, Aspen.

Édith Guilbert, M.D., M. Sc. : consultante pour Bayer Canada en 2020 et 2021 et conférencière pour Searchlight Pharma en 2020.

Julie Poirier, M. Sc., DESS : consultante, formatrice et conférencière de 2020 à 2023 pour les compagnies pharmaceutiques Bayer Canada, Organon, Novo-Nordisk, GlaxoSmithKline.

Mathieu Leboeuf, M.D., MPH, FRCSC : consultant et conférencier de 2020 à 2023 pour les compagnies pharmaceutiques suivantes : Bayer Canada, Organon et Searchlight Pharma.

Geneviève Roy, M.D., MPH, FRCSC : consultante, formatrice et conférencière de 2019 à 2023 pour les compagnies pharmaceutiques Bayer Canada, Organon, Merck, Searchlight Pharma et Duchesnay, présidente du comité consultatif de LinePharma en 2023, podcast pour la SOGC.

Les autres auteurs et personnes du comité scientifique n'ont déclaré aucun conflit d'intérêt potentiel.

N° de publication : 3466

Centre d'expertise et
de référence en santé publique

www.inspq.qc.ca

Institut national
de santé publique
Québec