

Consensus sur la contraception : Mise à jour des lignes directrices en cas de pandémie et de périodes de bouleversements sociaux

Amanda Black, Dustin Costescu, Edith Guilbert, Sheila Dunn, Wendy V. Norman, Konia Trouton, Nicole Todd, Marie-Soleil Wagner, Ashley Waddington, Anca Matei, William Fisher, Megan Schneiderman, Michelle Chan, Unjali Malhotra, Pallavi Sriram, Jennifer Blake.

Date d'origine : 18 avril 2020

Révisée et réaffirmée : 9 novembre 2021

Introduction

La pandémie de COVID-19 est une crise de santé publique aux vastes conséquences sur les soins de santé compte tenu des problèmes de santé propres à la COVID-19, des restrictions liées à la distanciation physique et sociale et du report temporaire ou indéfini d'interventions et de soins cliniques non urgents. Des mesures de distanciation physique et sociale ont été mises en œuvre pour freiner la propagation de la COVID-19. Par conséquent, les soins de santé ont été bouleversés. En effet, les visites en personne ont été reportées, voire annulées, et les fournisseurs de soins de santé ont dû adapter rapidement leur pratique clinique. Pendant ce temps, la fabrication de médicaments et leurs chaînes d'approvisionnement ont également été bouleversées. Ainsi, la population canadienne et les couples qui souhaitent éviter une grossesse en ces temps incertains courent un risque accru de voir leurs besoins en matière de contraceptifs insatisfaits puisqu'ils n'auront accès ni aux soins ni aux méthodes de contraception. De plus, l'isolement social peut augmenter le risque de grossesses non planifiées puisqu'il expose les femmes aux rapports sexuels non protégés, à la coercition reproductive et à la violence conjugale.

Idéalement, la prestation de services liés à la contraception devrait se faire conformément aux lignes directrices décrites dans le Consensus canadien sur la contraception ainsi qu'aux recommandations sur le dépistage, la durée d'utilisation des méthodes contraceptives et leur suivi. En outre, les méthodes de contraception réversibles à action prolongée (stérilets, implants) devraient être envisagées comme des méthodes de première ligne. Lors d'une pandémie, la prestation de services de planification familiale doit être adaptée, et ce, tout en s'appuyant sur les données probantes. Le présent document fournit, d'une part des orientations provisoires qui énoncent les pratiques exemplaires à adopter, et d'autre part un consensus d'experts sur les stratégies de maintien de l'accès aux méthodes contraceptives pendant la pandémie de COVID-19 ou autres périodes de bouleversements sociaux majeurs.

Recommandations et déclarations sommaires

- 1. Les périodes de bouleversements sociaux, comme les pandémies, ont pour effet d'augmenter la proportion des personnes ayant des besoins non comblés en matière de contraception. Les fournisseurs de soins de santé doivent veiller à ce que l'accès à la contraception soit maintenu pendant une telle période.**

L'accès à des services de planification familiale sécuritaire et librement consentie est un droit de la personne^{1,2}. Dans les périodes de bouleversements sociaux, y compris lors de conflits armés et de pandémies, il existe un besoin accru et non comblé de contraception, lequel fait grimper le taux de grossesses non planifiées et les conséquences qui en découlent^{3,4}. Certaines personnes pourraient ne pas avoir accès à la contraception et par conséquent se trouver assujetties à des rapports sexuels non protégés, en plus d'être exposées à un risque accru de violence conjugale, de coercition reproductive et de rapports sexuels non prévus ni voulus.

Il est essentiel de maintenir un accès continu à une panoplie de méthodes contraceptives efficaces en continuant d'offrir des renseignements, des conseils et des services sur la contraception (ce qui comprend la contraception d'urgence)⁵. Compte tenu du risque élevé d'issues de grossesse défavorables et du besoin humanitaire d'assurer un accès aux méthodes de contraception, le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) croit que l'accès à la contraception pendant une pandémie permet de « sauver des vies »⁵. Les fournisseurs de soins de santé doivent faciliter l'accès continu à la contraception, notamment en offrant des consultations virtuelles pour la prescription, la gestion et le maintien de l'utilisation des méthodes contraceptives.

- 2. Au cours de la pandémie de COVID-19, les soins liés à la contraception peuvent être offerts de manière virtuelle (appel téléphonique, appel vidéo) ou en personne selon les besoins particuliers et conformément aux recommandations des autorités sanitaires.**

Afin de faciliter l'accès à la contraception tout en respectant les directives de distanciation physique et sociale, le counseling contraceptif peut se faire de manière virtuelle afin de déterminer avec une personne en particulier les options de contraception qui lui conviennent le plus. L'évaluation en personne n'est pas toujours nécessaire pour débiter certaines méthodes de contraception. C'est le cas notamment pour les méthodes de type barrière, les contraceptifs à progestatifs seuls, l'acétate de médorxyprogestérone-retard (AMPR) et dans certaines situations d'utilisation de contraception hormonale combinée

(COC) (en l'absence de contre-indications). L'adoption de d'autres méthodes de contraception, telles que les méthodes de contraception réversibles à action prolongée (stérilets, implants), pourrait devoir être reporté si les ressources cliniques requises aux fins d'insertion ne sont pas disponibles, en cas de COVID-19 confirmée ou soupçonnée chez la patiente, ou si elle fait partie d'une catégorie de personnes particulièrement susceptibles de contracter la COVID-19.

