

LA CONTRACEPTION ORALE D'URGENCE

**Manuel d'autoformation
à l'intention des pharmaciennes
et pharmaciens**

LA CONTRACEPTION ORALE D'URGENCE

*Proposé conformément
au Règlement sur les activités
de formation obligatoire des pharmaciens
pour la prescription des médicaments
permettant une
contraception orale d'urgence*

Manuel d'autoformation à l'intention des pharmaciennes et pharmaciens

Janvier 2002



Ordre
des pharmaciens
du Québec

**Santé
et Services sociaux**

Québec 

Groupe interdisciplinaire d'experts

Chantal Asselin, infirmière

Jocelyn Bérubé, m.d.

Jocelyn Binet, pharmacien, Ordre des pharmaciens du Québec

Louise Charbonneau, m.d.

Sabine Cilingir, pharmacienne

Danielle Fagnan, pharmacienne, Ordre des pharmaciens du Québec

Ema Ferreira, pharmacienne

Nicole Houle, andragogue, Ordre des pharmaciens du Québec

Francine Léger, m.d.

Janine Matte, pharmacienne

Anick Minville, pharmacienne, Ordre des pharmaciens du Québec

Christine Pakenham, ministère de la Santé et des Services sociaux

Ce programme de formation continue a été accrédité par l'Ordre des pharmaciens du Québec qui accordera 5,4 unités de formation continue (UFC) aux pharmaciens qui l'auront suivi avec succès.

Membres du groupe de travail ministériel sur la contraception orale d'urgence (COU):

Jocelyn Bérubé, Directions de santé publique

Lucie Boissonneault, Office des professions du Québec

Thérèse Bouchez, Directeurs de santé publique

Sylvie Dumas, Association des CLSC et CHSLD du Québec

Manon Fontaine, ministère de la Santé et des Services sociaux

Édith Guilbert, Directions de santé publique

Pierre Hamel, Collège des médecins du Québec

Lyné Jobin, ministère de la Santé et des Services sociaux

Lise Matte, ministère de la Santé et des Services sociaux

Christine Pakenham, ministère de la Santé et des Services sociaux

Marie-Josée Papillon, Ordre des pharmaciens du Québec

Judith Sicotte, Association des hôpitaux du Québec

Lise Villeneuve, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Édition produite par :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document est disponible à la section **documentation**, sous la rubrique **publications** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **www.msss.gouv.qc.ca**

Également disponible sur le site de l'Ordre des pharmaciens du Québec à l'adresse suivante: **www.opq.org**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2002

Bibliothèque nationale du Canada, 2002

ISBN 2-550-38670-1

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec

AVANT-PROPOS

Bien que le Québec se soit doté, il y a plus de vingt ans, d'un réseau de services relatifs à la planification des naissances, le taux de grossesses chez les adolescentes demeure élevé. De même, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse est toujours en progression, notamment parmi les adolescentes. La documentation scientifique mentionne qu'un des moyens à privilégier est de faire connaître davantage la contraception orale d'urgence et de la rendre plus facilement accessible.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux, en partenariat avec le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des pharmaciens du Québec, a décidé d'aller de l'avant et de réaliser les travaux nécessaires pour développer un nouveau mode d'accès à la contraception orale d'urgence, soit l'accès direct en pharmacie.

Dès à présent, les pharmaciennes et pharmaciens du Québec peuvent prescrire un médicament requis pour la contraception orale d'urgence. Pour y être autorisés, ils doivent avoir suivi et réussi une formation obligatoire et en avoir obtenu l'attestation par l'Ordre des pharmaciens. Nous ne pouvons que nous réjouir d'un tel aboutissement. Il s'agit bien sûr d'une reconnaissance majeure pour le pharmacien mais, il s'agit également de la mise en œuvre d'un moyen démontré efficace pour contribuer à diminuer les grossesses chez les adolescentes.

Toute la question de l'accessibilité à la contraception orale d'urgence constitue un bel exemple de collaboration entre une multitude d'experts du domaine de la santé déterminés à atteindre le même objectif, soit de contrer un problème de santé publique de plus en plus préoccupant.

Les efforts communs et dignes de mention du ministère de la Santé et des Services sociaux, du Collège des médecins et de l'Ordre des pharmaciens ont porté sur la base réglementaire et sur les éléments de formation nécessaires à la réalisation de ce grand projet. Les membres du Bureau et ceux du personnel permanent de l'Ordre des pharmaciens du Québec ont fourni l'encadrement indispensable pour la réalisation du programme de formation.

Enfin, le travail du comité ministériel, du groupe interdisciplinaire d'experts et des équipes de formateurs a permis de développer une formation d'une qualité exceptionnelle, qu'elle soit offerte par l'entremise des sessions de formation ou par le présent manuel.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Ordre des pharmaciens du Québec désirent remercier très sincèrement toutes les personnes qui ont contribué si généreusement au développement et à la mise en œuvre de ce programme de formation.

L'Ordre des pharmaciens désire également remercier son partenaire Paladin qui a contribué à rendre possible la réalisation de cet important projet pour la profession.



Paul Fernet, B.Pharm., LL.B.
Président
Ordre des pharmaciens du Québec



Richard Massé
Sous-ministre adjoint
Ministère de la Santé et des Services sociaux

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
---------------------------	---

Premier volet

<i>Le contexte entourant l'élargissement de rôle du pharmacien et la contraception orale d'urgence</i>	11
--	----

L'accessibilité élargie à la contraception orale d'urgence	11
---	----

La définition de la contraception orale d'urgence	12
--	----

Les mythes et la réalité	12
--------------------------------	----

Les barrières limitant l'usage de la COU	12
--	----

La COU pourra-t-elle réduire le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) ?	12
---	----

Les femmes délaisseront-elles les méthodes habituelles de contraception si la COU devient plus facilement accessible ?	13
--	----

Les hommes seront-ils moins portés à utiliser le condom s'ils savent que leurs partenaires féminines peuvent avoir recours à la COU ?	14
---	----

L'accessibilité élargie à la COU favorisera-t-elle un relâchement des mœurs et des comportements irresponsables de la part des jeunes en matière de sexualité ?	14
---	----

Le profil des utilisatrices de la contraception orale d'urgence	14
--	----

Les maladies transmises sexuellement et la contraception	15
---	----

Les facteurs de risque particuliers aux femmes	15
--	----

Rappel au sujet des MTS	15
-------------------------------	----

La promotion de la double protection	16
--	----

La pharmacothérapie liée à la contraception orale d'urgence	18
--	----

Les indications de la contraception orale d'urgence	18
---	----

Le mécanisme d'action de la contraception orale d'urgence	18
---	----

Comparaison avec la mifépristone	18
--	----

Les méthodes dont l'efficacité a été prouvée	19
--	----

La méthode Yuzpe	19
------------------------	----

Le lévonorgestrel	19
-------------------------	----

Les autres méthodes hormonales	19
--------------------------------------	----

Le stérilet en cuivre	19
-----------------------------	----

À quel moment recourir à la contraception orale d'urgence ?	20
---	----

Le début de la prochaine menstruation qui suit le recours à la contraception orale d'urgence	20
--	----

Les effets indésirables et leur prévention	20
--	----

La prévention et le traitement des effets indésirables	21
--	----

Les risques associés à la contraception orale d'urgence	23
---	----

Les contre-indications	23
------------------------------	----

Les interactions médicamenteuses	23
Les précautions	24
La contraception orale d'urgence et les accidents vasculaires cérébraux	24
La contraception orale d'urgence et la warfarine	24
La contraception orale d'urgence et le risque de grossesse ectopique	25
La contraception orale d'urgence pendant la grossesse et l'allaitement	25
La contraception orale d'urgence pendant la préménopause	25
L'efficacité de la contraception orale d'urgence	25
La méthode Yuzpe	26
Le lévonorgestrel	26
La contraception orale d'urgence peut-elle être un moyen de contraception ?	26
La contraception orale d'urgence en prévention	26
Quand recommencer ou initier la contraception régulière après la contraception orale d'urgence	27
Ce qu'il faut savoir avant de prescrire la contraception orale d'urgence	27
Rappel au sujet du cycle menstruel	27
Exercice d'intégration des apprentissages relativement à la contraception orale d'urgence	28

Deuxième volet

<i>Les services liés à la contraception orale d'urgence en pharmacie</i>	<i>31</i>
--	-----------

La démarche systématique en pharmacie	31
Première étape : l'accueil	32
L'attitude	32
L'environnement	33
La confidentialité	33
Deuxième étape : la collecte des données	34
Troisième étape : la prise de décision et le counseling	34
L'approche choisie est-elle appropriée ?	34
La présentation des options thérapeutiques	35
Les recommandations et les conseils professionnels	35
Quatrième étape : le suivi	36
Les relations sexuelles non protégées	36
Le test de grossesse	36
La contraception à long terme	36
La protection contre les MTS et le VIH	36
Quand référer ?	37
Présentation des outils dont dispose le pharmacien	37

Troisième volet

L'intervention auprès des adolescentes et des personnes victimes d'abus sexuels 39

La problématique	39
Les facteurs de risque	40
Les diverses ressources existantes	40
En cas de grossesse	40
Les conséquences d'une grossesse non planifiée	41
La prévention auprès des adolescentes	43
Le rôle du pharmacien	43
L'agression sexuelle et l'inceste	44
Définitions	44
Quelques statistiques	45
L'approche dans les cas d'abus sexuels	45
La Direction de la protection de la jeunesse	47
Des articles de la Loi sur la protection de la jeunesse	47
Le rôle du directeur de la protection de la jeunesse	48
Les ressources à la disposition des victimes d'abus sexuels	48
Le rôle du pharmacien	48
Exercice d'intégration des apprentissages relativement aux agressions et aux abus sexuels	49

Quatrième volet

Les responsabilités éthiques et légales du pharmacien 51

Norme 2001.01 – Prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence: le contexte	51
Les dispositions légales	52
La responsabilité civile	52
La responsabilité professionnelle	52
Le Code de déontologie des pharmaciens	52
La confidentialité	53
La Charte des droits et libertés de la personne	53
Le Code de déontologie des pharmaciens	53
Le Règlement sur la tenue des pharmacies	53
Le protocole de prestation des services reliés à la COU en pharmacie	53
Le counseling	54
La norme	54
Les ressources existantes	54
Quelques questions et réponses	55
Des articles de loi associés à la norme	57

Exercice d'intégration des apprentissages relativement à la réglementation	58
Conclusion	60
Bibliographie	61
Liste des tableaux	
Tableau 1	
Nombre d'interruptions volontaires de grossesse et ratio d'IVG pour 100 naissances vivantes chez les femmes de 15 à 44 ans du Québec	12
Tableau 2	
Nombre et taux de grossesses pour 1 000 femmes de moins de 18 ans au Québec	13
Tableau 3	
Taux d'interruptions volontaires de grossesse pour 1 000 femmes de 10 à 14 ans, de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans au Québec	13
Tableau 4	
Ovral ^{MD} et produits hormonaux de substitution	19
Tableau 5	
Délai d'intervention pour la contraception orale d'urgence	20
Tableau 6	
Tableau comparatif des différents antiémétiques vendus au Canada	22
Liste des annexes	
Annexe 1	
Les outils du pharmacien (reproduction autorisée)	65
Outil 1: Parler aux clients des diverses méthodes de contraception	65
Outil 2: Demande de consultation pour des services reliés à la contraception	73
Outil 3: Quand initier ou recommencer la contraception régulière après la contraception orale d'urgence (COU)?	74
Annexe 2	
Diverses ressources utiles	75
Annexe 3	
Correcteur des exercices d'intégration des apprentissages	79

INTRODUCTION

Au Québec, le taux de grossesses chez les adolescentes demeure élevé et le nombre d'interruptions volontaires de grossesses est toujours en progression, notamment chez les adolescentes. Chaque année, des milliers de femmes ont des relations sexuelles non protégées ; elles vivent, durant les jours qui suivent dans la peur d'être enceintes et ont le sentiment qu'elles ne peuvent rien y faire. La contraception d'urgence offre à ces femmes une alternative pour éviter la grossesse ou l'avortement. En utilisant une méthode de contraception d'urgence, une femme peut réduire d'au moins 75% les risques de devenir enceinte.

Aux États-Unis, près de 3 millions de grossesses non planifiées surviennent chaque année. Environ la moitié de ces grossesses non planifiées sont le résultat d'un échec de la méthode contraceptive, causé soit par une faiblesse inhérente à la méthode utilisée ou encore par une erreur de la part de ses utilisateurs ou utilisatrices. L'autre moitié des grossesses non planifiées découle d'une absence d'utilisation de méthodes contraceptives. De plus, aux États-Unis, quatre adolescentes enceintes sur cinq ont une grossesse non planifiée. Enfin, une part importante de ces femmes choisiront l'avortement.

Bien qu'aucune donnée ne soit disponible au Québec, l'expérience des praticiens tend à démontrer que la situation vécue chez notre voisin du Sud reflète celle qui prévaut au Québec.

Un des moyens démontrés efficaces pour contribuer à diminuer les grossesses non planifiées et les avortements est de rendre plus accessible la contraception orale d'urgence (COU). Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, le Collège des médecins et l'Ordre des pharmaciens sont donc allés de l'avant pour mettre en œuvre un moyen permettant d'augmenter l'accessibilité à la COU, soit l'accès direct en pharmacie.

L'acquisition de cette nouvelle compétence professionnelle par les pharmaciens a toutefois nécessité quelques modifications aux règlements existants. Ainsi le Règlement modifiant le Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale (Décret 964-2001 du 16 août 2001 (2001 G.O. 2 p. 6163), actes qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins, est en vigueur depuis le 20 septembre 2001. Ce règlement autorise tous

les pharmaciens à prescrire un médicament pour une contraception orale d'urgence à la condition que :

- l'acte soit accompli par un pharmacien titulaire d'une attestation que lui a délivrée l'Ordre des pharmaciens du Québec et que ce membre exécute lui-même l'ordonnance.

De plus, le Règlement sur les activités de formation obligatoire des pharmaciens pour la prescription des médicaments permettant une contraception orale d'urgence (Avis d'approbation publié à la Gazette officielle du Québec, partie 2, 5 septembre 2001 p. 6198) est également entré en vigueur le 20 septembre 2001. Ce règlement stipule que le pharmacien qui désire prescrire les médicaments permettant une contraception orale d'urgence doit suivre avec succès la formation prévue au règlement, et ce, dans les six mois suivant la date de son entrée en vigueur.

Cette formation est obligatoire pour le pharmacien qui désire prescrire la contraception orale d'urgence. Le pharmacien qui n'y satisfera pas recevra un avis écrit du secrétaire de l'Ordre et disposera d'un délai de trente jours pour remédier à la situation après quoi le Bureau, sur rapport du secrétaire de l'Ordre, limitera son droit d'exercice pour la prescription de la COU.

Tout membre de l'Ordre peut cependant être dispensé de l'obligation de suivre et de réussir la formation prévue au règlement. Celui qui souhaite se prévaloir de cette dispense devra remplir le formulaire prévu à cet effet et le faire parvenir au secrétaire de l'Ordre dans les plus brefs délais.

Quant à la formation, selon le règlement, sa durée est d'au moins trois heures et elle doit traiter les aspects sociaux, pharmacothérapeutiques, cliniques, éthiques et légaux de la contraception orale d'urgence. Le présent manuel d'autoformation respecte en tous points ces exigences du règlement et son contenu reflète les différentes connaissances et habiletés qui ont déjà été transmises dans le cadre des sessions de formation.

Tous les pharmaciens du Québec recevront le manuel d'autoformation. Il servira de document de référence à ceux qui auront assisté aux sessions de formation ou de document d'autoformation à ceux qui n'auront pu y assister pour qu'ils puissent eux aussi prescrire un médicament pour la contraception orale d'urgence.

Pour obtenir l'autorisation de prescrire la COU, les membres de l'Ordre des pharmaciens devront réussir le test d'évaluation joint au présent document. La note de passage est de 70 %. Les pharmaciens auront jusqu'au 20 mars 2002 pour passer le test et le faire parvenir à l'Ordre. Les tests reçus seront rapidement corrigés et l'Ordre émettra alors l'attestation autorisant le pharmacien qui aura réussi à prescrire les médicaments permettant une contraception orale d'urgence.

La présente formation a été développée par un groupe d'experts de diverses disciplines associé à l'Ordre des pharmaciens du Québec, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

L'objectif général de la mise sur pied d'un tel programme de formation est de permettre aux pharmaciens d'acquérir la compétence requise pour prescrire la contraception orale d'urgence.

Les objectifs d'apprentissage spécifique, au nombre de cinq, indiquent plus précisément ce que les pharmaciens devraient être en mesure de faire sur le plan professionnel et ce qu'ils devraient connaître sur le plan légal, au terme de la formation, soit :

- 1) maîtriser les connaissances pharmacothérapeutiques inhérentes à la COU ;
- 2) appliquer une démarche systématique clinique (collecte de renseignements, prise de décision, counseling, suivi) ;
- 3) développer les attitudes et les comportements appropriés par rapport à la clientèle ;
- 4) identifier les aspects éthiques et leurs répercussions dans la pratique quotidienne (services aux personnes mineures, confidentialité, prévention, abus sexuels) ;
- 5) connaître les obligations légales relatives au droit de prescrire du pharmacien (responsabilité professionnelle, documentation au dossier de la patiente).

Les pharmaciens qui auront réussi l'évaluation de l'atteinte des objectifs du programme de formation, soit par les sessions de formation ou par l'autoformation, pourront offrir des services inestimables à la population et contribueront, par leur action directe, à l'amélioration des soins de santé. Le document qui suit présente donc tous les constituants du programmes de formation.

Premier volet

LE CONTEXTE ENTOURANT L'ÉLARGISSEMENT DU RÔLE DU PHARMACIEN ET LA CONTRACEPTION ORALE D'URGENCE

L'accessibilité élargie à la contraception orale d'urgence

L'accessibilité élargie à la contraception orale d'urgence (COU) a pour but de diminuer le nombre de grossesses non planifiées et le nombre d'interruptions volontaires de grossesse chez les adolescentes et chez les femmes en âge de procréer, et ce, dans toutes les régions du Québec.

Pour des raisons évidentes, les femmes doivent avoir accès à la COU rapidement et en tout temps. Le pharmacien est un professionnel de choix pour offrir ce service puisque :

- la plupart des pharmacies sont ouvertes en soirée et pendant les fins de semaine, moments où il y a une demande accrue pour ce type de service alors que les cabinets de médecins et les CLSC sont souvent fermés ;
- les jeunes femmes, pour la plupart, ne consultent pas de médecin de façon régulière. Il est difficile pour elles d'obtenir un rendez-vous et, parfois, elles doivent attendre longtemps pour voir un médecin ;

- parfois, les femmes ne veulent pas consulter leur médecin de famille, car elles ont peur d'être jugées.

De plus, le fait de donner une information adéquate sur la COU est une occasion pour les pharmaciens de parler de la contraception en général et d'orienter une femme vers d'autres professionnels de la santé si son état l'exige. En effet, à la suite de l'expérience menée dans l'État de Washington, où les pharmaciens ont le droit de prescrire la COU suivant un protocole de délégation d'actes, on a constaté une augmentation de l'usage de contraceptifs. Enfin, il est prouvé, selon plusieurs études, qu'on obtient de meilleurs résultats si le pharmacien fait partie de l'équipe interdisciplinaire administrant les soins aux patients.

La définition de la contraception orale d'urgence

Selon la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), toute méthode de contraception utilisée après des rapports sexuels, mais avant la nidation, constitue une contraception d'urgence. Comme elles agissent avant l'implantation de l'ovule, ces méthodes ne sont pas abortives.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la contraception d'urgence regroupe les méthodes contraceptives qu'une femme peut utiliser dans les premiers jours suivant un rapport sexuel non protégé pour prévenir une grossesse non désirée.

La contraception d'urgence existe en Amérique du Nord depuis plus de vingt ans. Malgré tout, de nombreuses femmes, qu'elles soient adolescentes ou adultes, n'en connaissent pas l'existence ou ne savent pas comment l'obtenir.

Les trois méthodes de contraception d'urgence les plus courantes sont les suivantes :

- l'ingestion de doses élevées de contraceptifs oraux combinés contenant de l'éthinylœstradiol et du lévonorgestrel ;
- l'ingestion de contraceptifs purement progestatifs fortement dosés contenant du lévonorgestrel ;
- l'utilisation de dispositifs intra-utérins (à base de cuivre).

Les mythes et la réalité

La « pilule du lendemain » est l'expression communément utilisée pour faire référence à la contraception orale d'urgence (COU). On recommande de ne plus employer cette expression, car elle donne aux femmes la fausse impression que cette pilule ne peut être prise que le lendemain de l'acte sexuel non protégé. Or, la COU peut être recommandée jusqu'à 120 heures suivant une relation sexuelle non protégée. Toutefois, plus elle est prise tôt, plus elle est efficace. De plus, le terme « contraception d'urgence » renforce l'idée que cette méthode ne devrait pas être utilisée comme contraception usuelle.

Les barrières limitant l'usage de la COU

Plusieurs barrières freinent l'utilisation de la COU, dont :

- les préjugés véhiculés, comme la peur que la pilule soit abortive ;
- le manque d'information de la part du prescripteur ;

- l'ignorance du public quant à l'existence de la COU ;
- l'accès limité à la COU ;
- la crainte des effets indésirables ;
- les interdits culturels et religieux ;
- la pensée magique (la femme croit qu'elle ne peut pas être enceinte).

La COU pourra-t-elle réduire le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) ?

Depuis plusieurs années, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) et le rapport d'IVG pour 100 naissances vivantes chez les femmes québécoises en âge de procréer ne cessent de croître. Ainsi, en 1975, il y avait au Québec 5,5 IVG pour 100 naissances vivantes et, en 1999, cette proportion est passée à 38,1 IVG pour 100 naissances vivantes. Cette hausse s'observe surtout dans le groupe des femmes de 20 à 30 ans. De plus, chez les femmes de plus de 40 ans, presque une grossesse sur deux se termine par une IVG.

Par ailleurs, le nombre et le taux de grossesses chez les adolescentes au Québec ont augmenté de façon importante durant les années 1980, pour fluctuer par la suite. Les taux d'IVG chez ces jeunes femmes, de même que chez les jeunes adultes, n'ont cessé d'augmenter jusqu'en 1998.

Tableau 1

Nombre d'interruptions volontaires de grossesse et ratio d'IVG pour 100 naissances vivantes chez les femmes de 15 à 44 ans du Québec

Année	Nombre d'IVG	IVG/100 nais. vivantes
1975	5 280	5,5
1980	14 288	14,7
1985	15 702	18,3
1990	22 219	22,7
1995	26 072	29,9
1996	27 184	31,9
1997	27 993	35,0
1998	28 833	38,1
1999	28 058	38,1

Source : L'accessibilité élargie à la contraception orale d'urgence, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, document de travail, juin 2001.

La définition de la contraception orale d'urgence

Tableau 2

Nombre et taux de grossesses
pour 1 000 femmes de moins de 18 ans au Québec

Année	Nombre de grossesses	Taux de grossesse
1980	3 068	12,6
1985	2 835	15,3
1990	3 349	18,6
1995	3 623	18,6
1996	3 673	19,0
1997	3 771	19,8
1998	3 779	19,8

Source : L'accessibilité élargie à la contraception orale d'urgence, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, document de travail, juin 2001.

Tableau 3

Taux d'interruptions volontaires de grossesse pour 1 000 femmes
de 10 à 14 ans, de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans au Québec

Année	10 à 14 ans	15 à 19 ans	20 à 24 ans
1980	0,4	9,3	13,3
1985	0,5	10,9	15,3
1990	0,6	15,9	25,5
1995	0,7	19,9	32,0
1996	0,7	19,8	33,6
1997	0,8	20,0	35,5
1998	0,6	22,3	35,8
1999	0,8	21,9	35,0

Source : L'accessibilité élargie à la contraception orale d'urgence, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, document de travail, juin 2001.

Selon plusieurs experts, l'utilisation plus répandue de la COU préviendrait 50 % des grossesses non planifiées, dont la moitié se termineraient par une IVG.

Dans les pays industrialisés, les grossesses chez les jeunes femmes se terminent souvent par une IVG. La plupart des IVG étant faites sur des femmes jeunes, souvent au début de leur activité sexuelle, une meilleure connaissance de la contraception orale d'urgence et une plus grande accessibilité à celle-ci devraient réduire la fréquence des grossesses non désirées et permettre aux femmes d'être mieux informées pour prendre en charge plus adéquatement cet aspect de leur vie.

Aux Pays-Bas, où l'on trouve le taux d'IVG le plus bas parmi les pays industrialisés, les méthodes contraceptives sont largement répandues et la COU est utilisée depuis des décennies. En Finlande, on remarque une baisse du taux d'avortements chez les adolescentes depuis que l'on diffuse l'information à propos de la COU.

Dans plusieurs pays en voie de développement et dans les pays où les IVG sont toujours illégales, on pratique ces dernières dans des conditions dangereuses. Elles constituent une des causes principales de mortalité chez les femmes en âge de procréer.

Dans le cadre d'un programme de prévention, agir pour que les contraceptifs d'urgence soient accessibles est la mesure la plus importante qui puisse actuellement être prise afin de réduire le nombre de grossesses non planifiées et le nombre d'interruptions volontaires de grossesse.

Les femmes délaisseront-elles les méthodes habituelles de contraception si la COU devient plus facilement accessible ?

Des études ont démontré que la plupart des femmes qui ont eu recours à la COU ne l'ont pas utilisée à répétition et que la COU n'a pas remplacé la méthode habituelle de contraception. Par exemple, dans une étude portant sur plus de 1 000 femmes dont la moitié a bénéficié de la COU à l'avance (groupe traité) et l'autre moitié a reçu seulement de l'information accompagnée d'un rappel de la disponibilité de la COU et de l'accessibilité à celle-ci (groupe contrôle), 89 % des femmes du groupe traité ont affirmé que la prise d'un contraceptif oral d'urgence n'a pas modifié leurs habitudes contraceptives, 8 % ont dit avoir apprécié la sécurité que leur apportait la disponibilité de la COU et seulement 2 % d'entre elles ont admis avoir pris davantage de risques. Même pour celles-ci, il était préférable qu'elles eussent recours à la COU plutôt que de n'utiliser aucune méthode.

Par ailleurs, la notion d'urgence demeure importante ; elle permet aux femmes de prendre conscience des risques d'une relation sexuelle non protégée. Quand une femme peut recevoir des conseils professionnels adéquats, c'est souvent l'occasion pour elle d'entreprendre de recourir à une contraception à long terme.

