

# CONSENSUS CANADIEN SUR LA CONTRACEPTION

## AUTEURS PRINCIPAUX

Amanda Black, MD, FRCSC, Ottawa (Ont.)  
Diane Francoeur, MD, FRCSC, Montréal (Québec)  
Timothy Rowe, MB, FRCSC, Vancouver (C.-B.)

## COMITÉ DES DIRECTIVES SUR LA CONTRACEPTION

Thomas Brown, PharmD, Toronto (Ont.)  
Michèle David, MD, FRCPC, Montréal (Québec)  
Sheila Dunn, MD, CCFP(EM), Toronto (Ont.)  
William A. Fisher, Ph.D., London (Ont.)  
Nathalie Fleming, MD, FRCSC, Ottawa (Ont.)  
Claude A. Fortin, MD, FRCSC, Montréal (Québec)  
Edith Guilbert, MD, M.Sc., Québec (Québec)  
Louise Hanvey, BN, M.G.S.S., Chelsea (Québec)  
André Lalonde, MD, FRCSC, Ottawa (Ont.)  
Ruth Miller, M.Ed., Toronto (Ont.)  
Margaret Morris, MD, FRSCS, Winnipeg (Man.)

Teresa O'Grady, MD, FRCSC, St. John's (T.-N.)  
Helen Pymar, MD, M.P.H., FRCSC, Toronto (Ont.)  
Thirza Smith, MD, FRCSC, Saskatoon (Sask.)

## AUTEURS COLLABORATEURS

John Collins, MD, FRCSC, Mahone Bay (N.-É.)  
Dianne Miller, MD, FRCSC, Vancouver (C.-B.)

## COORDONNATRICE DU PROJET

Elke Henneberg, Communications Message & More Inc., Montréal (Québec)

## Résumé

**Objectif :** Offrir, aux fournisseurs de soins de santé, des directives cliniques sur le recours aux moyens de contraception pour la prévention de la grossesse et des infections transmissibles sexuellement.

**Résultats :** Efficacité globale des moyens de contraception cités; évaluation de l'innocuité, de la facilité d'utilisation et des effets indésirables, ainsi que de la baisse des risques d'infection et du taux de grossesse; effet des moyens de contraception cités sur la santé sexuelle et le bien-être général; coût et disponibilité des moyens de contraception cités au Canada.

**Preuves :** Des recherches ont été menées dans Medline et la base de données Cochrane afin d'en tirer les articles en anglais, publiés entre janvier 1988 et mars 2003, traitant de sujets liés à la contraception, à la sexualité et à la santé sexuelle, dans le but de mettre à jour le Rapport du Comité de consensus sur la contraception publié en mai-juillet 1998. Nous avons également passé en revue les publications pertinentes du

gouvernement canadien, ainsi que les déclarations de principe issues des organisations compétentes vouées à la santé et à la planification familiale.

**Valeurs :** La qualité des résultats est établie conformément aux critères décrits dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur l'examen périodique. Les recommandations quant à la pratique sont classées en fonction de la méthode décrite dans ce rapport.

## Recommandations :

### Chapitre I : Introduction

1. Les services de planification familiale doivent être offerts avec dignité et respect, en fonction des différences et des besoins individuels. (Catégorie A)
2. Afin de rehausser la qualité du processus décisionnel en planification familiale, les fournisseurs de soins de santé doivent prendre les devants pendant le counseling et offrir des renseignements précis. Ils doivent agir en tant que partenaires accessibles dans le cadre d'une relation professionnelle. (Catégorie B)
3. Le counseling en planification familiale doit comprendre une composante traitant de la baisse de la fertilité avec l'âge chez la femme. (Catégorie A)
4. Les fournisseurs de soins de santé doivent promouvoir l'utilisation des condoms de latex conjointement avec un autre moyen de contraception (protection double). (Catégorie B)

## Mots clés

Contraception, statistics, Canada, sexuality, sexual health, hormonal contraception, emergency contraception, barrier methods of contraception, contraceptive sponge, female condoms, contraceptive diaphragm, cervical cap, spermicide, fertility awareness, abstinence, tubal ligation, vasectomy, sterilization, intrauterine devices

Les directives cliniques font état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de publication de celles-ci et peuvent faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'une procédure ou d'un mode de traitement exclusifs à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

## Chapitre 2 : Soins en matière de contraception et accès à la contraception

1. Des services complets de planification familiale (y compris des services d'avortement) devraient être librement offerts à tous les Canadiens, peu importe leur emplacement géographique. Ces services devraient être confidentiels et assurer le respect de la vie privée des personnes qui les utilisent. (Catégorie A)
2. Des questions sur la sexualité devraient être incorporées à l'évaluation générale. (Catégorie C)
3. Les Canadiennes et les Canadiens, conjointement avec leurs fournisseurs de soins de santé, devraient aborder le sujet de la prévention des grossesses non voulues et des ITS. (Catégorie C)
4. Le dépistage des ITS et le counseling sur la prévention ne devraient pas être restreints aux jeunes ou aux personnes exposées à des risques élevés. (Catégorie B)
5. Les femmes et les hommes devraient bénéficier de renseignements pratiques sur une vaste gamme de moyens de contraception, de façon à pouvoir choisir celui qui convient le mieux à leurs besoins et à leur situation. (Catégorie C)
6. Les fournisseurs de soins de santé devraient aider les femmes et les hommes à acquérir les compétences nécessaires à la négociation du recours à la contraception, ainsi qu'à l'utilisation correcte et systématique du moyen de contraception choisi. (Catégorie C)
7. La promotion de la santé, le counseling sur la contraception d'urgence et la prévention des ITS, de la violence sexuelle et du cancer du col utérin devraient être intégrés aux soins axés sur la contraception. (Catégorie C)
8. Le gouvernement du Canada devrait assurer aux Canadiennes un accès à des produits sûrs et efficaces, en accélérant le processus d'approbation et en harmonisant ses directives thérapeutiques avec celles d'autres pays développés. (Catégorie C)
9. La SOGC devrait collaborer avec les groupes qui soutiennent les initiatives en santé des femmes, afin de promouvoir l'accessibilité à toutes les formes de contraception disponibles au Canada. (Catégorie C)
10. La contraception hormonale d'urgence devrait être disponible sans ordonnance dans les pharmacies, les cliniques de planification familiale, les salles d'urgence, les cliniques sans rendez-vous et les programmes scolaires de santé. (Catégorie B)
11. La SOGC devrait poursuivre le Projet de sensibilisation à la contraception (PSC), afin d'assurer la promotion des pratiques sexuelles sûres et du recours efficace à la contraception auprès des Canadiennes et des Canadiens, ainsi que le perfectionnement professionnel permanent des fournisseurs de soins de santé qui œuvrent dans ce domaine. (Catégorie C)
12. Le programme établi, permettant l'offre humanitaire de contraceptifs oraux aux patientes canadiennes dans le besoin, doit être maintenu. (Catégorie B)

## Chapitre 3 : Contraception d'urgence

1. Puisque son efficacité peut être supérieure en fonction du délai d'administration, la contraception d'urgence hormonale devrait être entamée dès que possible à la suite d'une relation sexuelle non protégée. (Catégorie A)
2. La contraception d'urgence hormonale devrait être disponible sans ordonnance dans les pharmacies, les cliniques de planification familiale, les salles d'urgence, les cliniques sans rendez-vous et les programmes scolaires de santé. (Catégorie B)
3. Les femmes qui ont recours à la contraception d'urgence

devraient se soumettre à un test de grossesse, si leurs règles ne débutent pas dans un délai de 21 jours à la suite du traitement. (Catégorie A)

4. Les femmes et les hommes en âge de procréer devraient pouvoir bénéficier de services de counseling au sujet de la contraception d'urgence. Les femmes devraient se voir remettre à l'avance une ordonnance de contraception d'urgence hormonale. (Catégorie B)

J Obstet Gynaecol Can, vol. 26, no 2, 2004, p. 158-74.

## CHAPITRE I : INTRODUCTION

**Margaret Morris, MD, FRSCS<sup>1</sup>, Sheila Dunn, MD, CCFP(EM)<sup>2</sup>, William A. Fisher, Ph.D.<sup>3</sup>, Timothy Rowe, MB, FRCS<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Winnipeg (Man.)

<sup>2</sup>Toronto (Ont.)

<sup>3</sup>London (Ont.)

<sup>4</sup>Vancouver (C.-B.)

## PRÉAMBULE

En 2003, divers professionnels de la santé ont été regroupés sous les auspices de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada en vue de procéder à la mise à jour du rapport de la Conférence canadienne de consensus sur la contraception de 1998<sup>1</sup>. Tout comme dans le cas de la première conférence, les participants ont examiné les renseignements actuels en partant du principe voulant que la planification familiale constitue un aspect important de la vie et compte parmi les droits fondamentaux de la personne.

Les présentes directives cliniques passent en revue les statistiques sur le recours à la contraception, offrent des renseignements sur les déterminants de cette dernière et les divers aspects de la santé sexuelle, décrivent chacun des modes de contraception disponibles au Canada et traitent du rôle des professionnels de la santé, en ce qui concerne le counseling sur la sexualité et l'offre de moyens de contraception. Les questions affectant l'accès à la contraception y sont également présentées. Ce document est conçu pour soutenir les professionnels œuvrant dans le domaine de la planification familiale (dans le cadre, entre autres, de la médecine familiale, de la pédiatrie, de la gynécologie, des soins infirmiers, de la pharmacie et de la santé publique).

Les membres du comité sur les directives cliniques se sont réunis à trois occasions, soit en janvier, en mars et en mai 2003. Ce comité était divisé en trois groupes de travail ayant pour objectif de procéder à la recherche, à l'analyse et à la rédaction de l'ébauche du document. Il a élaboré ses déclarations sommaires et ses recommandations en fonction du système d'évaluation de la qualité des résultats et de classification des recommandations mis au point par le Groupe de travail

canadien sur l'examen médical périodique (Tableau 1). Les auteurs principaux se sont chargés de la rédaction des ébauches finales.

## **EFFETS DES DÉCISIONS EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE**

La société d'aujourd'hui est marquée par l'évolution des préférences en ce qui concerne la maîtrise de la fertilité, le nombre d'enfants par famille, la détermination du moment où il est souhaitable de fonder une famille et le choix de carrière. Les conséquences de la prise de risques sur le plan sexuel sont de plus en plus considérables. Les Canadiens et leurs fournisseurs de soins de santé sont donc appelés à prendre des décisions en matière de fertilité qui affecteront radicalement la vie des gens et de la société en entier, et ce, pour de nombreuses années. Les décisions en matière de planification familiale affectent la santé émotionnelle, les attitudes et les comportements sexuels, l'égalité entre les sexes, la qualité des relations et le respect entre les femmes et les hommes, et sont influencées par ces facteurs. Les choix de planification familiale effectués aujourd'hui affecteront non seulement la population future, mais également la santé, le nombre d'enfants, les responsabilités, les occasions sociales et, donc, la qualité de vie des Canadiens.

Les médecins et autres professionnels de la santé peuvent contribuer à la valeur des décisions en matière de planification familiale. L'adoption d'une approche préventive en counseling, l'offre de renseignements précis et les efforts en vue d'être accessibles, dans le cadre d'une relation professionnelle fondée sur le respect mutuel, la confiance, la communication ouverte et la bienveillance, permettront la prise de décisions éclairées. Au Canada, les programmes de formation doivent assurer le

maintien des compétences en contraception et en santé sexuelle dans le cadre de leur curriculum, de façon à ce que les fournisseurs de soins de santé puissent disposer des aptitudes requises pour offrir des soins dans ces domaines.