3. Les méthodes de contraception réversibles à action prolongée sont des méthodes de contraception fiables qui sont moins tributaires, pour leur continuation, de l'accès aux soins de santé pendant une pandémie. L'insertion d'une méthode de contraception réversible à action prolongée est un service médical essentiel et les femmes qui désirent obtenir une telle méthode devraient pouvoir avoir un rendez-vous à cette fin.

Au Canada, en ce moment, la contraception intra-utérine (CIU) est la seule méthode de contraception réversible à action prolongée disponible. Il est possible que certaines femmes se soient fait poser un implant contraceptif dans un autre pays, mais l'implant à libération d'étonogestrel formé d'un seul bâtonnet n'est pas offert au Canada à l'heure actuelle. La CIU comprend les systèmes intra-utérins à libération de lévonorgestrel (SIU-LNG) et les dispositifs intra-utérins au cuivre (stérilets). La CIU constitue une méthode de contraception efficace et réversible pendant un maximum de 5 ans (et parfois plus longtemps encore)⁶. Les méthodes de contraception réversibles à action prolongée constituent la méthode contraceptive la plus efficace pour éviter une grossesse non planifiée. Cependant, certains cliniciens pourraient ne pas être en mesure de maintenir l'accès à l'insertion d'une CIU ou d'un implant (le cas échéant) en temps de pandémie ou de bouleversements sociaux.

Les fournisseurs de soins de santé qui offrent à l'heure actuelle des soins de contraception sont encouragés à continuer d'offrir ces services dans la mesure du possible. Les cliniques doivent suivre les directives locales en matière de santé publique pour effectuer un dépistage auprès de la patientèle avant le rendez-vous, avoir accès à des équipements de protection individuelle (EPI) adéquats, laver et désinfecter les zones cliniques au besoin, et respecter scrupuleusement le protocole de lavage des mains. Les fournisseurs de soins de santé doivent disposer d'un excellent système d'évaluation et de suivi de la patientèle qu'ils sont en mesure de recevoir. Dans les cas où l'insertion d'une CIU n'est pas possible pendant la pandémie, les méthodes de contraception que les patientes peuvent gérer elles-mêmes devraient être offertes en attendant qu'elles puissent obtenir

leur CIU. En l'absence de contre-indications à l'utilisation d'une méthode contraceptive réversible à courte durée d'action, celle-ci peut être commencée immédiatement.

Les fournisseurs de soins de santé doivent déployer des efforts particuliers pour maintenir l'accès à la CIU (remise d'une méthode transitoire de contraception et/ou orientation vers un autre fournisseur) pour les patientes présentant un risque élevé de grossesse non planifiée et de complications qui y seraient liées. Il est notamment question des patientes qui ont des antécédents de grossesse non planifiée, celles qui risquent de subir de la coercition reproductive ou de la violence conjugale, celles pour qui la contraception contenant un estrogène est contre-indiquée et celles pour qui les méthodes contraceptives réversibles de courte durée d'action (y compris les méthodes de type barrière) sont contre-indiquées ou risquent de s'avérer peu fiables.

4. La contraception intra-utérine (CIU) peut se poursuivre de manière sécuritaire au-delà de sa durée d'utilisation approuvée. Selon le dispositif employé et sa durée d'utilisation approuvée, les rendez-vous pour retirer ou remplacer une CIU peuvent être reportés jusqu'à 12 mois.

Les retraits et les remplacements systématiques de CIU doivent si possible être reportés et on doit donner aux patientes qui en portent des explications sur la sécurité et l'efficacité d'une utilisation prolongée d'une CIU. L'utilisation prolongée d'une CIU est sécuritaire au-delà de la durée d'utilisation approuvée, mais son efficacité peut s'en trouver légèrement altérée. Même si chaque dispositif a été approuvé pour une durée d'utilisation précise, la plupart de ces dispositifs demeurent efficaces au-delà de la période indiquée dans les recommandations du fabricant^{6, 7} et le remplacement immédiat à la fin de cette période n'est pas nécessaire.

Des données suffisantes soutiennent que le SIU-LNG à 52 mg (Mirena®) peut être utilisé pendant une durée prolongée, et ce, jusqu'à 7 ans chez les femmes qui avaient ≥ 25 ans au moment de l'insertion⁷⁻¹³. Les connaissances scientifiques concernant l'utilisation prolongée d'un SIU-LNG à 13,5 mg (Jaydess®) ou d'un SIU-LNG à 19,5 mg (Kyleena®) sont limitées. Même si le risque de grossesse est vraisemblablement faible, il faut conseiller aux femmes qui utilisent un SIU-LNG à 13,5 mg et à 19,5 mg au-delà de la limite prescrite, d'utiliser une deuxième méthode de contraception, comme une méthode barrière, des pilules à progestatif seul ou la contraception hormonale combinée (en l'absence de contre-indications).¹⁴.

