



Portrait des ordonnances collectives de contraception hormonale adoptées au Québec

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Québec 

Portrait des ordonnances collectives de contraception hormonale adoptées au Québec

Direction du développement des individus
et des communautés

Août 2011

AUTEURS

Édith Guilbert, M.D., M. Sc.

Direction du développement des individus et des communautés
Institut national de santé publique du Québec

Alexis C. Guilbert, B. Sciences de la consommation

Direction du développement des individus et des communautés
Institut national de santé publique du Québec

Catherine Risi, M.D., M. Sc.

Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie/Direction de santé publique

Françoise Gendron, M.D.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie/Direction de santé publique

Jocelyn Bérubé, M.D., M. Sc.

Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent/Direction de santé publique

Louise Charbonneau, M.D., M. Sc., F.R.C.P.

Clinique des jeunes

Centre de santé et de services sociaux Jeanne Mance

Sylvie Ouellet, M.D.

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal/Direction de santé publique

Geneviève Roy, M.D., M.P.H., F.R.C.S.C.

Centre hospitalier universitaire de Montréal – Hôpital Saint-Luc

Marie-Soleil Wagner, M.D., M. Sc., F.R.C.S.C., F.A.C.O.G.

Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

AVEC LA COLLABORATION DE

Denis A. Roy, M.D., M.P.H., M. Sc., F.R.C.P.C.

Vice-présidence aux affaires scientifiques

Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGES

Isabelle Cliche

Julie Colas

Direction du développement des individus et des communautés

Institut national de santé publique du Québec

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 4^e TRIMESTRE 2011

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA

ISBN : 978-2-550-63488-1 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2011)

REMERCIEMENTS

Des remerciements sont adressés à tous les présidents et présidentes de conseil des médecins, dentistes et pharmaciens des établissements de santé et aux membres de leur secrétariat, ainsi qu'à toutes les équipes médicales des groupes de médecine familiale et les infirmières et directions des autres établissements scolaires ou de santé qui ont accepté d'envoyer leurs ordonnances collectives de contraception hormonale à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

Des remerciements sont également exprimés au docteur Denis A. Roy, vice-président aux affaires scientifiques de l'INSPQ, et aux représentants du Collège des médecins du Québec, de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et de l'Ordre des pharmaciens du Québec pour leur regard critique et constructif sur ce document.

RÉSUMÉ

L'implantation du modèle provincial d'ordonnance collective de contraception hormonale (OC de CH), conçu conjointement par l'Institut national de santé publique du Québec, le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, l'Ordre des pharmaciens du Québec avec le soutien du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a débuté en 2007. En mars 2011, 87 des 97 CSSS/CLSC (90 %) du Québec et 45 des 217 GMF (21 %) ont adopté une OC de CH. On dénombre en tout 147 OC de CH applicables à des établissements de santé, d'éducation ou autres, au Québec.

De novembre 2009 à août 2010, 85 OC de CH ont été envoyées à l'INSPQ, pour réaliser ce portrait. Ces OC de CH provenaient de 68 centres de santé et de services sociaux (CSSS), six groupes de médecine familiale (GMF), cinq écoles, trois centres jeunesse, deux hôpitaux et une communauté autochtone; 27 OC de CH adoptées dans des CSSS s'appliquaient aussi à des GMF.

L'implantation de l'OC de CH a suivi une courbe en S : après un début lent en 2007 (22,4 % adoptées avant 2008), l'adoption des OC de CH a rapidement progressé à partir de janvier 2008 (63,5 % adoptées de janvier 2008 à la fin 2009), pour se stabiliser en 2010 (14,1 %).

Une OC de CH sur trois est similaire ou presque au modèle 2009. Ainsi, dans 31 % des cas, la pratique des infirmières et des pharmaciens impliqués dans l'OC de CH permet une accessibilité élargie à la contraception hormonale tout en garantissant pleinement la sécurité des femmes en matière de santé.

On note une évolution positive dans la rédaction des OC de CH, les OC de CH compatibles avec le modèle 2009 étant plus souvent similaires au modèle que les OC de CH compatibles avec le modèle 2007. Par contre, deux OC de CH sur trois (n = 59 (69 %)) dévient substantiellement du modèle provincial 2009. Ces déviations ont trait tant aux contre-indications à la contraception hormonale qu'aux éléments favorisant l'accessibilité.