## **TENDANCES EN CE QUI A TRAIT À LA SANTÉ GÉNÉSIQUE ET AU RECOURS À LA CONTRACEPTION AU CANADA**

La santé génésique des femmes et des hommes actifs sur le plan sexuel nécessite l'établissement de relations sexuelles satisfaisantes qui n'entraînent pas de grossesses non voulues ni d'infections transmissibles sexuellement, et qui sont exemptes de violence et de coercition. Chacun de ces risques doit être pris en considération dans le cadre de l'offre de soins.

### **SANTÉ GÉNÉSIQUE**

#### **TENDANCES EN CE QUI A TRAIT AUX AVORTE- MENTS THÉRAPEUTIQUES ET AUX NAISSANCES**

Au cours des 40 dernières années, nous avons assisté à une baisse spectaculaire du taux de natalité chez les Canadiennes. En 1997, ce taux était de 44 par 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans, par comparaison avec 116 par 1 000 femmes en 1959<sup>3</sup>. Bien que le taux de natalité ait connu sa baisse la plus marquée dans les années 1960 (en raison du lancement de diverses méthodes anti-conceptionnelles), les statistiques compilées dans les années 1990 indiquent qu'il connaît toujours une lente baisse<sup>4</sup>. L'une des raisons à l'origine de cette baisse réside dans le fait que les femmes décident dorénavant d'avoir des enfants à un âge plus avancé<sup>4</sup>. En 1997, l'âge moyen au moment de la première naissance était de 27 ans, par comparaison avec 23 ans dans

**Tableau 1. Évaluation de la qualité des résultats<sup>2</sup>**

Les recommandations de ce document ont été pondérées en utilisant les critères d'évaluation des résultats établis par le Rapport du groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique.

- I : Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.
- II-1 : Résultats obtenus dans le cadre d'essais comparatifs non randomisés bien conçus.
- II-2 : Résultats obtenus dans le cadre d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études analytiques cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.
- II-3 : Résultats découlant de comparaisons entre différents moments ou différents lieux, ou selon qu'on a ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non comparatives (par exemple, les résultats du traitement à la pénicilline, dans les années 1940) pourraient en outre figurer dans cette catégorie.
- III : Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.

**Classification des recommandations<sup>2</sup>**

Les recommandations de ce document ont été adaptées de la méthode de classification décrite dans le Rapport du groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique.

- A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la recommandation selon laquelle il faudrait s'intéresser expressément à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.
- B. On dispose de données acceptables pour appuyer la recommandation selon laquelle il faudrait s'intéresser expressément à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.
- C. On dispose de données insuffisantes pour appuyer l'inclusion ou l'exclusion de cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique, mais les recommandations peuvent reposer sur d'autres fondements.
- D. On dispose de données acceptables pour appuyer la recommandation de ne pas s'intéresser à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.
- E. On dispose de données suffisantes pour appuyer la recommandation de ne pas s'intéresser à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.

les années 1960<sup>5</sup>. Ainsi, bien que le taux de natalité ait connu une baisse spectaculaire chez les femmes de moins de 30 ans, il a généralement connu, au cours des 15 dernières années, une hausse chez les femmes dans la trentaine<sup>5</sup>.

Puisque les femmes reportent la maternité jusqu'à ce qu'elles aient atteint un âge où la fertilité est à la baisse, certaines d'entre elles font face à des difficultés au moment de la conception. Plus l'âge de la femme enceinte est avancé, plus les risques d'anéuploïdie, d'avortement spontané et de complications obstétricales (telles que le diabète et l'hypertension) sont accrus<sup>6</sup>.

Le report de la maternité est associé à un accroissement des risques de morbidité néonatale, principalement en raison de la hausse des naissances d'enfants prématurés ou ayant un poids insuffisant<sup>7,8</sup>.

Malgré la baisse soutenue du taux de grossesse total au cours des deux dernières décennies, le taux de grossesse chez les adolescentes est demeuré relativement stable. En 2000, le taux de fertilité des adolescentes (soit le nombre de grossesses par 1 000 femmes en âge de procréer) au Canada était de 17,3, par comparaison avec 33,9 pour les femmes âgées de 35 à 39 ans et avec 5,9 pour les femmes âgées de 40 à 44 ans<sup>3,5</sup>.

La proportion d'avortements par 100 naissances vivantes est passée de 28,6 en 1995 à 32,2 en 2000. En 2000, le taux d'avortements (nombre d'avortements par 1 000 femmes) le plus élevé au Canada, soit 31,9 par 1 000 femmes, a été constaté dans le groupe des 20 à 24 ans<sup>3,5</sup>. La persistance du recours à des services d'avortement indique que nous ne parvenons pas à répondre aux besoins des Canadiennes en matière de contraception, ou encore que des approches différentes sont requises quant à l'offre des moyens de contraception.

Les données pertinentes cumulées par Statistique Canada en 2000 apparaissent à la Figure 1.

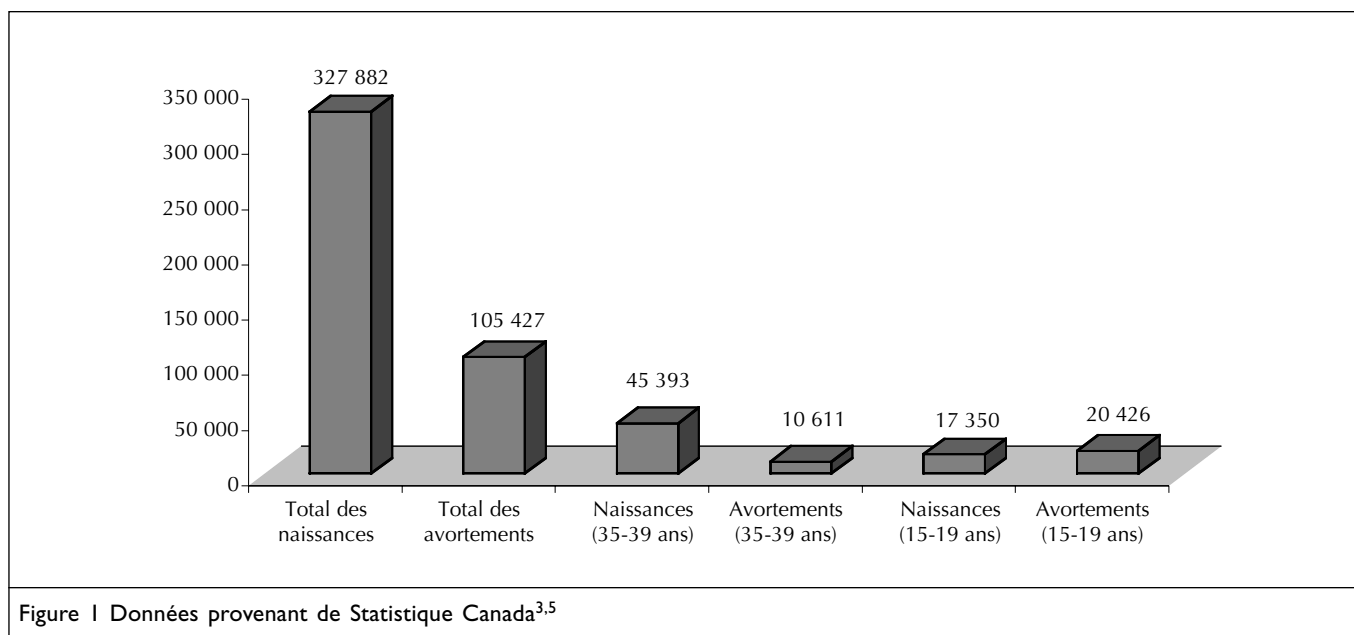
## TENDANCES EN CE QUI A TRAIT À L'INCIDENCE DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT (ITS)

De janvier à décembre 2002, Statistique Canada a recensé 56 093 cas d'infection à Chlamydia et 7 195 cas de gonorrhée<sup>9</sup>. Le groupe des 15 à 19 ans est celui qui court le plus de risques de contracter une infection à Chlamydia ou la gonorrhée<sup>10</sup>. En 1998, le groupe des 25 à 29 ans présentait toujours le « taux d'incidence de l'hépatite B selon l'âge » le plus élevé (rapport homme-femme de 5:2). L'incidence de l'hépatite B a poursuivi sa baisse graduelle avec le temps<sup>11</sup>.

Le nombre total de résultats positifs au test de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) a connu une baisse soutenue à la fin des années 1990, alors qu'au même moment, le nombre de résultats positifs au test de dépistage du VIH constaté chez les hétérosexuels était à la hausse. En 1999, 4 190 Canadiens venaient d'être infectés au VIH, ce qui n'est pas sans rappeler le nombre de nouveaux cas signalés en 1996. Le total cumulatif des tests de dépistage du VIH positifs, signalés au Canada jusqu'en juin 2000, était de 46 651<sup>12</sup>.

## TENDANCES EN CE QUI A TRAIT À LA VIOLENCE FAMILIALE

L'utilisation efficace d'un moyen de contraception est ardue dans les situations où l'un des partenaires est victime de violence. Puisque la grossesse est associée au déclenchement et à l'exacerbation de la violence familiale, l'échec de la contraception entraîne des risques accrus pour les femmes qui vivent des relations abusives ou potentiellement abusives<sup>13</sup>. Au Canada, le taux de violence conjugale (y compris entre conjoints de fait) envers les femmes signalé en 1999 était de 8 %, soit une baisse par comparaison avec le taux de 12 % signalé en 1993<sup>14</sup>. Toute-



fois, chez les femmes autochtones, le taux de violence conjugale signalé en 1999 était de 20 %, par comparaison avec 7 % chez les femmes non autochtones au cours de la même année<sup>14</sup>.

## RECOURS À LA CONTRACEPTION

Au Canada, le recours à la contraception a évolué au cours des 20 dernières années. Le recours à la stérilisation féminine a connu une baisse linéaire tout au long de la dernière décennie, tandis que le taux de stérilisation masculine s'est stabilisé au cours de la même période<sup>15-19</sup>. Le recours aux contraceptifs oraux a connu une hausse, tant et si bien qu'il s'agit maintenant du moyen de contraception le plus utilisé au Canada. Le recours aux dispositifs intra-utérins a, quant à lui, grandement régressé et l'utilisation de condoms a pris de l'essor<sup>15-19</sup>. (Tableau 2)

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes a indiqué que seulement 41 % des personnes ayant recours aux condoms ont signalé qu'elles les utilisaient à chaque relation sexuelle<sup>20</sup>. Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population menée en 1996-97, 16 % des Canadiens âgés de 15 à 19 ans et entretenant une relation depuis moins de 12 mois n'avaient pas utilisé un condom au cours de leur dernière relation sexuelle, et 8 % d'entre eux ont affirmé ne jamais en utiliser<sup>18</sup>. Les comportements sexuels entraînant des risques élevés ne sont toutefois pas liés à l'âge; en effet, on retrouve les mêmes statistiques (8 % des répondants n'utilisaient jamais de condoms et 16 % des répondants entretenant une relation depuis moins de 12 mois n'avaient pas utilisé un condom au cours de leur dernière relation sexuelle) chez le groupe des 15 à 49 ans<sup>21</sup>. La consommation d'alcool constitue, à tous les âges, un obstacle considérable à l'utilisation efficace d'un moyen de contraception.

Très fréquemment, nous abordons le sujet de la contraception en nous centrant sur la prévention de la grossesse, plutôt que sur la planification familiale. L'offre aux femmes d'une aide quant à l'exploration de leurs projets de maternité constitue une partie importante des soins liés à la planification familiale et à la contraception. Pour une femme qui souhaite un jour avoir des enfants, le counseling sur la contraception doit comporter l'offre de renseignements précis sur la façon dont la fertilité régresse avec l'âge (Tableau 3), afin de lui

permettre de faire des choix éclairés en matière de planification familiale.