La plupart des stérilets au cuivre sont efficaces au-delà de la durée d'utilisation approuvée. Même si, pour certains stérilets en cuivre, la monographie de produit indique une durée d'utilisation de 30 mois, les données probantes tirées des essais cliniques indiquent que ces derniers peuvent être utilisés pendant un maximum de 5 ans¹⁵. Des données suffisantes soutiennent l'utilisation des stérilets composés de 380 mm² de cuivre pendant au moins 12 ans^{7, 8, 12, 16} et probablement jusqu'à la ménopause si la femme avait plus de 35 ans au moment de son insertion. Dans le cas des stérilets composés de moins de 380 mm² de cuivre, approuvés pour 5 ans, il est possible qu'ils demeurent efficaces au-delà de la 5e année, mais il peut être sage d'employer une deuxième méthode de contraception après 5 ans d'utilisation. L'utilisation d'une pilule à progestatif seul ou de la contraception hormonale combinée (en l'absence de contre-indications) peut être commencée en présence d'un stérilet au cuivre ou d'un SIU-LNG dans l'attente d'un rendez-vous pour le faire retirer¹⁴.

Pendant les périodes de bouleversements sociaux et compte tenu de la durée prolongée de l'efficacité des nombreux stérilets, les patientes qui ont besoin de se faire poser un stérilet pour la première fois devraient avoir la priorité devant celles qui doivent faire remplacer leur stérilet.

- 5. Les implants de progestatif peuvent être utilisés en toute sécurité au-delà de la durée d'utilisation indiquée. Les patientes qui portent un implant à libération d'étonogestrel formé d'un seul bâtonnet aux fins de contraception peuvent reporter le remplacement ou le retrait de ce dispositif et le conserver pendant au moins 12 mois supplémentaires.**

L'utilisation de cet implant sous-cutané est approuvée pour trois ans. Des données probantes fiables suggèrent que les implants à libération d'étonogestrel demeurent efficaces au-delà des trois années approuvées d'utilisation, et des études révèlent qu'ils ont une excellente efficacité pendant 4 ans et 5 ans^{17, 7, 13, 18}. Si une patiente souhaite continuer d'utiliser cet implant, le rendez-vous pour le retrait ou le remplacement (le cas échéant) de ce dispositif peut être reporté à une date ultérieure. Même si le taux sérique d'étonogestrel demeure supérieur au taux minimum requis pour inhiber l'ovulation au-delà de cinq ans, il y a lieu de conseiller aux femmes qui portent cet implant depuis plus de cinq ans d'utiliser une autre méthode de contraception puisque l'efficacité peut varier d'une femme à une autre¹⁹.

6. La contraception à progestatif seul, y compris les contraceptifs oraux à progestatif seul et l'acétate de médroxyprogestérone-retard (AMPR), peut être débutée et poursuivie en toute sécurité sans recourir à une évaluation en personne.

La contraception à progestatif seul est efficace et sécuritaire pour la grande majorité des femmes. Le contraceptif oral à progestatif seul pris quotidiennement à la même heure (selon un délai de moins de 3 heures par rapport à l'heure habituelle de prise) a une efficacité semblable à celle de la contraception hormonale combinée. Il existe très peu de contre-indications à l'utilisation des méthodes de contraception à progestatif seul, à l'exception d'un cancer du sein connu ou récent avec récepteurs positifs à la progestérone, d'une cirrhose hépatique sévère et d'un adénome hépatique (bénin ou malin)²⁰. Une rencontre virtuelle peut remplacer une évaluation en personne pour prescrire les méthodes de contraception à progestatif seul. L'utilisation de ce type de contraception (renouvellement de prescription) peut se faire sans examen physique préalable. L'AMPR et les pilules à progestatif seul peuvent tous deux être débutés à tout moment pendant le cycle menstruel. Une deuxième méthode de contraception devrait être utilisée pendant au moins 7 jours après avoir commencé l'AMPR ou pendant au moins 48 heures après avoir commencé à utiliser un contraceptif oral à progestatif seul²⁰.

7. Un fournisseur de soins de santé formé pour pratiquer des injections intramusculaires peut administrer l'AMPR à la patiente toutes les 14 semaines.

Au Canada, l'AMPR est approuvé pour l'administration par injection intramusculaire en une dose de 150 mg tous les 3 mois (toutes les 12 à 13 semaines); cette injection est habituellement pratiquée dans un bureau. La formulation sous-cutanée de 104 mg d'AMPR n'est pas offerte au Canada. L'AMPR administré par injection intramusculaire conserve son efficacité jusqu'à 14 semaines après la dernière injection²⁰⁻²². Les femmes pourraient ne pas être en mesure d'avoir rapidement accès au bureau de leur fournisseur de soins de santé habituel pour recevoir leur injection d'AMPR, ce qui pourrait limiter leur utilisation et leur choix contraceptif. Il est possible de demander à des fournisseurs de soins de santé autres que celui qui a prescrit l'AMPR d'effectuer l'injection. Les organismes de réglementation doivent envisager d'éliminer les obstacles et permettre aux professionnels paramédicaux déjà formés pour pratiquer des injections intramusculaires, notamment les pharmaciens et les sages-femmes, d'administrer des doses d'AMPR et ainsi en améliorer l'accès. Le nombre de mois ou d'années d'utilisation de l'AMPR ne devrait pas être limité pour les femmes en âge de procréer qui peuvent utiliser cette méthode²⁰.