Les femmes doivent savoir que la COU n'offre pas une aussi bonne protection que la contraception hormonale. Son efficacité est mesurée par rapport à une seule utilisation et non sur une année comme c'est le cas pour les autres méthodes contraceptives. Si la COU était utilisée régulièrement tout au long de l'année, elle demeurerait moins efficace que la contraception hormonale. Par ailleurs, la COU peut occasionner davantage d'effets indésirables désagréables que la contraception hormonale. Ces effets indésirables, bien qu'ils ne soient pas sérieux, ainsi que le prix plus élevé

La définition de la contraception orale d'urgence

des moyens contraceptifs de cette méthode sont d'autres désavantages qui font en sorte que les jeunes femmes n'ont pas tendance à utiliser la COU à répétition. De plus, la femme qui a recours à la COU sera inquiète tant que durera l'incertitude par rapport à sa prochaine menstruation qui peut être devancée ou retardée.

La COU peut cependant permettre aux femmes d'obtenir les renseignements nécessaires pour adopter des habitudes contraceptives régulières et efficaces. Plusieurs femmes qui ne cherchent habituellement pas d'information sur la planification des naissances, des femmes qui donc risquent d'avoir des grossesses non planifiées, finissent par choisir une méthode de contraception à long terme après avoir consulté un professionnel de la santé pour une contraception d'urgence.

Les hommes seront-ils moins portés à utiliser le condom s'ils savent que leurs partenaires féminines peuvent avoir recours à la COU ?

Il est possible que certains hommes, comme certaines femmes d'ailleurs, connaissant l'existence de la COU soient moins portés à utiliser le condom. Pour eux, tout ce qui touche la grossesse, la planification des naissances et la contraception, est une affaire de femmes. De plus, quand il s'agit de maladies transmissibles sexuellement, ils ont souvent peu ou n'ont pas de symptômes et, comme le diagnostic est le plus souvent posé au cours d'examen gynécologiques, ils ont aussi tendance à ne pas se sentir concernés par la question.

Les hommes doivent donc être informés à ce sujet et il faudrait que des hommes, en premier lieu des pères, s'adressent à leurs fils, dès que ceux-ci arrivent à l'adolescence, pour leur faire prendre conscience de leur rôle et de leur responsabilité dans les questions liées à la sexualité.

La réaction inverse est aussi possible. En effet, les couples ont souvent tendance à ne pas se fier au condom, qui peut glisser ou éclater. Le fait de savoir que d'autres moyens préventifs, comme la COU, sont facilement accessibles pourra les encourager à continuer à se servir du condom.

L'accessibilité élargie à la COU favorisera-t-elle un relâchement des mœurs et des comportements irresponsables de la part des jeunes en matière de sexualité ?

Il n'y a pas de preuve que la connaissance de l'existence de la COU augmente l'activité sexuelle des jeunes. Une étude auprès d'un groupe d'adolescents suédois ayant en moyenne 16,5 ans a révélé que près de la moitié d'entre eux avaient eu des relations sexuelles et que 28 % des filles avaient déjà eu recours à la COU. Par ailleurs, en réponse aux questions qui leur étaient posées, deux tiers des garçons et des filles croient que la COU pouvait les amener à négliger la contraception.

C'est pourquoi, les jeunes tout particulièrement, doivent être informés des méthodes contraceptives et être dirigés vers les personnes-ressources en la matière. Les infirmières présentes dans les écoles ou celles qui offrent des services aux jeunes dans les CLSC sont souvent les personnes les mieux placées pour répondre aux besoins immédiats des adolescentes et des adolescents.

Le profil des utilisatrices de la contraception orale d'urgence

Aucun profil type d'utilisatrices de la COU ne peut être tracé. L'utilisation de la COU sera plutôt fonction de l'âge de la femme, de son activité sexuelle ou de ses connaissances liées à la contraception et à la COU.

Plusieurs études et avis d'experts montrent que la COU est méconnue et sous-utilisée dans bien des cas où elle pourrait l'être. Toutefois, dans la population canadienne, et plus particulièrement au Québec, on note que l'existence de la COU est connue de la majorité des femmes (de 85 à 98,5 %) mais qu'elle est rarement

utilisée (de 2 à 19 % y ont déjà eu recours). Dans la région du Bas-Saint-Laurent où la COU est connue de 98,5 % des adolescentes et de 96,5 % des femmes adultes, une femme sur cinq l'a déjà utilisée, et ce, en moyenne 1,5 fois.

De façon générale, il semble que les femmes jeunes connaissent plus la COU que les femmes plus âgées, mais qu'elles ne l'utilisent pas plus lorsqu'elle est indiquée.

Les maladies transmises sexuellement et la contraception

Toutes les femmes qui consultent des professionnels de la santé au sujet de la COU ne sont pas à risque concernant les maladies transmissibles sexuellement (MTS). Toutefois, il est essentiel de faire valoir que la COU ne protège pas contre les MTS. On devrait insister auprès de chaque femme pour qu'elle se soumette à un dépistage des MTS ou l'interroger sur les facteurs de risques possibles après une relation sexuelle non protégée. Cependant, cette façon de procéder peut créer une lourdeur inutile, alors que le but visé est de rendre la COU facilement accessible.

Une femme peut apprécier l'occasion qui lui est donnée de s'exprimer sur ses difficultés sexuelles, mais une autre pourra interpréter un interrogatoire trop approfondi comme une intrusion dans sa vie privée.

Une connaissance des facteurs qui accroissent les risques de MTS pour les femmes permettra à la personne qui est consultée de donner des conseils pertinents à cet égard. Il est faux de croire que la monogamie est une garantie de sécurité absolue. Les relations monogames peuvent être de courte durée et souvent répétées. De plus, il n'y a pas d'assurance que l'autre membre du couple est aussi monogame.

Les facteurs de risque particuliers aux femmes

Les risques de contracter une MTS sont réels, particulièrement pour les personnes suivantes :

- celles qui ont eu un contact sexuel non protégé avec une personne ayant eu un diagnostic de MTS et qui n'est pas traitée;
- les jeunes de moins de 25 ans ayant plusieurs partenaires ou vivant en monogamie sériee;
- les personnes qui ont eu un nouveau partenaire sexuel au cours des deux derniers mois;
- celles qui ont eu plus de deux partenaires sexuels au cours des douze derniers mois;
- celles qui n'utilisent pas de condom aux cours de leurs relations sexuelles;
- celles qui ont été victimes d'une agression sexuelle;
- celles qui proviennent de pays où les MTS ou le VIH sont épidémiques et celles qui ont eu des relations sexuelles non protégées dans ces pays;
- les travailleuses du sexe;

- les personnes ayant des contacts sexuels avec les travailleurs du sexe;
- celles qui s'adonnent à la prostitution;
- les sans-abri ayant des comportements à risque;
- les consommatrices de drogues injectables avec échange de seringues.

Rappel au sujet des MTS

Actuellement, les MTS les plus fréquemment observées chez les couples hétérosexuels au Québec sont l'infection à chlamydia, les condylomes, l'herpès et, plus rarement, la gonorrhée. D'autres MTS affectent davantage les femmes qui ont des comportements pour lesquels les risques sont élevés de contracter de telles maladies, comme s'adonner à la prostitution, faire l'usage de drogues injectables avec échange de seringues et faire du tourisme sexuel. Ces maladies sont les hépatites B et C, le VIH et, beaucoup plus rarement, la syphilis.

La majorité de ces infections ne se transmettent pas nécessairement s'il n'y a qu'une seule relation sexuelle non protégée. L'information communiquée à ce sujet doit donc être nuancée; par exemple, le risque de transmettre la chlamydia après une seule relation non protégée est de l'ordre de 33,3%. Beaucoup de femmes croient qu'elles n'auront plus à utiliser le condom puisque, ayant déjà eu une relation non protégée avec un partenaire infecté, elles ont infailliblement contracté la MTS en cause. Le message le plus pertinent à leur communiquer est alors de leur dire qu'elles ne seront pas nécessairement infectées et qu'après la COU, elles ont tout intérêt à recommencer immédiatement à utiliser le condom.

Cependant, le risque d'être infecté est bien réel et, comme à la roulette russe, le mal peut être fait dès le premier contact sexuel. Il y a donc lieu de recommander l'usage du condom jusqu'au dépistage qui, pour tenir compte de la période d'incubation, se fera environ trois semaines après un contact sexuel pour la chlamydia et la gonorrhée et trois mois après un tel contact pour le VIH.

L'infection à Chlamydia et la gonorrhée

L'absence de symptôme n'est pas synonyme d'absence d'infection et l'on sait qu'une infection à Chlamydia ou une gonorrhée non traitées peuvent se compliquer d'une salpingite. Ces infections sont cependant faciles à

Les maladies transmises sexuellement et la contraception

dépister par un prélèvement sur le col de l'utérus et faciles à traiter avec une dose unique d'antibiotique. De plus, le traitement est gratuit pour les personnes détentrices d'une carte d'assurance maladie valide.

Les salpingites non traitées et répétées sont responsables en grande partie de l'infertilité chez les jeunes femmes. Ces infections se trouvent en majorité dans le groupe des 15 à 24 ans.

Les condylomes

Les condylomes sont des verrues génitales causées par le VPH (virus du papillome humain); ils affectent de 10 à 30% de la population adulte. La majorité ne sont pas visibles et la période d'incubation peut varier de deux ou trois mois à plusieurs années. Le test de Papanicolaou (cytologie), qu'on recommande de subir annuellement, permet de détecter la présence du virus dans le col de l'utérus; cette mesure est importante car le VPH est reconnu comme un cofacteur important du développement du cancer du col. Les condylomes sont souvent récurrents et persistants. La majorité disparaît après plusieurs mois ou quelques années.

Le traitement se fait sur les lésions visibles et peut aider à diminuer le risque de transmission.

L'herpès

L'herpès est une infection causée par le VHS (virus *Herpes simplex*), de type 1 ou 2. Appelée « feu sauvage » lorsqu'elle se manifeste au niveau de la bouche, l'infection est chronique et le plus souvent asymptomatique.

Elle peut se transmettre même lorsqu'elle n'est pas apparente. Par ailleurs, elle peut causer une atteinte grave chez le nouveau-né lorsque la mère est infectée pour la première fois à la fin de la grossesse et que la primo-infection se manifeste au moment de l'accouchement.

Outre qu'il s'agit d'infections et que, par définition, ce seul aspect soit négatif, l'herpès buccal ou l'herpès génital ont aussi des aspects positifs. Parmi les aspects négatifs, on note que l'herpès est la manifestation de la présence dans le corps d'une infection virale qui peut apparaître périodiquement sous la forme d'ulcères douloureux et qui persiste toute la vie. La bonne nouvelle réside toutefois dans le fait que la présence de l'infection empêche d'être de nouveau infecté et réduit considérablement le risque d'infecter un bébé à sa naissance; de plus, la douleur ressentie à la première

manifestation de l'infection ne sera plus ressentie par la suite. En effet, les manifestations subséquentes sont moins longues et moins graves. Par ailleurs, les périodes de latence peuvent durer plusieurs années.

L'incubation de l'herpès peut varier de 2 à 21 jours. Il n'y a pas de test de dépistage. Le diagnostic se fait à partir de l'aspect clinique des lésions ainsi que par culture cellulaire pendant l'infection.

Enfin, si une femme qui consulte un pharmacien pour la COU dit craindre d'avoir contracté une MTS, il faut lui remettre des dépliants et lui expliquer quelles sont les MTS les plus fréquentes et quels sont les facteurs de risque pour les autres MTS. On recommandera à cette femme de consulter soit son médecin de famille, soit un professionnel de la santé à son CLSC ou dans une clinique spécialisée. On lui recommandera également d'utiliser le condom en attendant. En raison des périodes d'incubation de ces maladies, il n'y a pas lieu de se présenter à l'urgence pour un test de dépistage immédiat, sauf si elle a été victime d'une agression sexuelle. Dans ce dernier cas, les professionnels de la santé s'occuperont de la patiente d'une façon quelque peu différente (aspect traité dans le troisième volet du présent manuel).

La promotion de la double protection

Faire la promotion de la double protection est essentiel. On note souvent un sentiment de sécurité exagéré chez les personnes qui prennent des contraceptifs oraux. En effet, plusieurs femmes et adolescentes se sachant protégées contre un risque de grossesse se sentent également à l'abri des MTS. Or, ce n'est pas le cas, d'où l'importance de la promotion de la double protection, même si cette double protection comporte aussi certaines limites : elle n'empêche pas la transmission par le sang (VIH, VHB, VHC) et le condom ne couvre pas complètement les parties génitales.

Lorsqu'une femme demande un contraceptif oral d'urgence, il se peut qu'elle soit tout à fait à l'aise dans sa démarche : sa vie sexuelle est satisfaisante, sa méthode contraceptive est bien suivie, de sorte qu'elle sera capable de gérer un « accident de parcours » et elle a déjà pu discuter avec son partenaire des conséquences possibles de cet échec. Une telle patiente a simplement besoin d'être bien informée et d'avoir un accès immédiat à la COU.

Les maladies transmises sexuellement et la contraception

Pour une autre femme cependant, la demande d'un contraceptif oral d'urgence peut être révélatrice de difficultés plus grandes dans sa vie sexuelle. Dans ce cas, le pharmacien l'informerait alors adéquatement de la COU et lui recommanderait de consulter un autre professionnel de la santé. Ce sera peut-être pour cette femme l'occasion privilégiée d'entreprendre une démarche bénéfique pour elle.

Parfois, avec certaines patientes, les demandes pour un contraceptif oral d'urgence seront répétées et donneront l'impression que le message de prévention ne passe pas. Dans ces cas, l'aspect positif est que la patiente revient lorsqu'elle en a besoin et s'offre une certaine protection contre une grossesse non désirée. L'accueil sans jugement, la répétition des messages et le développement d'un lien de confiance sont des éléments beaucoup plus importants qu'on ne le croit et qui conduiront peut-être cette patiente à mieux prendre en charge cet aspect de sa vie sexuelle quand elle sera prête.

Beaucoup d'hommes ont des connaissances non seulement limitées mais aussi erronées en matière de contraception et de MTS. Ils exercent parfois une grande influence sur leur partenaire et peuvent perpétuer des mythes ou des peurs qui amèneront celle-ci à abandonner sa méthode contraceptive, même lorsque le couple ne souhaite pas une grossesse.

Promouvoir la double protection, c'est aussi s'assurer que l'homme sait comment utiliser le condom de façon appropriée. Une démonstration peut être faite à la partenaire en l'absence de l'homme. L'objection la plus souvent entendue relativement à l'utilisation du condom est que celui-ci est trop petit. Alors, qui est mieux placé que le pharmacien pour proposer un produit qui répondra aux exigences particulières du couple ?

Dans certaines cultures, on ne parle pas de sexualité; la démarche pour obtenir un contraceptif oral d'urgence est alors difficile et embarrassante. L'information communiquée à ce sujet sera souvent limitée, mais le pharmacien ne doit pas minimiser l'importance d'avoir une attitude ouverte, d'inviter la patiente à revenir lui parler au besoin, d'informer cette patiente des ressources existantes et de l'assurer de la confidentialité entourant sa démarche.

Le pharmacien peut donner des conseils semblables quand la personne qui le consulte est une adolescente. La féliciter de cette démarche qui démontre un sens des responsabilités de sa part et l'orienter vers un service jeunesse, soit à son CLSC ou à l'infirmière de son école, pourront lui éviter une grossesse non désirée.

Dans tous les cas, le pharmacien doit s'enquérir des besoins de contraception usuelle de la femme immédiatement après avoir prescrit les contraceptifs oraux d'urgence. Idéalement, le pharmacien devrait avoir la possibilité de prendre tout de suite contact avec le médecin de la patiente, avec l'accord de celle-ci, pour obtenir une prescription de contraceptif, ce qui peut être facilement fait auprès de certains services jeunesse. Sinon, il peut recommander l'usage de condoms en faisant remarquer à la femme que son partenaire acceptera plus facilement de les utiliser pour un temps limité, jusqu'à ce qu'elle puisse consulter un médecin. À celle qui a déjà une ordonnance de contraceptif oral, le pharmacien peut recommander de recommencer à le prendre dès le lendemain. Dans ce dernier cas, le pharmacien avisera la patiente que sa prochaine menstruation surviendra probablement à la fin de la période couverte par le distributeur de contraceptifs. Il se peut qu'elle commence à saigner beaucoup plus tôt si le contraceptif oral d'urgence a été pris tard dans le cycle ; il n'y a alors aucun danger à ce qu'elle continue à suivre sa méthode de contraception orale habituelle.

La pharmacothérapie liée à la contraception orale d'urgence

Les indications de la contraception orale d'urgence

Selon l'OMS, toute femme en âge de procréer peut avoir besoin de recourir à la contraception d'urgence à un certain moment de sa vie pour éviter une grossesse non planifiée, notamment dans les situations suivantes :

- après une relation sexuelle délibérée qui a eu lieu sans moyen contraceptif ;
- lorsqu'une femme a été victime d'une agression sexuelle et qu'elle n'était pas protégée par une méthode contraceptive ;
- après une utilisation incorrecte ou irrégulière de méthodes contraceptives usuelles ou en cas de défaillance accidentelle d'autres méthodes contraceptives, par exemple :
 - lorsque le coït interrompu échoue et qu'il y a éjaculation dans le vagin ou sur les parties externes des organes génitaux,
 - lorsqu'une méthode barrière ne fonctionne pas,
 - lorsqu'il y a rupture ou glissement du condom,
 - lorsqu'il y a expulsion du stérilet ou retrait de celui-ci à la moitié du cycle,
 - lorsqu'il y a eu oubli de deux comprimés ou plus du contraceptif oral usuel ou retard de plus de deux jours pour recommencer à prendre son contraceptif oral,
 - lorsqu'il y a un retard de plus de deux semaines pour recevoir une injection de Depo-Provera^{MD},
 - lorsqu'on a fait un calcul erroné de la période d'infécondité, dans les cas où l'on pratique l'abstinence périodique, ou lorsqu'il y a eu défaut d'abstinence pendant les jours de fécondité.

Le mécanisme d'action de la contraception orale d'urgence

La principale fonction de la COU, celle qui en assure l'efficacité et qui a pu être démontrée par des études, est la fonction d'inhibition ou de retardement de l'ovulation, à l'instar des contraceptifs oraux usuels.

Certains chercheurs, par ailleurs, soutiennent que la COU peut, selon le moment du cycle menstruel où l'on y recourt :

- inhiber le transport de l'œuf ou du sperme dans la trompe ;
- interférer avec la fertilisation ;

- modifier l'endomètre et, donc, empêcher la nidation de l'œuf fécondé ;
- perturber le mouvement du sperme dans le mucus cervical ;
- interférer avec la fonction du corps jaune par le changement de niveau d'hormone ovarienne.

Présentement, il n'existe pas de documentation scientifique valable pour étayer les mécanismes d'action qui expliqueraient l'efficacité de la COU. D'autres recherches devront être effectuées afin de confirmer ces hypothèses.

Précisons que l'utilisation de la COU ne provoque pas d'avortement. La science médicale définit le début d'une grossesse comme le moment où l'œuf fécondé se niche dans la couche interne de l'utérus. Cette nidation s'amorce cinq à sept jours après la fécondation et elle s'achève plusieurs jours plus tard. Un contraceptif oral d'urgence agit dans les 120 heures suivant son utilisation, donc avant la nidation. Lorsqu'une femme est enceinte, la COU ne peut plus agir. Puisque aucune méthode de contraception d'urgence actuellement vendue au Canada ne fonctionne si la nidation a déjà eu lieu, la COU ne peut être considérée comme une méthode abortive.

Comparaison avec la mifépristone

La mifépristone, une pilule abortive aussi appelée RU-486, est un médicament tout à fait différent des contraceptifs oraux d'urgence. Le RU-486 appartient à une nouvelle classe de médicaments connue sous le nom d'antiprogestatifs. Or, la progestérone est essentielle pour la grossesse.

La mifépristone, contrairement à la COU, est utilisée quand une femme n'a pas eu sa menstruation – le retard peut même aller jusqu'à sept semaines d'aménorrhée (neuf en Grande-Bretagne). Ce médicament est utilisé avec un analogue des prostaglandines, qui cause des contractions utérines. La mifépristone est efficace, après l'implantation de l'œuf fécondé, pour plus de 90 % des femmes.

La mifépristone est utilisée pour les avortements précoces dans les pays suivants : France, Suède, Grande-Bretagne, Chine, Russie, Israël, Espagne, Allemagne, Suisse, Pays-Bas, Autriche, Belgique, Luxembourg, Danemark, Norvège et Finlande.

La pharmacothérapie liée à la contraception orale d'urgence

C'est un médicament à usage multiple qui a été étudié pour plusieurs applications. À petite dose, ce médicament s'est aussi avéré efficace en tant que contraceptif régulier et en tant que contraceptif d'urgence. Deux études randomisées, effectuées sur environ 600 femmes, ont comparé l'efficacité de 600 milligrammes de mifépristone avec un régime œstrogène-progestérone pour la contraception d'urgence. La mifépristone était efficace à 100 % lorsqu'elle était administrée dans les 72 heures suivant l'acte sexuel non protégé. Ceci n'est pas surprenant puisque la mifépristone est un moyen efficace pour inhiber l'implantation ainsi que l'ovulation.

Des doses plus faibles de mifépristone (10 et 50 milligrammes) se sont avérées équivalentes à des doses de 600 milligrammes, tout en produisant moins d'irrégularités menstruelles, et ce, jusqu'à 120 heures après une relation sexuelle non protégée.

Il est important de noter que le RU-486 n'est pas indiqué pour la contraception orale d'urgence même s'il est utilisé couramment comme contraception orale d'urgence en Chine. De plus, le RU-486 n'est pas vendu au Canada à l'heure actuelle.

Les méthodes dont l'efficacité a été prouvée

La méthode Yuzpe

La méthode Yuzpe est la méthode la plus utilisée pour la COU. Elle est employée depuis plus de 25 ans et consiste en 100 microgrammes d'éthinylœstradiol et 500 microgrammes de lévonorgestrel pour 2 doses prises à 12 heures d'intervalle. Cette méthode doit être utilisée le plus tôt possible après une relation sexuelle non protégée et, idéalement, en moins de 120 heures. Le contraceptif oral Ovral^{MD} est le produit le plus souvent utilisé. Toutefois, d'autres produits peuvent aussi être employés.

Tableau 4

Ovral^{MD} et produits hormonaux de substitution

Dénomination commerciale	Comprimés par dose	EE (µg) par dose	LNG (µg) par dose
Ovral ^{MD}	2	100	500
Alesse ^{MD}	5	100	500
Triphasil ^{MD}	4 jaunes	120	500
Triquilar ^{MD}	4 jaunes	120	500
Minovral ^{MD}	4	120	600

EE = éthinylœstradiol LNG = lévonorgestrel

Tableau construit à partir des données de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Au Canada, aucun de ces produits n'a encore été approuvé pour la contraception orale d'urgence.

Le lévonorgestrel

Le Plan B^{MD} (750 microgrammes de lévonorgestrel par comprimé) a été approuvé pour utilisation comme contraceptif d'urgence en février 2000. Ce produit est administré à raison d'un comprimé pour 2 doses prises à 12 heures d'intervalle. Cette méthode doit également être utilisée le plus tôt possible après une relation sexuelle non protégée et, idéalement, en moins de 120 heures.

Les autres méthodes hormonales

Il y a d'autres méthodes hormonales qui ont été étudiées, mais qui ne seront pas utilisées au Québec. Ce sont:

- le danazol;
- de fortes doses d'œstrogènes.

Leur efficacité douteuse et le bilan défavorable quant à leurs effets indésirables n'en font pas des méthodes de choix.

Le stérilet en cuivre

Le stérilet en cuivre peut être utilisé jusqu'à sept jours après la relation sexuelle non protégée pour empêcher la conception chez les femmes pour qui il n'y a pas de contre-indication, comme des antécédents récents de maladie inflammatoire pelvienne ou des partenaires multiples, surtout pendant la période d'exposition en question. Une femme peut conserver le dispositif en place comme moyen de contraception continue. L'insertion postcoïtale d'un stérilet représente une méthode efficace de prévention de la grossesse. La revue de nombreuses études faites sur la question montre que pour les 8 300 insertions postcoïtales considérées, le taux d'échec ne dépassait pas 0,1 %.

Cependant, il faut noter qu'il est souvent difficile de trouver un médecin pour insérer un stérilet dans un délai très court. De même, pour beaucoup de femmes et pour la majorité des adolescentes, cette méthode est inacceptable.

La pharmacothérapie liée à la contraception orale d'urgence

À quel moment recourir à la contraception orale d'urgence ?

Tel que cela a été mentionné précédemment, on recommande de recourir à la COU le plus rapidement possible après une relation sexuelle non protégée et, préférablement, dans un délai inférieur à 120 heures (5 jours).

Tableau 5

Délai d'intervention pour la contraception orale d'urgence

Temps depuis la relation sexuelle non protégée	Méthodes
de 0 à 3 jours	Méthode Yuzpe, lévonorgestrel ou stérilet (cuivre)
de 3 à 5 jours	Méthode Yuzpe*, lévonorgestrel* ou stérilet (cuivre)
de 5 à 7 jours	Stérilet (cuivre)

* Efficacité limitée.

Source : Davis V, Dunn S. Contraception postcoïtale d'urgence (directive clinique de la SOGC). J Soc Gynecol Can 2000 ; 22 (7) : 549-54.

Le début de la prochaine menstruation qui suit le recours à la contraception orale d'urgence

La COU ne déclenche pas la menstruation. Après le recours aux contraceptifs oraux d'urgence, la menstruation suivante devrait débiter plus ou moins au moment attendu. Une vaste étude dirigée par l'OMS a démontré que le moment de la reprise des règles est semblable pour les régimes thérapeutiques combinés et ceux à progestatif seul. Par rapport à la date prévue de la prochaine menstruation :

- 13 % des femmes ont leurs règles après 8 jours ou plus ;
- 15 % des femmes ont leurs règles de 4 à 7 jours plus tard ;
- 61 % des femmes ont leurs règles dans les 3 jours entourant la date prévue ;
- 11 % des femmes ont leurs règles plus tôt que prévu (plus de 3 jours à l'avance).

On notera qu'un retard de la menstruation est plus souvent fréquent que l'inverse; ceci est probablement dû à une ovulation tardive chez certaines femmes. Une consultation chez un médecin pour faire un suivi est justifiée si la menstruation ne se produit pas dans les 21 jours qui suivent le recours à la COU. Effectuer un test de grossesse est également une mesure recommandée. Certaines femmes peuvent avoir des saignements irréguliers après avoir pris un contraceptif oral

d'urgence. Toutefois, elles auront leur menstruation, comme d'habitude, avant la fin du mois. Si ce n'est pas le cas, elles peuvent subir un test de grossesse pour s'assurer qu'elles ne sont pas enceintes.

Les effets indésirables et leur prévention

Toutes les femmes peuvent utiliser la COU de façon sécuritaire. Quoique les concentrations hormonales soient relativement plus fortes que celles qui sont utilisées dans la contraception hormonale classique, le traitement est de courte durée et ne représente pas de risque pour la santé des femmes. Par exemple, le fait de prendre des oestrogènes et de la progestérone pendant une courte période de temps ne semble pas modifier les facteurs de coagulation du sang, comme c'est le cas quand il y a consommation à long terme de contraceptifs oraux.