## PRINCIPAUX DÉTERMINANTS QUANT AU CHOIX D'UN MOYEN DE CONTRACEPTION

La compréhension des facteurs sociaux et psychologiques qui influencent le choix d'un moyen de contraception est essentielle à la mise sur pied d'interventions cliniques et pédagogiques efficaces, en vue de promouvoir la santé génésique dans ce domaine<sup>23-26</sup>. Trois activités particulières (décrites ci-après) semblent influencer considérablement le recours à la contraception, ainsi que d'autres comportements liés à la santé génésique<sup>27</sup>. Pour devenir des professionnels de la santé efficaces et pour participer à un processus collaboratif de prise de décisions en matière de contraception, les cliniciens doivent :

- partager les renseignements pertinents;
- renforcer la motivation;
- contribuer à l'acquisition d'aptitudes comportementales.

Premièrement, des renseignements sur la contraception et la sexualité qui sont faciles à utiliser et à mettre en pratique constituent des prérequis pour le recours à la contraception<sup>27-29</sup>.

Les *renseignements* en question doivent pouvoir se transmettre facilement de façon verbale, ou par l'intermédiaire de brochures et autres documents de démonstration. Pour être utiles, ces renseignements doivent être :

- faciles à comprendre (mots courants, instructions simples et rédigées sous forme conversationnelle, renseignements liés aux types de comportements sociaux et sexuels des patients);
- attrayants et adaptés aux besoins des patients (format « question-réponse » pour certains sujets, anecdotes humoristiques, images et tableaux);
- opportuns et consultables (de façon à ce que les patients puissent les utiliser efficacement et au bon moment, ces renseignements doivent être offerts sous une forme qui en permet la consultation en toute quiétude).

Deuxièmement, la *motivation* envers le recours à la contraception constitue un déterminant crucial, sans lequel même une personne bien renseignée ne serait pas en mesure de bien utiliser ses connaissances et, donc, d'avoir recours à la contraception de façon efficace<sup>30-32</sup>.

**Tableau 2 Méthodes anticonceptionnelles actuellement utilisées par les femmes qui ont eu des relations sexuelles<sup>19</sup>**

Méthode	%
Contraceptifs oraux	32
Condom	21
Stérilisation, homme	15
Stérilisation, femme	8
Coït interrompu	6
Injection (AMPR*)	2
Dispositif intra-utérin	1
Abstinence périodique	2

\*AMPR : acétate de médroxyprogestérone-retard

**Tableau 3 Effet de l'âge sur la fertilité<sup>22</sup>**

Âge auquel une femme commence à tenter de concevoir	% de femmes n'y parvenant pas
20-24	6
25-29	9
30-34	15
35-39	30
40-44	64

La motivation sera affectée par :

- les attitudes personnelles au sujet de la contraception (« Que pensez-vous de ce moyen de contraception et de son utilisation? »);
- les normes sociales qui semblent soutenir le recours à la contraception ou s'y opposer (« Comment vos proches réagiront-ils à votre utilisation de ce moyen de contraception? »);
- les facteurs personnels pouvant affecter l'efficacité de la contraception (« Quels sont les facteurs qui pourraient nuire à l'utilisation du moyen de contraception que vous avez choisi? Que pouvez-vous faire pour surmonter ces difficultés? »);
- la façon dont la patiente perçoit sa vulnérabilité face à une grossesse non voulue ou encore les coûts qui y sont rattachés (« Comment réagiriez-vous si vous tombiez enceinte maintenant? Quand souhaitez-vous tomber enceinte? Pensez-vous que vous seriez en mesure de faire face à une grossesse non prévue? »).

Troisièmement, les *aptitudes comportementales* nécessaires au recours à la contraception constituent des déterminants cruciaux, sans lesquels même une personne bien renseignée et motivée ne serait pas en mesure d'avoir recours à la contraception de façon efficace à long terme<sup>30,33</sup>.

Pour avoir recours à la contraception, une personne doit mettre en œuvre une série complexe de mesures intrapersonnelles et interpersonnelles qui sont rarement, ou même jamais, enseignées ou discutées directement. Pour utiliser efficacement un moyen de contraception, une personne doit être en mesure d'obtenir des renseignements sur le sujet et de les comprendre, d'anticiper les relations sexuelles, d'aborder le sujet avec son partenaire, de poser des gestes publics (tels que consulter un médecin ou se rendre dans une pharmacie pour obtenir des moyens de contraception) et d'avoir recours à la contraception correctement et de façon systématique à long terme.

Les cliniciens et les éducateurs doivent être sensibilisés à la complexité comportementale propre au recours à la contraception. Ils doivent faire appel au partage, à l'offre de conseils, à l'encadrement, à l'enseignement et à la résolution de problèmes, de façon à ce que leurs patients prennent conscience de leurs comportements en matière de contraception, soient prêts à mettre adroitement en œuvre chacune des étapes de la contraception et soient en mesure de résoudre les problèmes, le cas échéant. Au cours de chacune des consultations, des stratégies visant à prévenir les problèmes (y compris le concept de la « protection double » afin de réduire les risques de grossesse non voulue et d'infections transmissibles sexuellement) doivent faire l'objet d'une discussion.

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada offre des ressources faciles à consulter sur la contraception et la santé sexuelle :

- [www.masexualite.ca](http://www.masexualite.ca) (site destiné aux professionnels de

la santé, aux éducateurs, aux parents et aux consommateurs)

- [www.sogc.org](http://www.sogc.org) (site destiné aux professionnels de la santé qui donne accès aux directives cliniques de la Société, qui compte un service d'aide en matière de contraception et qui dresse la liste des questions les plus courantes)
- *Au-delà du plaisir* (un guide primé, s'adressant aux consommateurs, qui traite de la contraception et de la sexualité; livre à couverture papier)

## DÉCLARATIONS SOMMAIRES

1. La planification familiale est un aspect important de la vie et fait partie des droits fondamentaux de la personne. Les Canadiens disposent du droit de bénéficier des meilleurs soins possibles en ce qui a trait à leur santé sexuelle et génésique, en tant que partie des soins de santé primaires.
2. Tant les adultes que les adolescents font face à des défis au moment de tenter d'utiliser un moyen de contraception de façon appropriée et systématique.
3. L'offre de services de contraception appropriés nécessite la formation adéquate des fournisseurs de soins dans les domaines de la contraception et de la santé sexuelle. (Niveau II-2)
4. L'utilisation appropriée et systématique de condoms en latex, conjointement avec un autre moyen de contraception (protection double), offre une protection maximale contre les grossesses non voulues et les ITS, y compris les infections à VIH. (Niveau III)

## RECOMMANDATIONS

1. **Les services de planification familiale doivent être offerts avec dignité et respect, en fonction des différences et des besoins individuels. (Catégorie A)**
2. **Afin de rehausser la qualité du processus décisionnel en planification familiale, les fournisseurs de soins de santé doivent prendre les devants pendant le counseling et offrir des renseignements précis. Ils doivent agir en tant que partenaires accessibles dans le cadre d'une relation professionnelle. (Catégorie B)**
3. **Le counseling en planification familiale doit comprendre une composante traitant de la baisse de la fertilité avec l'âge chez la femme. (Catégorie A)**
4. **Les fournisseurs de soins de santé doivent promouvoir l'utilisation des condoms de latex conjointement avec un autre moyen de contraception (protection double). (Catégorie B)**

## RÉFÉRENCES

1. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. « La Conférence canadienne de consensus sur la contraception », *J Soc Obstet Gynaecol Can*, vol. 20, 1998, p. 482-9, 571-98, 667-92.
2. Woolf SH, Battista RN, Angerson GM, Logan AG, Eel W. Groupe d'étude

- canadien sur l'examen médical périodique. Ottawa, Groupe Communications Canada, 1994, p. xxxvii.
3. Statistique Canada. *Femmes au Canada, 2000 : rapport statistique fondé sur le sexe*, Ottawa, ministre de l'Industrie, 2000, p. 34.
  4. Statistique Canada. *Taux de fécondité par âge*, Ottawa, Division des statistiques sur la santé, 2000, n° de catalogue 82F0075XCB.
  5. Statistique Canada. *Naissances : tableaux standards*, Ottawa, Division des statistiques sur la santé, 2000, n° de catalogue 84F0210XPB.
  6. ASRM Practice Committee. « Aging and infertility in women », *Fertil Steril*, vol. 78, 2002, p. 215–19.
  7. Tough SC, Newburn-Cook C, Johnston DW, Svenson LW, Rose S, Belik J. « Delayed childbearing and its impact on population rate changes in lower birth weight, multiple birth and preterm delivery », *Pediatrics*, vol. 109, 2002, p. 399–403.
  8. Dollberg S, Seidman DS, Armon Y, Stevenson DK, Gale R. « Adverse perinatal outcome in the older primipara », *J Perinatol*, vol. 6, 1996, p. 93–7.
  9. Santé Canada, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique. *Comparaison des cas rapportés et des taux de ITS à déclaration obligatoire du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2002 et du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2001*. Disponible en ligne à [http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspstd-mts/stdcases-casmts/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspstd-mts/stdcases-casmts/index_f.html). Site Web mis à jour le 8 août 2003. Consulté le 9 décembre 2003.
  10. Santé Canada, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique. *Relevé des maladies transmissibles au Canada : RMTC suppl.*, vol. 26S6, octobre 2000, annexe 1:1A.
  11. Santé Canada, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Division de l'immunisation et des maladies respiratoires. *Maladies évitables par la vaccination : Hépatite B*. Données du Registre national des maladies à déclaration obligatoire (RNMDO) du LLCM. Disponible en ligne à [http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspstd-dir-dir/vpd-mev/hepatitis-b\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspstd-dir-dir/vpd-mev/hepatitis-b_f.html). Site Web mis à jour le 23 octobre 2002. Consulté le 9 décembre 2003.
  12. Santé Canada, Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique. *Le VIH et le sida au Canada. Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2002*. Disponible en ligne à [http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspstd/publicat/aids-sida/haic-vsac1202/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspstd/publicat/aids-sida/haic-vsac1202/index_f.html). Site Web mis à jour le 31 juillet 2003. Consulté le 9 décembre 2003.
  13. Mayer L, Liebschutz J. « Domestic violence in the pregnant patient: obstetric and behavioral interventions », *Obstet Gynecol Surv*, vol. 53, 1998, p. 627–35.
  14. Statistique Canada. *La violence familiale au Canada, un profil statistique*, Ottawa, Centre canadien de la statistique juridique, 2003, n° de catalogue 85-224-XIE.
  15. Balakrishnan TR, Krotki K, Lapierre-Adamcyk E. « Contraceptive Use in Canada, 1984 », *Fam Plann Perspect*, vol. 17, 1985, p. 209–15.
  16. Boroditsky R, Fisher VV, Sand M. « The Canadian contraception study », *J Soc Obstet Gynaecol Can*, vol. 17, 1995, p. 1–28.
  17. Boroditsky R, Fisher VV, Sand M. « The 1995 Canadian Contraceptive Study », *J Soc Obstet Gynaecol Can*, vol. 18, 1996, p. 1–31.
  18. Fisher VA, Boroditsky R, Bridges ML. « The 1998 Canadian contraception study », *Can J Hum Sex*, vol. 8, 1999, p. 161–216.
  19. Fisher VA, Boroditsky R, Morris B. « The 2002 Canadian Contraception Study », *J Soc Obstet Gynaecol Can*, manuscrit soumis à des fins de publication.
  20. Statistique Canada. *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population - Totalisations personnalisées*, Ottawa : Statistique Canada, 1999, n° de catalogue 82C0013.
  21. Statistique Canada. *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, Ottawa : Statistique Canada, 1999, n° de catalogue 82-570-XIE.
  22. Menken J, Trussell J, Larsen U. « Age and infertility », *Science*, vol. 233, 1986, p. 1389–94.
  23. Santé Canada, ministre de la Santé, Division des infections acquises dans la collectivité. *Lignes directrices nationales pour l'éducation en matière de santé sexuelle 2003*, Ottawa : Santé Canada, 2003.
  24. Byrne D, Kelley K, Fisher VA. « Unwanted teenage pregnancies: incidence, interpretation, intervention », *Appl Prev Psych*, vol. 2, 1993, p. 101–13.
  25. Fisher JD, Fisher VA. « Changing AIDS-risk behaviour », *Psych Bull*, vol. 111, 1992, p. 455–74.
  26. Fisher VA. « All together now: an integrated approach to preventing adolescent pregnancy and STD/HIV infection », *Sexus Report*, vol. 18, 1990, p. 1–11.
  27. Fisher VA, Fisher JD. « The information-motivation-behavioral skills model: a general social psychological approach to understanding and promoting health behavior », dans : Suls J, Wallston KA, éditeurs. *Social psychological foundations of health and illness*, Malden, Massachusetts, Blackwell, 2003, p. 82–106.
  28. Rosenberg M, Vaughn MS. « Causes and consequences of oral contraceptive noncompliance », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 180, 1999, p. 276–9.
  29. Rosenberg MJ, Vaughn MS, Burnhill MS. « Compliance, counseling and satisfaction with oral contraceptives: a prospective evaluation », *Fam Plann Perspect*, vol. 30, 1998, p. 89–92.
  30. Byrne D, Fisher VA, éditeurs. *Adolescents, sex, and contraception*, Hillsdale, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, 1983.
  31. Fisher VA, Byrne D, Kelley K, White LA. « Erotophobia-erotophilia as a dimension of personality », *J Sex Res*, vol. 25, 1988, p. 123–51.
  32. Fisher VA, Fisher JD, Rye BJ. « Understanding and promoting AIDS preventive behavior: insights from the theory of reasoned action », *Health Psych*, vol. 14, 1995, p. 255–64.
  33. Fisher VA, Fisher JD. « Understanding and promoting sexual and reproductive health behavior: theory and method », *Ann Rev Sex Res*, vol. 9, 1999, p. 39–76.