- 8. Il est raisonnable de débiter une méthode de contraception estro-progestative sans mesurer la tension artérielle des femmes à faible risque de maladie cardiovasculaire qui n'ont aucune contre-indication à l'utilisation de la contraception hormonale combinée. La tension artérielle devra être mesurée dès qu'il sera cliniquement possible de le faire.**

Il est possible de continuer l'utilisation de la contraception estro-progestative et de renouveler la prescription sans mesurer la tension artérielle de la femme si celle-ci ne manifeste toujours aucune contre-indication et qu'elle n'a connu aucun événement indésirable pendant qu'elle l'utilisait. Un rendez-vous pour mesurer la tension artérielle devra être obtenu dès que possible.

Chez les femmes < 35 ans en bonne santé qui ne présentent pas de facteurs de risque cardiovasculaire, le risque d'hypertension occulte est faible. Même s'il est recommandé de mesurer la tension artérielle avant de débiter l'utilisation de contraceptif oral combiné (COC), de timbres ou d'anneaux estro-progestatifs^{23, 24}, cette évaluation peut être reportée en cas de pandémie pourvu que la patiente soit en bonne santé et qu'elle n'ait aucune contre-indication à l'utilisation de la contraception hormonale combinée. Lorsqu'une patiente possède un sphygmomanomètre à la maison ou connaît quelqu'un de son entourage rapproché qui pourrait mesurer sa tension artérielle, cette évaluation peut remplacer une mesure prise au bureau du médecin. Une tension artérielle documentée au cours de la dernière année constitue un dépistage suffisant de l'hypertension. Les sphygmomanomètres publics ne devraient pas être utilisés pendant qu'il est recommandé de pratiquer l'isolement et la distanciation sociale.

Il faut tenter d'obtenir une mesure de la tension artérielle dans les trois mois suivant le début de l'utilisation de la contraception hormonale combinée. Dans le cas des patientes ≥ 35 ans, ou chez celles plus jeunes ayant des facteurs de risque cardiovasculaire mineurs, et pour lesquelles les contraceptifs estro-progestatifs seraient jugés acceptables, la tension artérielle devrait être mesurée dans les trois mois suivant le début de l'utilisation, même si la tension artérielle de cette patiente a déjà été mesurée dans le passé. Sinon, pour le renouvellement d'une prescription de contraception estro-progestative, il peut se faire dans le cadre d'une visite virtuelle ou d'un renouvellement en pharmacie sans mesure de la tension artérielle.

9. Les timbres contraceptifs peuvent être remplacés tous les 9 jours. L’anneau vaginal contraceptif peut être utilisé de façon continue pendant un maximum de 4 semaines.

Le timbre contraceptif et l’anneau vaginal contraceptif peuvent tous les deux être utilisés hors indication au-delà de leur durée d’utilisation approuvée²⁴. Cette recommandation peut devenir pertinente en cas de pénurie de médicaments ou de capacité limitée à payer

pour la contraception en raison d’une perte de revenu ou de prestations d’assurance-maladie liées à l’emploi. Les études pharmacocinétiques indiquent que les timbres maintiennent leur taux hormonal pour inhiber l’ovulation pendant 9 jours consécutifs d’utilisation²⁵, tandis que l’anneau maintient ce taux pendant au moins 28 jours consécutifs²⁶. Avec l’utilisation du timbre ou de l’anneau, l’intervalle sans hormone NE doit PAS dépasser sept jours.

10. La contraception d’urgence est un service médical essentiel pour lequel il faut maintenir un accès en temps opportun.

Il faut rappeler aux femmes que la contraception d’urgence (CU) peut être une option. Les options de contraception d’urgence de nature hormonale comprennent les pilules CU-LNG et la CU-à l’acétate d’ulipristal (CU-UPA). Les deux options doivent être prises dans les 5 jours suivant une relation sexuelle non protégée. Les pilules CU-LNG sont plus efficaces si elles sont prises tôt après la relation sexuelle et il est possible de les obtenir sans ordonnance d’un médecin dans une pharmacie (soit en vente libre ou remises par le pharmacien en fonction de la pharmacie et de la région). Il faut une ordonnance d’un médecin pour obtenir la CU-UPA et celle-ci est plus efficace que les pilules CU-LNG, surtout au quatrième et au cinquième jour après une relation sexuelle non protégée. Le stérilet en cuivre est la méthode de CU la plus efficace. Il peut être inséré jusqu’à 7 jours après la relation sexuelle non protégée, en plus de fournir une contraception continue²⁷. La pose d’un stérilet au cuivre comme méthode de contraception d’urgence doit être considérée comme un service essentiel.