Un faible nombre d'OC de CH ont omis certaines contre-indications, pouvant ainsi compromettre la sécurité de cette stratégie préventive pour la population féminine. Plusieurs OC de CH, au contraire, ont ajouté des contre-indications ou réduit les éléments favorisant l'accessibilité, réduisant du même coup l'efficacité potentielle de cette stratégie préventive. Un certain nombre d'OC de CH n'ont pas été mises à jour sur le modèle 2009.

Sur la base d'un dialogue formatif, la diffusion de ce portrait est une occasion de *feedback* aux équipes locales et régionales afin que leurs OC de CH soient mises à jour et respectent les objectifs fondamentaux de garantir l'accès à la contraception hormonale à des femmes en bonne santé tout en préservant leur sécurité. Ceci dit, dans la diffusion d'une innovation comme l'OC de CH, l'idée n'est pas tant de viser une réplique standard du modèle, mais la flexibilité inhérente à l'adoption de l'innovation ne doit pas excéder certaines limites qui risquent d'en diminuer l'impact ou d'en augmenter les risques.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	VII
LISTE DES FIGURES	IX
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	XI
INTRODUCTION.....	1
1 MISE EN CONTEXTE.....	3
2 MÉTHODOLOGIE.....	9
2.1 Aspects éthiques.....	9
2.2 Objet d'évaluation	9
2.3 Mode de collecte de données	10
2.4 Instrument de collecte de données.....	10
2.5 Analyse	11
3 RÉSULTATS	13
3.1 Établissements participants.....	13
3.2 Résultats par variables.....	14
3.2.1 Date d'entrée en vigueur	15
3.2.2 Date de révision	15
3.2.3 Professionnels visés : infirmières et secteurs	15
3.2.4 Professionnels visés : pharmaciens du Québec	17
3.2.5 Population visée : femmes en bonne santé	17
3.2.6 Mécanisme de médecin répondant.....	17
3.2.7 Condition principale : délai de six mois.....	18
3.2.8 Autres conditions du guide	18
3.2.9 Contre-indications aux contraceptifs oraux combinés (COC).....	19
3.2.10 Contre-indications au timbre contraceptif.....	22
3.2.11 Contre-indications à l'anneau vaginal contraceptif.....	23
3.2.12 Contre-indications à la pilule à progestatif seul (POP).....	23
3.2.13 Contre-indications à l'injection contraceptive	24
3.2.14 Objet de l'OC de CH : liste des COC	24
3.2.15 Objet de l'OC de CH : timbre contraceptif.....	25
3.2.16 Objet de l'OC de CH : anneau vaginal contraceptif.....	27
3.2.17 Objet de l'OC de CH : POP	28
3.2.18 Objet de l'OC de CH : injection contraceptive	28
3.2.19 Signes et symptômes nécessitant l'arrêt pour les cinq méthodes	29
3.2.20 Interventions de l'infirmière.....	30
3.2.21 Interventions du pharmacien	31
3.2.22 Formulaire de liaison	31
3.2.23 Condensé de l'OC de CH	32
3.3 Résultats par catégorie	32

4	DISCUSSION	33
4.1	La vitesse d'adoption de l'OC de CH	33
4.2	L'adoption de l'OC de CH dans les CSSS.....	33
4.3	L'adoption de l'OC de CH dans les GMF	33
4.4	Similitude des OC de CH au modèle 2009.....	34
4.5	Sécurité des OC de CH	34
4.5.1	Contraceptifs oraux combinés.....	35
4.5.2	Timbre et anneau vaginal contraceptifs.....	35
4.5.3	Pilule et injection à progestatif seul	35
4.6	Excès de sécurité	36
4.7	Évolution de la confiance à l'égard du modèle d'OC de CH	37
4.8	La question des génériques.....	38
4.9	Accessibilité à la contraception grâce à l'OC de CH	38
4.10	Mise en perspective de l'implantation de l'OC de CH.....	40
4.10.1	Les facteurs environnementaux	40
4.10.2	Les opportunités	41
4.10.3	Le monitoring	42
4.11	Limites et forces.....	42
4.11.1	Limites	42
4.11.2	Forces.....	43
5	CONCLUSION	45
	BIBLIOGRAPHIE	47
ANNEXE 1	GUIDE DE RÉDACTION D'UNE ORDONNANCE COLLECTIVE DE CONTRACEPTION HORMONALE – 2009	53
ANNEXE 2	GRILLE D'ANALYSE D'UNE ORDONNANCE COLLECTIVE DE CONTRACEPTION HORMONALE.....	71
ANNEXE 3	MODIFICATIONS DE L'ORDONNANCE COLLECTIVE DE CONTRACEPTION HORMONALE – MISE À JOUR PAR L'INSPQ, AOÛT 2009.....	77