## CHAPITRE 2 : SOINS EN MATIÈRE DE CONTRACEPTION ET ACCÈS À LA CONTRACEPTION

**William A. Fisher, Ph.D.<sup>1</sup>, Sheila Dunn, MD, CCFP(EM)<sup>2</sup>, André Lalonde, MD, FRCSC<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>London (Ont.)

<sup>2</sup>Toronto (Ont.)

<sup>3</sup>Ottawa (Ont.)

### INTRODUCTION

L'Organisation mondiale de la santé reconnaît que les soins de santé génésiques et sexuels font partie des droits fondamentaux de la personne<sup>1</sup>. Le Programme d'action de la Conférence de Beijing de 1995 affirme ce qui suit :

...le droit fondamental pour tous les couples et toutes les personnes de décider librement et avec sérieux de la façon dont ils fonderont leur famille (nombre d'enfants, délai entre chaque grossesse, moment choisi pour la grossesse) et de disposer des renseignements et des moyens pour y arriver, ainsi que le droit de bénéficier des meilleurs soins de santé sexuels et génésiques possibles<sup>2</sup>.

La responsabilité d'assurer ces droits revient au gouvernement, au système de santé et à chacun des fournisseurs de soins de santé. Plus particulièrement, les gouvernements doivent s'assurer que des moyens de contraception sûrs et efficaces sont disponibles et faciles à obtenir, en plus de fournir le financement nécessaire à l'offre de services axés sur la contraception et la santé sexuelle. Le système de santé, quant à lui, doit s'assurer que ces derniers répondent aux besoins de la population. Enfin, tous les fournisseurs de soins de santé doivent reconnaître que les soins

en matière de contraception dépassent la simple offre d'une méthode anticonceptionnelle; en effet, ils doivent non seulement s'assurer que leurs patients disposent de renseignements pertinents et d'un accès à la plus vaste gamme possible de moyens de contraception sûrs et efficaces, mais également prendre en considération l'ensemble des besoins en soins de santé sexuels et génésiques desdits patients, afin de les aider à choisir et à utiliser un moyen de contraception. En favorisant la participation active des gens au choix d'un moyen de contraception, on augmente la probabilité qu'ils soient satisfaits du moyen choisi et qu'ils l'utilisent de façon systématique à long terme<sup>3</sup>.

### SOINS AXÉS SUR LA CONTRACEPTION DANS LE CONTEXTE DES COMPORTEMENTS SEXUELS ET DE LA SANTÉ GÉNÉSIQUE

Le choix d'un moyen de contraception, ainsi que la volonté et la capacité d'adopter l'utilisation de ce dernier et de la poursuivre

(observance de la contraception), s'inscrit dans le cadre des conditions sociales, des croyances, des comportements sexuels et des besoins en santé génésique d'une personne. Une approche intégrée envers les soins axés sur la contraception qui reconnaît l'influence de ces facteurs est donc recommandée, en vue de répondre aux besoins en santé sexuelle de la population<sup>4</sup>.

### EFFICACITÉ DE LA CONTRACEPTION

L'efficacité en matière de prévention de la grossesse constitue l'un des principaux facteurs influençant le choix d'un moyen de contraception. Cette efficacité compte deux aspects : l'efficacité inhérente du moyen en question et la façon dont ce dernier est utilisé (correctement et de manière systématique). Certaines méthodes, telles que la stérilisation, présentent une grande efficacité inhérente et ne sont pratiquement pas affectées par les paramètres propres à l'utilisateur. D'autres, comme les condoms, comptent une bonne efficacité inhérente, mais dépendent en grande partie de la volonté et des aptitudes de l'utilisateur pour

Tableau 1 Efficacité des méthodes de planification familiale\*

Groupe d'efficacité	Méthode de planification familiale	Grossesses par 100 femmes au cours des 12 premiers mois d'utilisation	
		Utilisation courante	Utilisation correcte et systématique
Toujours très efficace	Vasectomie	0,2	0,1
	AMPR	0,3	0,3
	Stérilisation féminine	0,5	0,5
	DIU TCu-380 (méthode n'étant plus disponible au Canada)	0,8	0,6
	Contraceptifs oraux ne contenant qu'un progestatif (au cours de l'allaitement)	1	0,5
Efficace en utilisation courante; très efficace en utilisation correcte et systématique	Aménorrhée due à la lactation	2	0,5
	Contraceptifs oraux combinés	6-8	0,1
	Contraceptifs oraux ne contenant qu'un progestatif (en l'absence d'allaitement)	†	0,5 <sup>‡</sup>
Quelque peu efficace en utilisation courante; efficace en utilisation correcte et systématique	Condoms masculins	14	3
	Coït interrompu <sup>‡</sup>	19	4
	Diaphragme avec spermicide	20	6
	Méthodes fondées sur le cycle de fertilité	20	1-9
	Condoms féminins	21	5
	Spermicides	26	6
	Cape cervicale		
	Femmes nullipares	20	9
	Femmes pares	-----	
		40	26
Aucune méthode	85	85	

\*Adapté de : Organisation mondiale de la santé. *Medical eligibility criteria for contraceptive use*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2000; Hatcher RA, Rinehart W, Blackburn R, Geller JS, Shelton JD. *The essentials of contraceptive technology*. Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program, 1997.

†S'ils sont utilisés en l'absence d'allaitement, les contraceptifs ne contenant qu'un progestatif sont légèrement moins efficaces que les COC. Voir Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Cates Jr W, Stewart GK, Buest F et coll. *Contraceptive technology*, 17<sup>e</sup> éd., New York, Ardent Media Inc., 1998.

‡Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Cates Jr W, Stewart GK, Buest F et coll. *Contraceptive technology*, 17<sup>e</sup> éd., New York, Ardent Media Inc., 1998.

Légende	0-1	Très efficace	2-9	Efficace	10-30	Quelque peu efficace
---------	-----	---------------	-----	----------	-------	----------------------

produire des résultats optimaux (Tableau 1). Les fournisseurs de soins de santé se doivent de traiter de ces particularités dans le cadre du counseling.

### DÉTERMINANTS PERSONNELS ET ENVIRONNEMENTAUX DES COMPORTEMENTS EN MATIÈRE DE CONTRACEPTION

Les connaissances au sujet de la contraception que détient une personne, la motivation de celle-ci d'agir en fonction de ces connaissances et sa capacité de le faire de façon efficace influenceront le choix d'un moyen de contraception et son observance à long terme. La présence de facteurs environnementaux favorables (tels que l'accès immédiat aux soins de santé, des moyens de contraception abordables et un partenaire coopératif) joue également un rôle crucial quant à la capacité d'une personne à utiliser efficacement un moyen de contraception (Figure 1). Les personnes bien renseignées, motivées et disposant des aptitudes comportementales nécessaires, au sein d'un milieu favorable, sont celles qui ont le plus de chances de commencer à utiliser un moyen de contraception sûr et efficace, et de le faire de façon systématique<sup>5,6</sup>.

L'accès à des *renseignements* pratiques et pertinents, en ce qui concerne le choix d'un moyen de contraception, joue un rôle de premier plan quant à la capacité d'une personne d'adopter un moyen de contraception répondant à ses besoins. Les Canadiens sont peu sensibilisés aux options à leur disposition en matière de contraception et présentent une observance sous-optimale envers les méthodes anticonceptionnelles<sup>7</sup>. Les fournisseurs de soins de santé peuvent contribuer aux efforts visant à éliminer ces obstacles au recours efficace à la contraception, en offrant des renseignements sur :

- l'éventail des options en matière de contraception et l'efficacité de chacune d'entre elles;
- les caractéristiques propres à chacun des moyens de contraception;
- les effets indésirables courants;
- les risques et les avantages pour la santé;
- la façon de bien utiliser la méthode choisie;
- les mesures à prendre lorsque des problèmes surgissent;
- les stratégies visant à soutenir l'utilisation systématique à long terme de la méthode choisie par une personne ou un couple;
- les stratégies d'appoint, telles que la contraception d'urgence;
- les moyens d'éviter les infections transmissibles sexuellement<sup>8-10</sup>.

Afin d'offrir des renseignements significatifs et pertinents tenant compte des besoins et du mode de vie d'une personne donnée, les fournisseurs de soins de santé doivent d'abord obtenir, auprès de cette dernière, des renseignements sur ses activités sexuelles, ses intentions quant à la planification familiale et ses préférences personnelles. Un tel processus interactif

d'échange de renseignements sur la contraception est essentiel en vue d'obtenir l'adaptation optimale de la méthode à son utilisateur, ce qui favorisera l'adoption d'une méthode appropriée, la satisfaction et l'observance.

La *motivation* constitue le deuxième déterminant crucial du recours efficace à la contraception. La motivation personnelle (soit les attitudes envers des pratiques anticonceptionnelles particulières) influence fortement le choix d'un moyen de contraception. Il est peu probable qu'une personne qui maintient des attitudes négatives envers la contraception, ou qui ne sent pas à l'aise face à sa sexualité, soit en mesure d'anticiper le besoin d'avoir recours à la contraception<sup>8</sup>. Il est également peu probable qu'une telle personne soit en mesure de discuter au préalable de ce sujet avec son partenaire ou son médecin, ou encore de faire preuve d'observance à long terme envers le moyen de contraception choisi<sup>11-13</sup>. Les normes sociales qui agissent sur une personne (soit les perceptions que celle-ci entretient au sujet de ce qui est acceptable aux yeux d'un partenaire, d'un parent ou de toute autre personne importante) influencent également le choix d'un moyen de contraception et l'observance<sup>11-13</sup>. En prenant en considération les caractéristiques d'un éventail de moyens de contraception, une personne peut adapter le moyen choisi à ses propres attitudes et aux attentes sociales auxquelles elle doit faire face.