Les rencontres virtuelles (appels téléphonique ou vidéo) peuvent être utilisées aux fins de consultation pour l’obtention de méthodes de CU. Si la patiente choisit une méthode de CU de nature hormonale, il convient d’envisager également de débiter rapidement une contraception régulière soit avec un contraceptif oral à progestatif seul ou un contraceptif hormonal combiné (en l’absence de contre-indications) et de transmettre la prescription par téléphone à la pharmacie¹⁴. Le moment de commencer le contraceptif

régulier après la prise de la CU de nature hormonale dépendra du choix de la patiente (CU-UPA ou CU-LNG)²⁸. L'insertion d'un stérilet au cuivre d'urgence peut être prévue à un moment et à un endroit appropriés.

11. La contraception d'urgence devrait être abordée (pilules CU-LNG, CU-UPA, stérilet au cuivre) et des prescriptions (CU-UPA) devraient être fournies de manière proactive. Les femmes devraient être sensibilisées à la possibilité de pénuries de médicaments et aux solutions de rechange possibles à leur méthode de contraception actuelle.

La prescription proactive de CU-UPA doit être envisagée pour toutes les patientes qui utilisent des formes de contraception moins fiables (méthodes de contraception réversible à courte durée d'action, méthodes de type barrière, coït interrompu, planification familiale naturelle) ou qui n'ont aucune méthode de contraception. Si une patiente n'est pas à l'aise de débiter une méthode de contraception réversible à action prolongée compte tenu des recommandations sur la distanciation physique et souhaite se rendre le moins souvent possible en personne au bureau du médecin pour des raisons de sécurité, il est recommandé de la renseigner sur les méthodes de contraception de type barrière et à courte durée d'action. Une prescription de CU-UPA pourrait lui être fournie jusqu'à ce qu'une rencontre en personne puisse avoir lieu.

Puisque la fabrication des médicaments et leurs chaînes d'approvisionnement ont fait l'objet de bouleversements, des pénuries de médicaments peuvent se produire²⁹. Même si les fournisseurs de soins de santé devraient prescrire un nombre suffisant de renouvellements afin de réduire le nombre de visites au bureau et à la pharmacie, il est possible que la pharmacie limite la patiente à un approvisionnement de 30 jours en médicaments. Les patientes peuvent souhaiter explorer et envisager d'autres méthodes de contraception, dont les méthodes de type barrière, pour les utiliser en complément à leur méthode actuelle.

12. Il convient de rappeler aux femmes et aux couples en attente d'une intervention de contraception permanente d'utiliser une méthode de contraception efficace réversible jusqu'à ce que l'intervention ait lieu.

La crise de la COVID-19 exige le report indéfini des interventions non urgentes prévues, y compris les interventions de contraception permanente³⁰. Les femmes qui n'utilisent aucune méthode de contraception efficace et sont en attente d'une date pour leur intervention ou pour avoir une consultation de contraception permanente sont à risque de

grossesse non planifiée. Il est conseillé de dire à ces patientes que ces interventions ont été reportées indéfiniment et de leur rappeler d'utiliser une méthode de contraception efficace jusqu'à ce que l'intervention puisse avoir lieu³¹. La consultation au sujet d'autres options de contraception peut se faire dans le cadre d'une rencontre virtuelle (appel téléphonique ou vidéoconférence).

13. Les femmes atteintes de la COVID-19 peuvent poursuivre toute forme de contraception déjà commencée, y compris la contraception hormonale combinée, peu importe la gravité de la maladie.

Forme légère et asymptomatique ne nécessitant pas d'hospitalisation

À l'heure actuelle, il n'existe pas de données probantes permettant d'associer les formes légères et asymptomatiques de la COVID-19 qui ne nécessitent pas d'hospitalisation à un risque accru de thromboembolie veineuse (TEV)^{32,33}. Dans ce contexte, toute forme de contraception, y compris la contraception hormonale combinée à libération d'œstrogène, peut se poursuivre sans modification.

Forme modérée à sévère nécessitant une hospitalisation

La forme modérée à sévère de la COVID-19 nécessitant une hospitalisation est associée à un risque accru de TEV, jusqu'à 17 % d'incidence de tout cas de TEV et 7,1 % d'embolie pulmonaire (EP)³⁴. Les populations à l'étude étaient souvent plus âgées, principalement composées d'hommes présentant des facteurs de risque de TEV, ce qui limite la généralisabilité aux femmes en bonne santé et en âge de procréer. Les recommandations actuelles suggèrent un traitement prophylactique par anticoagulants pour toutes les personnes atteintes de la COVID-19 et hospitalisées³⁵.

La contraception non hormonale (dispositif intra-utérin au cuivre) et les méthodes contraceptives à progestatif seul (COPS, SIU-LNG, AMPR et implants de progestatif) ne sont pas associées à un risque accru de TEV²⁰ et ne nécessitent aucun changement de leur utilisation continue chez les femmes atteintes d'une forme modérée à sévère de la COVID-19 nécessitant une hospitalisation.