Il est important de se rappeler que près de 50 % des femmes qui ont recours à la COU le font sans ressentir quelque effet indésirable que ce soit. Chez les femmes qui ressentent des effets indésirables, on constate que l'apparition de ces derniers varie selon la méthode utilisée. Ainsi, le lévonorgestrel est beaucoup mieux toléré que la méthode Yuzpe.

Les effets indésirables sont inconfortables, de courte durée mais sans gravité pour l'utilisatrice. Les principaux effets indésirables dus à l'utilisation de la COU sont, par ordre d'importance :

- des nausées et des vomissements ;
- des saignements utérins irréguliers ;
- une perturbation dans la date prévue de l'apparition de la menstruation ;
- des crampes utérines ;
- des ballonnements ;
- de la fatigue ;
- des étourdissements ;
- des céphalées ou, quelquefois, une migraine ;
- une sensation d'engorgement et de douleur aux seins.

Les nausées

Les nausées sont plus importantes chez les utilisatrices de la méthode Yuzpe ou chez celles qui utilisent une thérapie hormonale combinée. Elles se manifestent chez 43 % des femmes qui utilisent le traitement combiné et

La pharmacothérapie liée à la contraception orale d'urgence

chez 23 % de celles qui ont recours au lévonorgestrel seul. Il y a donc une différence significative entre les deux types de contraceptifs et le pharmacien doit en tenir compte au moment d'offrir la COU.

Les vomissements

Les vomissements sont plus rares et se manifestent chez 6 % des femmes qui utilisent le progestatif et chez 16 % de celles qui prennent le traitement combiné.

Les étourdissements

Les étourdissements sont transitoires et peu débilissants.

Les saignements utérins

Les saignements utérins se présentent sous la forme de taches ou tachetures et apparaissent après la prise du contraceptif oral d'urgence. Cet effet est peu fréquent. Ces pertes sanguines ne doivent pas être considérées comme une menstruation. Elles ne sont aucunement le gage que la femme a évité la grossesse.

La menstruation

La menstruation est hâtive ou tardive chez la plupart des femmes qui ont utilisé la COU. Toutefois, la plupart auront leur menstruation dans la semaine qui précède ou qui suit la date prévue. Habituellement, le pharmacien avise la patiente que sa menstruation devrait apparaître dans les 21 jours qui suivent la prise de la dernière ou des dernières pilules. Dans 90% des cas, la menstruation est d'une durée normale.

Les crampes utérines, les ballonnements et la fatigue

Les crampes utérines, les ballonnements et la fatigue apparaissent très rarement. Ces effets se manifestent quelques jours après le traitement et ne persistent pas plus de 24 heures.

Les céphalées et la migraine

Les maux de tête se manifestent à l'occasion, mais les femmes qui sont sujettes à la migraine, et principalement celles qui ont souffert de migraine lorsqu'elles utilisaient des contraceptifs oraux, seront plus susceptibles d'avoir une migraine ou des maux de tête importants avec la méthode Yuzpe.

La sensation de douleur ou d'engorgement des seins

La sensation de douleur ou d'engorgement des seins risque de se produire dans les jours qui suivent le recours à la COU et ne persiste que pendant la période où la concentration hormonale plasmatique est élevée.

La prévention et le traitement des effets indésirables

Les nausées et les vomissements

La meilleure façon de prévenir les nausées et vomissements, les deux principaux effets indésirables de la COU, consiste à prescrire le lévonorgestrel. Cette décision repose sur le fait que les nausées et vomissements sont beaucoup moins élevés chez les femmes qui ont utilisé le lévonorgestrel que chez celles qui ont eu recours à la méthode combinée. Plusieurs auteurs expliquent que ces effets indésirables, plus fréquemment liés au traitement combiné, sont provoqués par une absorption substantielle du composé œstrogénique. Les nausées apparaissent principalement après la seconde dose du traitement; elles peuvent s'accompagner de vomissements. Il arrive aussi, bien que cela soit rare, que les vomissements soient subits et aucunement précédés de nausées.

Il est important de prévenir les vomissements, car ils peuvent réduire l'efficacité de la COU. Bien que les vomissements soient proportionnellement plus faibles avec le lévonorgestrel, les risques demeurent présents. Le pharmacien se doit d'en informer la patiente et d'en discuter avec elle. À cet égard, l'information transmise doit porter sur le pourcentage de cas où il y a des nausées et des vomissements ainsi que sur les moyens de les prévenir et de les traiter s'ils se produisaient. Les cliniciens diffèrent d'opinion quant aux moyens préventifs. Certains offrent d'emblée un antiémétique au moment où ils exécutent l'ordonnance de la COU, le tout accompagné des conseils pharmaceutiques d'usage. Il n'existe aucune étude pour appuyer cette pratique. D'autres expliquent les moyens de traitement des nausées et vomissements, au cas où ils se manifesteraient, sans distribuer d'antiémétique. La décision fait partie de l'acte professionnel du pharmacien.

La pharmacothérapie liée à la contraception orale d'urgence

Bien que les cas où surviennent des nausées et vomissements soient moins nombreux avec le lévonorgestrel, certaines femmes voudront quand même utiliser la méthode Yuzpe, et cela, pour différents motifs. À ce moment, et à titre préventif, il convient de leur conseiller d'avoir un antiémétique sous la main. Si la patiente ressentait ces effets indésirables après la première dose de la contraception orale d'urgence, elle pourrait avoir recours à l'antiémétique une heure avant de prendre la seconde dose du traitement.

Quels antiémétiques le pharmacien doit-il recommander?

Le meilleur antiémétique est celui qui a un début d'action rapide, est facile d'utilisation et produit le moins d'effets indésirables, permettant à la femme de vaquer à ses occupations quotidiennes. Il y a lieu de vérifier si la patiente consomme déjà des médicaments avant de décider de lui conseiller un antiémétique. En effet, la somnolence et la diminution de la vigilance sont les effets indésirables les plus fréquemment observés chez les personnes qui utilisent les antiémétiques. Ces effets sont d'autant plus importants qu'il y a consommation concomitante d'alcool, de benzodiazépine ou de toute autre substance qui a un effet dépressif direct ou indirect sur le système nerveux central.

La méclizine est un premier choix parce que son efficacité a été prouvée et parce qu'elle est l'antiémétique qui cause le moins de somnolence, diminuant les risques d'interférence avec les activités de la vie quotidienne; de plus, son coût est abordable. Une étude a montré que l'incidence et la sévérité des nausées étaient moindres lorsque la méclizine était associée à la méthode Yuzpe.

Des chercheurs ont aussi démontré que la méclizine administrée à une dose de 50 milligrammes, une heure avant la prise du traitement hormonal combiné, avait réduit les risques de nausées de 27 % et les vomissements, de 64 %. À cette dose, les risques de somnolence avaient presque doublé, ce qui veut dire une augmentation de près de 30 %. Le pharmacien doit donc recommander la plus grande prudence à sa patiente, particulièrement si elle doit conduire son automobile ou si son travail exige vigilance et attention.

Tableau 6

Tableau comparatif des différents antiémétiques vendus au Canada

Antiémétique	Dosage (mg) et forme	Voie	Effets indésirables (somnolence, diminution de la vigilance)	Prix/unité (\$)
Méclizine	25 mg/co	PO	+	0,41
Dimenhydrinate	50 mg/co 100 mg/supp.	PO IR	+++	de 0,10 à 0,43
Prométhazine	50 mg/co	PO	++++	de 0,14 à 0,25
Diphenhydramine	50mg/co	PO	++++	de 0,16 à 0,42
Scopolamine	1,5 mg /timbre	Transdermique	NA	6,30

NA : non applicable car le début d'action est trop long.

Quel traitement le pharmacien doit-il recommander dans les cas de vomissements ?

Si des vomissements surviennent après le recours à la méthode contraceptive orale d'urgence combinée (Yuzpe) ou au lévonorgestrel, le pharmacien doit tenir compte des données qui suivent.

Dans un estomac à pH acide et sans anti-H2, le temps de dissolution des comprimés de chacune de ces méthodes est de 30 minutes. Le pic de concentration plasmatique des hormones (éthinyloestradiol et lévonorgestrel) est atteint 1,5 heure après leur prise alors que celui du lévonorgestrel seul est atteint en 1,6 heure. Il y a donc lieu de supposer que des concentrations suffisantes d'hormones ont été absorbées dans les 60 premières minutes qui suivent leur administration. Ces données guideront le pharmacien.

Dans tous les cas où les vomissements se sont produits une heure après la prise des comprimés, le pharmacien peut rassurer la patiente et lui dire qu'il n'y a aucun présage d'échec du traitement. Si les vomissements se sont manifestés après la première dose, il y a lieu de recommander la prise d'un antiémétique une heure avant la seconde dose, comme moyen préventif.

Dans tous les cas où les vomissements se sont produits dans les 60 premières minutes suivant la prise du contraceptif oral d'urgence ou dans les cas où les comprimés apparaissent dans les vomissements, le pharmacien peut recommander à la patiente de prendre une seconde dose du traitement, que ce soit le traitement combiné ou le lévonorgestrel seul.

La pharmacothérapie liée à la contraception orale d'urgence

Pour ce faire, elle doit respecter les modalités suivantes :

- prendre un antiémétique et, une heure plus tard, reprendre une dose orale de la COU ;
- si les vomissements persistent ou en l'absence d'antiémétique, insérer les comprimés de la COU dans le vagin.

Il y a peu d'indications pour l'administration des comprimés par voie vaginale, à l'exception des cas aigus de malabsorption ou d'une maladie de Crohn en phase évolutive. Les comprimés de COU doivent être insérés aussi profondément que possible avec les doigts et, pour éviter l'expulsion, la femme doit rester couchée pendant trois heures.

Dans tous les cas où les vomissements persistent et qu'il en résulte une impossibilité de s'assurer de l'efficacité de la méthode de contraception orale d'urgence, il y a lieu de diriger la patiente vers un médecin ou un service d'urgence dans les plus brefs délais afin qu'un dispositif intra-utérin contenant du cuivre soit installé.

Les crampes utérines et les céphalées

Il est important de rappeler à l'utilisatrice de la COU que les crampes utérines et les céphalées sont rares et que, s'ils se produisaient, ces effets ne persisteraient que pendant 24 ou 48 heures après la seconde dose du traitement.

Le recours à l'acétaminophène ou à l'ibuprofène peut être recommandé pour soulager ces effets indésirables. Les doses moyennes pour adultes sont alors recommandées, c'est-à-dire 650 milligrammes d'acétaminophène aux 4 heures ainsi que 400 milligrammes d'ibuprofène au milieu de chaque repas et au coucher, avec une collation.

La mastalgie

Contrairement aux autres effets indésirables, la mastalgie peut persister pendant plusieurs jours après la fin du traitement. Les analgésiques usuels peuvent être suggérés, aux doses moyennes pour adultes aussi longtemps que les douleurs persistent.

La migraine

Pour le traitement de la migraine, le pharmacien conseillera à la patiente d'utiliser les médicaments antimigraineux qui lui sont prescrits et qu'elle consomme habituellement. Si cette patiente n'a pas d'antécédent de migraine, il y a lieu de lui suggérer de prendre des doses maximales pour adultes d'ibuprofène ou d'acétaminophène et de lui donner les conseils non pharmacologiques usuels.

Aux femmes qui souffrent habituellement de migraine, compte tenu que les migraines sont principalement induites par les œstrogènes, il y a lieu, à titre préventif, de recommander l'utilisation du lévonorgestrel. Les effets indésirables tels que la migraine et les troubles thromboemboliques sont liés à la présence de l'éthinylœstradiol dans le sang. Ces risques sont à peu près nuls avec la pilule progestative.

Finalement, il est important de prodiguer les conseils non pharmacologiques d'usage, tels que prendre chacune des doses avec de la nourriture, consommer de plus petits repas pendant les 24 heures du traitement, éviter d'ingurgiter de grandes quantités d'alcool et avoir une bonne hygiène de vie.

Les risques associés à la contraception orale d'urgence

Les contre-indications

Il n'y a aucune contre-indication médicale absolue à l'utilisation de la COU ; la seule qui existe est une contre-indication relative. Elle s'applique dans le cas où la femme qui utiliserait cette méthode serait déjà enceinte. Le seul motif qui sous-tend cette contre-indication relative réside dans le fait que la COU sera alors inefficace. L'absence d'une hypothèse de risque grave s'expliquerait en grande partie par le fait que le traitement hormonal, bien qu'il soit en concentration élevée d'une combinaison d'hormones pour ce qui est de la méthode Yuzpe par exemple, est d'une très courte durée.

Les interactions médicamenteuses

Il n'existe pas de données sur les interactions des médicaments avec les traitements de contraception orale d'urgence. Mais, étant donné que des échecs ont été notés dans les cas où il y avait absorption quotidienne et concomitante de contraceptifs oraux combinés et certains médicaments, des cliniciens

La pharmacothérapie liée à la contraception orale d'urgence

suggèrent d'accorder une attention particulière à deux classes de médicaments, à savoir :

- les inducteurs des enzymes hépatiques microsomiques ;
- les anti-infectieux.

Les médicaments inducteurs des enzymes hépatiques microsomiques

L'induction des enzymes hépatiques microsomiques entraînerait une augmentation du métabolisme ainsi que de la clairance des œstrogènes et de la progestérone synthétiques. Or, une diminution de la concentration plasmatique de ces hormones risque de réduire l'effet attendu et, ainsi, de conduire à un échec thérapeutique. Les médicaments suivants ont été identifiés :

- les barbituriques ;
- la carbamazépine ;
- l'éthosuximide ;
- la griséofulvine ;
- la phénylbutazone ;
- la phénytoïne ;
- la primidone ;
- la rifampine.

Certains praticiens doublent le dosage recommandé des contraceptifs oraux d'urgence lorsque certains des médicaments cités ci-dessus ont été prescrits aux femmes qui viennent les consulter. Ils s'appuient pour cela sur certaines recommandations en cas d'utilisation régulière de contraceptifs oraux combinés. Cependant, aucune donnée scientifique ne le justifie en ce qui concerne la COU.

Les anti-infectieux

Les articles qui traitent des interactions médicamenteuses des anti-infectieux avec les hormones contenues dans les contraceptifs oraux sont rares. Leurs auteurs s'entendent cependant pour dire que le mécanisme qui intervient dans ces cas en est un de modification de la recirculation entérohépatique. Seuls les œstrogènes sont en cause dans cette interaction.

Lorsqu'une femme qui utilise des antibiotiques sur une base régulière ou qui est sous traitement anti-infectieux vient consulter le pharmacien au sujet de la COU, il y a donc lieu de lui prescrire le lévonorgestrel. Cette

mesure de précaution permettra d'éviter toute baisse d'efficacité de la COU.

Les précautions

Les précautions à prendre de la part du pharmacien se résument au fait de remplir, avec la personne venue le consulter, le questionnaire prévu à cet effet afin de déterminer s'il convient ou non de lui prescrire la COU. Son choix entre les deux méthodes de COU devra être fondé sur des motifs cliniques ainsi que sur les motifs économiques. Par la suite, il devra s'assurer que la patiente a compris correctement les instructions en les lui faisant répéter afin qu'il puisse vérifier le niveau d'information captée.

Les avantages de l'utilisation de la COU sont nombreux. C'est une méthode rapide, de courte durée et non envahissante, dont le pourcentage de réussite est élevé. Les risques de son utilisation sont presque nuls ; de plus, les effets indésirables sont réversibles et sans conséquence grave.

La contraception orale d'urgence et les accidents vasculaires cérébraux

En raison de la courte durée du traitement, le risque hypothétique d'incident lié à l'utilisation de la contraception orale n'est pas applicable à la COU. En Grande-Bretagne, en treize années d'utilisation de la méthode Yuzpe prescrite plus de quatre millions de fois, il n'y a eu que six accidents sérieux dont trois thromboembolies veineuses et trois accidents vasculaires cérébraux (AVC). On n'a pu établir de rapport certain entre l'utilisation de la COU et ces affections. La grossesse elle-même comporte un plus grand risque pour ce genre de problèmes. De plus, en utilisant le lévonorgestrel, on élimine tous les risques hypothétiques liés aux œstrogènes.

La contraception orale d'urgence et la warfarine

Le pharmacien peut prescrire la COU à une femme sous traitement concomitant avec de la warfarine. Il choisira alors le lévonorgestrel, qu'il prescrira à la dose recommandée pour la COU. Il devra insister auprès de la patiente pour qu'elle respecte la posologie de son traitement anticoagulant, sans y apporter de modification. Le pharmacien devra faire parvenir une opinion pharmaceutique au prescripteur de l'anticoagulothérapie pour le prévenir de cette addition

La pharmacothérapie liée à la contraception orale d'urgence

temporaire au dossier pharmacothérapeutique de sa patiente. Cette précaution tient au fait que l'administration concomitante de contraceptifs oraux combinés et de la warfarine peut produire une interaction d'un degré de sévérité mineure et dont le délai de manifestation sur l'INR sera retardé. La preuve d'une telle interaction est faible et pourrait s'expliquer par deux mécanismes d'interaction : une augmentation de la synthèse des facteurs de coagulation et une inhibition du métabolisme responsable des phénomènes d'oxydation. Cette interaction serait transitoire.

La contraception orale d'urgence et le risque de grossesse ectopique

Les femmes qui courent le risque d'avoir une grossesse ectopique sont surtout :

- celles qui ont déjà eu une telle grossesse (pathologie probable aux trompes) ;
- celles qui ont un dispositif intra-utérin (cuivre ou progestatif). Si jamais une femme est enceinte et porte un stérilet, sa grossesse risque davantage d'être ectopique, et ce, probablement parce que le milieu utérin n'est pas propice à l'implantation d'un ovule empêchant ainsi une grossesse intra-utérine ;
- celles qui ont eu une infection pelvienne, telle qu'une salpingite, pouvant avoir entraîné une anomalie des trompes, donc du transport de l'ovule et de l'œuf fécondé.

Les femmes qui utilisent la contraception orale semblent avoir une certaine protection contre la grossesse ectopique (modification de la glaire cervicale réduisant les risques de la montée des bactéries dans les trompes). Le mécanisme exact n'est pas encore tout à fait élucidé.

La femme qui utilise la COU ne risque pas plus d'avoir une grossesse ectopique que les autres femmes.

La contraception orale d'urgence pendant la grossesse et l'allaitement

Selon la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), on ne devrait pas administrer la COU à une femme qui soupçonne une grossesse, et ce, simplement parce que la COU ne serait pas efficace.

Il n'y a pas de preuve que la COU ou toute forme de contraception hormonale sont tératogènes. Même si aucune étude n'a été menée pour évaluer le risque de tératogénie avec la méthode Yuzpe ou le lévonorgestrel,

plusieurs études ont évalué ce risque en rapport avec les contraceptifs oraux combinés ; aucune n'indique que le risque de tératogénie est augmenté.

L'allaitement maternel ne représente pas une contre-indication à l'utilisation de la COU. Les œstrogènes peuvent réduire la production de lait, surtout dans les premières semaines suivant le début de l'allaitement, mais cette réduction s'atténue lorsque l'allaitement est bien établi, c'est-à-dire après une période allant de 60 à 90 jours. Si une réduction de la production de lait se produit en raison des œstrogènes contenus dans la COU, elle sera probablement transitoire. L'utilisation de progestatifs durant l'allaitement n'est pas associée à une réduction de la production de lait. Le lévonorgestrel devrait donc être privilégié.

La contraception orale d'urgence pendant la préménopause

La préménopause est une période difficile pour les femmes. La fertilité diminue par l'augmentation de la fréquence des cycles anovulatoires. Toutefois, tant que la ménopause n'est pas un fait avéré (absence de menstruations depuis douze mois à laquelle s'ajoute la présence de signes compatibles et les résultats d'une prise de sang confirmant ce fait), une femme reste fertile et doit pouvoir bénéficier de la COU. De plus, l'hormonothérapie de remplacement n'est pas un moyen efficace de contraception, la quantité d'hormones étant trop faible par rapport aux doses utilisées pour la COU.

À l'exception d'une grossesse confirmée, aucune contre-indication n'existe à la prescription de la COU. Le pharmacien peut donc prescrire la COU à une femme en période de préménopause, et ce, malgré son âge, ses migraines prémenstruelles, son hypertension, le fait qu'elle fume, etc.

L'efficacité de la contraception orale d'urgence

Il a été prouvé que, plus le traitement débute rapidement à la suite d'une relation sexuelle non protégée, plus il est efficace. En fait, si on retarde le recours à la COU de 12 à 24 heures, on augmente le risque de grossesse, jusqu'à 50 %.

La pharmacothérapie liée à la contraception orale d'urgence

La méthode Yuzpe

Selon les études, les taux de grossesses varient entre 0,2 et 7,4% avec la méthode Yuzpe. On estime que l'on prévient environ 75% des grossesses. En d'autres mots, si 100 femmes ont une relation sexuelle non protégée pendant les deuxième et troisième semaines du cycle menstruel, on comptera huit grossesses si aucun contraceptif d'urgence n'est utilisé et seulement deux grossesses si la méthode Yuzpe est utilisée.

Le lévonorgestrel

Avec le lévonorgestrel, les taux de grossesses varient entre 0,4 % si le contraceptif est pris moins de 24 heures après une relation sexuelle non protégée, et 2,7%, s'il est pris de 49 à 72 heures plus tard. On estime que, grâce au lévonorgestrel, l'on prévient 85% des grossesses. En d'autres termes, si 100 femmes ont une relation sexuelle non protégée durant les deuxième et troisième semaines du cycle menstruel, on comptera huit grossesses si aucun contraceptif d'urgence n'est utilisé et une grossesse si le lévonorgestrel est utilisé.

La contraception orale d'urgence peut-elle être un moyen de contraception ?

Une femme qui n'a qu'une ou deux relations sexuelles dans une année pourrait avoir recours à la COU. Cependant, il faut qu'elle soit consciente que cette méthode n'offre pas la meilleure protection. Pour la femme qui a des relations sexuelles régulières et fréquentes, la COU n'est absolument pas indiquée comme méthode contraceptive.

La probabilité de devenir enceinte après une seule relation sexuelle est relativement faible et, conséquemment, dans ce contexte, la COU offre une bonne protection mais, tel qu'il a été mentionné précédemment, ce ne serait pas le cas si on faisait un usage répété de la COU pendant une année d'utilisation de la contraception orale.

On estime que, si la femme qui a des relations sexuelles régulièrement choisit la COU comme moyen contraceptif pendant un an, le risque, évalué annuellement, qu'elle ait une grossesse est d'environ 38% avec la méthode Yuzpe et de 19% avec le lévonorgestrel. Donc, en recourant systématiquement à la COU après une relation sexuelle non protégée, une femme court plus de risques de devenir enceinte avec la COU qu'avec les autres méthodes contraceptives.

La contraception orale d'urgence en prévention

Il n'y a pas de données sur la durée de l'efficacité d'un contraceptif oral d'urgence une fois qu'il est ingéré mais il y a tout lieu de croire que, si un tel contraceptif est pris immédiatement avant une relation sexuelle, il sera tout aussi efficace que s'il est pris immédiatement après. Une femme qui choisit de prendre un contraceptif oral d'urgence de cette façon serait mieux avisée d'utiliser une méthode plus sûre comportant moins d'effets indésirables. La COU protégera cette relation sexuelle mais, si la femme en question a de nouveau des relations sexuelles avant l'arrivée de sa menstruation, sera-t-elle encore protégée ? Un nouveau recours à la COU n'éliminera pas l'inquiétude dans l'attente de la menstruation ni la possibilité qu'il y ait un échec.

Cependant, dans des circonstances particulières (ex. : voyage, aucune autre méthode utilisable immédiatement, etc.), une femme pourrait avoir recours à la COU. Il est indiqué de prescrire la COU à l'avance afin que la patiente l'ait en sa possession si elle a une relation sexuelle non protégée dans des circonstances particulières. Cette femme pourra alors utiliser la COU dans les 120 heures suivant la relation sexuelle non protégée, tel qu'il a été mentionné précédemment.

Quand recommencer ou initier la contraception régulière après la contraception orale d'urgence

Une des méthodes barrières telles que le condom (masculin ou féminin), la cape cervicale et le diaphragme doit être utilisée dès la première relation sexuelle avec pénétration qui suit le recours à la COU.

Le dispositif intra-utérin peut être installé, comme contraceptif d'urgence, dans les sept jours suivant une relation sexuelle non protégée. Si une femme a opté pour la COU, le stérilet pourra alors être placé au moment de sa prochaine menstruation. Une méthode barrière devra être utilisée en attendant la pose du stérilet.

Le Depo-Provera^{MD} ou le Norplant^{MD} pourront être débutés au moment de la prochaine menstruation, dans les sept premiers jours du cycle menstruel. Une méthode barrière devra être utilisée jusqu'à la prochaine menstruation. Par contre, si une femme qui utilise déjà le Depo-Provera^{MD} est très en retard pour son injection et qu'elle a eu des relations sexuelles non protégées pendant ce retard (et que, par conséquent, elle est très à risque d'avoir une grossesse), elle pourra alors recevoir cette injection immédiatement après la COU. Il lui sera recommandé de subir un test de grossesse trois semaines plus tard.

En ce qui a trait à la contraception orale régulière, deux options s'offrent aux femmes, bien que la première soit privilégiée :

- commencer à utiliser un nouveau distributeur dès le lendemain du recours à la COU et utiliser une méthode barrière pendant sept jours, incluant la journée où elles ont pris de la COU ;
- se protéger avec une méthode barrière jusqu'à la prochaine menstruation, puis commencer à utiliser un nouveau distributeur de contraceptifs oraux.

Il peut cependant arriver qu'une femme ne veuille pas commencer à utiliser un nouveau distributeur le lendemain de la COU, préférant attendre une journée précise - le dimanche par exemple. Dans ce dernier cas, on peut lui suggérer de continuer d'utiliser son distributeur actuel de contraceptifs oraux jusqu'au jour désiré et de commencer à en utiliser un nouveau à ce moment seulement.

Si la femme en question n'a pas de menstruation dans les quatre semaines suivant le moment où elle a commencé à reprendre des contraceptifs oraux, il est important qu'elle subisse un test de grossesse.

Ce qu'il faut savoir avant de prescrire la contraception orale d'urgence

Le but de la prescription de la COU est de minimiser les risques d'une grossesse non désirée, ce qui constitue l'essence du rôle du pharmacien en cette matière. Dès lors, les questions que ce dernier posera à la patiente se limiteront essentiellement à lui permettre d'évaluer tant la pertinence de l'utilisation de la COU que l'élimination du risque de grossesse. L'âge de la patiente est important pour déterminer si celle-ci est mineure. Les renseignements essentiels à obtenir sont les suivants :

- la date de la dernière menstruation (la patiente doit subir un test de grossesse si cette date remonte à plus de quatre semaines) ;
- la date et l'heure du rapport sexuel non protégé ;
- l'âge de la patiente ;
- les dates des autres rapports sexuels non protégés, s'il y en a eu au cours des sept derniers jours, afin d'évaluer la pertinence d'utiliser un stérilet.