Des *aptitudes comportementales particulières* sont requises pour se procurer un moyen de contraception et l'utiliser correctement et de façon systématique<sup>4,11</sup>. La personne doit d'abord reconnaître le fait qu'il ou elle est active sexuellement (ou le sera bientôt). Ensuite, elle doit se formuler une marche à suivre en matière de contraception, ce qui peut comprendre l'obtention et l'utilisation d'une méthode anticonceptionnelle, l'adoption de pratiques sexuelles sûres et le fait de se prévaloir de soins de santé génésiques (tels que se soumettre régulièrement à un dépistage du cancer du col utérin). Une fois cette marche à suivre établie, la personne doit activement se mettre à la recherche de renseignements sur la contraception et les questions de santé génésique qui s'y rapportent, choisir et obtenir un moyen de contraception, en négocier l'utilisation avec un partenaire, et l'utiliser correctement et de façon systématique à long terme.

La contraception est une question complexe qui englobe un

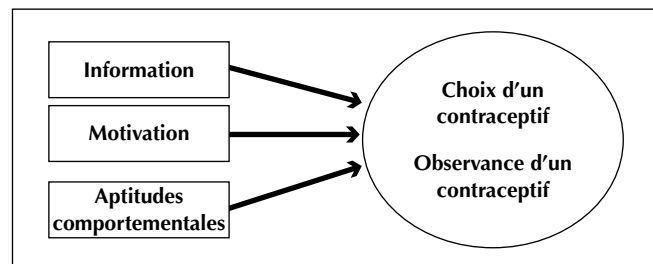


Figure 1 Déterminants personnels et environnementaux des comportements en matière de contraception : Facteurs environnementaux

certain nombre de tâches. C'est en reconnaissant cet état de fait que les fournisseurs de soins de santé franchiront la première étape du processus visant à aider les consommateurs à acquérir les aptitudes comportementales requises. Les fournisseurs de soins de santé doivent analyser, avec leurs patients, la façon dont ceux-ci peuvent utiliser les aptitudes en question dans les situations où une activité sexuelle est probable. Par exemple, le fait de pratiquer la façon d'aborder, avec un partenaire, le sujet de l'utilisation d'un condom peut contribuer à l'acquisition des aptitudes comportementales essentielles à l'adoption de pratiques sexuelles sûres (« Dites-lui que vous souhaitez avoir une relation sexuelle et qu'il devrait mettre un condom »). De simples renseignements sur l'utilité des routines (« Bon nombre de mes patientes prennent leur pilule chaque matin au moment de se brosser les dents; de plus, je remets à toutes mes patientes une ordonnance pour la "pilule du lendemain", juste au cas ») peuvent contribuer au développement de la confiance d'une personne envers le moyen de contraception qu'elle a choisi et sa capacité de l'utiliser efficacement.

Les *facteurs environnementaux* peuvent atténuer la capacité d'avoir efficacement recours à la contraception, même chez une personne motivée<sup>8</sup>. Il est peu probable que les personnes qui vivent des relations abusives ou paralysantes, qui ne peuvent se permettre de se procurer un moyen de contraception, qui ne se voient offrir qu'un accès limité aux soins, qui sont pharmacodépendantes ou qui font face à des préoccupations plus pressantes soient en mesure d'avoir efficacement recours à la contraception, à moins que ces facteurs environnementaux ne fassent l'objet d'une intervention<sup>8</sup>.

L'évaluation des obstacles environnementaux au choix (p. ex. coût) ou à l'observance (p. ex. pharmacodépendance) d'un moyen de contraception et les discussions qui en découlent constituent une partie importante du counseling sur la contraception. Par exemple, si les facteurs environnementaux propres à une patiente donnée nécessitent le recours à un moyen de contraception « invisible », des injections de progestatif à action prolongée ou l'utilisation d'un dispositif intra-utérin à fils courts peuvent constituer des exemples d'une bonne « adaptation » de la méthode à l'utilisateur. De même, les problèmes liés aux coûts peuvent souvent être contournés si l'on détermine qu'ils constituent des obstacles. Enfin, il est possible que le fait de devoir s'attaquer à certains problèmes, tels que la présence d'une relation marquée par la violence physique et au sein de laquelle la contraception n'est pas tolérée, ait préséance sur la gestion de la contraception en tant que telle.

### **RÉPERCUSSIONS DU RECOURS À LA CONTRACEPTION SUR LES COMPORTEMENTS SEXUELS ET LA SANTÉ GÉNÉSIQUE**

Le choix et l'utilisation d'un moyen de contraception peuvent avoir des effets directs sur les activités sexuelles et l'état de santé génésique. Par exemple, bien que l'utilisation d'un contracep-

tif non obstructif puisse permettre à une patiente d'entreprendre des activités sexuelles sans craindre la grossesse, elle entraîne du même coup des risques de contracter une infection transmissible sexuellement (ITS) pouvant nuire à la fertilité et à la santé générale de la patiente en question. Plus le nombre de partenaires sexuels signalé par les jeunes Canadiennes est important, plus il est probable qu'elles utilisent des contraceptifs oraux, moins il est probable qu'elles utilisent des condoms et, donc, plus elles risquent d'avoir contracté une ITS<sup>14</sup>.

Compte tenu de l'interdépendance entre le recours à la contraception, les activités sexuelles et la santé génésique, les soins offerts doivent traiter de la contraception dans le contexte global de chacun de ces facteurs. Au moment d'offrir des renseignements visant à faciliter le choix d'un contraceptif adapté aux attitudes, aux préférences et aux contraintes environnementales d'une patiente, les fournisseurs de soins de santé doivent également offrir à celle-ci du counseling sur des préoccupations de santé sexuelle connexes (telles que les ITS, la fonction sexuelle, la violence conjugale, le dépistage du cancer du col utérin et la vaccination contre l'hépatite B)<sup>15</sup>. Par exemple, une femme qui utilise un contraceptif hormonal et qui vit une nouvelle relation monogame devrait pouvoir bénéficier de renseignements sur la nécessité de la prévention des ITS, y compris le recours à une protection double (utilisation concomitante de contraceptifs oraux et de condoms), au dépistage mutuel des anticorps du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et à la monogamie mutuelle.

### **MISE EN PRATIQUE D'UNE APPROCHE INTÉGRÉE EN MATIÈRE DE SOINS AXÉS SUR LA CONTRACEPTION**

Pour mettre en œuvre un milieu propice à la santé sexuelle, les invites suivantes peuvent s'avérer utiles :

Les *invites environnementales* (telles que les affiches, les livres ou les brochures placées dans le milieu de pratique) établissent clairement le fournisseur de soins de santé à titre de source accessible et compétente en matière de contraception et de santé génésique. Ces invites peuvent inciter les patients à exprimer leurs préoccupations sur ces sujets, et ce, même dans le cadre de consultations n'ayant pas été à l'origine prévues à cette fin.

Les *invites verbales* peuvent systématiquement aborder les sujets de la contraception et des préoccupations connexes liées à la santé sexuelle et génésique. Les fournisseurs de soins de santé peuvent faire appel à une sorte de script au cours des discussions portant sur les antécédents médicaux ou dans le cadre des consultations portant sur la santé sexuelle. Ce « script » peut comprendre les invites verbales suivantes :

Une de mes tâches consiste à vous aider à maintenir votre santé sexuelle et génésique. Si vous n'y voyez pas d'objection, j'aimerais vous poser quelques questions à ce sujet?

- Êtes-vous active sexuellement? Avec des hommes, des femmes ou les deux?

- Quelles mesures vous et votre partenaire prenez-vous afin de prévenir la grossesse?
- Quelles mesures vous et votre partenaire prenez-vous afin de prévenir les infections transmissibles sexuellement/les infections au VIH?
- Avez-vous des préoccupations ou des questions au sujet de la fonction sexuelle?
- Avez-vous des préoccupations ou des questions au sujet de la violence sexuelle ou conjugale?
- Vous pouvez toujours me poser des questions sur ces sujets.

Cette approche envers les soins axés sur la contraception comporte de nombreux avantages. Premièrement, elle peut tout autant être utilisée dans le cadre d'une consultation d'évaluation générale de la santé que (avec les modifications appropriées) dans celui d'une consultation ayant pour objet la contraception ou une préoccupation quant à la santé sexuelle. Deuxièmement, elle intègre les notions de contraception, d'activité sexuelle, de fonction sexuelle et de violence sexuelle ou conjugale. Troisièmement, cette approche souligne la légitimité des soins dans ce domaine, ainsi que le caractère accessible et non moralisateur du clinicien en ce qui a trait aux soins de santé sexuels.

#### **FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ : SOURCE DE RENSEIGNEMENTS**

Des renseignements pratiques que les patients pourront facilement comprendre et intégrer à leurs comportements constituent la base d'une bonne pratique axée sur la contraception. De tels renseignements peuvent être offerts dans le cadre du counseling privé, ainsi que par l'intermédiaire de brochures, de livres ou de sites Web, tels que :

[www.masexualite.ca](http://www.masexualite.ca)  
[www.plannedparenthood.org/health/](http://www.plannedparenthood.org/health/)  
[www.itsyoursexlife.com/](http://www.itsyoursexlife.com/)  
[www.womenshealthmatters.ca](http://www.womenshealthmatters.ca)

#### **RÉSEAUX D'ORIENTATION**

Le recours à une carte d'orientation locale pertinente constitue un bon moyen de diriger vos patients vers les spécialistes appropriés. Cette carte peut comprendre des renvois vers des cliniques d'avortement, des services de santé publique, des services de protection de l'enfance, des services axés sur la violence familiale et des sexologues. De plus, la mise sur pied, dans votre cabinet, d'une bibliothèque contenant des dépliants, des livres et une liste de ressources Web à l'intention des patients vous permettra de répondre aux besoins en renseignements pratiques de ces derniers.

#### **ÉDUCATION PERMANENTE**

L'état des connaissances en matière de contraception évolue fréquemment, soit au fur et à mesure que de nouvelles technologies anticonceptionnelles apparaissent sur le marché.

Les programmes de formation destinés aux professionnels de la santé doivent comprendre un volet sur le counseling en santé sexuelle. Les fournisseurs de soins de santé doivent évaluer leurs compétences et leur degré d'aisance envers ce sujet, pour ensuite chercher à bénéficier de la formation clinique permanente nécessaire sur la contraception et les domaines connexes. Le site Web [www.masexualite.ca](http://www.masexualite.ca), géré par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), offre des renseignements à jour aux fournisseurs de soins de santé et à la population en général. La SOGC gère également un programme national visant à promouvoir les pratiques sexuelles sûres et le recours efficace à la contraception auprès des Canadiens et des Canadiennes, soit le Projet de sensibilisation à la contraception (PSC). Des renseignements sur ce programme sont offerts sur le site de la Société à [www.sogc.org](http://www.sogc.org) (lancez une recherche au moyen de l'expression « sensibilisation à la contraception »).

#### **ACCÈS À LA CONTRACEPTION**

Il existe des obstacles considérables (liés à l'utilisateur potentiel, au fournisseur, au système de santé, ou encore au gouvernement et à l'industrie) au recours efficace à la contraception.

#### **PROBLÈMES LIÉS AUX UTILISATEURS DE CONTRACEPTIFS**

Les connaissances et la motivation de l'utilisateur de contraceptifs sont les composantes fondamentales du recours efficace à la contraception. Les utilisateurs potentiels doivent d'abord reconnaître leurs besoins en matière de contraception. Ils doivent ensuite disposer des renseignements nécessaires sur la contraception pour en venir à choisir une méthode, à savoir comment se procurer celle-ci (si cela ne nécessite pas une ordonnance) et à apprendre à l'utiliser correctement. En l'absence de tels renseignements, ces utilisateurs potentiels doivent connaître la façon de consulter un fournisseur de soins de santé afin de bénéficier de services de counseling sur la contraception et d'une évaluation de leur santé sexuelle; de cette manière, un moyen de contraception convenable peut leur être offert ou prescrit. Les adolescents constituent un groupe particulièrement vulnérable à ce chapitre, puisqu'ils sont souvent peu enclins à demander des renseignements ou de l'aide au sujet de la contraception auprès de leur médecin de famille<sup>16</sup>. Il a été démontré que les programmes scolaires qui offrent des renseignements sur la contraception étaient en mesure d'atteindre ce groupe cible de façon efficace<sup>17-18</sup>.