Les femmes qui prennent des contraceptifs oraux combinés (COC) présentent un risque de TEV de 2 à 3 fois plus élevé par rapport à celles qui n'en utilisent pas, le risque étant le plus élevé au cours de la première année d'utilisation²⁴. Le risque de base de TEV chez les femmes en âge de procréer n'utilisant pas de COC est de 4-5/10 000 années-femmes par rapport à 10/10 000 années-femmes pour les utilisatrices de COC. Ce risque est comparé au risque relatif de TEV de 6,7 pendant la grossesse et de 115,1 pendant la période post-partum²⁴. Il est essentiel de contextualiser ce risque par rapport au risque d'une grossesse compliquée par la COVID-19. Pour les femmes enceintes atteintes de la COVID-19, les données actuelles montrent un taux d'admission à l'USI de 7 à 10 %, un taux de ventilation artificielle de 3,4 % et un taux de mortalité maternelle de 1 %³⁶. Le taux de TEV chez les femmes enceintes atteintes de la COVID-19 n'est pas

encore

établi, puisque seulement quelques cas ont été signalés^{37,38,39,40}. Compte tenu du risque élevé de TEV lié à la grossesse et au post-partum par rapport à l'utilisation d'une contraception hormonale combinée, en plus des risques liés aux grossesses compliquées par la COVID-19, l'utilisation continue d'une contraception hormonale combinée (contraceptif oral, timbre contraceptif, anneau vaginal) chez les femmes atteintes d'une forme modérée à sévère de la COVID-19 nécessitant une hospitalisation représente une stratégie de réduction des méfaits équilibrée.

- 14. Les femmes qui sont atteintes d'une forme légère ou asymptomatique de la COVID-19 peuvent commencer toute forme de contraception, y compris la contraception hormonale combinée. Les femmes qui sont atteintes d'une forme modérée ou sévère de la COVID-19 nécessitant une hospitalisation peuvent commencer une contraception non hormonale ou une méthode contraceptive à progestatif seul, puis passer à une contraception hormonale combinée (contraceptif oral, timbre contraceptif, anneau vaginal) au moment de leur congé, si désiré.**

Forme légère et asymptomatique ne nécessitant pas d'hospitalisation

À l'heure actuelle, il n'existe pas de données probantes permettant d'associer les formes légères et asymptomatiques de la COVID-19 qui ne nécessitent pas d'hospitalisation à un risque accru de thromboembolie veineuse (TEV)^{32,33}. Dans ce contexte, il est sécuritaire de commencer toute forme de contraception, y compris la contraception hormonale combinée à libération d'œstrogènes. Les Critères de recevabilité médicale habituels s'appliquent pour chaque méthode. Comme précisé plus tôt dans cette directive clinique, les femmes à faible risque de maladie cardiovasculaire qui commencent une contraception hormonale combinée (contraceptif oral, timbre contraceptif, anneau vaginal) peuvent le faire sans mesurer leur pression artérielle. La pression artérielle doit être mesurée dès qu'il est cliniquement possible de le faire.

Forme modérée à sévère nécessitant une hospitalisation

La contraception non hormonale (dispositif intra-utérin au cuivre) et les méthodes contraceptives à progestatif seul (COPS, SIU-LNG, AMPR et implants de progestatif) ne sont pas associées à un risque accru de TEV²⁰ et peuvent être instaurées chez les femmes atteintes d'une forme modérée ou sévère de la COVID-19 nécessitant une hospitalisation.

Comme il est précisé ci-dessus, l'utilisation de contraceptif oral combiné (COC) est associée à un risque de TEV de 2 à 3 fois plus élevé par rapport au risque de base, le risque étant le plus élevé au cours de la première année d'utilisation. Les femmes atteintes de la COVID-19 qui ont déjà commencé à utiliser un COC peuvent continuer de l'utiliser au lieu de l'arrêter et de recommencer une contraception hormonale combinée.

Cependant, les femmes qui choisissent de commencer une méthode de contraception alors qu'elles sont atteintes d'une forme modérée ou sévère de la COVID-19 nécessitant une hospitalisation devraient d'abord envisager des méthodes contraceptives non hormonales ou à progestatif seul.

Le risque de TEV lié à une forme modérée à sévère de la COVID-19 nécessitant une hospitalisation retourne à la normale après la sortie de l'hôpital⁴¹. Les recommandations actuelles suggèrent d'arrêter le traitement prophylactique par anticoagulants au moment du congé de l'hôpital^{35,42}. Compte tenu de ce retour à la normale, les femmes souhaitant commencer la contraception hormonale combinée ou faire la transition d'une autre méthode peuvent le faire de façon sécuritaire à ce moment.

15. Les femmes atteintes de la COVID-19 peuvent utiliser toute méthode de contraception d'urgence, peu importe le degré de sévérité de la maladie.

Il n'y a pas de contre-indications absolues à l'utilisation d'une contraception d'urgence, outre la grossesse et l'hypersensibilité⁴³. Même les femmes qui présentent des contre-indications à l'utilisation d'une contraception hormonale combinée peuvent utiliser en toute sécurité des méthodes de contraception d'urgence à libération d'hormones⁴³. Les femmes atteintes de la COVID-19, peu importe le degré de sévérité, peuvent utiliser en toute sécurité toute méthode de contraception d'urgence actuellement offerte au Canada.