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Liste des variables analysées	11
Tableau 2	Description des catégories d'analyse.....	12
Tableau 3	Nombre total d'établissements et nombre de CSSS qui ont envoyé une OC de CH et pourcentage de CSSS qui ont adopté une OC de CH, par région socio-sanitaire.....	13
Tableau 4	Nombre d'OC de CH par secteurs de travail des infirmières	16
Tableau 5	Liste des autres conditions du guide	19
Tableau 6	Nombre (%) d'OC de CH analysées compatibles ou similaires avec les modèles 2007 ou 2009 pour les contre-indications	22
Tableau 7	Nombre (%) d'OC de CH analysées compatibles ou similaires avec les modèles 2007 ou 2009 pour les objets contraceptifs	27
Tableau 8	Évolution des similitudes aux modèles pour les contre-indications et les objets contraceptifs.....	37

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Carte décrivant l'implantation de l'OC de CH au 10 décembre 2010.....	7
Figure 2	Courbe d'adoption des OC de CH envoyées par les CSSS ou CLSC.....	15
Figure 3	Pourcentage d'OC de CH dans lesquelles les variables de base sont présentes et similaires au modèle provincial 2009.....	16
Figure 4	Présence d'une liste de contre-indications dans l'OC de CH, selon la méthode contraceptive	20
Figure 5	Similitude de la liste de contre-indications aux modèles 2007 ou 2009, selon la méthode contraceptive	21
Figure 6	Présence d'une liste de produits pharmaceutiques dans l'OC de CH, selon la méthode contraceptive	26
Figure 7	Similitude de la liste de produits pharmaceutiques aux modèles 2007 ou 2009, selon la méthode contraceptive	26
Figure 8	Présence d'autres variables et similitudes avec le modèle provincial.....	29
Figure 9	Analyse des OC de CH par catégories	32
Figure 10	Influences environnementales sur l'implantation d'une innovation	41

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

CMQ	Collège des médecins du Québec
COC	Contraceptifs oraux combinés
COU	Contraception orale d'urgence
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DSP	Direction de santé publique
GMF	Groupe de médecine familiale
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ITS	Infections transmissibles sexuellement
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
IVG	Interruption volontaire de grossesse
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
OC de CH	Ordonnance collective de contraception hormonale
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OPQ	Ordre des pharmaciens du Québec
POP	Pilule à progestatif seul (POP est l'acronyme britannique auquel de nombreuses personnes en planning familial se réfèrent)
PFÉQ	Programme de formation de l'école québécoise
TNO	Territoires du Nord-Ouest

INTRODUCTION

Ce portrait des ordonnances collectives de contraception hormonale dans les établissements de santé et autres établissements du Québec a été réalisé dans le cadre de l'évaluation d'implantation du modèle provincial d'ordonnance collective de contraception hormonale (OC de CH). Le modèle provincial d'OC de CH a été conçu conjointement par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), le Collège des médecins du Québec (CMQ), l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) avec le soutien du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). Son implantation, principalement dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS), a débuté à l'automne 2007. Au fil des trois années suivantes, elle s'est étendue à presque tous les CSSS de la province ainsi qu'à plusieurs groupes de médecine familiale (GMF) et autres établissements (écoles, communautés autochtones, centres jeunesse). Durant la même période, une formation en contraception hormonale était offerte aux infirmières et un module d'auto-apprentissage en contraception hormonale s'adressait aux pharmaciens. Dans un esprit de monitoring du processus d'appropriation de ce modèle d'OC de CH par les organisations sanitaires québécoises, le Comité d'experts en planning familial a entrepris de décrire les OC de CH adoptées par ces établissements et d'évaluer dans quelle mesure elles ressemblaient au modèle provincial.