#### **PROBLÈMES LIÉS AUX FOURNISSEURS**

Les autres étapes menant au recours à la contraception sont liées aux fournisseurs. Ceux-ci doivent être bien renseignés au sujet de la diversité des moyens de contraception disponibles, ainsi qu'être en mesure de les offrir à leurs patients. En effet, lorsqu'un fournisseur ne connaît pas bien un mode de contraception

donné (p. ex. les dispositifs intra-utérins), il est peu probable qu'il en recommande l'utilisation à ses patients.

Les fournisseurs de soins de santé doivent également s'efforcer d'être accessibles auprès de la population qui présente des besoins en matière de contraception. Compte tenu des coupures dans le financement des services de santé sexuelle qu'imposent actuellement les ministères affectés à la santé publique et de la pénurie de médecins, il est possible que nous ne disposions pas du nombre nécessaire de fournisseurs de soins de santé pour assurer que les services de contraception répondent aux besoins de la population.

### PROBLÈMES LIÉS AU SYSTÈME

L'accès à un moyen de contraception peut être entravé lorsque le coût du moyen en question est excessif, ou lorsque la dispensation de ce dernier est compliquée ou peu pratique. En raison de leur coût, de nombreux moyens de contraception sont hors de portée des femmes à faible revenu. Bien que les régimes d'assurance gouvernementaux et privés couvrent le coût de nombreuses méthodes anticonceptionnelles, cette couverture n'est pas uniforme, même en ce qui concerne les méthodes hormonales. Les cliniques de santé sexuelle et de nombreux services de santé universitaires offrent bien des moyens de contraception gratuits ou subventionnés, mais ces services ne sont pas offerts à grande échelle à la population en général. Le Programme humanitaire national d'accès aux contraceptifs oraux de la SOGC permet de faire en sorte que l'accès à la contraception ne soit pas refusé en raison d'un manque de ressources financières. Des renseignements sur ce programme sont offerts sur le site de la Société à [www.sogc.org](http://www.sogc.org) (lancez une recherche au moyen de l'expression « sensibilisation à la contraception »).

### PROBLÈMES LIÉS AUX GOUVERNEMENTS ET À L'INDUSTRIE

L'accès à tous les moyens de contraception sûrs et efficaces constitue un droit pour toutes les Canadiennes. Néanmoins, les choix en matière de contraception au Canada sont plutôt restreints, par comparaison avec la situation dans de nombreux autres pays. Une étude comparative portant sur la disponibilité des nouveaux produits de contraception indique que les Canadiennes n'ont accès qu'à 17 % des nouveaux moyens de contraception disponibles, alors que 61 % et 44 % de tous les nouveaux produits sont approuvés au Danemark et aux États-Unis, respectivement<sup>19</sup>. Au Canada, le délai d'approbation des nouveaux médicaments est considérablement plus long qu'aux États-Unis et en Suède<sup>20</sup>. Dans ce contexte, des commanditaires peuvent être tentés de ne pas déposer de demandes d'approbation pour de nouveaux contraceptifs hormonaux, lorsque les chances d'obtenir l'approbation des autorités canadiennes semblent faibles<sup>19</sup>.

Au cours des dernières années, les Canadiennes ont perdu

l'accès à certains produits approuvés, puisque les fournisseurs de ces derniers ont décidé de les retirer du marché canadien. Ainsi, les Canadiennes n'ont dorénavant plus accès aux produits suivants : Gyne-T 380 (DIU), Norplant et Lea Shield. Le marché canadien est restreint pour bon nombre de ces produits et, malheureusement, certaines décisions d'affaires sont prises au détriment de la capacité des Canadiennes à choisir le contraceptif qui leur convient le mieux.

### DÉCLARATIONS SOMMAIRES

1. La sexualité est un aspect important de la vie qui s'exprime de diverses façons.
2. Le counseling en matière de contraception et d'ITS consiste à adapter les renseignements aux besoins individuels, afin de favoriser les attitudes positives envers la contraception, la sexualité et la prévention des ITS, à surmonter les obstacles qui entravent le recours efficace à la contraception, ainsi qu'à aider les gens à acquérir les aptitudes pratiques nécessaires à l'utilisation systématique d'un moyen de contraception. (Niveau II-2)
3. Toutes les personnes entretenant des relations sexuelles courent le risque de contracter des ITS; les personnes qui modifient leurs relations ou qui en établissent de nouvelles sont particulièrement exposées aux risques. (Niveau II-2)
4. Lorsque les gens sont bien renseignés, motivés et qu'ils disposent des aptitudes comportementales requises, il est plus probable qu'ils utilisent des moyens sûrs de contraception et de prévention des ITS de façon efficace et systématique. (Niveau II-2)
5. Les Canadiennes et les Canadiens disposent du droit d'avoir accès à une vaste gamme d'options en matière de contraception.

### RECOMMANDATIONS

1. **Des services complets de planification familiale (y compris des services d'avortement) devraient être librement offerts à tous les Canadiens, peu importe leur emplacement géographique. Ces services devraient être confidentiels et assurer le respect de la vie privée des personnes qui les utilisent. (Catégorie A)**
2. **Des questions sur la sexualité devraient être incorporées à l'évaluation générale. (Catégorie C)**
3. **Les Canadiennes et les Canadiens, conjointement avec leurs fournisseurs de soins de santé, devraient aborder le sujet de la prévention des grossesses non voulues et des ITS. (Catégorie C)**
4. **Le dépistage des ITS et le counseling sur la prévention ne devraient pas être restreints aux jeunes ou aux personnes exposées à des risques élevés. (Catégorie B)**
5. **Les femmes et les hommes devraient bénéficier de renseignements pratiques sur une vaste gamme de**

moyens de contraception, de façon à pouvoir choisir celui qui convient le mieux à leurs besoins et à leur situation. (Catégorie C)

6. Les fournisseurs de soins de santé devraient aider les femmes et les hommes à acquérir les compétences nécessaires à la négociation du recours à la contraception, ainsi qu'à l'utilisation correcte et systématique du moyen de contraception choisi. (Catégorie C)
7. La promotion de la santé, le counseling sur la contraception d'urgence et la prévention des ITS, de la violence sexuelle et du cancer du col utérin devraient être intégrés aux soins axés sur la contraception. (Catégorie C)
8. Le gouvernement du Canada devrait assurer aux Canadiennes un accès à des produits sûrs et efficaces, en accélérant le processus d'approbation et en harmonisant ses directives thérapeutiques avec celles d'autres pays développés. (Catégorie C)
9. La SOGC devrait collaborer avec les groupes qui soutiennent les initiatives en santé des femmes, afin de promouvoir l'accessibilité à toutes les formes de contraception disponibles au Canada. (Catégorie C)
10. La contraception hormonale d'urgence devrait être disponible sans ordonnance dans les pharmacies, les cliniques de planification familiale, les salles d'urgence, les cliniques sans rendez-vous et les programmes scolaires de santé. (Catégorie B)
11. La SOGC devrait poursuivre le Projet de sensibilisation à la contraception (PSC), afin d'assurer la promotion des pratiques sexuelles sûres et du recours efficace à la contraception auprès des Canadiennes et des Canadiens, ainsi que le perfectionnement professionnel permanent des fournisseurs de soins de santé qui œuvrent dans ce domaine. (Catégorie C)
12. Le programme établi, permettant l'offre humanitaire de contraceptifs oraux aux patientes canadiennes dans le besoin, doit être maintenu. (Catégorie B)

## RÉFÉRENCES

1. Organisation mondiale de la santé. *Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2000, p. 2.
2. Programme d'action de la Conférence de Beijing. *Quatrième Conférence mondiale sur les femmes, 4-15 septembre 1995*, Beijing, Chine, New York, United Nations Department of Public Information, 1996, p. 124.
3. Delbanco TL, Daley J. « Through the patient's eyes: strategies toward more successful contraception », *Obstet Gynecol*, vol. 88 (suppl.), 1996, p. 41S-47S.
4. Fisher WA, Fisher JD. « Understanding and promoting sexual and reproductive health behavior: theory and method », *Annu Rev Sex Res*, vol. 9, 1998, p. 39-76.
5. Byrne D, Kelley K, Fisher WA. « Unwanted teenage pregnancies: incidence, interpretation, intervention », *Appl Prev Psych*, vol. 2, 1993, p. 101-13.
6. Fisher JD, Fisher WA. « Theoretical approaches to individual level

change in HIV risk behavior », dans : Peteson J, DiClemente R, éditeurs. *Handbook of HIV prevention*, New York, Plenum, 2000, p. 3-55.

7. Fisher WA, Boroditsky R, Bridges M. « Canadian contraception study 1998 », *Can J Hum Sex*, vol. 8, 1999, p. 161-220.
8. Fisher WA, Fisher JD. « The information-motivation-behavioral skills model: a general social psychological approach to understanding and promoting health behavior », dans : Suls J, Wallston KA, éditeurs. *Social psychological foundations of health and illness*, Malden, Massachusetts, Blackwell, 2003, p. 82-106.
9. Rosenberg M, Waugh MS. « Causes and consequences of oral contraceptive noncompliance », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 180, n° 2 (partie 2), 1999, p. 276-9.
10. Rosenberg MJ, Waugh MS, Burnhill MS. « Compliance, counseling and satisfaction with oral contraceptives: a prospective evaluation », *Fam Plann Perspect*, vol. 30, 1998, p. 89-92.
11. Byrne D, Fisher WA, éditeurs. *Adolescents, sex, and contraception*, Hillsdale, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, 1983.
12. Fisher WA, Byrne D, Kelley K, White LA. « Erotophobia-erotophilia as a dimension of personality », *J Sex Res*, vol. 25, 1988, p. 123-51.
13. Fisher WA, Fisher JD, Rye BJ. « Understanding and promoting AIDS preventive behavior: insights from the theory of reasoned action », *Health Psychol*, vol. 14, 1995, p. 255-64.
14. Macdonald NE, Wells GA, Fisher WA, Warren WK, King MA, Doherty JA et coll. « High-risk STD/HIV behavior among college students », *J Am Med Assoc*, vol. 263, 1990, p. 3155-9.
15. Groupe d'experts du Laboratoire de lutte contre la maladie pour les lignes directrices canadiennes pour les MTS. *Lignes directrices canadiennes pour les MTS, édition de 1998*, Ottawa, ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 1998.
16. Fisher WA, Boroditsky R. « Sexual activity, contraceptive choice, and sexual and reproductive health indicators among single Canadian women aged 15-29: additional findings from the Canadian Contraception Study », *Can J Hum Sex*, vol. 9, 2000, p. 79-93.
17. Kirby D. *Emerging answers: research findings on programs to reduce teenage pregnancy*, Washington DC, The National Campaign to Prevent Teenage Pregnancy, 2001.
18. McKay A, Fisher WA, Maticka-Tyndale E, Barrett M. « Canadian sexual health education: does it work? can it work better? an analysis of recent research and media reports », *Can J Hum Sex*, vol. 10, 2001, p. 127-35.
19. Azzarello D, Collins J, Lalonde A. « Canadian access to hormonal contraceptive drug choices », *J Obstet Gynecol Can*, 2003 (sous presse).
20. Rawson NS, Kaitin KI. « Canadian and US drug approval times and safety considerations », *Ann Pharmacother*, vol. 37, 2003, p. 1403-8.

## CHAPITRE 3 : CONTRACEPTION D'URGENCE

Sheila Dunn, MD, CCFP(EM)<sup>1</sup>,

Edith Guilbert, MD, M.Sc.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Toronto (Ont.)