Tableau 1 : Consultation et soins en matière de contraception pendant la pandémie de COVID-19

Consultation et soins en matière de contraception pendant la pandémie de COVID-19

Services essentiels

- Contraception d'urgence (CU-LNG, CU-UPA, insertion post-coïtale d'un stérilet en cuivre)
- Insertion d'une CIU aux fins de contraception
- Prise en charge des complications liées à une CIU
- Rencontres en personne pour les patientes issues de groupes vulnérables lorsqu'il n'est pas possible de prodiguer des soins de manière virtuelle
- Contraception post-avortement
- Consultation et services virtuels et en ligne sur la contraception

Adaptation des pratiques exemplaires habituelles

- Consultation à distance pour débiter des pilules à progestatif, de l'AMPR et de la contraception hormonale combinée
- Consultation à distance pour faire le counseling contraceptif
- Consultation à distance pour faire le counseling sur la CIU
- Consultation à distance pour faire le début rapide de la contraception après l'utilisation d'une méthode de contraception d'urgence
- Renouvellement des prescriptions de contraception sans évaluation en personne
- Report de la mesure de la tension artérielle chez les femmes < 35 ans qui débutent la contraception hormonale combinée si elles ne présentent aucune contre-indication ni aucun risque cardiovasculaire
- Utilisation prolongée du timbre et de l'anneau vaginal contraceptifs
- Utilisation prolongée d'une CIU et d'un implant.
- Report des retraits et des remplacements systématiques des méthodes de contraception réversibles à action prolongée

RÉFÉRENCES

1. Resolution XVIII: Human Rights Aspects of Family Planning, Final Act of the International Conference on Human Rights. U.N. Doc. A/CONF. 32/41, p.15.
2. (WHO) WHO. Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: Guidance and recommendations. 2014. Available at https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/102539/9789241506748_eng.pdf?sequence=1.
3. Simsek Z, Yentur Doni N, Gul Hilali N, et al. A community-based survey on Syrian refugee women's health and its predictors in Sanliurfa, Turkey. *Women Health*. 2018;58:617-31.
4. Casey SE, Tshipamba M. Contraceptive availability leads to increase in use in conflict-affected Democratic Republic of the Congo: evidence from cross-sectional cluster surveys, facility assessments and services statistics. *Confl Health*. 2017;8:2.
5. United Nations Population Fund (UNFPA). Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic: UNFPA Global Response Plan. April 2020. Available at https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_-_UNFPA_Global_Response_Plan_April_07.pdf.
6. Black A, Guilbert E, Costescu D, et al. Canadian Contraception Consensus (Part 3 of 4): Chapter 7--Intrauterine Contraception. *J Obstet Gynaecol Can*. 2016;38:182-222.
7. Bahamondes L, Fernandes A, Monteiro I, et al. Long-acting reversible contraceptive (LARCs) methods. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2020;66:28-40.
8. Wu JP, Pickle S. Extended use of the intrauterine device: a literature review and recommendations for clinical practice. *Contraception*. 2014;89:495-503.
9. Hidalgo MM, Hidalgo-Regina C, Bahamondes MV, et al. Serum levonorgestrel levels and endometrial thickness during extended use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Contraception*. 2009;80:84-9.
10. Creinin MD. Extended use of the intrauterine device: a literature review and recommendations for clinical practice. *Contraception*. 2014;90:104.
11. Ronnerdag M, Odland V. Health effects of long-term use of the intrauterine levonorgestrel-releasing system. A follow-up study over 12 years of continuous use. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 1999;78:716-21.
12. Ti AJ, Roe AH, Whitehouse KC, et al. Effectiveness and safety of extending intrauterine device duration: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2020;223:24-35.E3.

13. McNicholas C, Swor E, Wan L, et al. Prolonged use of the etonogestrel implant and levonorgestrel intrauterine device: 2 years beyond Food and Drug Administration-approved duration. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;216:586 e1- e6.
14. The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. Essential SRH Services during COVID-19 March 2020 2020. Available at <https://www.fsrh.org/documents/fsrh-position-essential-srh-services-during-covid-19-march-2020/>.
15. Andersson K, Odland V, Rybo G. Levonorgestrel-releasing and copper-releasing (Nova-T) IUDs during five years of use: A randomized comparative trial. *Contraception.* 1994;49:56-72.
16. Bahamondes L, Faundes A, Sobreira-Lima B, et al. TCU 380A IUD: a reversible permanent contraceptive method in women over 35 years of age. *Contraception.* 2005;72:337-41.
17. Ali M, Akin A, Bahamondes L, et al. Extended use up to 5 years of the etonogestrel-releasing subdermal contraceptive implant: comparison to levonorgestrel-releasing subdermal implant. *Hum Reprod.* 2016;31:2491-8.
18. Ali M, Bahamondes L, Bent Landoulsi S. Extended Effectiveness of the Etonogestrel-Releasing Contraceptive Implant and the 20 microg Levonorgestrel-Releasing Intrauterine System for 2 Years Beyond U.S. Food and Drug Administration Product Labeling. *Glob Health Sci Pract.* 2017;5:534-9.
19. McNicholas C, Maddipati R, Zhao Q, et al. Use of the etonogestrel implant and levonorgestrel intrauterine device beyond the U.S. Food and Drug Administration-approved duration. *Obstet Gynecol.* 2015;125:599-604.
20. Black A, Guilbert E, Costescu D, et al. Canadian Contraception Consensus (Part 3 of 4): Chapter 8 - Progestin-Only Contraception. *J Obstet Gynaecol Can.* 2016;38:279-300.
21. Steiner MJ, Kwok C, Stanback J, et al. Injectable contraception: what should the longest interval be for reinjections? *Contraception.* 2008;77:410-4.
22. Paulen ME, Curtis KM. When can a woman have repeat progestogen-only injectables--depot medroxyprogesterone acetate or norethisterone enantate? *Contraception.* 2009;80:391-408.
23. Curtis KM, Jatlaoui TC, Tepper NK, et al. U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2016. *MMWR Recomm Rep.* 2016;65:1-66.
24. Black A, Guilbert E, Costescu D, et al. No. 329-Canadian Contraception Consensus Part 4 of 4 Chapter 9: Combined Hormonal Contraception. *J Obstet Gynaecol Can.* 2017;39:229-68 e5.