La première section de ce document décrit le contexte dans lequel le modèle provincial d'OC de CH a été développé et la démarche sous-jacente à cette évaluation.

Dans la section suivante, la méthodologie utilisée pour réaliser ce portrait est décrite. Le mode de collecte de données et les stratégies utilisées pour l'analyse sont exposés.

Les résultats sont présentés à la troisième section. Ils sont suivis d'une discussion dans laquelle on tente de dégager des conclusions quant aux similitudes et différences des OC de CH par rapport au modèle provincial ainsi qu'au regard de l'impact de ces écarts.

Une conclusion termine ce rapport.

1 MISE EN CONTEXTE

Selon l'étude canadienne sur la contraception de 2006[1], 34,7 % des canadiennes sexuellement actives n'utilisent pas de contraception régulière. Parmi celles-ci, le tiers n'utilise aucune méthode. Selon l'Enquête québécoise sur la santé de la population de 2008, 33 % des Québécoises sexuellement actives ne font pas un usage habituel de la contraception[2]. L'utilisation insuffisante ou inadéquate des méthodes contraceptives est en lien avec la survenue de grossesses non planifiées, dont plusieurs sont interrompues. Ainsi, au Québec, en 2006, le taux d'interruption volontaire de grossesse (IVG) était estimé comme étant le quatrième plus élevé du Canada après ceux du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest (TNO) et du Nunavut (Québec : 19,0 pour 1 000 femmes de 15-44 ans; Yukon : 20,1/1 000; TNO : 24,8/1 000; Nunavut : 29,4/1 000)[3]. Notons, cependant, qu'on observe une légère réduction du taux d'IVG au Québec depuis 2005 (2008 : 17,4/1 000)[4].

Le problème des grossesses non planifiées au Québec est lié à plusieurs facteurs dont l'accessibilité aux méthodes contraceptives. Tel que montré par le Collège des médecins de famille du Canada[5], le Canada était en 2004 le pays dans lequel le pourcentage de patients vus par un médecin le jour-même de leur prise de rendez-vous était le plus faible (27 %), comparativement aux États-Unis (33 %), au Royaume Uni (41 %), à l'Australie (54 %) ou à la Nouvelle Zélande (60 %). Dans ce rapport[5], 60 % des médecins de famille recevaient peu ou pas de nouveaux patients et 57 % des patients devaient attendre au moins 4 semaines avant de voir un spécialiste. Entre 2003 et 2007, au Québec, le manque de médecins omnipraticiens était tel que l'on estimait à 25 %, le pourcentage de population qui n'avait pas de médecin de famille[6;7]. Les jeunes femmes de 15 à 24 ans faisaient partie des personnes les plus touchées par ce phénomène, 32 % d'entre elles n'ayant pas accès à un médecin de famille[7]. Tel que mentionné par certains[6], les patients qui n'ont pas de médecin de famille doivent consulter une clinique sans rendez-vous, voire même l'urgence pour recevoir des soins. On imagine, cependant, difficilement que des femmes se rendent à l'urgence pour obtenir une ordonnance de pilule contraceptive! En conséquence, elles risquent d'avoir recours à des méthodes contraceptives moins efficaces (calendrier, coït interrompu, condom) ou à la contraception d'urgence (directement accessible en pharmacie depuis 2001 au Québec) et d'augmenter leur risque de devenir enceintes accidentellement. On observe, d'ailleurs, une proportion inquiétante de l'utilisation du coït interrompu dans la dernière enquête canadienne sur la contraception, soit chez 11,6 % des femmes interrogées, proportion plus élevée que dans les enquêtes précédentes[1].