<sup>2</sup>Québec (Québec)

## INTRODUCTION

Par « contraception d'urgence » (CU), on entend tout moyen de contraception utilisé après les relations sexuelles et avant le moment potentiel de l'implantation. Puisqu'ils agissent avant cette dernière, les moyens en question ne sont pas des abortifs. La contraception d'urgence est une méthode d'appoint destinée à une utilisation occasionnelle; elle ne doit donc pas être utilisée à titre de moyen de contraception régulier.

## OPTIONS

Il existe deux méthodes de contraception d'urgence : les méthodes hormonales, soit le recours à des pilules contraceptives d'urgence (PCU), et l'insertion post-coïtale d'un dispositif intra-utérin de cuivre (DIU). Deux préparations hormonales sont utilisées pour les PCU au Canada : l'une d'entre elles ne contient que du lévonorgestrel (un progestatif), tandis que l'autre contient tant de l'éthinylœstradiol que du lévonorgestrel.

La méthode ne faisant appel qu'au lévonorgestrel, connue sous le nom commercial de « Plan B », a été lancée au Canada, en 2000, et constitue le seul produit approuvé par Santé Canada aux fins de la CU. Son schéma posologique consiste en deux doses de 750 µg de lévonorgestrel administrées par voie orale, à 12 heures d'intervalle.

Utilisée depuis les années 1970, la méthode Yuzpe, quant à elle, consiste en deux doses de 100 µg d'éthinylœstradiol (EE) et de 500 µg de lévonorgestrel administrées par voie orale, à 12 heures d'intervalle. Les comprimés d'Ovral (contenant chacun 50 µg d'éthinylœstradiol et 250 µg de lévonorgestrel) sont les pilules les plus couramment utilisées pour l'obtention de ces doses. D'autres produits peuvent également être utilisés à cette fin, s'ils sont plus faciles à obtenir (Tableau 1). Bien que ces produits n'offrent pas des doses exactement équivalentes d'EE et de lévonorgestrel, leur efficacité est considérée comme étant équivalente<sup>1</sup>.

## EFFICACITÉ

Il a été démontré, dans le cadre d'essais randomisés, que ces deux méthodes (Yuzpe et lévonorgestrel seulement) réduisaient le risque de grossesse d'environ 75 % et 85 %, respectivement<sup>2-5</sup>. Cela ne signifie pas que, par exemple, 25 % des femmes qui utilisent la méthode Yuzpe tomberont néanmoins enceintes, mais plutôt que sur 100 femmes ayant eu des relations sexuelles non protégées à une reprise, au cours de la deuxième ou de la troisième semaine de leur cycle menstruel, il est probable que huit d'entre elles

tombent enceintes, alors que seulement deux de ces huit femmes tomberaient enceintes (une réduction de 75 %) après avoir utilisé la méthode Yuzpe<sup>6</sup>. En ce qui concerne la méthode au lévonorgestrel seul, une dose unique de 1,5 mg semble aussi efficace que le schéma posologique standard à deux doses<sup>7,8</sup>.

Bien qu'elles soient généralement utilisées seulement jusqu'à 72 heures à la suite de relations sexuelles non protégées, les méthodes hormonales de CU sont néanmoins efficaces jusqu'à 120 heures<sup>7,9,10</sup>. Toutefois, l'efficacité de la CU semble légèrement inférieure après 72 heures. En fait, il a été démontré qu'elle connaissait une baisse considérable proportionnellement à l'accroissement du délai entre les relations sexuelles non protégées et le début du traitement : Ainsi, la CU au lévonorgestrel seul a permis de prévenir la grossesse dans 95 % des cas lorsqu'on y avait recours dans un délai de 24 heures à la suite de relations sexuelles non protégées, dans 85 % des cas, lorsqu'on y avait recours dans la période allant de 25 à 48 heures à la suite de relations sexuelles non protégées et dans 58 % des cas, lorsqu'on y avait recours dans la période allant de 49 à 72 heures à la suite desdites relations. Pour la méthode Yuzpe, les résultats étaient de 77 %, de 36 % et de 31 %, respectivement<sup>2</sup>. Bien qu'elle soit considérable dans plusieurs études<sup>2,8,11-13</sup>, cette relation temps-effet n'a pas été constatée dans d'autres études<sup>7,9</sup>.

Une méta-analyse a démontré que l'efficacité des DIU post-coïtaux atteignait presque 100 %, ce qui est considérablement supérieur à celle de la CU hormonale<sup>14</sup>.

## MÉCANISME D'ACTION

Théoriquement, il est possible que la CU perturbe la maturation des follicules, le processus ovulatoire, la glaire cervicale, la migration des spermatozoïdes, la suffisance du corps jaune, la réceptivité endométriale, la fertilisation, ainsi que le développement, le transport et l'adhérence du zygote<sup>15</sup>. Le mécanisme d'action peut différer non seulement d'une méthode de CU à une autre, mais également pour une même méthode, selon le moment où elle est administrée par rapport au moment où les relations sexuelles et l'ovulation ont eu lieu<sup>15</sup>.

## INDICATIONS

La contraception d'urgence hormonale doit être prise en considération pour toute femme souhaitant éviter la grossesse qui vous consulte dans les cinq jours suivant des relations sexuelles non ou mal protégées. L'insertion post-coïtale d'un DIU peut être envisagée jusqu'à 7 jours à la suite de relations sexuelles non protégées. Parmi les indications appropriées, on trouve les situations suivantes :

- La non-utilisation d'un moyen de contraception
- Le bris ou la fuite d'un condom
- Le déplacement d'un diaphragme ou d'une cape cervicale

Tableau 1 Ovral et produits de substitution

Marque	Pilules par dose	Éthinylœstradiol (µg/dose)	Lévonorgestrel (µg/dose)
Ovral	2	100	500
Alesse	5	100	500
Triphasil	4 jaunes	120	500
Triquilar	4 jaunes	120	500
Min-Ovral	4	120	600

- L'oubli de deux pilules anticonceptionnelles ou plus
- Un retard de plus d'une semaine en ce qui concerne une injection de Depo-Provera
- L'éjaculation sur les organes génitaux externes
- Une erreur dans la détermination du cycle de fertilité
- Une agression sexuelle lorsque la victime n'utilise pas un moyen de contraception fiable

Puisqu'il est difficile de déterminer avec certitude la période d'infertilité d'un cycle<sup>16-18</sup>, la CU doit être offerte à toute femme qui se préoccupe de son risque de grossesse, peu importe le jour du cycle où ont eu lieu les relations sexuelles non protégées. Bien que les PCU ne soient pas recommandées à titre de forme régulière de contraception, leur utilisation répétée n'entraîne aucun risque connu pour la santé et ne doit donc pas constituer un motif pour refuser de remettre des PCU à une patiente.

### **CONTRE-INDICATIONS**

La présence connue d'une grossesse constitue la seule contre-indication absolue à l'utilisation de la contraception d'urgence hormonale. Bien que les effets de l'administration de PCU (à des femmes déjà enceintes) sur l'issue de la grossesse soient inconnus, il a été démontré que les contraceptifs oraux (CO) ne présentaient aucun signe de tératogénicité, lorsque des fœtus y étaient exposés au cours de la grossesse<sup>19</sup>.

Aucune hausse substantielle du risque de thromboembolie veineuse n'a été associée à la CU hormonale combinée. Cependant, les études sur l'innocuité de celle-ci ont fréquemment exclu les femmes qui présentaient des contre-indications en ce qui a trait à la contraception orale<sup>20</sup>. Puisque la méthode au lévonorgestrel seul ne comporte aucun risque théorique, elle peut constituer une option à privilégier pour les femmes qui présentent des contre-indications importantes aux œstrogènes (telles que les femmes qui présentent une thrombophilie connue, des antécédents d'accident vasculaire cérébral ou de crise cardiaque, des migraines accompagnées de symptômes neurologiques, ou encore les fumeuses de plus de 35 ans)<sup>21</sup>.

Si l'on envisage l'insertion d'un DIU, la présence d'une grossesse préexistante doit être exclue. Cela peut nécessiter le recours à un test de grossesse sensible par analyse d'urine ou à un dosage biologique de la gonadotrophine chorionique humaine (hCG) sérique. La patiente ne doit présenter aucun signe (à la suite d'un examen) d'infection vaginale ou cervicale ni aucun antécédent récent d'infection pelvienne; de plus, elle doit n'avoir été exposée qu'à de faibles risques d'infection transmissible sexuellement.

### **EFFETS INDÉSIRABLES**

Les effets indésirables courants de la contraception d'urgence hormonale sont de nature gastro-intestinale. La méthode au

lévonorgestrel seul engendre une incidence considérablement plus faible de nausée (23,1 % contre 50,5 %), de vomissements (5,6 % contre 18,8 %), d'étourdissements et de fatigue que la méthode Yuzpe<sup>2</sup>. Il a été démontré que la méclizine (un antiémétique en vente libre) réduisait le risque de nausée lorsqu'il était administré oralement, selon une dose de 50 mg, 1 heure avant la première dose de la méthode Yuzpe; toutefois, l'utilisation de ce médicament entraîne une hausse de l'incidence de la somnolence<sup>22</sup>. Parmi les effets indésirables peu courants des deux méthodes, on trouve la céphalée, le ballonnement, les crampes abdominales, ainsi que les pertes vaginales légères ou les saignements<sup>23</sup>. La plupart des femmes présenteront des saignements menstruels dans les trois semaines suivant la prise des PCU<sup>2</sup>.

Parmi les complications possibles de l'insertion post-coïtale d'un DIU, on trouve les douleurs pelviennes, les saignements anormaux, les infections pelviennes, la perforation et l'expulsion<sup>23</sup>.

### **MYTHES ET MALENTENDUS**

1. Les pilules contraceptives d'urgence causent un « mini-avortement ».

*Fait :* Les pilules contraceptives d'urgence n'entraînent aucun effet sur les grossesses préexistantes<sup>19</sup>. Elles agissent avant l'implantation; donc, ce ne sont pas des abortifs<sup>15</sup>.

2. S'il est trop facile de se procurer des pilules contraceptives d'urgence, les femmes en « abuseront ».

*Fait :* Les femmes à qui l'on remet, à l'avance, des pilules contraceptives d'urgence les utiliseront de façon appropriée et ne présentent pas de probabilités accrues d'abandonner leurs formes habituelles de contraception<sup>24-26</sup>.

3. Les pilules contraceptives d'urgence contiennent des doses élevées d'hormones et leur utilisation est dangereuse.

*Fait :* Le bref traitement à dose unique d'hormones que constitue le recours aux pilules contraceptives d'urgence est extrêmement sûr et peut être utilisé par pratiquement n'importe quelle femme qui le souhaite<sup>27</sup>.

### **OFFRE D'UNE CONTRACEPTION D'URGENCE**

Afin de déterminer si le recours à la CU est indiqué, il est impératif d'établir si les relations sexuelles non protégées ont eu lieu pendant la période au cours de laquelle la CU est efficace. Le risque de la présence d'une grossesse préexistante doit être évalué en déterminant le moment et la nature des dernières menstruations. Exceptionnellement, un test de grossesse par analyse d'urine peut s'avérer nécessaire pour écarter la possibilité d'une grossesse. La survenue d'autres relations sexuelles non protégées, pendant le cycle en cours, ne doit pas empêcher le recours à la CU visant à abaisser les risques liés aux relations non protégées s'étant déroulées au cours de la période d'efficacité de la CU.

Les fournisseurs de soins de santé doivent également

discuter des préoccupations globales entourant la santé sexuelle, telles que la question de savoir si les relations sexuelles non protégées étaient accompagnées de coercition, les risques associés aux infections transmissibles sexuellement et le besoin pour la patiente d'avoir recours à un mode de contraception régulier. En présence des techniques d'amplification de l'acide nucléique nécessaires, il a été démontré que le recours à une analyse d'urine pour le dépistage des infections à Chlamydia, au moment de la consultation aux fins de la CU, permettait d'en détecter la plupart des cas. Cette pratique devrait être envisagée pour les patientes exposées à des risques élevés (p. ex. les femmes de moins de 30 ans), lorsqu'un suivi fiable ne peut être garanti<sup>28</sup>.