La normalité et la longueur du cycle menstruel sont des éléments qu'il serait intéressant de connaître afin d'évaluer le risque de grossesse non planifiée, mais ils ne sont pas essentiels.

Comme il sera expliqué au deuxième volet de ce manuel, il est souhaitable que le pharmacien puisse, dans certains cas et selon son jugement professionnel, intervenir de façon plus approfondie.

Rappel au sujet du cycle menstruel

Le cycle menstruel change de rythme et d'aspect dans une vie. Dire que la seule normalité est un cycle régulier de 28 jours est un mythe.

Le premier jour du cycle est le premier jour de la menstruation. L'ovaire, dans la première partie du cycle nommée phase folliculaire, sécrète surtout des œstrogènes et sera le site de maturation des follicules. La phase folliculaire est d'une longueur variable, de sept à 45 jours ou plus ; c'est donc elle qui détermine la variation de la longueur du cycle menstruel. Le jour de l'ovulation, l'hypophyse envoie un signal, par l'intermédiaire de l'hormone lutéinisante (LH), pour déclencher l'ovulation, c'est-à-dire l'expulsion du follicule mature ou de l'ovule.

La seconde partie du cycle menstruel, la phase sécrétoire, est caractérisée par la montée de la progestérone. La durée de cette phase est plus stable et s'établit à quatorze jours environ. On peut donc affirmer que l'ovulation se produit, en général, quatorze jours avant le début de la prochaine menstruation. Parfois, la femme a un cycle anovulatoire (sans ovulation et sans pic de LH). Il n'y a pas toujours de signes ou de problèmes liés à ce phénomène. Les femmes en préménopause et les adolescentes ont souvent des cycles anovulatoires.

*Exercice d'intégration des apprentissages relativement
à la contraception orale d'urgence*

Question 1

Après une relation sexuelle non protégée, de combien de temps la femme dispose-t-elle pour utiliser la COU ?

Question 2

Y a-t-il des contre-indications à la prescription de la COU ? Si oui, lesquelles ?

Question 3

Nommez cinq facteurs qui constituent autant de risques pour une femme de contracter une MTS.

Question 4

Expliquez le mécanisme d'action de la COU.

Question 5

Quand une femme peut-elle recourir à nouveau à la contraception hormonale régulière après la COU ?

Deuxième volet

LES SERVICES LIÉS À LA CONTRACEPTION ORALE D'URGENCE EN PHARMACIE

La démarche systématique en pharmacie

Le législateur qui délègue au pharmacien le droit de prescrire la COU le fait non seulement parce qu'il estime que ce professionnel de la santé possède les connaissances cliniques et scientifiques pour accomplir cet acte autrefois réservé aux médecins, mais aussi parce qu'il est convaincu que le pharmacien a la compétence nécessaire pour accueillir et aider la femme qui le consulte et qui désire éviter une grossesse. Ce savoir-être doit se manifester en tout premier lieu au moment de l'accueil de cette femme, quels qu'en soient son âge, sa race, sa religion et sa classe sociale. Il est important que le pharmacien, au moment de prescrire la COU, tienne compte des considérations qui suivent.

La COU est une réponse à une situation d'urgence.

L'accueil se fait dans une situation d'urgence puisque le pharmacien ne connaît pas le nombre d'heures qui se sont écoulées depuis la relation sexuelle non protégée. Il ne peut se permettre de reporter cette consultation. En effet, la première dose de la COU doit être prise le plus rapidement possible après la relation sexuelle non protégée ; c'est un facteur important pour obtenir l'effet recherché. En effet, plus les comprimés seront pris rapidement, plus ils seront efficaces.

La COU fait partie de la gamme des services de santé.

La formation du personnel relativement à la nouvelle prérogative qui est accordée au pharmacien doit être donnée à l'ensemble du personnel de la pharmacie :

réceptionniste, téléphoniste, personnel de soutien, caissière, commis et aides-techniciens. Elle devra être offerte au cours d'une séance prévue à cet effet au cours de laquelle tous les points relatifs à l'accueil seront abordés (voir plus loin la section portant sur l'accueil).

Il est aussi essentiel d'offrir aux membres du personnel de la pharmacie la possibilité de discuter de leurs interrogations quant à ce nouveau service et de connaître leur attitude envers la patiente susceptible de recourir à ce service. Le pharmacien doit fournir des réponses claires à ces interrogations et donner aux membres du personnel le plus d'information possible sur les mécanismes d'action et les indications thérapeutiques de la COU.

Par ailleurs, le pharmacien doit insister sur l'importance du caractère confidentiel de cet acte. Ce dernier point est capital afin que la personne ne puisse être identifiée et que d'autres clients puissent avoir connaissance de sa demande.

Dispenser la COU implique une grande disponibilité du pharmacien.

Des études réalisées dans l'État de Washington ont montré que les femmes qui avaient reçu des traitements liés à la COU grâce à des pharmaciens américains à qui on avait délégué l'acte de les prescrire, les avaient obtenus pendant la fin de semaine ou en soirée, c'est-à-dire dans des périodes où, en général, elles ne pouvaient pas consulter un médecin. De plus, elles

La démarche systématique en pharmacie

avaient choisi de préférence le pharmacien parce qu'il offre des plages horaires de consultation plus étendues que les autres professionnels de la santé, que le temps d'attente pour une consultation pharmaceutique est plus court que celui pour une consultation médicale et que, finalement, aucun rendez-vous n'est nécessaire. La formation du pharmacien et du personnel technique en vue d'offrir ce service est donc essentielle.

Recourir à la COU peut être une façon d'accéder au système de soins.

Une consultation au sujet de la COU constitue pour certaines femmes un moyen important d'accéder au système de soins de santé. Prescrire la COU peut être l'occasion d'offrir d'autres services de santé et des conseils favorisant un comportement sexuel sain. Accorder au pharmacien le droit d'offrir la COU et de la prescrire s'inscrit dans une vision globale de la santé selon laquelle celle-ci est prise en charge par chaque personne.

Dispenser la COU, c'est aider les groupes qui ont des besoins spéciaux, par exemple la jeunesse.

Les adolescentes en particulier ont besoin d'avoir un accès facile et rapide à la COU. Ce besoin s'explique par le fait qu'elles courent des risques de troubles psychologiques et des problèmes sociaux et sanitaires très importants en cas de grossesse non désirée. Ce besoin tient aussi au fait qu'elles ont des relations sexuelles sporadiques et moins prévisibles que les adultes.

Illustrons maintenant la démarche systématique à l'aide d'un cas clinique.

Première étape: l'accueil

MÉLANIE, une jeune fille, se présente à la pharmacie. Elle se promène autour du comptoir comme si elle cherchait quelque chose, attendait quelqu'un ou désirait que la place se libère. Elle porte des lunettes noires et semble très nerveuse. L'aide-technicienne du pharmacien (ATP) lui demande si elle peut l'aider. La jeune fille désire parler à une pharmacienne. L'ATP lui précise que M. Lafleur, le pharmacien de service ce jour-là, viendra lui parler sous peu. L'ATP invite alors la jeune fille à attendre le pharmacien dans un endroit confortable, à l'abri non seulement des oreilles indiscretes mais aussi des regards indiscrets.

L'attitude

L'ensemble du personnel de la pharmacie doit offrir à la patiente qui recourt à la COU des services de qualité qui lui assureront:

- la dignité, soit le fait d'être traitée avec courtoisie, attention et respect ;
 - la sécurité, soit la possibilité de demander et d'obtenir de l'aide et d'être dirigée vers un autre professionnel de la santé, s'il y a lieu ;
 - le confort, c'est-à-dire le fait d'être à l'aise, de ressentir de l'empathie et d'avoir le sentiment de pouvoir être aidée ;
 - le respect de la vie privée, soit la possibilité de consulter un pharmacien sans que quelqu'un n'écoute ou n'interrompe ;
 - la confidentialité, soit la certitude que la demande de service et l'information personnelle fournies seront protégées par le secret professionnel.
- Il est important à cet égard d'informer les membres du personnel des règles concernant la protection de l'information médicale et le respect de la confidentialité relativement aux jeunes de 14 ans ou plus dans les services de santé. Une explication détaillée et précise des articles de la loi en cause et des obligations dévolues au personnel de la santé, y compris au personnel de la pharmacie, leur sera présentée ;
- la continuité, c'est-à-dire la possibilité pour la patiente de recevoir des services pharmaceutiques de qualité et d'être dirigée vers un autre professionnel de la santé si le pharmacien le juge nécessaire (détection de MTS, d'une grossesse, de signes de viol ou de violence, etc.) ;
 - l'écoute, soit la certitude qu'elle pourra dire ce qu'elle pense et ce qu'elle désire sans être jugée, puis, qu'elle pourra participer activement au choix du traitement.

Enfin, toujours dans la perspective d'offrir des services de qualité à la clientèle qui recourt à la COU, le pharmacien devrait communiquer son nom à la personne qui le consulte, lui donner de l'information sur les différents modes de contraception orale d'urgence et répondre à ses diverses interrogations. En retour, cette personne devrait fournir des réponses honnêtes aux diverses questions qu'il lui pose.

Agissant de la sorte, tous les deux établissent des rapports de confiance mutuelle relevant d'un modèle

La démarche systématique en pharmacie

d'interaction, qui est adapté à la situation d'urgence ayant motivé la consultation et qui permet à la patiente de participer activement au choix de traitement.

L'environnement

L'offre du nouveau service de prescription de la COU passe inévitablement par une analyse du fonctionnement de l'officine. L'environnement physique associé à une organisation administrative et technique adéquate sont un gage de succès. Pour créer ce contexte optimal et dans le but d'offrir un service de qualité dans son ensemble, le pharmacien propriétaire doit donc voir à ces éléments, de sorte qu'il puisse agir conformément aux règles de déontologie.

Environnement physique

L'accessibilité au pharmacien doit être facile et l'espace réservé pour la consultation avec le pharmacien doit être clairement indiqué afin que la patiente ne soit aucunement obligée de révéler à quiconque son besoin de contraception orale d'urgence lorsqu'elle entre dans la pharmacie. Par ailleurs, un protocole doit être établi afin de favoriser une consultation rapide puisque le recours à la COU doit être initié rapidement pour ne pas dire immédiatement. Il est prouvé que des services faciles et simplifiés favorisent un traitement plus rapide. Au début, les pharmaciens qui participeront à ce nouveau programme, prendront plus de temps pour la consultation mais, avec le temps, ils acquerront une expertise qui leur permettra d'offrir un service efficace.

Quant au matériel d'information publique sur la COU, il doit être placé bien à la vue de la clientèle. De plus, une affiche ou un autre mode de communication devrait être utilisé afin d'informer la clientèle de la pharmacie que la COU est offerte en tout temps pendant les heures d'ouverture. Le message communiqué doit être le plus précis possible.

Enfin, la liste des pharmaciens autorisés à prescrire la COU dans la pharmacie sera à la disposition de l'ensemble du personnel et du public dans l'aire de consultation pharmaceutique. Ces pharmaciens auront suivi et réussi la formation obligatoire conçue par l'Ordre des pharmaciens du Québec.

Organisation administrative et technique

L'organisation du matériel administratif et des outils techniques doit être planifiée afin d'intégrer la

prescription de la COU dans l'exercice de la pharmacie au quotidien. Ce nouveau service vient en effet se greffer aux autres activités quotidiennes de consultation pharmaceutique.

Le matériel scientifique et professionnel doit être réuni dans un cartable, ou selon tout autre mode de classement, et être placé à la portée de la main dans le cabinet de consultation. Le protocole de prescription ainsi que les feuilles de rédaction de l'ordonnance doivent facilement être accessibles et le pharmacien doit les utiliser. À défaut de les utiliser, il doit écrire toute l'information nécessaire et obligatoire justifiant sa décision.

Quant à l'inventaire de l'officine, il doit contenir, en nombre suffisant, les différents contraceptifs utilisés pour la COU afin de répondre à la demande, que ce soit à la suite d'une prescription du pharmacien ou d'un médecin. Les différents contraceptifs nécessaires à un traitement par la COU peuvent être préparés à l'avance, au cas où le pharmacien aurait à prescrire cette méthode de contraception. L'étiquetage, y compris la posologie, peut lui aussi avoir été déterminé à l'avance afin d'accélérer et d'uniformiser le service. Également, ces contraceptifs devraient être préparés en quantité suffisante pour permettre au pharmacien de les offrir à titre préventif, s'il le juge opportun.

Par ailleurs, les antiémétiques de premier choix doivent être préparés et étiquetés afin d'être remis en même temps que la COU dans les situations où il est souhaitable d'en recommander l'utilisation.

Enfin, le mode d'inscription de l'information pertinente au dossier de la patiente doit faire l'objet d'une entente entre les pharmaciens d'un même établissement.

La confidentialité

La consultation concernant la COU doit se faire en privé dans un environnement calme, à l'écart des autres personnes qui attendent en file et de celles qui pourraient avoir connaissance de la consultation ou de la demande de consultation. Les patientes doivent être à l'abri des regards pendant la consultation et les propos échangés entre ces dernières et le pharmacien ne doivent pas être entendus par d'autres patients ni par d'autres membres du personnel. Le pharmacien sera sensible à l'embarras de la personne qui vient le consulter et veillera au respect de la confidentialité. Il procédera à la consultation avec professionnalisme, dans un lieu propre et propice à cet acte professionnel.

La démarche systématique en pharmacie

La confidentialité est un droit fondamental du client dans le système de santé québécois. Des femmes de tous les âges, des victimes de violence, des femmes ou des jeunes filles violées se présenteront; chacune a un droit fondamental à la confidentialité. L'ensemble du personnel de la pharmacie doit être formé en ce sens et est tenu au strict respect de ce droit. Des exemples pratiques de violation de la confidentialité lui seront fournis à titre préventif.

Deuxième étape: la collecte des données

L'ATP avertit le pharmacien qu'une jeune fille l'attend. Quelques minutes plus tard, celui-ci se rend dans l'aire de confidentialité. Il décline son identité et demande à la jeune fille s'il peut l'aider. D'une façon agressive, elle répond qu'elle aurait préféré s'entretenir avec une pharmacienne. Le pharmacien lui dit que Joanie, sa collègue, sera là le lendemain et lui réitère son désir de l'aider, au meilleur de sa connaissance. La jeune fille se calme; elle ne peut attendre au lendemain. Elle se présente, Mélanie. Elle a peur d'être enceinte et son amie lui a parlé d'une « pilule » qui pourrait empêcher la grossesse. Le pharmacien la rassure et lui dit qu'il peut l'aider. Il l'avertit cependant qu'il devra lui poser certaines questions afin de choisir, avec elle, la meilleure option possible.

La collecte des données est une étape cruciale de la démarche systématique associée à la COU parce qu'elle permet de faire une intervention clinique éclairée. Le document intitulé *Protocole de prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence* peut grandement aider le pharmacien à obtenir l'information pertinente concernant l'histoire de la patiente. Aussi est-il invité à le consulter. Parmi les renseignements qui doivent être colligés figurent notamment :

- l'âge ;
- la date de la dernière menstruation ;
- la longueur du cycle menstruel ;
- l'aspect de la menstruation (normal ou anormal) ;
- la date et l'heure du dernier rapport sexuel non protégé ;
- les rapports sexuels non protégés au cours des sept derniers jours ;
- la contraception habituellement utilisée, s'il y a lieu ;
- la raison de la consultation.

Troisième étape: la prise de décision et le counseling

Mélanie répond brièvement et de façon évasive aux questions. Elle montre de nombreux signes d'impatience. Ainsi, elle a 17 ans; sa dernière menstruation a pris fin il y a deux semaines et sa durée était de quatre jours. Elle a un cycle menstruel régulier; elle n'utilise aucune méthode de contraception sur une base régulière et la relation sexuelle non protégée qui la préoccupe remonte à quatre jours.

Mélanie demande au pharmacien pourquoi il lui pose toutes ces questions. Celui-ci se rend compte que quelque chose ne va pas. Il choisit de lui expliquer la situation de façon scientifique, car il veut gagner sa confiance: la méthode s'appelle de fait la contraception orale d'urgence. Elle n'est efficace que si elle est utilisée assez rapidement et n'est plus efficace si une grossesse est déjà commencée.

Le pharmacien demande ensuite à Mélanie la raison pour laquelle elle veut obtenir la COU. Celle-ci se braque et refuse catégoriquement de répondre. Il lui dit alors qu'elle n'est pas obligée de répondre et qu'il est en mesure de lui prescrire la COU. Il ajoute que cette question ne visait qu'à assurer un suivi efficace de l'intervention et voir s'il était opportun de diriger Mélanie vers un médecin pour, par exemple, se faire prescrire une méthode de contraception régulière, subir des tests de dépistage de certaines MTS ou avoir les soins appropriés si elle a été victime d'une agression.

De nouveau, le pharmacien rassure Mélanie en lui disant que l'entretien est strictement confidentiel.

L'approche choisie est-elle appropriée ?

Le counseling a pour but d'aider la patiente à prendre des décisions ou à résoudre des problèmes. Pour qu'il soit efficace, le pharmacien doit fournir une information claire et exacte à la patiente en tenant compte des besoins de cette dernière. Le respect et l'écoute sont des éléments primordiaux.

La patiente qui désire utiliser la COU peut parfois être nerveuse ou anxieuse parce qu'elle ne désire pas être enceinte. Elle peut être gênée de ne pas avoir utilisé de contraceptif ou de l'avoir mal utilisé. Elle peut être victime d'abus sexuel ou être réticente à parler de sexualité. Elle peut également s'inquiéter d'avoir dépassé le délai d'utilisation de la COU. Une combinaison de ces raisons est aussi possible. Afin d'apaiser la patiente, il est très important que le

La démarche systématique en pharmacie

pharmacien ait une attitude compatissante et qu'il ne donne pas l'impression de juger cette patiente ou son conjoint.

La patiente doit fournir plusieurs renseignements nécessaires au pharmacien afin que celui-ci puisse prendre les bonnes décisions et la conseiller adéquatement. La patiente doit notamment décrire sa situation personnelle, exprimer ses préférences, ses soucis et ses attentes. Plusieurs raisons, dont la gêne, l'inquiétude et la peur peuvent faire en sorte qu'elle éprouve des difficultés à fournir ces renseignements à un étranger. Surmonter ces barrières suppose que le pharmacien est capable de poser les bonnes questions, de manière efficace.

Les questions ouvertes donnent d'excellents résultats. Elles invitent la personne qui vient en consultation à fournir des réponses complètes et honnêtes. Ces questions portent à la réflexion. La réponse à ce type de question conduit fréquemment à une nouvelle interrogation.

Comment poser efficacement des questions ouvertes ? Pour y arriver, le pharmacien devra :

- avoir un ton de voix qui dénote de l'intérêt, de la compassion, de l'empathie ;
- employer des mots que la patiente peut comprendre ;
- ne poser qu'une question à la fois et attendre la réponse avec intérêt ;
- poser des questions qui encouragent la patiente à exprimer ses besoins ;
- montrer de l'empathie par des paroles, des gestes et des signes encourageants : approuver de la tête, froncer les sourcils, etc. ;
- expliquer pourquoi il pose certaines questions plus délicates ;
- si la patiente ne comprend pas une question, la formuler autrement.

En résumé, dans le cas qui nous préoccupe, le pharmacien se rend compte de l'état de la patiente. Il montre de l'empathie à son endroit. Il ne la juge pas et prend le temps d'expliquer pourquoi certaines questions sont essentielles. Cependant, tenter d'expliquer les choses de façon trop scientifique n'engendrera pas nécessairement de la confiance chez la patiente. Il importe de choisir des mots que celle-ci pourra comprendre et de répéter certaines parties de l'information, différemment au besoin.

La présentation des options thérapeutiques

Les options thérapeutiques doivent être envisagées à la lumière des renseignements recueillis précédemment.

Il importe de se rappeler que l'objectif premier est d'écarter l'éventualité d'une grossesse et d'évaluer la pertinence de prescrire la COU à une femme qui vient en consultation. Pour ce faire, le pharmacien lui demandera :

- les dates de sa dernière menstruation, la quantité et la durée ;
- la date et l'heure de la relation sexuelle non protégée ;
- son âge pour savoir si elle est mineure ;
- si elle a eu d'autres rapports sexuels non protégés au cours des sept derniers jours, afin d'évaluer la pertinence d'utiliser un stérilet.

Il importe de faire subir un test de grossesse à la patiente si la date de sa dernière menstruation remonte à plus de quatre semaines ou si sa dernière menstruation était anormale pour ce qui est de la quantité ou de la durée.

En résumé, à la lumière des renseignements recueillis, la meilleure option pour le pharmacien est de prescrire la COU à Mélanie étant donné que le délai de 120 heures nécessaire à l'efficacité de la COU n'est pas écoulé. Dans le cas où la patiente serait déjà enceinte, prescrire la COU ne présente pas de risque pour le fœtus. La COU ne serait simplement pas efficace.

La COU étant l'option retenue à la suite de l'entretien avec Mélanie, il importe de choisir l'une des méthodes suivantes : la méthode Yuzpe ou le lévonorgestrel. Les renseignements recueillis précédemment seront utiles pour effectuer un choix thérapeutique judicieux qui tient compte des effets indésirables et du coût du produit, entre autres éléments.

Les recommandations et les conseils professionnels

Au cours de la consultation, il importe que le pharmacien s'assure que le choix de la méthode contraceptive concorde avec le mode de vie de la patiente et que celle-ci retient bien les explications transmises. De même, certains renseignements et précautions devront être fournis par écrit.

La démarche systématique en pharmacie

Le pharmacien devrait :

- s'assurer que la patiente ne souhaite pas être enceinte et qu'elle comprend qu'une grossesse demeure toujours possible ;
- expliquer l'action de la contraception orale d'urgence à la patiente ;
- expliquer à la patiente comment prendre le contraceptif oral d'urgence correctement et à des moments qui lui conviendront, de façon à s'assurer que le choix des moments ne diminuera pas l'efficacité de la COU. Ainsi, la première dose doit être prise le plus rapidement possible et la seconde dose, douze heures plus tard. Il est important de choisir des heures où la patiente aura la possibilité de prendre les comprimés sans avoir à respecter des contraintes trop difficiles, comme se lever au milieu de la nuit. Le délai de douze heures avait été déterminé par Yuzpe mais il est arbitraire. Ce qui est certain, c'est que la première dose doit être prise le plus rapidement possible, la seconde dose pouvant être prise de six à dix-huit heures après cette première dose ;
- mentionner à la patiente qu'il est inutile de prendre plus de comprimés que ne l'exige la méthode choisie, car une augmentation de la dose pourrait entraîner une augmentation des effets indésirables sans pour autant accroître l'efficacité du traitement ;
- expliquer à la patiente qu'il convient de répéter la dose si un vomissement survient dans l'heure suivant l'ingestion du contraceptif ;
- mettre l'accent sur le fait que la COU ne doit être utilisée qu'en situation d'urgence puisqu'elle est moins efficace que l'utilisation régulière et adéquate d'autres méthodes contraceptives.

Quatrième étape: le suivi

Après qu'il lui a prodigué tous les conseils pertinents, Mélanie semble avoir développé un certain niveau de confiance envers le pharmacien. Cependant, ce dernier remarque encore une fois que quelque chose semble troubler Mélanie: elle est hésitante. Il lui demande si tout va bien...

Le suivi de la patiente est un point important du rôle du pharmacien dans le cadre d'une consultation pour la COU. Ce suivi comporte plusieurs éléments qu'il est indispensable d'aborder ou de vérifier.

Les relations sexuelles non protégées

Il est important d'avertir la patiente de ne pas avoir de relation sexuelle non protégée après avoir eu recours à la COU afin d'assurer son efficacité. En effet, la COU ne la protégera pas contre une grossesse éventuelle si des rapports sexuels non protégés suivent son utilisation.

Le test de grossesse

Un test de grossesse devra être fait si la menstruation n'a pas débuté dans les 21 jours suivant le recours à la COU. Il importe d'expliquer clairement à la patiente que la COU ne provoque pas la menstruation immédiatement. Cette dernière arrivera autour de la date prévue; elle pourra être quelque peu devancée ou retardée. La patiente doit être informée du fait que la COU n'est pas efficace à 100% et du fait que le test de grossesse est important afin de pouvoir amorcer des démarches ultérieures au bon moment pour éviter une grossesse non désirée. Enfin, le pharmacien doit diriger la personne qui le consulte vers un médecin ou une clinique si le test de grossesse effectué se révèle positif.

La contraception à long terme

Le pharmacien doit insister sur l'importance d'utiliser des méthodes de contraception régulière après la COU. Il doit proposer le recours à une méthode barrière telle que le condom jusqu'à la fin du cycle menstruel. La patiente pourra aussi commencer à utiliser un nouveau distributeur de contraceptifs oraux usuels dès le lendemain du recours à la COU et utiliser une méthode barrière pendant les sept jours suivants.

À la patiente qui désire recourir à une méthode de contraception sur une base régulière et à long terme, le pharmacien peut alors indiquer les différentes possibilités comme le condom, le diaphragme et la contraception hormonale (contraceptifs oraux, Depo-Provera^{MD}, Mirena^{MD}), etc. Le pharmacien devra diriger la patiente vers les ressources appropriées.

La protection contre les MTS et le VIH

La patiente doit être informée que la COU ne la protège pas contre la transmission des MTS ou du VIH. Elle devra subir un test de dépistage si elle pense avoir été infectée. Le condom représente la seule façon de se protéger contre la transmission des MTS au cours d'une relation sexuelle. Des dépliants d'information sur les MTS les plus fréquentes et les facteurs de risque

La démarche systématique en pharmacie

pourront être remis à la patiente afin qu'elle puisse se renseigner davantage.

Quand référer ?

Le pharmacien doit diriger une patiente vers un autre professionnel de la santé dans les quatre cas suivants :

- si elle veut commencer à suivre une méthode de contraception hormonale sur une base régulière ;
- si elle doit subir un test de dépistage des MTS et du VIH ;
- si elle a été victime de violence ou d'abus sexuels, ou que le pharmacien le soupçonne ;
- si elle a besoin d'un stérilet postcoïtal d'urgence.

Le pharmacien demande à Mélanie si tout va bien.
Elle enlève ses lunettes noires : elle a un œil tuméfié!