À une période où l'on favorise le début rapide de la contraception, soit le jour même de la consultation chez le médecin[8;9], il est difficile pour de nombreuses Canadiennes et Québécoises de débiter rapidement une méthode requérant une ordonnance médicale. C'est pour cette raison qu'à l'instar de projets nord-américains et d'autres projets dans le monde[10-16], la province de Québec s'est dotée d'une stratégie de « task-shifting »¹ en matière de services contraceptifs. Cette stratégie prend la forme d'un modèle provincial

¹ Selon l'Organisation mondiale de la Santé, le « task-shifting » implique une redistribution rationnelle des tâches entre les professionnels de la santé d'une équipe. Lorsqu'approprié, des tâches spécifiques d'un professionnel hautement qualifié peuvent être confiées à un professionnel possédant des qualifications moindres, dans l'objectif de rendre plus efficaces les ressources en matière de santé[16].

d'ordonnance collective de contraception hormonale (OC de CH) permettant à d'autres professionnels (infirmières et pharmaciens) d'exercer des activités en matière de contraception hormonale sans nécessité de consultation médicale[17]. Dans le contexte de cette ordonnance collective approuvée par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) et le Collège des médecins du Québec (CMQ), les infirmières évaluent l'état de santé d'une femme, assistent la femme dans son choix d'une méthode contraceptive hormonale (contraceptifs oraux combinés, timbre contraceptif, anneau vaginal, contraceptif oral ou injection à progestatif seul) et remettent un formulaire de liaison indiquant le contraceptif choisi. La femme obtiendra ensuite sa méthode contraceptive chez le pharmacien de son choix pour une période de six mois, et ce, sans consultation médicale initiale. Le lien entre l'infirmière et le pharmacien se fait par le biais d'un formulaire de liaison, rempli par l'infirmière et indiquant le contraceptif hormonal choisi par la femme. Le choix du contraceptif résulte tant du désir de la femme que de son absence de contre-indications au produit choisi, telles que vérifiées par l'infirmière. Après six mois, la femme doit consulter un médecin pour obtenir une ordonnance individuelle du contraceptif.

Depuis l'automne 2007, le guide d'ordonnance collective en contraception hormonale[18;19] et la formation en contraception hormonale[20-22] qui lui est associée ont fait l'objet d'une implantation intensive dans les CSSS des 18 régions socio-sanitaires du Québec grâce à la participation de répondantes du dossier dans chaque direction de santé publique régionale. Ces répondantes étaient responsables tant de l'implantation dans les CSSS que des activités de formation pour les infirmières. De 2007 à 2010, plus de 2500 infirmières se sont prévaluées gratuitement de la formation en contraception hormonale (formation de sept heures), donnée par des formateurs régionaux. En 2010, cette formation a été mise à jour et transférée en ligne sur le serveur de la formation médicale continue de la Faculté de médecine de l'Université Laval[23]. Cette nouvelle formation est gratuite, comme la précédente, et s'adresse désormais tant aux infirmières en pratique qu'aux étudiantes en soins infirmiers. À la suite de cette formation en ligne, les infirmières peuvent obtenir une attestation de participation délivrée par l'Université Laval équivalente à 10 heures de formation ou une unité d'éducation continue de la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval. Pour ce qui est des pharmaciens, l'Ordre des pharmaciens du Québec a développé un manuel d'autoformation en contraception hormonale[24] pour les pharmaciennes et pharmaciens du Québec. L'Ordre des pharmaciens du Québec accorde trois unités de formation continue aux pharmaciens ayant complété avec succès cette formation.

En accord avec le Collège des médecins du Québec, l'ordonnance collective de contraception hormonale doit être adoptée indépendamment dans chaque établissement, clinique ou groupe de médecine familiale. Le Collège des médecins du Québec voyait dans cette approche par établissement, une occasion d'augmenter la collégialité entre les professionnels de la santé locaux tout en garantissant leur collaboration dans la gestion de situations complexes. Ainsi, la sécurité de la clientèle en matière de contraception hormonale avait plus de chance d'être assurée. Cette approche est, en effet, suggérée par l'Organisation mondiale de la Santé pour implanter les innovations en matière de santé reproductive[25]. Elle a l'avantage d'encourager les initiatives et la spontanéité locales tout en permettant l'apprentissage mutuel et la résolution de problèmes. Par contre, cette

approche requiert un grand soutien de la part de l'équipe ressource initiatrice du projet et peut compromettre la réplique adéquate du modèle en raison du grand nombre d'organisations locales impliquées[25;26].