25. Abrams LS, Skee DM, Wong FA, et al. Pharmacokinetics of norelgestromin and ethinyl estradiol from two consecutive contraceptive patches. *J Clin Pharmacol*. 2001;41:1232-7.
26. Timmer CJ, Mulders TM. Pharmacokinetics of etonogestrel and ethinylestradiol released from a combined contraceptive vaginal ring. *Clin Pharmacokinet*. 2000;39:233-42.
27. Black A, Guilbert E, Co A, et al. Canadian Contraception Consensus (Part 1 of 4). *J Obstet Gynaecol Can*. 2015;37:936-42.
28. Guilbert E, Dunn S, Black A. Addendum to the Canadian Consensus on Contraception - Emergency Contraception: 1) Excluding pre-existing pregnancy when inserting copper IUD and 2) Initiation of hormonal contraception after emergency contraception. *J Obstet Gynaecol Can*. 2016;38:1150-1.
29. Purdy C. Opinion: How will COVID-19 affect global access to contraceptives — and what can we do about it? March 11 2020. Available at <https://www.devex.com/news/opinion-how-will-covid-19-affect-global-access-to-contraceptives-and-what-can-we-do-about-it-96745>.
30. American College of Surgeons. COVID 19: Elective Case Triage Guidelines for Surgical Care, Gynecology 2020 [updated March 24, 2020; April 12, 2020]. Available at https://www.facs.org/-/media/files/covid19/guidance_for_triage_of_nonemergent_surgical_procedures_gynecology.ashx.
31. Black A, Guilbert E, Costescu D, et al. Canadian Contraception Consensus (Part 2 of 4). *J Obstet Gynaecol Can*. 2015;37:1033-9.
32. American Society of Hematology. COVID-19 and VTE/Anticoagulation: Frequently Asked Questions. 2021. Available at <https://www.hematology.org/covid-19/covid-19-and-vte-anticoagulation>.
33. Sciruba FC. COVID-19 Positive Outpatient Thrombosis Prevention in Adults Aged 40-80 (ClinicalTrials.gov Identifier: NCT04498273). 2021. Available at <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04498273>.
34. Jiménez D, García-Sánchez A, Rali P, et al. Incidence of VTE and Bleeding Among Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019: A Systematic Review and Meta-analysis. *Chest*. 2021;159:1182-96.
35. Cuker A, Tseng EK, Nieuwlaar R, et al. American Society of Hematology 2021 guidelines on the use of anticoagulation for thromboprophylaxis in patients with COVID-19. *Blood Adv*. 2021;5:872-88.

36. Kadir RA, Kobayashi T, Iba T, et al. COVID-19 coagulopathy in pregnancy: Critical review, preliminary recommendations, and ISTH registry-Communication from the ISTH SSC for Women's Health. *J Thromb Haemost.* 2020;18:3086-98.
37. Khalil A, Kalafat E, Benlioglu C, et al. SARS-CoV-2 infection in pregnancy: A systematic review and meta-analysis of clinical features and pregnancy outcomes. *EClinicalMedicine.* 2020;25:100446.
38. Martinelli I, Ferrazzi E, Ciavarella A, et al. Pulmonary embolism in a young pregnant woman with COVID-19. *Thromb Res.* 2020;191:36-7.
39. Ahmed I, Azhar A, Eltaweel N, et al. First COVID-19 maternal mortality in the UK associated with thrombotic complications. *Br J Haematol.* 2020;190:e37-e8.
40. Mohammadi S, Abouzaripour M, Hesam Shariati N, et al. Ovarian vein thrombosis after coronavirus disease (COVID-19) infection in a pregnant woman: case report. *J Thromb Thrombolysis.* 2020;50:604-7.
41. Roberts LN, Whyte MB, Georgiou L, et al. Postdischarge venous thromboembolism following hospital admission with COVID-19. *Blood.* 2020;136:1347-50.
42. National Institutes of Health. COVID-19 Treatment Guidelines Panel. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines. 2021. Available at <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/>.
43. Black A, Guilbert E, Co A, et al. Canadian Contraception Consensus (Part 1 of 4): Chapter 3 Emergency Contraception. *J Obstet Gynaecol Can.* 2015;37:S20-S8.