Présentation des outils dont dispose le pharmacien

Le pharmacien qui désire prescrire la COU à une patiente dispose de plusieurs outils :

- le *Protocole de prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence*, dont l'utilisation est illustrée avec le cas présenté dans le deuxième volet ;
- le *Guide d'utilisation de la contraception orale d'urgence*, qui sert à rappeler les indications et la contre-indication de la COU, les principales directives à l'intention du pharmacien ainsi que l'efficacité, les principaux effets indésirables et le mode d'administration des diverses méthodes pouvant être utilisées ;
- le bloc d'ordonnances, qui permet au pharmacien de consigner les données pertinentes et nécessaires à sa prise de décision et qui servira de documentation dans le dossier de la patiente ;
- le tableau intitulé *Quand initier ou recommencer la contraception régulière après la COU*, qui rappelle au pharmacien à quel moment la contraception sur une base régulière peut commencer après la COU, selon chacune des méthodes contraceptives existantes ;

- le document intitulé *La demande de consultation pour des services reliés à la contraception*, qui permet au pharmacien de communiquer par écrit avec un autre professionnel de la santé et de bénéficier de l'expertise de ce dernier en ce qui concerne les services liés à la contraception ;
- le document intitulé *Information sur les diverses méthodes de contraception* dans lequel sont résumées les différentes méthodes de contraception actuellement disponibles.

Le protocole de prestation des services reliés à la COU, le guide d'utilisation de la contraception orale d'urgence ainsi que le bloc d'ordonnances sont fournis dans un étui pratique qui peut facilement se glisser dans une poche de sarrau. Les autres outils sont inclus à l'annexe 1 du présent manuel et il est possible de les reproduire et de les utiliser à la convenance du pharmacien.

Troisième volet

L'INTERVENTION AUPRÈS DES ADOLESCENTES ET DES PERSONNES VICTIMES D'ABUS SEXUELS

Rappelons les derniers moments de la rencontre entre Mélanie et le pharmacien.

Le pharmacien lui demande si tout va bien. Mélanie enlève ses lunettes noires : elle a un œil tuméfié !

Comme il a été vu précédemment, le principal rôle du pharmacien est de minimiser le risque de grossesse non planifiée en prescrivant la COU lorsque c'est pertinent. Il verra sans doute peu de cas comme celui de Mélanie dans sa pratique.

Le but de la présente formation est cependant de présenter l'éventail le plus large possible des situations particulières auxquelles un pharmacien est susceptible de faire face. Parmi celles-ci, il y a des situations où des adolescentes et des victimes d'abus sexuels pourront se présenter à la pharmacie. De tels cas peuvent parfois

prendre le pharmacien au dépourvu et il ne saura pas trop comment réagir ni quels conseils prodiguer. Pour tenter de combler ces lacunes, le troisième volet, à caractère plutôt social, trace un portrait global des adolescentes et des victimes d'abus sexuels.

De la même manière, la grossesse à l'adolescence représente un problème important à multiples facettes. C'est un phénomène qui nous touche tous, en tant que citoyens, de près ou de loin. Les professionnels de la santé, y compris les pharmaciens, ont un rôle important à jouer en matière de prévention auprès de la population en général, et plus particulièrement auprès des jeunes, pour minimiser les conséquences souvent très graves d'une grossesse non planifiée. Une bonne prise en charge s'avère nécessaire.

La problématique

Un grand nombre d'adolescentes sont aux prises avec une grossesse non planifiée qui les placent dans une situation où elles auront, souvent pour la première fois, à prendre une décision importante qui aura des conséquences pour le reste leur vie. Les professionnels de la santé doivent donc les aider à prendre leur décision qui peut être :

- de poursuivre leur grossesse et de garder le bébé ;
- de poursuivre la grossesse et d'opter pour l'adoption ;
- d'opter pour une interruption volontaire de grossesse (IVG).

Au Québec, le taux de grossesses par 1 000 adolescentes de moins de 18 ans est passé de 12,6 en 1980 à 19,8 en 1998. Au Canada, le taux de grossesses pour les adolescentes demeure élevé. Chaque année, quelque 42 000 femmes deviennent enceintes alors qu'elles ont entre 15 et 19 ans, sans compter celles qui font des fausses couches. Les taux de grossesses, de

naissances et d'avortements varient considérablement d'une province à l'autre. Depuis 1993, le pourcentage de grossesses à l'adolescence qui se terminent par une IVG augmente chaque année, surtout en Ontario, au Québec et en Colombie-Britannique. Ainsi, le taux global de naissances pour les adolescentes a baissé de manière plus appréciable que le taux de grossesses. Le nombre de grossesses se terminant par une IVG plutôt que par un accouchement est plus élevé pour les adolescentes que pour les femmes plus âgées, bien que le nombre d'IVG et le nombre de grossesses menées à terme soient plus élevés pour les femmes de 20 à 34 ans. De plus, la baisse des taux de fécondité des adolescentes est attribuable à la baisse des naissances vivantes. Enfin, en 1997, au Canada, le taux d'avortements chez les adolescentes de 18 et 19 ans était de 33,1 pour 1 000 femmes et de 13,9 pour 1 000 femmes chez celles de 15 à 17 ans. Au Québec, il y a 28 000 IVG par année (pour tous les groupes d'âge) et 30 % des Québécoises auront une IVG au cours de leur vie.

Les facteurs de risque

Les facteurs de risque qui peuvent expliquer le phénomène des grossesses non planifiées à l'adolescence sont nombreux. Mentionnons :

- l'âge de la puberté ;
- les relations sexuelles précoces ;
- le comportement en matière de contraception ;
- le développement cognitif.

Comparativement à la jeune fille vivant en 1840, la fille d'aujourd'hui a ses menstruations cinq ans plus tôt en moyenne et elle peut être fécondée de six à douze mois plus tôt que ne pouvait l'être sa mère. Plusieurs études soulignent qu'au moins 50 % des adolescentes, ont eu une relation sexuelle complète avant d'atteindre l'âge de 17 ans. Selon Gilles Julien (1991), la plupart des adolescentes n'utilisent pas de moyen contraceptif pendant leur première année d'activité sexuelle et la moitié des grossesses survient pendant les six mois suivant le premier rapport sexuel. De plus, selon Franklin (1987), l'utilisation d'une méthode contraceptive implique un certain développement cognitif, c'est-à-dire la capacité d'anticiper des relations sexuelles, de maîtriser ses pulsions ainsi que de rechercher l'information pertinente et de l'utiliser à bon escient. Selon la théorie

de Piaget (1972), l'adolescente doit avoir atteint le stade de la pensée opérationnelle formelle qui lui permet d'anticiper les conséquences hypothétiques de ses choix pour ainsi minimiser les risques auxquels elle s'exposera.

La pensée magique, le sentiment d'invulnérabilité, la difficulté à anticiper les conséquences de leurs actions, l'égoïsme ainsi que le caractère abstrait de la notion de fertilité pour les adolescentes constituent des facteurs de risque liés à la grossesse.

La pratique concorde avec les études portant sur le sujet puisque, en effet, les adolescentes qui consultent un professionnel de la santé se distinguent selon le choix qu'elles font relativement à leur grossesse. Par exemple, celles qui optent pour l'IVG sont fréquemment plus jeunes, de race blanche et envisagent exercer une profession. Celles qui optent pour la poursuite de leur grossesse et qui gardent leur bébé sont souvent plus âgées ; elles font fréquemment des séjours dans des centres ou des familles d'accueil en raison de problèmes socio-affectifs et, enfin, n'ont pas de projet de carrière professionnelle, ou si peu. Quant à l'adoption, cette option ne compte que pour environ 0,5 % à 1 % des choix des adolescentes.

Les diverses ressources existantes

En cas de grossesse

Si une adolescente, victime d'abus sexuel ou d'inceste, est très anxieuse parce qu'elle craint une grossesse éventuelle, le professionnel de la santé peut, après avoir évalué le risque de grossesse, la rassurer en lui exposant les solutions qu'elle peut envisager.

Trois possibilités s'offrent à elle :

- la poursuite de la grossesse et la garde du bébé ;
- l'avortement ;
- la poursuite de la grossesse et l'adoption.

Il faut rappeler à l'adolescente que la décision lui revient et qu'il est de sa responsabilité de prendre le temps de réfléchir à tous les aspects de la situation. D'ailleurs, elle peut recevoir de l'aide pour faire ce choix en consultant une travailleuse sociale dans un CLSC, un centre hospitalier ou une clinique d'avortement.

La liste des diverses ressources utiles est présentée à l'annexe 2.

Examinons de plus près les trois possibilités mentionnées ci-dessus.

La poursuite de la grossesse et la garde du bébé

Si l'adolescente est enceinte et qu'elle désire poursuivre sa grossesse, elle doit choisir, le plus rapidement possible, un médecin qui suivra sa grossesse. De plus, en communiquant avec le CLSC de son territoire, elle pourra bénéficier des services liés à sa grossesse tels que des cours prénataux, le programme OLO (œuf, lait, orange), des ateliers pour nouveaux parents ainsi qu'un suivi par une infirmière ou une travailleuse sociale. Sur le plan financier, les adolescentes enceintes n'ont pas droit à des prestations de la sécurité du revenu. Ce n'est qu'après l'accouchement qu'elles pourront bénéficier de ces prestations en prouvant qu'elles ont un enfant à charge. Il existe aussi des organismes communautaires qui peuvent leur apporter de l'aide ou une aide matérielle et alimentaire temporaire.

Les diverses ressources existantes

L'avortement

Si l'adolescente décide de mettre un terme à sa grossesse, elle peut se rendre dans un des nombreux endroits où l'on pratique des avortements. Au Québec, les avortements se font jusqu'à environ vingt semaines de grossesse. Les frais de l'avortement sont payés par la Régie de l'assurance maladie du Québec s'il a lieu dans un établissement du réseau de la santé et des services sociaux. Les cliniques privées offrent un service d'avortement qui n'est pas gratuit. Une adolescente de 14 ans ou plus n'a pas besoin du consentement de ses parents pour subir un avortement. La confidentialité sera respectée en autant que son hospitalisation ne dépasse pas douze heures, sinon l'un des parents ou un tuteur légal devra être informé de l'hospitalisation. Aux États-Unis, certains médecins avortent des patientes jusqu'à environ 26 semaines de grossesse. La Régie de l'assurance maladie du Québec paie une partie des frais de l'avortement pratiqué chez nos voisins du Sud (le montant remboursé au Québec

pour l'intervention, par exemple). Cependant, les frais liés au déplacement, à l'hébergement, à la médication ou aux complications de l'intervention doivent être payés par la patiente. Il est à noter qu'une mineure doit être accompagnée par un adulte et doit avoir le consentement de ses parents pour subir un avortement aux États-Unis.

La poursuite de la grossesse et l'adoption

L'adoption est la troisième option possible en cas de grossesse non désirée. Au Québec, l'adoption est gérée par le service d'adoption des centres jeunesse - service du Centre jeunesse de Montréal : (514) 896-3173. L'adolescente doit faire appel à une travailleuse sociale du CLSC ou du centre hospitalier dès qu'elle envisage l'adoption. De cette façon, elle sera guidée dans sa démarche et les mesures nécessaires seront prises à la naissance du bébé.

Les conséquences d'une grossesse non planifiée

Les conséquences d'une grossesse non planifiée diffèrent selon le choix que l'adolescente fera à l'annonce de sa grossesse. Pour celles qui sont aptes à décider de procéder à une IVG, les conséquences psychosociales sont plus positives que néfastes. L'expérience démontre que cette décision est non seulement une occasion de croissance personnelle pour l'adolescente mais aussi une occasion de voir s'améliorer la communication et le fonctionnement au sein de sa famille. Les complications psychosociales surviennent dans moins de 10% des cas de grossesse à l'adolescence. Elles sont, en général, peu liées à l'IVG mais davantage à la grossesse ou au processus menant à l'IVG.

La majorité des patientes estime que la période préabortive est plus pénible que la période postabortive sur le plan émotif. Certains facteurs sont susceptibles de rendre l'adolescente plus vulnérable :

- une personnalité fragile ;
- une maladie mentale antérieure ;
- la pression de l'entourage ;

- les principes religieux ;
- l'abandon par le partenaire ;
- le bris du lien de confidentialité ;
- les divers problèmes familiaux ;
- l'ambivalence affective ;
- l'isolement et le manque de soutien ;
- la culture ;
- l'avortement itératif ;
- les complications médicales post-IVG.

Les complications médicales liées à l'avortement sont minimes, car il s'agit d'une intervention très sécuritaire. Le risque de mortalité est lié à trois facteurs : l'âge de la patiente, le stade de la grossesse et la technique utilisée. Cependant, le jeune âge n'augmente pas les risques liés à l'intervention elle-même. La mortalité et la morbidité consécutives à l'IVG, pendant le premier et le deuxième trimestres, sont de loin inférieures à celles qui sont associées à la grossesse ou à l'usage de contraceptifs oraux.

Les conséquences d'une grossesse non planifiée

Par ailleurs, selon les statistiques, les perspectives d'avenir pour les adolescentes qui choisissent de devenir mères sont pessimistes. Ces jeunes femmes sont plus souvent seules, pauvres et peu scolarisées.

Le profil de celles qui poursuivront leur grossesse diffère sur plusieurs aspects de celui des adolescentes qui l'interrompent :

- un jeune âge ;
- une situation socioéconomique défavorable ;
- une faible estime d'elles-mêmes ;
- le peu d'aspirations professionnelles ;
- un partenaire plus âgé qu'elle ;
- le fait d'être elles-mêmes souvent filles de mères adolescentes ;
- le divorce des parents ou l'absence du père ;
- l'usage de drogues ou d'alcool (par elles-mêmes ou par un membre de la famille).

L'hébergement en centre d'accueil n'est offert qu'à un petit nombre de ces jeunes filles. La plupart des jeunes mères vivent dans leur famille ou en appartement; elles ont besoin, par ailleurs, d'un soutien particulier et intensif dans la communauté.

Du côté médical, lorsque les adolescentes ont accès à des soins prénataux adéquats, les complications associées à la grossesse seront les mêmes que pour l'adulte si l'on compare des groupes socioéconomiques similaires (pauvreté, faible éducation, manque de ressources). Selon la documentation sur le sujet, le risque de pré-éclampsie varie beaucoup, soit de 6 % à 23 % et cette complication semble être la plus fréquente chez les adolescentes, surtout celles qui ont moins de 15 ans. On note également une augmentation du nombre de bébés de petit poids à la naissance.

Les conséquences psychosociales sont bien connues. La grossesse vient perturber l'adolescente, tant en ce qui concerne son adaptation au milieu scolaire qu'en ce qui a trait à son intégration dans ce même milieu, dans des groupes de pairs et dans sa famille. De plus, ses perspectives d'avenir s'en trouvent souvent contrecarrées. Durant la grossesse, seulement 50 % des adolescentes poursuivront leurs études; 75 % d'entre elles ne termineront pas leurs études secondaires. Très peu d'entre elles se marient, et 75 % se retrouvent seules après deux ans. Plus les mères sont jeunes, plus elles décideront, volontairement ou non, de faire leur chemin seules à l'avenir; à 15 ans, le taux de monoparentalité atteint 45 %. Ces filles

connaissent l'isolement, doivent déménager fréquemment, sont rejetées et abandonnées par leurs pairs. Elles dépendent, dans une proportion de 64 %, de l'aide sociale ou auront un travail peu rémunéré.

Plusieurs études mettent en relief que, comparativement aux femmes plus âgées, les adolescentes ont moins de connaissances sur le développement de l'enfant, ont des comportements moins appropriés, par exemple elles ne stimulent pas suffisamment le toucher et la parole chez leur enfant, et elles ont des attentes moins réalistes quant aux comportements et aux habiletés de ce dernier. De plus, les conséquences d'une capacité parentale déficiente ou limitée sur la santé et le développement du bébé se traduisent par des risques de troubles du comportement, d'accidents ou de retard de développement du langage et autres troubles du langage.

En résumé, à court et à long termes, les conséquences négatives pour l'adolescente, son conjoint et leur enfant sont nombreuses et variées :

- le risque d'avoir un bébé de plus petit poids à la naissance ;
- le risque de pré-éclampsie pendant la grossesse ;
- le décrochage scolaire ;
- l'abandon d'un projet de vie ;
- la précarité d'emploi à long terme ;
- la baisse de l'estime de soi ;
- la dépendance financière ;
- le sentiment perpétuel d'échec.

Il a été démontré que, si l'adolescente bénéficie de services de soutien et qu'on lui apprend son rôle de mère et d'éducatrice, elle s'en trouvera valorisée et les risques associés au manque de connaissances sur l'enfant en seront minimisés. Donc, si la mère se porte bien et qu'elle est soutenue, le bébé se développera plus sainement.

La prévention auprès des adolescentes

Une des priorités des professionnels de la santé devrait être de favoriser davantage le recours et l'accessibilité à la COU chez les adolescentes, pour ainsi minimiser le nombre de grossesses non désirées et les conséquences qui s'y rattachent. Les pharmaciens, les médecins et les infirmières doivent être conscients que la COU est une solution non négligeable, qu'ils doivent en faire la promotion dans leurs champs d'activités respectifs et qu'il est primordial de faciliter l'accès à ce type de contraception, particulièrement chez les adolescentes, les statistiques sont effarantes quant au nombre de grossesses non désirées. Il faut donc encourager les jeunes à recourir précocement à la contraception, démystifier celle-ci et faire la promotion de la COU, un type de contraception à utiliser dans les situations d'urgence.

La prévention de la grossesse à l'adolescence requiert une approche particulière. Même si, selon la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 84 % des Canadiennes âgées entre 15 et 44 ans utilisent ou ont déjà utilisé des contraceptifs et que la tendance à l'emploi de contraceptifs dès le début de l'activité sexuelle est à la hausse, leur degré de connaissances des différentes méthodes de contraception n'est pas suffisant, particulièrement chez les adolescentes. Elles ont peu de connaissances adéquates en matière de sexualité. Dès le premier contact d'un professionnel avec une adolescente, celui-ci doit connaître ses craintes et son niveau de connaissance de la méthode contraceptive qu'elle utilise. Idéalement, la contraception devrait être adaptée aux besoins de chacune et il faut en arriver à discuter des tabous quant aux méthodes contraceptives. Le premier contact est primordial pour le suivi et les futures visites. L'adolescente doit faire elle-même ses choix de contraception. La latitude qu'on lui accordera à cet égard contribuera à accroître son estime d'elle-même.

Selon la sexologue Johanne Otis, 23 % des adolescents utiliseraient une méthode contraceptive à leur première relation sexuelle, le condom étant leur premier choix. À l'école secondaire, l'utilisation du condom diminue à mesure que les adolescents avancent en âge, probablement à cause d'une plus grande stabilité de leurs relations. Par contre, globalement, l'utilisation du condom et l'usage de contraceptifs oraux par les jeunes sont à la hausse. Les perceptions des adolescentes sont parfois erronées. Elles pensent en effet que les anovulants les protègent contre les MTS et le VIH. Les adolescents, garçons et filles, connaissent les méthodes contraceptives, mais ils les connaissent mal. Certains croient que les anovulants entraînent l'infertilité et qu'ils sont dangereux pour les fumeurs.

Étant donné ce manque d'information, il est important que le professionnel de la santé aide l'adolescente qui devient enceinte ou qui craint de le devenir à la suite d'une relation sexuelle non protégée. Conscientiser l'adolescente qui ne perçoit pas tous les risques associés à une grossesse éventuelle requiert que le professionnel établisse une relation au niveau que l'adolescente désire.

Le rôle du pharmacien

Le pharmacien doit savoir répondre adéquatement aux besoins des adolescentes. À cette fin, il devra bien comprendre la prévention auprès des adolescentes. Il faudra alors prendre le temps nécessaire pour expliquer la COU à l'adolescente, lui transmettre l'information nécessaire, vérifier qu'elle a bien compris et enfin, la diriger vers une clinique médicale ou un autre professionnel de la santé.

L'agression sexuelle et l'inceste

Un exemple fictif mais non moins probable servira à aborder les questions d'agression sexuelle et d'inceste.

PASCALE a 13 ans. Elle a de soudaines crises d'agressivité. Depuis quelque temps, elle saigne du nez et montre des signes d'anorexie. Elle n'a que des sentiments négatifs envers elle-même. Elle s'estime peu et ne s'habille plus comme avant, alors qu'elle est pourtant attrayante physiquement. Pascale peut s'automutiler et ne pas y accorder d'importance. Elle s'isole de plus en plus. Elle a déchiré un certificat d'excellence remis devant toute l'école parce qu'on y avait inscrit le nom de son père. Elle se rend régulièrement au CLSC pour des tests de dépistage de MTS parce qu'elle dit avoir des pertes vaginales nauséabondes.

Définitions

Agression sexuelle

Est définie comme agression sexuelle toute forme d'activité sexuelle tentée ou accomplie avec une adolescente ou une femme, par un agresseur ou une tierce personne, connu ou non, homme ou femme, qui impose, réclame, encourage des gestes ou des actions contre le gré de ses victimes, par la force, la menace, l'intimidation, l'incitation, la contrainte, la manipulation affective, l'autorité ou par toute autre stratégie, qu'il y ait ou non preuve de blessure physique ou émotionnelle.

Inceste

Est défini comme inceste tout acte avec sous-entendus sexuels commis par un adulte en qui un enfant a pleinement confiance, ou dont il a besoin, et à qui il est incapable de dire non à cause de son âge, de son ignorance ou du contexte entourant la relation. L'inceste est un abus sexuel à l'endroit d'une personne commis par un membre de sa famille ou de sa parenté, ou par une personne titulaire de l'autorité parentale.

Une agression sexuelle est un acte visant à blesser quelqu'un. L'agression sexuelle n'est pas nécessairement un viol ; des caresses, des baisers ou des relations sexuelles non désirées sont aussi considérées comme des agressions sexuelles. Il s'agit d'un acte criminel comprenant des gestes allant des attouchements sexuels non désirés aux attaques sexuelles blessantes qui peuvent viser à mutiler la victime ou mettre sa vie en danger.

L'agression sexuelle est un acte de domination, d'humiliation, de violence. Elle se produit dès qu'on impose à une personne, contre sa volonté, d'entendre des paroles, de subir ou d'avoir des attitudes ou des gestes à connotation sexuelle en utilisant l'intimidation, le chantage, la violence verbale, physique ou psychologique.

L'abus sexuel à l'égard d'un enfant, tel qu'il est décrit par la Direction de la protection de la jeunesse, désigne les relations sexuelles hétérosexuelles ou homosexuelles, complètes ou non, et les actes ou jeux sexuels entre un ou des adultes et un enfant de moins de 18 ans ayant pour but de stimuler sexuellement l'enfant ou d'obtenir une stimulation sexuelle sur sa personne ou sur un partenaire. Les abus, ou infractions, sexuels commis à l'endroit des enfants se divisent en deux types selon la relation existant entre l'enfant et l'agresseur : intra-familiaux ou extra-familiaux. L'inceste est défini comme un abus sexuel qui implique deux personnes liées par un degré de parenté interdisant le mariage. Il suppose généralement une relation de domination ou de contrainte.

Le Code criminel canadien va dans le même sens et décrit, au chapitre des infractions d'ordre sexuel, les activités sexuelles interdites avec les enfants de moins de 18 ans, lesquelles activités sont considérées comme des abus sexuels. Il s'agit principalement :

- des contacts sexuels, qui sont des touchers directs ou indirects avec le corps ou un objet et une partie du corps de l'enfant, lesquels touchers sont effectués dans un but sexuel ;
- de l'incitation à des contacts sexuels ;
- de l'inceste ;
- des relations sexuelles anales ;
- des actes de bestialité ou de l'incitation à commettre de tels actes ;
- des actions indécentes ;
- de l'exhibitionnisme.

L'agression sexuelle et l'inceste

Quelques statistiques

Saviez-vous :

- qu'une femme sur trois sera agressée sexuellement au cours de sa vie ?
 - qu'une femme sur sept est violée par son mari ?
 - que, parmi les victimes de viol, 61 % ont moins de 18 ans et 22 % ont entre 18 et 24 ans ?
 - que 70 % des victimes d'agressions sexuelles connaissent leur agresseur ?
 - qu'au cours d'un sondage effectué dans un collège aux États-Unis, un homme sur douze a admis avoir commis un acte qui correspond à la définition d'un viol, alors que 84 % de ces hommes ont nié qu'ils s'agissait d'un viol ?
 - que, pour les personnes qui ont été victimes de viol, les risques de suicide sont 8,7 fois plus élevés que pour les personnes qui n'ont pas été violées ?
 - qu'on estime que seulement 16 % des viols sont rapportés à la police ?
 - qu'une des raisons invoquées dans 12 % des cas est que les femmes ne rapportent pas l'agression parce qu'elles ont à la fois peur de la réaction de la police et peur d'être blâmées pour ce qui s'est produit ?
 - que 63 % des agressions se passent à la maison ?
 - que la majorité des hommes arrêtés pour une agression sexuelle ont entre 20 et 24 ans ?
 - que la plupart des agresseurs condamnés sont des hommes hétérosexuels ?
 - que selon le rapport Bagdley (1984), une femme sur deux et un homme sur trois ont été victimes d'actes sexuels non désirés ?
- Environ deux filles sur cinq et un garçon sur cinq subissent des actes sexuels non désirés. La plupart de ceux qui commettent des abus sexuels, bien qu'ils soient connus de la victime, sont des personnes extérieures à la famille ou ayant un lien de confiance avec la personne dont ils abusent. Ce même rapport évalue les cas d'inceste au sens du Code criminel à 10 % des abus sexuels.
- qu'au Canada, 90 % des victimes d'agression sexuelle sont des femmes et 97 % des agresseurs sont de sexe masculin ?

- qu'une agression sur quatre est commise par deux ou plusieurs agresseurs (viol collectif) ?
- que les meurtres sexuels constituent, en moyenne, 4 % de l'ensemble des homicides au Canada depuis les dix dernières années ?
- que 90 % des victimes sont de sexe féminin et au moins la moitié d'entre elles ont moins de 21 ans ?

L'approche dans les cas d'abus sexuels

Lorsqu'une adulte ou une adolescente révèle avoir été victime d'une agression sexuelle, il faut que la personne à qui elle se confie la rassure en la laissant exprimer ses émotions. Des marques d'empathie et une écoute attentive contribueront à créer un climat de confiance et à provoquer l'ouverture nécessaire pour que la victime se confie. La notion d'accompagnement est soulevée par différents auteurs qui se sont penchés sur la question. L'accompagnement implique le respect de la personne qui se confie et l'absence de jugement à son égard. Une telle attitude apportera du réconfort aux victimes. Ces dernières ont besoin de sentir qu'on les comprend et, surtout, que l'on est prêt à les aider sans les juger. Lorsqu'une personne est en crise ou en état de panique, l'aide concrète demeure très efficace. C'est avant tout d'une relation, la plus authentique et la plus égalitaire possible, dont la femme ou l'adolescente en cause a besoin. Il faut informer la victime et la guider dans les démarches qu'elle doit entreprendre. Selon les plus récentes recherches, les professionnels de la santé sont ciblés par la population pour favoriser l'annonce d'une agression sexuelle ou d'un inceste.