Quoique l'application du modèle provincial, tel quel, ait été fortement suggérée par l'INSPQ, les médecins qui avaient pour mission d'écrire l'OC de CH locale pouvaient y apporter des modifications selon des modalités qui leur étaient personnelles ou liées à leur établissement de santé; par exemple, si une clinique jeunesse existait dans leur établissement, des médecins pouvaient restreindre l'utilisation de l'OC de CH aux infirmières de la clinique jeunesse; ils pouvaient également restreindre l'application de l'OC de CH aux pharmacies communautaires de leur territoire ou pouvaient modifier la liste des contre-indications aux méthodes contraceptives hormonales ou la liste des produits disponibles, s'ils le jugeaient pertinent. Tel que dit précédemment, ils pouvaient également l'appliquer telle quelle, c'est-à-dire encadrer l'initiation de la contraception hormonale par toutes les infirmières de leur établissement et tous les pharmaciens communautaires du Québec, tout en gardant la liste des contre-indications et la liste des produits contraceptifs identiques à celles proposées par le modèle provincial. Cette stratégie d'application intégrale du modèle garantissait non seulement une accessibilité élargie à la contraception (permettant, entre autres, à une femme de consulter une infirmière dans une région et d'obtenir son contraceptif dans une autre région), mais elle encadrait cette pratique dans des balises de contre-indications médicales reconnues internationalement. Mentionnons ici que la liste des contre-indications proposées dans le modèle est basée sur les évidences scientifiques[19] et que la liste des produits contraceptifs disponibles via l'OC de CH est constituée de tous les produits contraceptifs, contenant moins de 50 microgrammes d'éthinylestradiol, ayant reçu un avis de conformité de Santé Canada.

En 2008, une nouvelle publication de l'Organisation mondiale de la Santé mettait à jour les contre-indications à la contraception[27]. Afin de garantir la sécurité des femmes, le guide d'ordonnance collective en contraception hormonale était alors mis à jour par l'INSPQ (annexe I)[28]. Cette mise à jour fut alors diffusée durant l'été et l'automne 2009 à tous les intervenants concernés (médecins, infirmières et pharmaciens) par les instances régionales de santé publique. Les ordres professionnels concernés (OIIQ, OPQ et CMQ) ont également publié cette information dans leurs bulletins respectifs, envoyés à tous leurs professionnels.

L'implantation du modèle provincial d'OC de CH s'est avérée une avancée importante en matière de dispensation des services en contraception au Québec[17]. En effet, elle constituait l'une des premières applications pratiques de la Loi 90, adoptée en 2002, qui visait à stimuler la collaboration entre professionnels de la santé et à rendre le système de santé plus efficient[29]. Elle légitimait également un certain nombre de pratiques infirmières en contraception. Elle permettait de développer un lien nouveau entre les infirmières et les pharmaciens tout en maintenant une solide collaboration avec les médecins. Cependant, tel que mentionné par Rogers, « Faire en sorte qu'une nouvelle idée – une nouvelle pratique – soit adoptée, même quand elle comporte des avantages évidents, est difficile. » (traduction libre)[30]. L'adoption d'une nouvelle pratique ou d'une innovation est un processus[31] bien plus qu'une décision unique. Selon Rogers[30;31], l'adoption d'une innovation doit tenir compte :

- de l'innovation comme telle : ses avantages relatifs, sa compatibilité avec les valeurs et les croyances, etc., sa complexité, la capacité qu'elle puisse être essayée, son observabilité, la possibilité de la réinventer, le fait qu'elle soit adaptable au milieu, qu'elle ne comporte pas trop de risques, qu'elle améliore les tâches existantes, qu'elle requiert un savoir facile à acquérir, qu'elle représente une « valeur ajoutée » à ce qui se fait déjà;
- des personnes qui l'adoptent : leurs caractéristiques psychologiques générales et celles plus spécifiques à l'innovation, le sens qu'elles donnent à l'innovation, le mode de décision par lequel l'innovation est adoptée, leurs inquiétudes avant, pendant et suite à l'adoption de l'innovation;
- des réseaux par lesquels l'innovation est diffusée : la planification formelle ou non de la diffusion, les modes de communication, la qualité et la structure des réseaux de diffusion, la similarité des individus visés par l'innovation, les caractéristiques des leaders d'opinion et de leur influence, l'existence de « champions », les agents de liaison, les agents de changement, le concept de masse critique;
- des caractéristiques des organisations impliquées, leur capacité à absorber de nouvelles informations, leur réceptivité aux changements, leur aptitude à adopter l'innovation, à l'implanter et à l'évaluer, leur relation avec les autres organisations;
- des conséquences de l'innovation.