Les femmes doivent être renseignées sur les effets indésirables potentiels de la CU, ainsi qu'être avisées du fait que la CU hormonale ne préviendra pas les grossesses possibles à la suite de relations sexuelles non protégées, au cours des jours ou des semaines suivant le traitement. Une méthode barrière, telle que le condom, peut être utilisée pour le reste du cycle menstruel en cours; par la suite, l'utilisation d'un moyen de contraception régulier peut être entamée au début du cycle suivant, si la patiente le souhaite. Une femme qui souhaite commencer à utiliser des CO devrait se voir remettre une ordonnance devant débiter à la suite de ses prochaines règles ou le jour suivant le recours aux PCU<sup>29</sup>. Elle devrait toutefois utiliser un condom jusqu'à ce qu'elle ait pris des contraceptifs oraux pendant sept jours consécutifs.

Afin de maximiser l'efficacité du recours à la CU, les femmes devraient pouvoir en disposer au besoin. Les consultations ayant pour objet un examen de santé périodique (ou encore l'exploration de préoccupations liées à la santé génésique) offrent aux fournisseurs de soins de santé l'occasion d'offrir à leurs patientes une ordonnance de CU à l'avance.

## **SUIVI**

Les fournisseurs de soins de santé doivent aviser leurs patientes de se soumettre à un test de grossesse, si elles n'obtiennent pas des règles normales dans un délai de 21 jours à la suite du traitement (ou de 28 jours, si elles ont commencé à prendre des CO à la suite du traitement aux PCU). Au besoin, une consultation de suivi peut être prévue pour discuter de questions de contraception ou pour procéder au dépistage d'infections transmissibles sexuellement.

## **INTERVENTION EN CAS DE DIFFICULTÉS**

On devrait conseiller aux femmes qui présentent des nausées ou des vomissements, après avoir eu recours à une CU hormonale, de prendre un antiémétique, tels que la méclizine ou le dimenhydrinate. Puisque le schéma posologique de la méthode au lévonorgestrel seul ne fait appel qu'à une seule dose (1,5 mg, par

voie orale), cette méthode peut être privilégiée pour les femmes sujettes à la nausée.

S'il est peu probable qu'une femme se souvienne de prendre la deuxième dose de la méthode faisant appel à deux doses, son fournisseur de soins de santé devrait lui recommander d'avoir recours à la méthode au lévonorgestrel seul. Si une femme oublie de prendre sa deuxième dose, elle peut le faire jusqu'à 24 heures après avoir pris la première dose, sans que cela n'entraîne des modifications considérables en matière de pharmacocinétique, par comparaison avec le schéma posologique de 12 heures<sup>30</sup>.

## **INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES**

Bien que, théoriquement, les concentrations sériques des hormones libérées par les PCU soient affectées par l'administration de certains médicaments (tels que la rifampicine et certains anti-convulsivants), l'efficacité des PCU dans ces situations demeure incertaine. Selon un exposé de cas portant sur une femme qui prenait de la warfarine au moment d'avoir recours à des PCU au lévonorgestrel seul, une augmentation importante de l'effet anticoagulant a été observée à la suite de l'interaction de ces deux médicaments.<sup>31</sup>

## **DÉCLARATIONS SOMMAIRES**

1. Les fournisseurs de soins de santé peuvent offrir, aux femmes qui ont eu des relations sexuelles non protégées et qui souhaitent prévenir la grossesse, le recours à la contraception d'urgence hormonale, jusqu'à cinq jours après les relations en question, (niveau II-2) ou à l'insertion d'un DIU de cuivre, jusqu'à sept jours après les relations en question, et ce, afin de réduire les risques de grossesse. (Niveau II-2)
2. La méthode de contraception d'urgence au lévonorgestrel seul est plus efficace et entraîne moins d'effets indésirables que la méthode Yuzpe (éthinyloestradiol-lévonorgestrel). (Niveau I)
3. En ce qui concerne la méthode de contraception d'urgence au lévonorgestrel seul, une dose double (1,5 mg) est aussi efficace que le schéma posologique standard à deux doses (0,75 mg chaque dose), sans modification quant aux effets indésirables. (Niveau I)
4. La remise à l'avance d'une ordonnance de contraception d'urgence hormonale entraîne la hausse du recours à la contraception d'urgence, sans pour autant provoquer la baisse du recours à la contraception régulière. (Niveau II-2)
5. L'examen pelvien ne constitue pas un prérequis pour l'offre d'une méthode de contraception d'urgence. (Niveau III)

## **RECOMMANDATIONS**

1. **Puisque son efficacité peut être supérieure en fonction du délai d'administration, la contraception d'urgence hormonale devrait être entamée dès que possible à la suite**

d'une relation sexuelle non protégée. (Catégorie A)

2. La contraception d'urgence hormonale devrait être disponible sans ordonnance dans les pharmacies, les cliniques de planification familiale, les salles d'urgence, les cliniques sans rendez-vous et les programmes scolaires de santé. (Catégorie B)

3. Les femmes qui ont recours à la contraception d'urgence devraient se soumettre à un test de grossesse, si leurs règles ne débutent pas dans un délai de 21 jours à la suite du traitement. (Catégorie A)

4. Les femmes et les hommes en âge de procréer devraient pouvoir bénéficier de services de counseling au sujet de la contraception d'urgence. Les femmes devraient se voir remettre à l'avance une ordonnance de contraception d'urgence hormonale. (Catégorie B)

## RÉFÉRENCES

1. US Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration. « Prescription drug products: certain combined oral contraceptives for use as postcoital emergency contraception », *Federal Register*, vol. 62, 1997, p. 8610–2.
2. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. « Randomized controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception », *Lancet*, vol. 352, 1998, p. 428–33.
3. Trussell J, Rodriguez G, Ellertson C. « Updated estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception », *Contraception*, vol. 59, 1999, p. 147–51.
4. Ho PC, Kwan MSW. « A prospective randomized comparison of levonorgestrel with the Yuzpe regimen in post-coital contraception », *Hum Reprod*, vol. 8, 1993, p. 389–92.
5. Trussell J, Rodriguez G, Ellertson C. « New estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception », *Contraception*, vol. 57, 1998, p. 363–9.
6. Trussell J, Ellertson C, Stewart F. « The effectiveness of the Yuzpe regimen of postcoital contraception », *Fam Plann Perspect*, vol. 9, 1993, p. 75–82.
7. von Hertzen H, Piaggio G, Din J, Chen J, Song S, Bartfai G et coll. « Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial », *Lancet*, vol. 360, 2002, p. 1803–10.
8. Arowojolu AO, Okewole IA, Adekunle AO. « Comparative evaluation of the effectiveness and safety of two regimens of levonorgestrel for emergency contraception in Nigerians », *Contraception*, vol. 66, 2002, p. 269–73.
9. Ellertson C, Webb A, Blanchard K, Bigrigg A, Haskell S, Shochet T et coll. « Modifications of the Yuzpe regimen of emergency contraception: results of a randomized, controlled multicenter trial », *Obstet Gynecol*, vol. 101, 2003, p. 1160–7.
10. Rodrigues I, Grou F, Joly J. « Effectiveness of emergency contraceptive pills between 72 and 120 hours after unprotected intercourse », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 184, 2001, p. 531–7.
11. Ashok PV, Stalder C, Waggarachchi PT, Flett GM, Melvin L, Templeton A. « A randomized study comparing a low dose of mifepristone and the Yuzpe regimen for emergency contraception », *BJOG*, vol. 109, 2002, p. 553–60.
12. Xiao BL, von Hertzen H, Ahao H, Piaggio G. « A randomized double-blind comparison of two single doses of mifepristone for emergency contraception », *Hum Reprod*, vol. 17, 2002, p. 3084–9.
13. Piaggio G, von Hertzen H, Grimes DA, Van Look PFA. « Timing of emergency contraception with levonorgestrel and the Yuzpe regimen », *Lancet*, vol. 353, 1999, p. 721.
14. Trussell J, Ellertson C. « Efficacy of emergency contraception », *Fertil Cont Rev*, vol. 4, 1995, p. 8–11.
15. Croxatto HB, Devoto L, Durand M, Ezcurra E, Larrea F, Nagle C et coll. « Mechanism of action of hormonal preparations used for emergency contraception: a review of the literature », *Contraception*, vol. 63, 2001, p. 111–21.
16. Espinos JJ, Rodriguez-Espinosa J, Senosiain R, Aura M, Vanrell C, Gispert M et coll. « The role of matching menstrual data with hormonal measurements in evaluating effectiveness of postcoital contraception », *Contraception*, vol. 60, 1999, p. 215–20.
17. Wilcox A, Dunson D, Weinberg C, Trussell J, Baird D. « Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives », *Contraception*, vol. 63, 2001, p. 211–15.
18. Stirling A, Glasier A. « Estimating the efficacy of emergency contraception: how reliable are the data? », *Contraception*, vol. 66, 2002, p. 19–22.
19. Bracken MB. « Oral contraception and congenital malformations in offspring: a review and meta-analysis of the prospective studies », *Obstet Gynecol*, vol. 76, 1990, p. 552–7.
20. Vasilakis C, Jick SS, Jick H. « The risk of venous thromboembolism in users of postcoital contraceptive pills », *Contraception*, vol. 59, 1999, p. 79–83.
21. Webb A. « How safe is the Yuzpe method of emergency contraception? », *Fert Control Rev*, vol. 4, 1995, p. 16–8.
22. Raymond EG, Creinin MD, Barnhart KT, Lovvorn AE, Wountree RW, Trussell J. « Meclizine for prevention of nausea associated with use of emergency contraceptive pills: a randomized trial », *Obstet Gynecol*, vol. 95, 2000, p. 271–7.
23. Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Cates VJ, Stewart G, Guest F et coll. *Contraceptive Technology*, 17<sup>e</sup> éd., New York, Ardent Media Inc, 1998, p. 851.
24. Glasier A, Baird D. « The effects of self-administering emergency contraception », *N Engl J Med*, vol. 339, 1998, p. 1–4.
25. Ellertson C, Ambardekar S, Hedley A, Coyaji K, Trussell J, Blanchard K. « Emergency contraception: randomized comparison of advance provision and information only », *Obstet Gynecol*, vol. 98, 2001, p. 570–5.
26. Raine T, Harper C, Leon K, Darney P. « Emergency contraception: Advance provision in a young, high-risk clinic population », *Obstet Gynecol*, vol. 96, 2000, p. 1–7.
27. Shelton JD. « Repeat emergency contraception: facing our fears », *Contraception*, vol. 66, 2002, p. 19–22.
28. Kettle H, Cay S, Brown A, Glasier A. « Screening for chlamydia trachomatis infection is indicated for women under 30 using emergency contraception », *Contraception*, vol. 66, 2002, p. 251–3.
29. Consortium for Emergency Contraception. *Emergency contraceptive pills: medical and service delivery guidelines*. Disponible en ligne à [www.ccecinfo.org/files/Medical-Service-Delivery-Gdelines.pdf](http://www.ccecinfo.org/files/Medical-Service-Delivery-Gdelines.pdf). Site Web mis à jour en mars 2000. Consulté le 9 décembre 2003.
30. Tremblay D, Gainer E, Ulmann A. « The pharmacokinetics of 750 mcg levonorgestrel following administration of one single dose or two doses at 12- or 24-h interval », *Contraception*, vol. 64, 2001, p. 327–31.
31. Ellison J, Thomson AJ, Greer IA, Walker ID. « Drug points: apparent interaction between warfarin and levonorgestrel used for emergency contraception », *BMJ*, vol. 321, 2000, p. 1382.

**Nota : Le test de PPP (comprenant les objectifs et les questions) apparaîtra à la fin de la troisième partie**