Comme professionnel, un pharmacien pourra lui aussi observer certains symptômes à cet égard :

- des problèmes relationnels avec quiconque ;
- des difficultés d'ordre sexuel ;
- des craintes ou une inhibition excessive à l'idée d'un examen gynécologique éventuel ;
- des malaises ou des douleurs sans problème organique particulier ;
- l'abus d'alcool ou de drogues, ou des deux ;
- des troubles de l'alimentation (anorexie ou boulimie) ;
- des antécédents de dépression grave ou de troubles comportementaux, etc.

L'agression sexuelle et l'inceste

Si on soupçonne qu'une patiente est victime d'une agression sexuelle ou d'inceste, il faut toujours demander la question clairement et directement. Si la patiente confirme qu'elle a subi une agression sexuelle, on doit s'informer :

- de sa sécurité ;
- de ses intentions ;
- de ses besoins ;
- de l'aide qu'elle peut attendre de sa famille ou de son entourage ;
- des diverses ressources d'aide qu'elle connaît déjà.

Parfois, la personne ne dévoilera pas son secret immédiatement ; elle tentera de savoir si le professionnel qu'elle consulte est réceptif. Même si cette personne répond négativement à la question qu'il pose, il ne faut pas éliminer immédiatement l'éventualité d'un abus.

Plusieurs facteurs concourent à ce que l'aide offerte à la victime d'agression sexuelle ou d'inceste soit reçue positivement par elle. Pendant son entretien avec elle, le professionnel de la santé verra :

- à la déculpabiliser en mettant l'accent sur le tort de l'agresseur en raison des actes qu'il a commis ;
- à l'encourager à exprimer ses émotions ;
- à la soutenir dans la situation de crise qu'elle traverse ;
- à lui montrer de l'empathie ;
- à créer un climat de confiance ;
- à respecter son rythme dans le cheminement qu'elle envisage ;
- à l'aider à prendre les décisions les plus appropriées ;
- à l'informer sur les ressources sociocommunautaires ;
- à l'aider à assumer sa décision ;
- à exprimer clairement sa solidarité.

Dans de telles circonstances, le professionnel de la santé qui reçoit les confidences verra :

- à éviter de poser trop de questions sur le passé de la victime ;
- à mettre l'accent sur les sentiments, les attitudes et les réactions de la victime ;
- à reconnaître les limites inhérentes à un entretien avec une personne victime d'abus sexuels ;

- à insister sur le fait que d'en parler à trop de personnes peut augmenter les peurs et la culpabilité de la victime, et accroître la possibilité que d'autres portent des jugements sur elle ;
- à ne jamais porter de jugement sur la personne qui a commis des actes d'agression ou d'abus sexuels car la victime pourrait perdre confiance en son confident du moment ;
- à ne pas juger ni critiquer les écarts de langage ;
- à ne pas permettre la présence d'amis quand la victime parle de son expérience, même si elle le demande ;
- à rappeler constamment à la victime ses propres forces, celles de sa famille ou de son réseau social ;
- à faire en sorte que la victime ne se blâme pas ou qu'elle n'ait pas le sentiment que les conséquences sont irréparables ;
- à rassurer et à encourager la victime ;
- à ne pas essayer de reformuler le récit de la victime mais à respecter la description qu'elle fait de cette expérience ;
- à aider la victime et à la guider vers les ressources pouvant répondre à ses divers besoins (médicaux, psychosociaux, légaux, etc.).

Encore sous le choc, la victime peut avoir diverses réactions : se sentir sale, être incrédule (sensation d'irréel, sentiment d'être engourdie), éprouver de la colère (contre elle-même et l'agresseur), de la peur (peur d'être à nouveau victime), de l'effroi (à l'idée qu'elle aurait pu mourir), de la culpabilité, de l'euphorie (joie et soulagement à l'idée d'être en vie). Il faut encore là l'aider à exprimer ses sentiments, mais aussi à les démystifier. Pour sa part, l'adolescente parlera plutôt des conséquences de l'acte dont elle a été victime et laissera le soin à la personne qui l'écoute de poser le diagnostic.

L'agression sexuelle et l'inceste

Selon plusieurs auteurs, les indices pouvant aider à confirmer la possibilité qu'une agression ou un abus sexuel ait été commis peuvent être regroupés en cinq catégories :

- indices liés au comportement général et sexuel :
 - fugue,
 - dépression (43 %),
 - partenaires multiples,
 - séduction exagérée,
 - méfiance,
 - idées suicidaires (23 %).
- Indices liés à la dynamique familiale ou aux caractéristiques des parents :
 - rôles respectifs de la mère et de la fille mal définis,
 - autorité excessive du père.
- Indices liés au comportement à l'école ou au travail :
 - baisse du rendement,
 - isolement.
- Indices liés à des symptômes ou à des signes médicaux :
 - MTS,
 - saignements,
 - craintes non justifiées d'un risque de grossesse, etc.
- Indices liés aux changements dans les valeurs, les croyances :
 - changement de religion,
 - entrée dans une secte, etc.

Le cumul de plusieurs des indices énumérés ci-dessus devrait éveiller de sérieux soupçons quant à l'existence de problèmes de cet ordre.

On doit conseiller à la victime d'agression ou d'abus sexuel d'aller voir un médecin ou d'aller au service d'urgence d'un hôpital le plus rapidement possible une fois que l'acte est connu. On doit lui expliquer que l'agression sexuelle qu'elle a subie l'a exposée aux risques de contracter des MTS et le VIH. L'examen médical s'avère essentiel pour elle.

Pour sa part, l'équipe médicale utilisera la trousse médico-légale qui contient des comprimés gratuits pour la COU. La victime devra être avisée que le contenu de

cette trousse aidera la police à mener son enquête en cas de plainte. Lorsqu'une femme a été violente, elle peut obtenir une consultation dans une salle à l'urgence d'un hôpital désigné. Une équipe spécialement formée pour ce genre de situation s'occupera d'elle. La victime rencontrera une infirmière, qui notera l'histoire, et un médecin, qui procédera à un examen physique. Ces professionnels pourront voir à ce qu'elle ait un suivi physique et psychologique. La trousse médico-légale est un outil comprenant des formulaires médicaux et légaux (si la victime désire poursuivre l'agresseur). Elle contient également le matériel requis pour les prélèvements nécessaires au dépistage de MTS ainsi que le matériel pour procéder à un test de grossesse et des comprimés pour la COU. Ce service est inclus dans le régime d'assurance maladie du Québec.

Enfin, dans le cas d'une victime majeure, la décision de porter plainte à la police ou non lui revient; le rôle du professionnel de la santé sous ce rapport se limite à l'informer de ce droit. Environ une victime sur dix fait appel aux services de police. Dans le cas d'une victime mineure, le professionnel de la santé à qui un acte d'agression sexuelle ou d'inceste a été rapporté se doit d'en aviser la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ).

La Direction de la protection de la jeunesse

Des articles de la Loi sur la protection de la jeunesse

Article 38 :

« Aux fins de la présente loi, la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis :

« g) S'il est victime d'abus sexuels ou est soumis à de mauvais traitements physiques par suite d'excès ou de négligence ; ... »

Article 39 :

« Tout professionnel qui, par la nature même de sa profession, prodigue des soins ou toute autre forme d'assistance à des enfants et qui, dans l'exercice de sa profession, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens de l'article 38 ou au sens de l'article 38.1, est tenu de signaler sans délai la situation au directeur ; la même obligation incombe à tout employé d'un établissement, à tout enseignant ou à tout policier qui, dans l'exercice de ses fonctions, a un motif raisonnable de croire que la

L'agression sexuelle et l'inceste

sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens de ces dispositions.

« Toute personne autre qu'une personne visée au premier alinéa qui a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis au sens du paragraphe g de l'article 38 est tenue de signaler sans délai la situation au directeur. »

Le rôle du directeur de la protection de la jeunesse

Le rôle du directeur de la protection de la jeunesse est de protéger l'enfant contre son agresseur en prenant les mesures nécessaires, entre autres le placement, lorsque de telles mesures sont requises. Les parents ou le directeur de la DPJ peuvent porter plainte à la police au nom de la victime mineure. Dans l'immédiat, le directeur doit s'assurer que l'enfant est en lieu sûr, loin de l'agresseur. De plus, il doit évaluer si un membre de sa famille ou un proche de confiance peut aider la victime et l'accompagner dans toutes ses démarches.

La Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels prévoit une indemnisation pour les victimes blessées à l'occasion d'un acte criminel. La blessure peut être une lésion corporelle, une grossesse résultant d'une agression sexuelle, un choc nerveux ou un choc psychologique. Il y a un délai d'un an pour présenter la réclamation à la Direction de l'indemnisation des victimes d'actes criminels à l'adresse suivante : 1199, rue Bleury, 9^e étage, Montréal, H3C 4E1, tél. (514) 873-6019. Il est possible de se procurer un formulaire d'indemnisation dans les bureaux régionaux de la Commission de la santé et de la sécurité du travail.

Les ressources à la disposition des victimes d'abus sexuels

Les services les plus fréquemment utilisés sont les maisons d'hébergement, les centres d'aide pour les femmes victimes d'agression sexuelle, les bureaux d'aide juridique, les services policiers, les centres locaux de services communautaires, les services professionnels des psychologues, sexologues, travailleurs sociaux et, pour les mineures, les centres d'aide à la jeunesse. Il existe aussi des centres d'hébergement pour femmes en difficulté pouvant les accueillir en cas d'urgence. Ils peuvent être précieux pour une femme qui doit se protéger contre son agresseur.

La liste des diverses ressources existantes est présentée à l'annexe 2.

Le rôle du pharmacien

Le pharmacien doit adopter une approche adéquate dans ses rapports avec des victimes d'abus sexuels ou d'inceste. Il doit notamment prescrire la COU et accompagner la victime vers la ressource appropriée afin qu'elle reçoive les soins et l'aide dont elle a besoin dans les plus brefs délais.

*Exercice d'intégration des apprentissages relativement
aux agressions et aux abus sexuels*

Question 1

Nommez cinq conséquences possibles d'une grossesse non planifiée à l'adolescence.

Question 2

Quels sont les symptômes permettant de soupçonner qu'une personne a été victime d'abus sexuel ?

Question 3

Quelles attitudes doivent adopter un professionnel de la santé qui, dans l'exercice de sa profession, est mis en rapport avec une victime d'abus sexuels ?

Question 4

Quels sont les facteurs de risque pouvant expliquer le nombre de grossesses non planifiées chez les adolescentes ?

Quatrième volet

LES RESPONSABILITÉS ÉTHIQUES ET LÉGALES DU PHARMACIEN

Norme 2001.01

Prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence : le contexte

Au regard de la santé publique et compte tenu du besoin urgent d'élargir l'accès aux médicaments permettant la contraception orale d'urgence à toutes les femmes du Québec, le gouvernement du Québec a adopté par décret (964-2001), le 16 août 2001, le Règlement modifiant le Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins. Cette modification permet à un pharmacien de prescrire un médicament requis pour la contraception orale d'urgence, à la condition qu'il soit titulaire d'une attestation délivrée par l'Ordre des pharmaciens du Québec à l'effet qu'il a réussi les activités de formation déterminées par le Règlement sur les activités de formation obligatoire des pharmaciens pour la prescription des médicaments permettant une contraception orale d'urgence adopté par le Bureau de l'Ordre des pharmaciens du Québec. Ledit règlement précise également que le pharmacien doit exécuter lui-même l'ordonnance.

Les dispositions légales

La responsabilité civile

Le pharmacien offrant les services reliés à la COU doit connaître et comprendre certaines dispositions législatives en relation avec les soins de santé au Québec. Le Code civil du Québec, la Loi sur les services de santé et services sociaux et la Loi sur la protection de la jeunesse méritent, entre autres, une attention particulière.

À la lumière de certains articles de ces lois présentés plus loin, trois règles doivent être respectées par le pharmacien :

- le consentement aux soins est donné par la personne elle-même (une mineure âgée de 14 ans ou plus ou une adulte), son représentant légal ou le titulaire de l'autorité parentale (une mineure âgée de 13 ans ou moins) ;
- le titulaire de l'autorité parentale a le droit d'accès au dossier d'un mineur jusqu'à sa majorité (18 ans), sauf dans les cas prévus par la loi ;
- bien que le pharmacien soit lié par le secret professionnel, il est tenu de signaler sans délai à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) toute situation pour laquelle il a un motif raisonnable de croire qu'un mineur est victime d'abus sexuels ou qu'il est soumis à des mauvais traitements physiques par exagération ou par négligence.

La responsabilité professionnelle

Le Code de déontologie des pharmaciens

Article 3.01.05 :

« Le pharmacien doit chercher à établir une relation de confiance mutuelle entre lui-même et son patient. À cette fin, le pharmacien doit notamment :

- a) s'abstenir d'exercer sa profession d'une façon impersonnelle ;
- b) donner des conseils de manière à respecter l'échelle de valeurs et les convictions personnelles de son patient lorsque ce dernier l'en informe.»

Article 3.01.06 :

« Le pharmacien doit, dans l'exercice de sa profession, avoir une conduite respectueuse des droits et libertés fondamentaux des patients. »

Article 3.05.01 :

« Le pharmacien doit subordonner son intérêt personnel à celui de son patient. »

Trois principes généraux doivent donc être respectés :

- la sécurité et la santé du public doivent être la priorité des pharmaciens exerçant leur profession ;
- un pharmacien a le droit de s'opposer, pour des raisons religieuses ou morales, à l'utilisation de la COU ;
- dans un tel cas, le pharmacien doit permettre au patient de recevoir le service en le dirigeant vers la ressource appropriée la plus proche (autre pharmacien, autre pharmacie, médecin, clinique, hôpital, etc.).

La confidentialité

Le Charte des droits et libertés de la personne

Article 5 :

« Toute personne a droit au respect de sa vie privée. »

Le Code de déontologie des pharmaciens

Article 3.06.03 :

« Le pharmacien doit éviter les conversations indiscrètes au sujet d'un patient et des services qui lui sont rendus. »

Article 3.06.05 :

« Le pharmacien doit veiller à ce que ses employés ne révèlent pas les renseignements de nature confidentielle reçus dans l'exercice de leurs fonctions. »

Le Règlement sur la tenue des pharmacies

Article 4 :

« Une pharmacie doit comporter un endroit permettant au pharmacien de s'entretenir confidentiellement avec ses patients. »

Prescrire est certainement nouveau pour le pharmacien. Il est fort probable que ce ne soit que le début d'une série de nouveaux actes qu'il sera amené à faire dans un proche avenir. Pour offrir ce service, il est indispensable que le pharmacien fournisse à sa clientèle un environnement adapté à la communication et à l'échange d'information confidentielle. Le Bureau de l'Ordre a pavé la voie en ce sens, en 1994, en adoptant l'article 4 du Règlement sur la tenue des pharmacies.

Depuis ce jour, la pratique de la profession s'est orientée de plus en plus vers les besoins du patient en matière de soins pharmaceutiques. Il est donc normal d'admettre que le scénario désiré lors d'un entretien entre un pharmacien et son patient se produise dans un endroit privé. L'acte de prescrire (anamnèse, évaluation, etc.) amène incontestablement le pharmacien à reconsidérer la notion d'un endroit confidentiel. En ce qui a trait à la COU, il est évident que la garantie de la confidentialité et du respect de la vie privée d'une patiente est essentielle. Il est difficile d'imaginer une consultation pour obtenir la COU qui ne satisferait pas à cette exigence fondamentale. Le pharmacien doit donc s'assurer que l'aménagement de l'endroit confidentiel prévu à cette fin par le Règlement sur la tenue des pharmacies permette des entretiens confidentiels afin de respecter la vie privée du patient.

Le protocole de prestation des services reliés à la COU en pharmacie

Le Bureau de l'Ordre a adopté un protocole de prestation des services reliés à la COU (présenté au deuxième volet). Ce dernier précise les renseignements essentiels que le pharmacien doit obtenir en faisant l'anamnèse de la patiente et ceux à fournir à la patiente dans le cadre de la prestation des services liés à la COU. Un pharmacien peut, à sa discrétion, utiliser son propre protocole pour autant qu'il renferme, au minimum, le contenu du protocole approuvé.

Le counseling

Le counseling est un élément clé des services que le pharmacien doit offrir à la patiente qui le désire et qui se présente pour obtenir la COU. Le dialogue permet au pharmacien de fournir les renseignements principaux sur la contraception en général, la sexualité, les MTS et le VIH ainsi que l'utilisation correcte de la méthode de COU choisie.

Les éléments généraux à considérer sont les suivants :

- rassurer les patientes sur le caractère confidentiel de toute l'information ;
- aider les patientes dans leur choix et ne pas porter de jugement ni marquer sa désapprobation par des gestes ou des expressions du visage ;

- adopter une attitude compatissante qui encourage la patiente à utiliser adéquatement la COU et prépare la voie à des conseils ultérieurs sur la contraception régulière et la prévention des MTS ;
- fournir l'information appropriée de manière à respecter la patiente et à répondre à ses besoins.

Les éléments essentiels d'un entretien professionnel entre le pharmacien et une patiente relativement à la contraception orale d'urgence ont été présentés en détail dans le deuxième volet.

La norme

La protection du public demande que tous les pharmaciens offrent des services professionnels de qualité à tous leurs patients. Ces services doivent répondre aux valeurs et aux besoins du patient et non l'inverse. La norme relative aux services offerts par les pharmaciens a donc pour objectif d'en garantir la qualité dans un nouveau champ d'exercice de notre pratique professionnelle : la prestation des services liés à la COU.

Compte tenu de tout ce qui précède, le pharmacien qui offre la prestation des services liés à la COU doit respecter les six règles suivantes :

- 1) avoir suivi et réussi la formation nécessaire, tel que cela est prévu dans le Règlement sur les activités de formation obligatoire des pharmaciens pour la prescription des médicaments permettant une contraception orale d'urgence ;
- 2) s'assurer que l'aménagement de l'endroit confidentiel prévu par le Règlement sur la tenue des pharmacies permet des entretiens confidentiels afin de respecter la vie privée du patient ;

- 3) comprendre et respecter les dispositions légales en relation à la prestation de soins de santé ;
- 4) offrir un counseling adapté à chaque patiente ;
- 5) documenter le dossier-patient : chaque consultation pour une contraception orale d'urgence, qu'elle débouche ou non sur la prescription de médicament requis aux fins de contraception orale d'urgence, doit être notée au dossier-patient via un protocole de prestation de services. Ce dernier servira également d'ordonnance ;
- 6) effectuer un suivi pour la patiente qui le désire.

Enfin, le pharmacien qui ne désire pas offrir la prestation des services liés à la COU doit :

- 1) permettre à la patiente de recevoir le service en la dirigeant vers la ressource appropriée la plus proche (autre pharmacien, autre pharmacie, médecin, clinique, etc.) et documenter son intervention.

Les ressources existantes

Le seul fait de rendre la COU accessible ne suffit pas à prévenir les grossesses non désirées et les avortements qui résultent de relations sexuelles non protégées. L'information sur la contraception d'urgence doit être offerte à la pharmacie sous forme de brochures, de feuillets d'information, d'affiches, etc.

De plus, il est indispensable que le pharmacien puisse fournir une liste des ressources locales pouvant venir en aide aux patientes.

Quelques questions et réponses

La présente section répond aux interrogations d'ordre pratique, éthique ou légal les plus susceptibles de se poser au moment d'offrir les services liés à la contraception orale d'urgence en pharmacie.

• En tant que pharmacien, quelle est ma responsabilité civile en cas de faute et de poursuite au civil pour la prestation des services liés à la COU ?	Responsabilité entière.
• Suis-je protégé par l'assurance responsabilité professionnelle pour l'acte de prescrire ?	Oui. Le gestionnaire du Fonds d'assurance responsabilité professionnelle de l'Ordre des pharmaciens du Québec a confirmé que ce nouvel acte est inclus dans la police d'assurance.
• Une mineure de 13 ans ou moins peut-elle se procurer la COU sans le consentement de ses parents ?	Non. L'article 14 du Code civil du Québec est très clair à ce sujet. Le pharmacien devra donc faire preuve de jugement afin de s'acquitter de son obligation de suivi.
• Est-ce que je dois, en tant que pharmacien, permettre à un parent de consulter le dossier de sa fille âgée de moins de 18 ans ?	Oui. Que la fille soit âgée de 12, 15 ou 17 ans, les parents conservent l'autorité parentale et ont donc la possibilité de consulter le dossier de leur enfant. Cependant, le pharmacien peut refuser l'accès aux parents s'il a des motifs valables de croire que la communication des renseignements peut être préjudiciable à l'enfant ou aux parents (Code des professions, article 60.5. et Code de déontologie des pharmaciens, article 3.07.01.). Inscrire une note au dossier justifiant cette décision est essentiel.

Le *Code des professions* et le *Code de déontologie des pharmaciens* sont clairs à ce sujet.

Code des professions, article 60.5 :

« Le professionnel doit respecter le droit de son client de prendre connaissance des documents qui le concernent dans tout dossier constitué à son sujet et d'obtenir copie de ces documents. »

Code de déontologie des pharmaciens, article 3.07.01 :

« Le pharmacien doit respecter le droit de son patient de prendre connaissance des documents qui le concernent dans tout dossier constitué à son sujet et d'obtenir une copie de ces documents à moins que :

- il ait des motifs valables de croire que la communication du document au patient puisse être préjudiciable à ce dernier ; ou
- le document lui vienne d'une tierce personne avec la mention expresse qu'il ne doit pas être communiqué au patient. »

Quelques questions et réponses

• Puis-je servir la COU si une tierce personne se présente pour l'obtenir ?	Non. Tel que précisé précédemment, seul le consentement de la personne ou de son représentant légal permet au pharmacien de fournir les soins. Cependant, dans le cas où une patiente ne pourrait se déplacer pour diverses raisons, le pharmacien devra s'assurer que la patiente consent aux soins offerts et qu'elle n'a pas subi d'abus sexuels ni de contraintes.
• Puis-je servir la COU via le téléphone ?	En partie, oui. Le protocole de service peut être amorcé par téléphone dans le but d'accélérer le service, le tout se concluant au moment où la patiente se présente à la pharmacie pour venir chercher le traitement.
• Puis-je transférer une ordonnance pour la COU faite par un pharmacien ?	Non. En principe, ce type d'ordonnance n'est pas renouvelable, étant donné son caractère unique. Cependant, dans le cas où une patiente oublierait sa deuxième dose (à la maison, au travail, etc.), un pharmacien pourrait servir cette dose en s'assurant de communiquer avec le pharmacien prescripteur pour recueillir l'information nécessaire.
• Puis-je prescrire la COU en prévention (ex. : utilisation de médicaments tératogènes tels qu'Accutane^{MD}, départ en voyage, etc.) ?	Oui. Des études montrent que, si la COU prescrite en prévention est accompagnée d'une brochure comportant tous les renseignements relatifs aux indications et à son emploi, elle peut être utilisée adéquatement.
• Que dois-je faire dans le cas d'une patiente qui a été agressée sexuellement ?	Il faut évidemment référer cette patiente au CLSC ou à l'hôpital le plus près pour avoir accès à la trousse médico-légale. De plus, il est essentiel d'offrir la COU à la patiente car rien ne garantit qu'elle ira consulter immédiatement. Par ailleurs, si la patiente est mineure, le pharmacien doit aviser la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ). Enfin, il peut lui remettre le numéro de téléphone du Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) de la région.
• Dois-je servir une patiente qui fait un usage répété de la contraception orale d'urgence ?	Oui. Malgré le fait que la COU ne doit pas être substituée à une méthode de contraception régulière, étant donné son plus grand risque d'échec, les études ont démontré qu'il n'y a aucun danger à l'utiliser de façon répétitive. Un pharmacien n'a donc aucune raison de refuser de servir la COU une deuxième ou une troisième fois. Par contre, il apparaît évident qu'un entretien professionnel avec la patiente à propos des méthodes contraceptives régulières est indispensable.

Des articles de loi associés à la norme

Code civil du Québec

Article 14 :

« Le consentement aux soins requis par l'état de santé du mineur est donné par le titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur.

« Le mineur de quatorze ans et plus peut, néanmoins, consentir seul à ces soins. Si son état exige qu'il demeure dans un établissement de santé ou de services sociaux pendant plus de douze heures, le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur doit être informé de ce fait. »

Article 598 :

« L'enfant reste sous l'autorité de ses père et mère jusqu'à sa majorité (18 ans) ou son émancipation. »

Loi sur les services de santé et les services sociaux

Article 9 :

« Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitement ou de toute autre intervention.

« Le consentement aux soins ou l'autorisation de les prodiguer est donné ou refusé par l'usager ou, le cas échéant, son représentant ou le tribunal, dans les circonstances et de la manière prévues aux articles 10 et suivants du *Code civil (Lois du Québec, 1991, chapitre 64)*. »

Article 21 :

« Le titulaire de l'autorité parentale a droit d'accès au dossier d'un usager mineur. Toutefois, un établissement doit refuser au titulaire de l'autorité parentale l'accès au dossier d'un usager mineur dans les cas suivants :

«1)L'usager est âgé de moins de 14 ans et il a fait l'objet d'une intervention au sens de l'article 2.3 de la Loi sur la protection de la jeunesse (chapitre P-34.1) ou il est visé par une décision prise en vertu de cette loi et l'établissement, après avoir consulté le Directeur de la protection de la jeunesse, détermine que la communication du dossier de l'usager au titulaire de l'autorité parentale cause ou pourrait causer un préjudice à la santé de cet usager;

«2)L'usager est âgé de 14 ans et plus et, après avoir été consulté par l'établissement, refuse que le titulaire de l'autorité parentale reçoive communication de son dossier et l'établissement détermine que la communication du dossier de l'usager au titulaire de l'autorité parentale cause ou pourrait causer un préjudice à la santé de cet usager. »

Loi sur la protection de la jeunesse

Article 38, paragraphe g :

« Aux fins de la présente loi, la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis :

«g)s'il est victime d'abus sexuels ou est soumis à des mauvais traitements physiques par suite d'excès ou de négligence. »

Article 39 :

« Tout professionnel qui, par la nature même de sa profession, prodigue des soins ou toute autre forme d'assistance à des enfants et qui, dans l'exercice de sa profession, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens de l'article 38 ou au sens de l'article 38.1, est tenu de signaler sans délai la situation au directeur ; la même obligation incombe à tout employé d'un établissement, à tout enseignant ou à tout policier qui, dans l'exercice de ses fonctions, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens de ces dispositions.

« Toute personne autre qu'une personne visée au premier alinéa qui a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis au sens du paragraphe g de l'article 38 est tenue de signaler sans délai la situation au directeur.

« Toute personne autre qu'une personne visée au premier alinéa qui a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens des paragraphes a, b, c, d, e, f ou h de l'article 38 ou au sens de l'article 38.1, peut signaler la situation au directeur.

« Les premier et deuxième alinéas s'appliquent même à ceux liés par le secret professionnel, sauf à l'avocat qui, dans l'exercice de sa profession, reçoit des informations concernant une situation visée à l'article 38 ou 38.1. »

Exercice d'intégration des apprentissages relativement à la réglementation

Question 1

Le titulaire de l'autorité parentale a droit d'accès au dossier d'un mineur jusqu'à sa majorité (18 ans), en tout temps.