De plus, comme pour tout changement de comportement, l'adoption d'une nouvelle pratique impliquant en l'occurrence un haut degré d'interdisciplinarité requiert pour tous les intervenants visés d'affronter une grande force d'inertie qui retient plusieurs d'entre eux dans leurs vieilles habitudes, en particulier celles reliées à des rôles professionnels établis[32]. Les pratiques cliniques de nature préventive sont par ailleurs particulièrement difficiles à implanter[33]. Comme énoncé dans un document du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) sur l'intégration des pratiques cliniques préventives[32] : « Prévenir, c'est aussi surmonter des barrières organisationnelles ». Tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du milieu clinique, le système de santé comporte un grand nombre de contraintes qui entravent la prévention, et donc l'implantation de nouvelles stratégies cliniques préventives. Ces barrières, de nature environnementales, éducationnelles, sociales ou liées aux professionnels, aux patients ou aux thèmes abordés nuisent à l'intégration de ces pratiques et conséquemment, peuvent faire douter de leur impact réel[33].

Au moment de l'écriture de ce rapport (mars 2011), les données colligées par l'INSPQ auprès des répondantes régionales montraient que 87 des 97 CSSS/CLSC de la province (90 %) et 45² des 217 GMF (21 %) avaient adopté une OC de CH (figure 1). On dénombre au Québec 147 OC de CH, soit dans des établissements de santé, soit dans des établissements d'éducation ou autres. Quoique l'amplitude de cette implantation de 2007 à 2010 montre des signes encourageants, il n'est pas clair que l'accessibilité souhaitée à la contraception hormonale se réalise telle qu'attendue, compte tenu des modifications possibles de l'OC de CH par rapport au modèle provincial. De plus, le modèle provincial d'OC de CH ayant fait l'objet d'une révision en 2009, il importe de savoir si la diffusion massive de cette mise à jour dans tous les établissements du Québec a permis l'ajustement des OC de CH locales.