- Vrai
 Faux

Question 2

L'utilisation d'un bureau de consultation fermé est obligatoire pour la prescription de la COU.

- Vrai
 Faux

Question 3

Il n'est pas nécessaire de documenter une consultation pour la contraception orale d'urgence au dossier d'une patiente si cette consultation n'aboutit pas à la prescription d'un produit prévu à cet effet.

- Vrai
 Faux

Question 4

Une prescription de COU n'est jamais renouvelable.

- Vrai
 Faux

Question 5

En tant que pharmacien, ma responsabilité civile est pleine et entière en cas de faute commise en offrant des services liés à la COU.

- Vrai
 Faux

CONCLUSION

La prescription de la contraception orale d'urgence constitue un nouveau champ de pratique professionnelle pour les pharmaciens. Avec le règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments au Québec (annexes), le législateur reconnaît l'impact du rôle du pharmacien. Cette reconnaissance constitue un nouveau pas en ce qui a trait à l'élargissement de l'exercice de cette profession et, désormais, une consultation pour la COU chez le pharmacien peut être l'occasion pour une patiente d'entrer dans le système des soins de santé du Québec.

La prescription de la COU vise d'abord et avant tout à minimiser les risques d'une grossesse non planifiée. De plus, elle fournit l'occasion au pharmacien de transmettre de l'information au sujet de la contraception régulière et de la prévention des risques de maladies transmissibles sexuellement.

La contraception orale d'urgence a peu d'effets indésirables et de contre-indications. De plus, elle présente peu de risques. Par ailleurs, la COU n'est pas une méthode abortive.

Les questions essentielles à poser au cours d'une consultation visent à prévenir une grossesse et à s'assurer que la patiente se présente dans les délais requis pour l'efficacité de la COU. Ces questions se trouvent dans le bloc d'ordonnances et les réponses obtenues sont autant de renseignements à verser au dossier de la patiente. Comme dans tous les cas d'apprentissage de nouvelles fonctions, il est possible que les consultations soient plus longues et peut-être plus mécaniques au début mais, avec la pratique, la consultation et le temps qui y sera alloué seront moins longs. La consultation semblera aussi plus facile au pharmacien.

Les principaux éléments à retenir sont les suivants : la formation du personnel, l'organisation du travail pour inclure la nouvelle pratique, l'endroit confidentiel à l'abri des oreilles et des regards indiscrets, la participation de la patiente à la prise de décision et l'apprentissage du protocole de prestation régissant les services liés à la COU.

C'est le début d'une ère nouvelle pour les pharmaciens. Nous avons ouvert la porte ; nous avons maintenant à appliquer une démarche de soins pharmaceutiques significative pour les pharmaciens. À nous de relever ce magnifique défi !

BIBLIOGRAPHIE

- American College of Obstetricians and Gynecologists. Statement on contraceptive methods. 1998.
- Apprentissage et socialisation, 1990; 13 (3) : 222-6.
- Bédard D. Sexualité, contraception et avortement : variations ethno-culturelles. Rapport de recherche CLSC Rivière-des-Prairies 1992-1993.
- Bélanger D. Oral contraceptives : an update. Pharmacy practice. Pharmacy practice national continuing education program, february 1999.
- Bérubé J, Bernatchez M. Connaissances sur la pilule du lendemain des étudiants et des femmes de 20 à 45 ans dans la région du Bas Saint-Laurent, Québec. SOGC 2000 (juillet) : 605-9.
- Bracken MB. Oral contraception and congenital malformations in off-spring : a review and meta-analysis of the prospective studies. Obstet Gynecol 1990 ; 76 : 552-7.
- Brillon P. Le trouble de stress post-traumatique chez les victimes d'agression sexuelle. Contraception 1996; 13 (5) : 20-30.
- Cachelau R. Contraception d'urgence. Impact médecin Hebdo 1999; 453 : 34.
- Charbonneau L. Adolescents : la guerre du sexe. L'Actualité 1992; 17-20.
- Charbonneau L, Bélanger H. La santé des femmes. Edisem FMOQ, Maloie 1994.
- Charbonneau L et coll. Adolescence et fertilité : une responsabilité personnelle et raciale : avis sur la grossesse à l'adolescence. Ministère de la Santé et des Services Sociaux 1989.
- Conférence canadienne de consensus sur la ménopause et l'ostéoporose. Tiré du Journal SOGC 1998 ; 53.
- Contraception d'urgence: deux nouveaux médicaments. L'infirmière 1999; 52 : 57-8.
- Cooper J, Osmand B et al. Clinical edge – emergency contraceptive pills –questions and answers. CPJ PPC 2000 ; 26-30.
- Croxatto HB, Devoto L, Durand M et al. Mechanism of action or hormonal preparations used for emergency contraception : a review of the literature. Contraception 2001 ; 63 : 111-21.
- Davis V, Dunn S. Contraception postcoïtale d'urgence (directive clinique de la SOGC). J Soc Obstet Gynecol Can 2000 ; 22 (7) : 549-54.
- Davis V, Dunn S. Contraception postcoïtale d'urgence : directives cliniques de la SOGC. Journal SOGC 2000 : 92.
- Dogg PKB. The psychological sequel of therapeutic abortion denied and completed. Am J Psychiatry 1991; 5: 598.
- Étude canadienne sur la contraception. CSGOC 1995.
- Ellertson C, Shochet T, Blanchard K, Trussel J. Emergency contraception : a review of the programmatic and social science literature. Contraception 2000 ; 61 : 145-86.
- Farrell B, Solter C, Huber D. Emergency contraceptive pills. Comprehensive reproductive health and family planning training curriculum. Revised sept. 2000.
- Food and Drug Administration. Prescription drug products ; certain combined oral contraceptives for use as postcoital emergency contraception. Federal register 1997 ; 62 : 8610-12.
- Fortin MF, Gervais T, Martel J. L'inceste. Contraception 1994; 5-14.
- Franz W, Reardon D. Differential impact of abortion on adolescents and adults. Adolescence 1992; 27 (105): 162-75.
- Frapplier JY, Gagné R. Abus sexuels. La santé des femmes 1994; 85-90.
- Frapplier JY, Gagné R. Les adolescentes victimes de violence. Le Médecin du Québec 1995; 43-8.
- Frapplier JY. Intervention médico sociale auprès des victimes d'agression sexuelle. Hôpital Sainte-Justine 1999.
- Gouvernement du Québec. Les agressions sexuelles : STOP. Rapport du groupe de travail sur les agressions à caractère sexuel, ministères de la Santé et des Services sociaux, de la Justice, de la Sécurité publique, de l'Éducation et secrétariats à la condition féminine et à la Famille, 1995.
- Groupe consultatif médical international de l'IPPF (IMAP). Déclaration de l'IMAP sur la contraception d'urgence. 2000.
- Groupe d'experts du laboratoire de lutte contre la maladie. Lignes directrices canadiennes pour les MTS, 1998.
- Glasier A. Emergency postcoital contraception. N Eng J Med 1997 ; 337 (5) : 1058-64.
- Glasier A, Baird D. The effects of self-administering emergency contraception. N Eng J Med 1998 ; 339 (1) : 1-4.

Bibliographie

- Glasier A. Drug therapy. Emergency postcoital contraception. *N Eng J Med* 1997 ; 337 : 1058-64.
- Glasier A, Thong KJ, Dewar M, Mackie M, Baird DT. Mifepristone compared with high-dose estrogen and progesterone for emergency postcoital contraception. *N Eng J Med* 1992 ; 327 : 1041-4.
- Guillebaud J. Time for emergency contraception with levonorgestrel alone. *Lancet* 1998 ; 352 : 416-7.
- Haggstrom-Nordin E, Tyden T. Swedish teenagers' attitudes toward emergency contraceptive pill. *J Adolesc Health* 2001 ; 23 (4) 313-8.
- Hale TW. Medications in mother's milk. 9th ed. Amarillo, Texas : Pharmasoft Publishing 2000 : 503.
- Ho CH. Emergency contraception : methods and efficacy. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2000 ;12 : 175-9.
- Ho PC, Kwan MSW. A prospective randomized comparison of levonorgestrel with the Yuzpe regimen in the postcoital contraception. *Hum Reprod* 1993 ; 8 : 389-93.
- Horton JD, Bushwick BM. Warfarin therapy : evolving strategies in anticoagulation. *Amer Fam Physician* 1999 ; 59 (3) : 635-46.
- Improving access to quality care in family planning : medical eligibility criteria for contraception use. Geneva : World Health Organization 1996 : 31-3.
- Japel C. Grossesse et avortement chez l'adolescente. *Revue de la littérature PRISME* 1992; 2 (3) : 382-95.
- Julien G. Prévention de la grossesse à l'adolescence par le groupe de travail « Prévention de la grossesse à l'adolescence ». *Bulletin de liaison du comité provincial Famille-Enfance-Jeunesse. Centre d'information sur la santé de l'enfant, Hôpital Sainte-Justine* 1991.
- Komorowski-Swiatek D, Pasko MT. Anticoagulation management module. *Ambulatory care. American society of health-system pharmacists* 2001.
- Kosunen E, Vikat A, et al. Questionnaire study of use of emergency contraception among teenagers. *BMJ* 1999 ; 319-91.
- L'agression sexuelle. *Les revues de la santé de Montréal* 1994; 3-50.
- Langille DB, Delaney ME. Knowledge and use of emergency postcoital contraception by female students at a high school in Nova Scotia. *Can J Pub Health* 2000 ; 9 (1) : 29-32.
- Lavoie E. L'examen annuel de l'adolescent. *Le Clinicien* 1995; 107-22.
- Les avortements thérapeutiques. *Centre canadien d'information sur la santé. Ottawa, Statistiques Canada* 1991; 82-219.
- Luster T, Vandenbelt M. Caregiving by low-income adolescent mothers and the language abilities of their 30 month old children. *Infant Mental Health* 1999; 20 (2): 148-65.
- Manus JM. Controverses autour de la pilule du lendemain. *L'infirmière* 2001; 56 : 7-9.
- Medical and psychological impact of abortion. *Congressional hearing before the human resources in intergovernmental relations subcommittee of the committee on government operations, House of representatives. Washington D.C., Government printing office* 1989.
- Morris M. La grossesse chez les adolescentes : tendances nationales et provinciales. *J Soc Obstet Gynecol Can* 2001: 23 (4).
- Mueller P, Major B. Self-blame, self-efficacy and adjustment to abortion. *Journal of personality and social psychology* 1989; 57 (6): 1059-68.
- Ney PG, Wickett AR. Mental health and abortion: review and analysis. *Psychiatric Journal* 1989; 14 (4): 506-16.
- Olatunbosun OA. La grossesse chez les adolescentes. *J Soc Obstet Gynecol Can* 2001: 23 (4).
- Otis J. Association canadienne pour la santé des adolescentes. 1er colloque francophone québécois en planification des naissances. *Université Laval – Faculté de médecine* 1994; 117-20.
- Parter CP. Clinical and research issues related to teen mother's childbearing practices. *Pediatric nursing* 1990; 13: 41-58.
- Pépin JP. Les enjeux psycho-affectifs de la grossesse. *Revue de la littérature PRISME* 1991; 2 (1) : 14-23.
- Politique de périnatalité: *Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux*, 1993.
- Prévost J. Médecins et abus sexuels : point de vue de la Cour Suprême (chronique juridique). *Bulletin VVI, XXXIII* 1993; 2.
- Raymond EG, Creinin MD, Barnhart KT et al. Meclizine for prevention of nausea associated with use of emergency contraceptive pills : a randomized trial. *Obstet Gynecol* 2000 ; 95 : 271-7.
- Rapport sur la santé périnatale au Canada 2000; 12-4.
- Resick PA. The psychological impact of rape. *Journal of interpersonal violence* 1993; 8 (2) : 223-55.

Bibliographie

- Rinfret M, Boucher F, Giroux C. 100 femmes devant l'avortement. Les éditions du Centre de planning familial du Québec, Sherbrooke 1972 : 11-5.
- Rochon M. Taux de grossesse à l'adolescence, Québec, 1980 à 1995, Régions sociosanitaires de résidence 1993-1995 et autres groupes d'âge. Service de la recherche. Direction générale de la planification et de l'évaluation. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, décembre 1999.
- Rochon M. Nombre et taux de grossesse à l'adolescence, Québec et régions sociosanitaires, 1996-1997. Service de la recherche. Direction générale de la planification et de l'évaluation. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, décembre 1999.
- Samuels VJ, Stackdale DF, Crase SS. Adolescent mother's adjustment to parenting. *Adolesc J* 1994; 17: 427-43.
- Sanfilippo J. Genital of examination of prepubertal and peripubertal females. In: *Pediatric and adolescent gynecology*. Édition WB, Saunders Company Philadelphia 1994; 170-86.
- Serru F. Contraception d'urgence : rassurer et conseiller. *L'infirmière* 1999; 52 : 10-1.
- Smithbattle L. Intergenerational ethics of caring for adolescent health 1996; 15 : 444-56.
- Société canadienne de pédiatrie : La contraception d'urgence. *Pediatrics at child health* 1998; 3 (5) : 364-6.
- Solter C. Counseling for family planning services. *Comprehensive reproductive health and family training curriculum*. Revised March 2000.
- Statistiques démographiques : Les naissances et la fécondité. Institut de la statistique du Québec, Gouvernement du Québec, 2000.
- Stoiber KC, Houghton TG. The relationship of adolescent mother's expectations knowledge and relief to their young children's coping behavior. *Infant mental health journal* 1993; 14: 61-79.
- Sylvestre N, Gonzalez GF, Villena A. Delayed neuro-motor development in children born to adolescent mothers. *Am J Hum Biol* 1997; 9: 717-23.
- Tarabulsy G, Hémond I, Lemelin JP et coll. Le développement des enfants de mères adolescentes. *Recherche sur la famille* 1999; 1 (4) : 1-3.
- The canadian consensus conference on contraception. *Journal SOGC* 1998 (suppl).
- Thompson PJ, Powell MJ, Patterson RJ et coll. Adolescent parenting: outcomes and maternal perception. *Journal of obstetrics, gynaecologic and neonatal nursing* 1995; 24 (8): 713-8.
- Trussell J, Raymond EG. Statistical evidence about the mechanism of action of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Obstet Gynecol* 1999 ; 93 : 872-6.
- Vallières-Joly M. L'adolescente enceinte en difficulté. *Revue de la littérature PRISME* 1992; 2(3) : 400-9.
- Vasilakis C SS, Jick H. The risk of venous thromboembolism in users of postcoital contraceptive pills. *Contraceptive* 1999 ; 59 : 79-83.
- Villermois S. La contraception d'urgence en milieu scolaire. *L'infirmière* 2001; 69 : 6-7.
- Webb AMC, Russell J, Elstein M. Comparison of the Yuzpe regimen, danazol, and mifepristone in oral postcoital contraception. *BMJ* 1992 ; 305 : 927-31.
- Wells E et al. Using pharmacies in Washington State to expand access to emergency contraception. *Fam Planning Perspectives* 1998 ; 38 (6).
- Werheimer RE. Emergency postcoital contraception. *Amer Fam Physician* 2000 ; 62.
- World Health Organization. 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* 1998 ; 352 : 428-33.
- Yuzpe AA, Smith RP, Rademaker AM. A multicenter clinical investigation employing ethinylœstradiol combined with dl-norgestrel as a postcoital contraceptive agent. *Fertility and Sterility Journal* 1982 ; 37 (4).
- Zolse G, Blacker CUR. The psychological complications of therapeutic abortion. *Br J Psychiatry* 1992; 160: 742.

Annexe 1

LES OUTILS DU PHARMACIEN (reproduction autorisée)

Outil 1 : Parler aux clients des diverses méthodes de contraception

<i>Méthode</i>	<i>Fonctionnement</i>	<i>Avantages</i>	<i>Inconvénients</i>
<p>Contraceptifs oraux combinés à faible dose (la pilule)</p> <p>Efficacité: 99,5% si on suit régulièrement la posologie.</p> <p>Par contre, lorsque les conditions d'utilisation ne sont pas respectées, cette efficacité peut diminuer très rapidement.</p> <p>Coût: 16 – 24 \$ / mois</p> <p><i>Ne protège pas contre les MTS.</i></p>	<p>L'action essentielle de la pilule est d'empêcher l'ovulation. Elle agit également au niveau du col de l'utérus en rendant le mucus (glair) moins perméable aux spermatozoïdes. Elle modifie la paroi interne de l'utérus (endomètre) qui devient inapte à recevoir un ovule fécondé.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Aucune préparation nécessaire lors des rapports sexuels.• Les menstruations sont régulières, peu abondantes et brèves. Elles causent moins de crampes et sont moins pénibles.• Diminue la fréquence de l'acné, de l'anémie, du cancer de l'ovaire, du cancer de l'endomètre, des tumeurs bénignes du sein, des kystes de l'ovaire, des salpingites (infection des trompes), des grossesses ectopiques (grossesse dans les trompes) et des symptômes de l'endométriose.• Protège contre l'artériosclérose (durcissement des artères) et augmente la masse osseuse (résistance de l'os).	<ul style="list-style-type: none">• Certaines femmes ont des maux d'estomac (notamment pendant les 3 premiers mois) et/ou de petits saignements (taches ou tachetures) dans l'intervalle entre les menstruations, des menstruations irrégulières, de légers maux de tête, des seins douloureux et/ou un léger gain de poids.• Certaines femmes oublient de prendre un comprimé par jour.• Les complications sont rares mais exigent une consultation rapide auprès d'un médecin. Elles surviennent surtout chez les femmes qui présentent des problèmes de santé ou qui fument. <p>Ce sont:</p> <p>Douleur thoracique sévère avec difficulté à respirer, troubles de la vue importants (diminution ou perte subite de vision), douleur importante à la cuisse ou au mollet et/ou gonflement de la jambe, engourdissement et/ou faiblesse du corps.</p>

ANNEXE 1

Outil 1 : Parler aux clients des diverses méthodes de contraception

<i>Méthode</i>	<i>Fonctionnement</i>	<i>Avantages</i>	<i>Inconvénients</i>
<p>Minipilule (noréthindrone) Micronor^{MD}</p> <p>Ne contient que de la progestérone.</p> <p>Efficacité: 99% si elle est prise de façon très régulière.</p> <p>Coût: 16 – 24 \$ / mois</p> <p><i>Ne protège pas contre les MTS.</i></p>	<p>Agit en modifiant la paroi interne de l'utérus (endomètre) qui devient inapte à recevoir un ovule fécondé. Elle agit également au niveau du col de l'utérus en rendant le mucus (glaires) moins perméable aux spermatozoïdes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Très efficace notamment pour les femmes de plus de 40 ans ou celles qui allaitent. • Constitue un choix intéressant pour les femmes qui ne peuvent pas prendre de contraceptifs oraux contenant de l'œstrogène. 	<ul style="list-style-type: none"> • Des saignements fréquents et irréguliers sont souvent associés à l'utilisation de la minipilule. En fait, 40% des femmes auront des cycles irréguliers, près de 20% présenteront des taches (petits saignements) et 3% présenteront de l'aménorrhée (absence de menstruations). • Les saignements irréguliers sont moindres chez les femmes qui allaitent et chez celles de plus de 40 ans.
<p>Préservatifs (Latex ou polyuréthane)</p> <p>1. Condom masculin:</p> <p>Efficacité: Peut atteindre 99% si le condom est utilisé à chaque rapport sexuel, peu importe le moment du cycle menstruel et s'il est mis avant tout contact du pénis avec la vulve ou le vagin.</p> <p>Coût: < 5 \$ / unité</p> <p><i>Protège contre les MTS.</i></p> <p>2. Condom féminin (Reality^{MD}):</p> <p>Efficacité: Son efficacité peut atteindre 99% s'il est utilisé à chaque rapport sexuel.</p> <p>Coût: < 5 \$ / unité</p> <p><i>Protège contre les MTS.</i></p>	<p>Condom masculin:</p> <p>Gaine très mince et souple qui recouvre le pénis en érection durant les rapports sexuels. Empêche le sperme de pénétrer dans le vagin.</p> <p>Condom féminin:</p> <p>Un seul modèle, une seule taille.</p> <p>Il est muni d'un anneau flexible à chaque extrémité, l'anneau intérieur sert à insérer le condom et à le maintenir en place.</p>	<p>Seules méthodes prouvées efficaces pour empêcher la transmission des MTS, y compris le VIH/Sida.</p> <p>Condom féminin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aussi efficace que le condom masculin et protège également des MTS et du VIH. • S'adapte aux contours du vagin et par conséquent ne comprime ni ne serre le pénis. • Peut être mis en place jusqu'à 8 heures avant la relation sexuelle, donc il n'est pas nécessaire d'interrompre l'intimité du moment. 	<p>Condom masculin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exige du temps pour mettre le préservatif avant les rapports sexuels. • Peut diminuer le plaisir. • Les condoms en latex sont contre-indiqués chez les personnes allergiques à ce produit. • Éviter les lubrifiants à base d'huile avec les condoms en latex: vaseline, crème à mains, huiles de toutes sortes. Attention aux crèmes et ovules contre les infections vaginales (ex.: Monistat^{MD}, etc.) qui peuvent altérer les condoms en latex jusqu'à 72 heures après la fin du traitement.

ANNEXE 1

Outil 1 : Parler aux clients des diverses méthodes de contraception

<i>Méthode</i>	<i>Fonctionnement</i>	<i>Avantages</i>	<i>Inconvénients</i>
<p>Méthodes vaginales</p> <p>1. Spermicides: Mousse, crème, gelée Coût : < 10 \$ / application VCF^{MD} Avantage 24^{MD} Éponge Protectaid^{MD} Coût : < 10 \$ / unité Efficacité : 70 à 97 %</p>	<p>Avant les rapports sexuels, la femme insère dans son vagin une de ces méthodes.</p> <p>Les spermicides tuent les spermatozoïdes ou les paralysent.</p> <p>Les diaphragmes et les capes empêchent les spermatozoïdes de pénétrer dans l'utérus.</p> <p>L'efficacité de ces méthodes varie et tient d'abord à leur emploi assidu et correct à chaque rapport sexuel, peu importe la période du cycle menstruel, incluant les menstruations.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Toute personne à risque de MTS devrait utiliser des condoms et être informée des bienfaits protecteurs de certains spermicides (Avantage 24^{MD}). 	<ul style="list-style-type: none"> • La femme doit insérer le produit dans son vagin avant chaque rapport sexuel et respecter un délai précis avant de pouvoir le retirer. • Peuvent provoquer une irritation. • L'utilisation du diaphragme peut augmenter le risque d'infection des voies urinaires.
<p>2. Diaphragme^{MD} (+spermicide) Efficacité : 80 à 94 % Coût : 30 - 40 \$ / unité</p>			
<p>3. Cape cervicale^{MD} (+spermicide) Efficacité : 80 à 94 % Coût : 40 - 50 \$ / unité</p>			
<p>4. Lea Contraceptive^{MD} (+spermicide) Efficacité : 80 à 96 % Coût : 40 - 50 \$ / unité <i>Ne protège pas contre les MTS.</i></p>			

ANNEXE I

Outil 1 : Parler aux clients des diverses méthodes de contraception

<i>Méthode</i>	<i>Fonctionnement</i>	<i>Avantages</i>	<i>Inconvénients</i>
<p>Contraceptif injectable à effet retard Depo-Provera^{MD} (progestatif)</p> <p>Efficacité: 99.7%. Se compare à celle de la ligature des trompes.</p> <p>Coût: 30 - 40 \$ / injection</p> <p><i>Ne protège pas contre les MTS.</i></p>	<p>L'injection du produit dans un muscle provoque une augmentation rapide du taux de progestérone dans le sang.</p> <p>Le Depo-Provera^{MD} empêche l'ovulation. Il rend l'utérus inapte à recevoir l'ovule fécondé. Il modifie le glaire du col utérin empêchant ainsi le passage des spermatozoïdes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Constitue une option intéressante dans les cas suivants: Échecs répétés des autres méthodes contraceptives, intolérance ou contre-indication aux contraceptifs oraux (CO), oublis fréquents de CO, fumeuses de 35 ans et plus, risque élevé d'infection avec le stérilet, endométriose, utilisation à long terme de médicaments qui diminuent l'efficacité des CO. • Le médicament ne modifie pas le taux de lipides sanguins (cholestérol). Il n'a pas d'effet significatif sur la tension artérielle ni sur les risques de maladies cardiovasculaires. 	<ul style="list-style-type: none"> • Il ne faut pas choisir cette méthode contraceptive si on veut un retour rapide à la fertilité. • Pour être efficace, les injections doivent être administrées régulièrement à toutes les 11 à 13 semaines. • Les troubles menstruels (saignements irréguliers non prévisibles mais rarement abondants) constituent l'effet indésirable le plus fréquent. Ils disparaissent habituellement après quelques mois d'utilisation pour faire place à l'aménorrhée (absence de menstruations). • Les cycles menstruels se rétablissent dans les 6 mois suivant la dernière injection. Toutefois l'absence de menstruations peut durer jusqu'à 12 à 18 mois. • Certaines femmes prennent du poids consécutivement à une stimulation de l'appétit. • Le médicament peut provoquer d'autres effets indésirables comparables à ceux rencontrés avec les contraceptifs oraux: maux de tête, douleur ou malaise abdominal, fatigue, nausée, diminution du désir sexuel, sensibilité des seins, changement d'humeur, dépression. • Certaines utilisatrices peuvent subir une perte osseuse. Pour éviter cet effet indésirable, il faut préconiser l'activité physique et la cessation du tabac. Il est à noter que cette perte osseuse est complètement réversible, deux ans après l'arrêt du Depo-Provera^{MD}.

ANNEXE 1

Outil 1 : Parler aux clients des diverses méthodes de contraception

<i>Méthode</i>	<i>Fonctionnement</i>	<i>Avantages</i>	<i>Inconvénients</i>
<p>Implant contraceptif Norplant^{MD}</p> <p>Efficacité: > 99 %</p> <p>Coût: 400 - 500 \$ / unité</p> <p><i>Ne protège pas contre les MTS.</i></p>	<p>Ensemble de 6 petits bâtonnets placés sous la peau du bras et libérant lentement de la progestérone.</p> <p>L'hormone libérée empêche l'ovulation. Elle épaissit également le mucus (glaires) du col pour empêcher le spermatozoïde de pénétrer dans l'utérus.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Produit contraceptif à long terme (jusqu'à 5 ans). Les implants offrent une protection jusqu'à 5 ans mais peuvent être retirés n'importe quand.• Ils doivent cependant être enlevés à la fin de la 5^e année et un nouvel ensemble d'implants peut alors être inséré au même moment si une contraception continue est désirée. La fécondité revient au retrait du produit.• Aucune préparation nécessaire lors des rapports sexuels.• L'implant contraceptif (Norplant^{MD}) est particulièrement approprié pour les femmes qui veulent éviter de prendre chaque jour un contraceptif oral, qui ne peuvent pas employer les contraceptifs à base d'œstrogène ou encore qui ont des réserves au sujet de la stérilisation permanente.	<ul style="list-style-type: none">• Irrégularité des saignements. La plupart des femmes peuvent s'attendre à un certain changement dans leur cycle menstruel qui devrait se régulariser après une période de 9 à 12 mois: saignements irréguliers, taches intermenstruelles, épisodes prolongés de saignements et de taches et aménorrhée (absence de menstruations).• Une intervention chirurgicale est nécessaire pour initier ou cesser l'emploi.

ANNEXE I

Outil 1 : Parler aux clients des diverses méthodes de contraception

Méthode	Fonctionnement	Avantages	Inconvénients
<p>Stérilet ou dispositif intra-utérin (DIU)</p> <p>1. Nova-T^{MD}</p> <p>Efficacité : 98.6%</p> <p>Coût : 50 - 100 \$ / unité</p> <p>2. Mirena^{MD}</p> <p>Efficacité : 99.8% (pratiquement aussi efficace que la stérilisation)</p> <p>Coût : 300 - 400 \$ / unité</p> <p><i>Ne protège pas contre les MTS.</i></p>	<p>Le stérilet est un petit objet de plastique en forme de T qui est placé dans l'utérus par un médecin.</p> <p>La partie verticale du Nova-T^{MD} est recouverte de cuivre d'où l'appellation stérilet en cuivre.</p> <p>La partie verticale du Mirena^{MD} est recouverte d'un petit tube qui contient de la progestérone (hormone). Cette progestérone est libérée lentement dans l'utérus.</p> <p>Le cuivre sur le Nova-T^{MD} détruit les spermatozoïdes lors de leur passage dans l'utérus. Le cuivre modifie également l'endomètre rendant improbable l'implantation d'un œuf fécondé.</p> <p>Le lévonorgestrel libéré par le Mirena^{MD} épaissit le mucus du col pour empêcher le spermatozoïde de pénétrer dans l'utérus. La progestérone amincit également la paroi de l'utérus pour empêcher l'implantation d'un œuf fécondé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prévention efficace de la grossesse jusqu'à 5 ans. La fécondité revient lorsqu'on enlève le stérilet. • Ne nécessite aucune préparation au moment des rapports sexuels. • Peut être inséré immédiatement après une fausse couche ou un avortement. Toutefois, plusieurs médecins préfèrent attendre 2 à 3 semaines. • Suite à un accouchement, le stérilet peut être posé après 4 à 6 semaines. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervention clinique nécessaire pour la pose ou le retrait. <p>Nova-T^{MD}</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allonge en moyenne de 1 à 2 jours la période menstruelle. • Les pertes sanguines sont plus abondantes dans les 3 premiers mois mais s'atténuent habituellement par la suite. • Peut augmenter les crampes menstruelles. • Quelques femmes peuvent présenter un saignement entre les cycles qui tend à disparaître avec le temps. <p>Mirena^{MD}</p> <ul style="list-style-type: none"> • La femme peut avoir des saignements irréguliers pendant les 3 à 4 premiers mois. Par la suite, les menstruations redeviennent régulières mais sont habituellement beaucoup moins abondantes. • À cause de la progestérone, certaines femmes peuvent présenter au début des maux de tête, des douleurs aux seins et des nausées. Ces effets indésirables sont rares et cessent dans les premiers mois d'utilisation. • Une maladie inflammatoire pelvienne (salpingite ou infection des trompes de Fallope) est plus probable après une infection par MTS si la femme porte un stérilet.

ANNEXE 1

Outil 1 : Parler aux clients des diverses méthodes de contraception

<i>Méthode</i>	<i>Fonctionnement</i>	<i>Avantages</i>	<i>Inconvénients</i>
Stérilisation 1. Masculine : Vasectomie Efficacité : Très efficace > 99 % et permanent. <i>Ne protège pas contre les MTS.</i>	Une petite incision est pratiquée sur le scrotum (enveloppe cutanée des testicules) et bloque les 2 canaux permettant le passage des spermatozoïdes venant des testicules. Il y a production continue de sperme mais absence de spermatozoïdes.	<ul style="list-style-type: none">• Une seule intervention rapide efficace qui dure toute la vie.• L'homme peut continuer à éjaculer et à avoir des rapports sexuels normaux.	<ul style="list-style-type: none">• Généralement non réversible.• Pas immédiatement efficace. Emploi d'une autre méthode pendant au moins les 20 premières éjaculations ou pendant 3 mois.• Cause généralement un certain inconfort pendant quelques jours après l'intervention. Peut aussi causer quelques douleurs, une tuméfaction et meurtrissure du scrotum.
2. Féminine : Ligature Efficacité : Très efficace > 99 % et permanent. <i>Ne protège pas contre les MTS.</i>	Une petite incision est pratiquée dans l'abdomen et bloque les deux trompes transportant les ovules entre les ovaires et l'utérus d'où l'impossibilité pour les ovules de rencontrer les spermatozoïdes. La femme continue d'avoir ses menstruations.	<ul style="list-style-type: none">• Intervention ponctuelle efficace qui dure toute la vie.	<ul style="list-style-type: none">• Généralement non réversible.• Nécessite habituellement une anesthésie générale.• Présence de douleurs pendant quelques jours après l'intervention. Faible risque d'infection ou de saignement à l'incision. Faible risque d'infection ou de saignement interne ou encore de lésions d'organes internes.

ANNEXE 1

Outil 1 : Parler aux clients des diverses méthodes de contraception

Méthodes de planification familiale dites naturelles

Efficacité : variable 91 - 99% si utilisée toujours correctement.

Par contre, lorsque les conditions d'utilisation ne sont pas respectées, cette efficacité peut diminuer de façon drastique.

Coût : Très faible ou nul.

Ne protège pas contre les MTS.

1. Sécrétions cervicales
2. Température basale
3. Sécrétions cervicales + température basale
4. Calendrier ou rythme

Une femme apprend à reconnaître la période féconde de son cycle menstruel. Pour empêcher la grossesse, un couple évite les rapports vaginaux durant la période féconde ou emploie une méthode mécanique ou de retrait.

1. **Sécrétions cervicales :**
Éviter les rapports sexuels non protégés depuis le 1^{er} jour où apparaissent les sécrétions cervicales ou une sensation d'humidité dans le vagin jusqu'au 4^e jour après le maximum de sécrétions gluantes.
2. **Température basale :**
Éviter les rapports sexuels non protégés depuis le 1^{er} jour des saignements menstruels jusqu'à ce que la température du corps ait augmenté et soit demeurée stable pendant 3 jours entiers.
3. **Sécrétions cervicales + température basale :**
Éviter les rapports sexuels non protégés depuis le 1^{er} jour des sécrétions cervicales jusqu'au 4^e jour après le maximum de sécrétions gluantes et le 3^e jour entier après l'élévation de la température du corps
4. **Calendrier ou rythme :**
Éviter les rapports sexuels non protégés durant la période féconde qui a été établie d'après les calculs basés sur 6 mois d'observation du calendrier des menstruations.

- Pas d'effet indésirable au niveau physiologique.
- Acceptables pour certains groupes religieux qui rejettent les autres méthodes pharmacologiques ou mécaniques.

- Il faut en général 2 ou 3 mois pour bien maîtriser les méthodes et obtenir de la précision.
- Pour la méthode du calendrier, il faut compter 6 mois pour bien connaître le cycle menstruel.
- Une abstinence prolongée peut provoquer des tensions chez l'individu et dans le couple.
- Certaines méthodes peuvent être plus ou moins fiables ou plus difficiles à suivre si la femme est malade, a une infection vaginale ou allaite.

Sources :

Rinehart W., Rudy S. and Drennan, M., GATHER, Guide to Counseling. Population Reports, Series J, no. 48, Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program, décembre 1998.
Clinique de planning, Centre hospitalier régional de Rimouski, www.planningchrr.com, Information.
© Copyright 2001, Ordre des pharmaciens du Québec, reproduction autorisée.

ANNEXE 1

Outil 2 : Demande de consultation pour des services reliés à la contraception

Nom / prénom : _____ Date : _____

Date de naissance (JJ/MM/AA) : _____ Heure : _____

Adresse complète : _____

Numéro de téléphone : (_____) _____

Cette patiente est venue à la pharmacie pour des services reliés à la contraception orale d'urgence. Je crois qu'il est dans son intérêt de bénéficier de l'expertise d'un autre professionnel de la santé pour les motifs indiqués ci-après :

- Initier une méthode de contraception régulière
- Évaluer le risque de MTS/VIH
- Insérer un stérilet postcoïtal d'urgence
- Référer pour contexte de violence ou d'abus

Délai : _____ Urgent Autre : _____

Commentaires et renseignements additionnels (s'il y a lieu) : _____

- Un suivi serait apprécié

Pharmacie

Pharmacien : _____ No permis : _____

N'hésitez pas à me contacter pour de plus amples informations.

Sources :

Demande de consultation professionnelle. Utilisé avec la permission de l'Académie Jean Coutu.

Downing Donald F. Helping Pharmacists Determine Their Role in Emergency Contraception. Pharmacist, (Supplement), December 2000.

© Copyright 2001, Ordre des pharmaciens du Québec, reproduction autorisée.

ANNEXE 1

Outil 3 : Quand initier ou recommencer la contraception régulière après la contraception orale d'urgence (COU)?

<i>Méthode de contraception</i>	<i>Moment du début ou de la reprise</i>
Contraceptifs oraux (CO)	2 options possibles : 1. Débuter un nouveau distributeur le jour suivant la prise de la COU. Utiliser une méthode barrière telle qu'un préservatif pour une période de 7 jours après avoir débuté les CO. (Méthode à privilégier) 2. Suggérer l'utilisation d'une méthode barrière telle qu'un préservatif jusqu'à la fin du cycle. Informer la patiente qu'elle doit reprendre la contraception hormonale régulière au début du cycle suivant.
Minipilule (noréthindrone) (Micronor^{MD})	2 options possibles : 1. Débuter un nouveau distributeur le jour suivant la prise de la COU. Utiliser une méthode barrière telle qu'un préservatif pour une période de 7 jours après avoir débuté les CO. (Méthode à privilégier) 2. Suggérer l'utilisation d'une méthode barrière telle qu'un préservatif jusqu'à la fin du cycle. Informer la patiente qu'elle doit reprendre la contraception hormonale régulière au début du cycle suivant.
Préservatifs, diaphragmes, spermicides	Débuter ou recommencer immédiatement après la COU.
Contraceptif injectable à effet retard (Depo-Provera^{MD})	Suggérer l'utilisation d'une méthode barrière telle qu'un préservatif jusqu'à ce que la patiente reçoive l'implant. Initier le Depo-Provera ^{MD} à l'intérieur de 7 jours après le début du prochain cycle menstruel.
Implant contraceptif (Norplant^{MD})	Suggérer l'utilisation d'une méthode barrière telle qu'un préservatif jusqu'à ce que la patiente reçoive l'implant. Insérer les implants à l'intérieur de 7 jours après le début du prochain cycle menstruel.
Dispositif intra-utérin (DIU) ou stérilet (Nova-T^{MD}, Mirena^{MD})	Suggérer l'utilisation d'une méthode barrière telle qu'un préservatif jusqu'à l'installation du DIU.
Méthodes naturelles de planification familiale	Suggérer l'abstinence ou l'utilisation d'une méthode barrière telle qu'un préservatif jusqu'au premier cycle menstruel régulier.
Stérilisation	Il n'est pas recommandé de considérer cette option sous les conditions stressantes qu'engendre la prise de la COU. Attendre les prochaines menstruations avant d'envisager cette option.

Sources:

Farrel B., Solter C. and Huber D. Comprehensive Reproductive Health and Family Planning Curriculum. Module 5 : Emergency contraceptive pills. Pathfinder International, 2000. Revised in September 2000 by Huber D. and Vanderbroucke M.
Castle M.A., Coeytaux F. A clinician's guide to providing emergency contraceptive pills. Pacific Institute for Women's Health, 2000.
AphA Special Report. Emergency contraception: The pharmacist's role. American Pharmaceutical Association, 2000; 1-21.
© Copyright 2001, Ordre des pharmaciens du Québec, reproduction autorisée.

Annexe 2

DIVERSES RESSOURCES UTILES

Les ressources pour les victimes d'abus sexuels

Urgence santé, urgence d'hôpitaux, police	911
Protection de la jeunesse de Montréal	(514) 896-3100
Centre des victimes d'agression sexuelle (écoute téléphonique)	(514) 934-4504
CAVAS (Centre d'aide aux victimes d'actes sexuels)	(514) 389-3651
CAVAC (Centre d'aide aux victimes d'actes criminels)	(514) 277-9860

*Liste des ressources publiques et communautaires pour les victimes d'inceste et d'abus sexuels dans la région de Montréal**

Camée, groupe d'aide	(514) 327-3035
Centre d'agression sexuelle de l'Université McGill	(514) 398-2700
Centre d'aide et de prévention des assauts sexuels à Châteauguay	(450) 699-8258
Centre de lutte contre les agressions à caractère sexuel de la Rive-Sud/La Traversée	(450) 465-5263
Centre de prévention des agressions de Montréal	(514) 284-1212
Centre de prévention et d'intervention auprès des victimes d'agression sexuelle de Laval (CPIVAS)	(450) 669-8279
Centre des femmes de Montréal	(514) 842-4780
Centre pour les victimes d'agression sexuelle de Montréal	(514) 934-4504
Clinique des jeunes Saint-Denis	(514) 844-9333
Expression, le Centre d'entraide Lasalle (groupe d'art-thérapie)	(514) 368-3736
Healing Circle, Native Friendship Center (groupe de support)	(514) 937-5338
Incest Survivors in Support Y.M.C.A. Pointe-Claire	(514) 694-9622
Mouvement contre le viol et l'inceste	(514) 842-5040
Parents unis, Centre des services sociaux Laurentides-Lanaudière	(450) 585-1423
Plaidoyer victimes (association québécoise)	(514) 343-7326
Protection de la jeunesse, Montréal métropolitain	(514) 527-7211
Protection de la jeunesse, Rive-Sud	(450) 651-1700

* Différentes ressources existent dans chacune des régions du Québec. Un inventaire en sera fait sous peu.
D'ici là, veuillez communiquer avec le service Info-Santé de votre CLSC pour avoir davantage d'information.

ANNEXE 2

Centres d'hébergement pour femmes en difficulté

Maison Flora-Tristan	(514) 934-3463
Maison secours aux femmes de Montréal	(514) 593-6353
Carrefour pour elle	(514) 651-0269
Maison d'accueil La Dauphinelle	(514) 598-7779
Maison Marguerite de Montréal	(514) 932-2250
L'Arrêt-source	(514) 383-2335
Association d'entraide Le Chaînon	(514) 845-0151
Logifemme	(514) 939-3172
Centre des femmes de Montréal	(514) 842-1066

Les organismes communautaires (aide matérielle et alimentaire temporaire)

Saint-Vincent-de-Paul	Dans les paroisses de quartiers
Jeunesse au soleil	(514) 842-6822
Coffret aux trésors Le Chaînon	(514) 845-0151
Glaneuses	(514) 524-2496
Entrepôt des couches pour bébé	(514) 852-0701
Armée du salut	(514) 288-7686
Grossesse secours	(514) 271-0554
Assistance maternelle	(514) 279-1064

Lieux où sont pratiqués des avortements dans la région de Montréal

Endroit	Téléphone	Coût
Clinique des jeunes du CLSC des faubourgs	(514) 844-9333	Gratuit (17 ans ou moins)
Hôpital Sainte-Justine	(514) 345-4662	Gratuit (17 ans ou moins)
Hôpital de Montréal pour enfants	(514) 934-4483	Gratuit (17 ans ou moins)
Centre hospitalier Angrignon	(514) 367-8628	Gratuit
CHUM Notre-Dame	(514) 890-8000, poste 27426	Gratuit
CHUM St-Luc	(514) 890-8000, poste 34609	Gratuit
Centre hospitalier Maisonneuve-Rosemont	(514) 252-3400, poste 4273	Gratuit
Hôpital général de Montréal	(514) 934-8076	Gratuit
Hôpital Royal-Victoria	(514) 288-9472 288-2700	Gratuit
Hôpital Général Juif	(514) 340-8271	Gratuit
Centre hospitalier Anna-Laberge	(450) 699-2605	Gratuit
Centre hospitalier Charles-Lemoyne	(450) 466-5000, poste 2628	Gratuit
Cité de la Santé de Laval	(450) 975-5565	Gratuit
Clinique médicale Fémina	(514) 843-7904	À partir de 175 \$
Clinique médicale L'Alternative	(514) 281-9848	À partir de 175 \$
Clinique Morgentaler	(514) 844-4844	À partir de 175 \$
Clinique L'Envolée	(514) 331-2323	À partir de 175 \$
Centre de santé des femmes de Montréal	(514) 270-6114	À partir de 175 \$

ANNEXE 2

CLSC Montréal-Nord	(514) 327-0400, poste 645	Gratuit
CLSC des Faubourgs	(514) 527-2361, poste 674	Gratuit
CLSC Rivière-des-Prairies	(514) 494-3623, poste 360	Gratuit
CLSC du Marigot (Laval)	(450) 668-1803, poste 5160	Gratuit

Lieux où sont pratiqués des avortements dans d'autres régions au Québec

Endroit	Téléphone	Coût
Centre hospitalier régional de Rimouski	(418) 724-8578	Gratuit
Hôpital de Chibougamau	(418) 748-2676	Gratuit
Centre régional de planning familial (Jonquière)	(418) 695-7732	Gratuit
CLSC Le Norois (Alma)	(418) 668-4563	Gratuit
CLSC Saguenay-Nord (Chicoutimi Nord)	(418) 545-1575	Gratuit
CHUL (Sainte-Foy)	(418) 654-2167	Gratuit
Hôpital Saint-François-d'Assise	(418) 525-4397	Gratuit
Centre hospitalier Sainte-Marie (Trois-Rivières)	(819) 378-9844	Gratuit
CLSC Drummond	(819) 474-2572	Gratuit
Clinique de planification des naissances du CHUS (Sherbrooke)	(819) 565-0767	Gratuit
Clinique des femmes de l'Outaouais (Hull)	(819) 778-2055	Don de 35 \$ à 100 \$ facultatif
CLSC Le Partage des Eaux	(819) 762-5599	Gratuit
Centre hospitalier Rouyn-Noranda	(819) 764-5131	Gratuit
Centre hospitalier de Val-d'Or	(819) 825-6711	Gratuit
Centre hospitalier de Sept-Îles	(418) 962-9761	Gratuit
Centre hospitalier de l'Archipel (Îles-de-la-Madeleine)	(418) 986-5323 (418) 986-2121	Gratuit
Clinique de planning du centre hospitalier Hôtel Dieu (Gaspé)	(418) 368-1716	Gratuit
Centre hospitalier Saint-Eustache	(450) 473-6811, poste 2295	Gratuit
Hôpital Notre-Dame-de-Ste-Croix (Mont-Laurier)	(819) 440-4209	Gratuit
CLSC La Pommeraiie (Farnham)	(450) 293-3622	Gratuit
CLSC Saint-Hubert	(450) 676-7761	Gratuit
Centre hospitalier régional du Grand-Portage (Rivière-du-Loup)	(418) 868-1010	Gratuit

Annexe 3

CORRECTEUR DES EXERCICES D'INTÉGRATION DES APPRENTISSAGES

Premier volet:

Le contexte entourant l'élargissement du rôle pharmacien et la contraception orale d'urgence

Question 1

La contraception orale d'urgence devrait être débutée le plus rapidement possible suite à une relation sexuelle non protégée et, idéalement, en dedans d'un intervalle de 120 heures.

Question 2

Il n'y a aucune contre-indication absolue à l'utilisation de la contraception orale d'urgence (méthode Yuzpe ou lévonorgestrel). La seule contre-indication qui existe est relative. Elle s'applique dans le cas où la femme qui utiliserait cette méthode serait déjà enceinte. Le seul motif qui sous-tend cette contre-indication relative réside dans le fait que la COU sera alors inefficace.

Question 3

Les risques de contracter une MTS sont réels, particulièrement pour les femmes suivantes :

- celles qui ont eu un contact sexuel non protégé avec une personne ayant eu un diagnostic de MTS et qui n'est pas traitée ;
- les jeunes de moins de 25 ans ayant plusieurs partenaires ou vivant en monogamie sériee ;
- les personnes qui ont eu un nouveau partenaire sexuel au cours des deux derniers mois ;
- celles qui ont eu plus de deux partenaires sexuels au cours des douze derniers mois ;
- celles qui n'utilisent pas de condom aux cours de leurs relations sexuelles ;

- celles qui ont été victimes d'une agression sexuelle ;
- celles qui proviennent de pays où les MTS ou le VIH sont épidémiques et celles qui ont eu des relations sexuelles non protégées dans ces pays ;
- les travailleuses du sexe ;
- les personnes ayant des contacts sexuels avec les travailleurs du sexe ;
- celles qui s'adonnent à la prostitution ;
- les sans-abri ayant des comportements à risque ;
- les consommatrices de drogues injectables avec échange de seringues.

Question 4

Le principal mode d'action responsable de l'efficacité de la COU, et qui a pu être démontré par des études, est l'effet d'inhibition ou de retardement de l'ovulation de la même façon que les contraceptifs oraux usuels.

Question 5

Pour reprendre la contraception hormonale régulière après la COU, aux moins 2 options s'offrent aux femmes, bien que la première soit privilégiée :

- recommencer un nouveau distributeur dès le lendemain de la prise de la COU et utiliser une méthode barrière pendant les 7 jours suivants, incluant la journée de la prise de la COU ;
- se protéger avec une méthode barrière jusqu'à la prochaine menstruation puis débiter un nouveau distributeur de contraceptifs oraux.

ANNEXE 3

Troisième volet: L'intervention auprès des adolescentes et des personnes victimes d'abus sexuels

Question 1

De nombreuses conséquences d'une grossesse non planifiée sont possibles chez l'adolescente. Parmi elles, mentionnons :

1. l'adaptation et l'intégration aux niveaux scolaire et familial ainsi qu'au niveau du groupe des pairs;
2. l'isolement et les déménagements fréquents;
3. les interactions moins appropriées avec l'enfant puisque l'adolescente a moins de connaissances sur le développement normal de l'enfant (ex. sous-stimulation tactile et verbale);
4. le décrochage scolaire;
5. le risque de pré-éclampsie lors de la grossesse, etc.

Question 2

Comme professionnel, vous pourrez soupçonner un abus sexuel par la présence de certains symptômes tels :

- les problèmes relationnels avec quiconque;
- les difficultés d'ordre sexuel;
- les craintes ou l'inhibition excessive lors d'une possibilité d'examen gynécologique;
- les malaises ou les douleurs sans pathologie organique;
- l'abus d'alcool ou de drogues, ou des deux;
- les troubles de l'alimentation (anorexie ou boulimie);
- les antécédents de dépression grave ou de troubles comportementaux, etc.

Question 3

Dans cette circonstance, le professionnel qui reçoit les confidences verra :

- à éviter de poser trop de questions sur le passé de la victime ;
- à mettre l'accent sur les sentiments, les attitudes et les réactions de la victime ;
- à reconnaître les limites inhérentes à un entretien avec une personne victime d'abus sexuels ;

- à insister sur le fait que d'en parler à trop de personnes peut augmenter les peurs et la culpabilité de la victime, et accroître la possibilité que d'autres portent des jugements sur elle ;
- à ne jamais porter de jugement sur la personne qui a commis des actes d'agression ou d'abus sexuels car la victime pourrait perdre confiance en son confident du moment ;
- à ne pas juger ni critiquer les écarts de langage ;
- à ne pas permettre la présence d'amis quand la victime parle de son expérience, même si elle la demande ;
- à rappeler constamment à la victime ses propres forces, celles de sa famille ou de son réseau social;
- à faire en sorte que la victime ne se blâme pas ou qu'elle n'ait pas le sentiment que les conséquences sont irréparables ;
- à rassurer et à encourager la victime ;
- à ne pas essayer de reformuler le récit de la victime mais à respecter la description qu'elle fait de cette expérience ;
- à aider la victime et à la guider vers les ressources pouvant répondre à ses divers besoins (médicaux, psychosociaux, légaux, etc.).

Question 4

Les facteurs de risque qui peuvent expliquer le nombre de grossesses non planifiées chez les adolescentes sont nombreux :

- L'âge de la puberté;
- Les relations sexuelles précoces;
- Le comportement contraceptif;
- La dimension cognitive.

ANNEXE 3

Quatrième volet: Les responsabilités éthiques et légales du pharmacien

Question 1

Faux

Loi sur les services de santé et services sociaux (Article 21)

« Le titulaire de l'autorité parentale a droit d'accès au dossier d'un usager mineur. Toutefois, un établissement doit refuser au titulaire de l'autorité parentale l'accès au dossier d'un usager mineur dans les cas suivants :

- « 1. L'usager est âgé de moins de 14 ans et il a fait l'objet d'une intervention au sens de l'article 2.3 de la Loi sur la protection de la jeunesse (chapitre P-34.1) ou il est visé par une décision prise en vertu de cette loi et l'établissement, après avoir consulté le Directeur de la protection de la jeunesse, détermine que la communication du dossier de l'usager au titulaire de l'autorité parentale cause ou pourrait causer un préjudice à la santé de cet usager;
- « 2. L'usager est âgé de 14 ans et plus et, après avoir été consulté par l'établissement, refuse que le titulaire de l'autorité parentale reçoive communication de son dossier et l'établissement détermine que la communication du dossier de l'usager au titulaire de l'autorité parentale cause ou pourrait causer un préjudice à la santé de cet usager. »

Question 2

Faux

Le pharmacien qui désire offrir la prestation des services reliés à la COU doit s'assurer que l'aménagement de l'endroit confidentiel prévu par le *Règlement sur la tenue des pharmacies* permette des entretiens confidentiels afin de respecter la vie privée de la patiente. La consultation doit être tenue à l'abri des oreilles et des regards indiscrets.

Question 3

Faux

La norme élaborée précise que le pharmacien qui offre la prestation des services reliés à la COU doit documenter le dossier-patient. Ainsi, chaque consultation pour contraception orale d'urgence, qu'elle débouche ou non sur la prescription de médicament requis aux fins de contraception orale d'urgence, doit être notée au dossier-patient via un protocole de prestation de services.

Question 4

Vrai, sauf que...

En principe, ce type d'ordonnance n'est pas renouvelable étant donné son caractère unique. Cependant, dans l'éventualité où une patiente oublierait sa deuxième dose (à la maison, au travail, etc.), un pharmacien pourrait servir cette dose en s'assurant de communiquer avec le pharmacien prescripteur pour y recueillir les informations nécessaires.

Question 5

Vrai

ANNEXE 3

*Quatrième volet:
Les responsabilités éthiques et légales du pharmacien*



Ordre
des pharmaciens
du Québec

**Santé
et Services sociaux**

Québec  
 