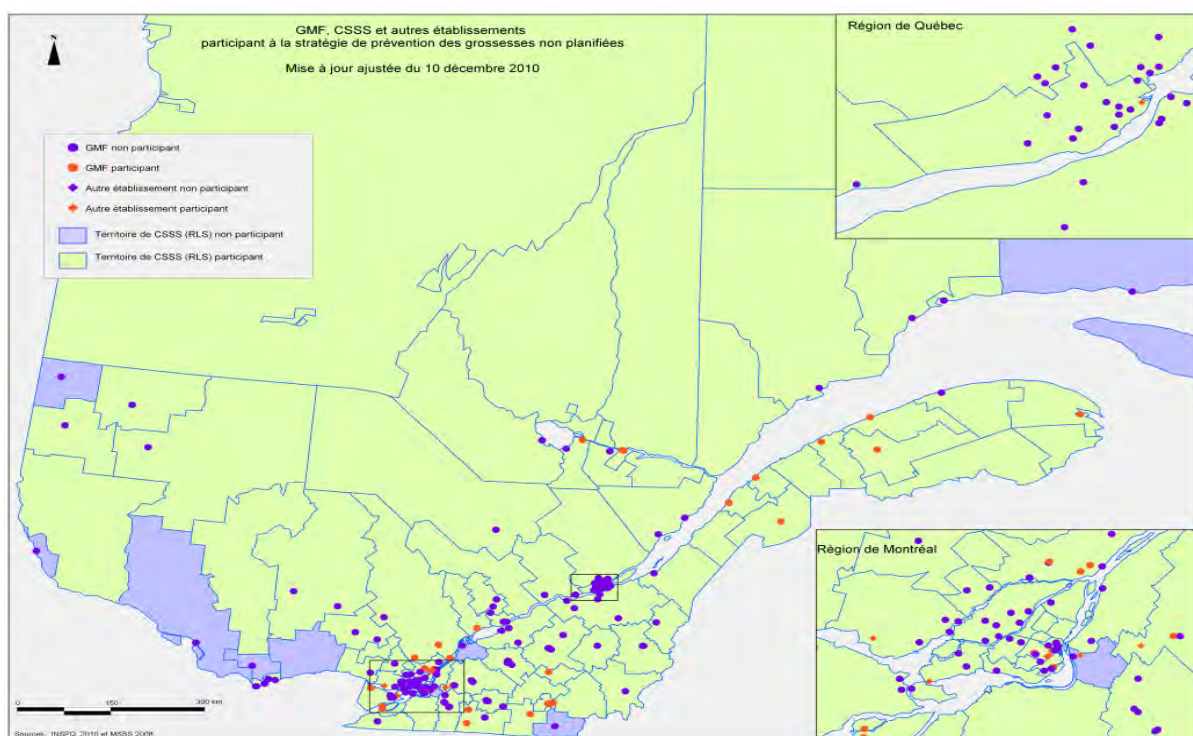


Figure 1 Carte décrivant l'implantation de l'OC de CH au 10 décembre 2010

Afin de mieux comprendre l'implantation de cette nouvelle stratégie de prévention des grossesses non planifiées, et surtout avant de porter un jugement sur son impact potentiel réel, un portrait des ordonnances collectives de contraception hormonale adoptées dans les établissements de santé de la province de Québec est nécessaire. Il s'intègre dans une démarche plus large d'évaluation d'implantation du modèle provincial d'OC de CH dont les objectifs sont de déterminer jusqu'à quel point :

- cette stratégie préventive est pratiquée telle qu'attendue par les professionnels visés,
- elle atteint les populations visées et
- elle conduit à une réduction tangible des taux de grossesses non planifiées.

² Ces 45 OC de CH incluent celles qui sont adoptées conjointement avec un CSSS. En mars 2011, les OC de CH applicables tant à des CSSS qu'à des GMF sont au nombre de 36, selon les données colligées à l'INSPQ.

Dans l'esprit des évaluations de processus[34;35] et du premier objectif, ce portrait vise à vérifier dans quelles mesures les OC de CH locales sont identiques ou différentes du modèle provincial proposé et si les différences potentielles notées peuvent avoir un impact sur les effets attendus de cette stratégie de prévention des grossesses non planifiées au Québec. À titre informatif, notons que ce portrait n'est pas une recherche évaluative; il s'apparente davantage à une démarche de monitoring ou d'audit, tel que recommandé par l'OMS en vue d'améliorer la performance et la qualité des stratégies de « task-shifting[16] ». L'approche théorique de la diffusion des innovations de Rogers[30;31] est utilisée pour poser un regard critique sur ce portrait.

2 MÉTHODOLOGIE

2.1 ASPECTS ÉTHIQUES

Tout d'abord, mentionnons que la méthodologie sous-jacente à ce portrait des OC de CH implantées dans les établissements de santé du Québec n'a pas été soumise à la révision d'un comité d'éthique de la recherche. Selon la *Note de clarification relative aux compétences matérielle et territoriale des comités d'éthique et de la recherche*, publiée en 2007 par l'Unité de l'éthique de la Direction générale adjointe de l'évaluation, de la recherche et des affaires extérieures du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS)[36], six critères permettent de différencier un projet de recherche d'une évaluation.

Selon ces critères, ce portrait des OC de CH constitue une évaluation car :

- il porte sur un objet (les OC de CH) dont on présuppose qu'il est ce qui devrait être;
- il a pour objectif premier l'amélioration de l'objet donné;
- il est une partie intégrante de l'implantation du modèle provincial de l'OC de CH, ce qui explique qu'il soit mené sur une base régulière ou pourrait l'être;
- il concerne un environnement local particulier (les CSSS et les GMF) et ses résultats ne s'appliquent qu'à cet environnement;
- il présente des résultats qui pourraient avoir des retombées immédiates sur l'environnement local en cause si les décideurs le souhaitent;
- il présente des résultats dont la diffusion se fera généralement à un niveau local uniquement, auprès des acteurs qu'ils concernent.

À la lumière de ce qui précède, le MSSS adhère à la règle selon laquelle les évaluations ne relèvent pas de la compétence des comités d'éthique de la recherche[36]. Cette approche est corroborée par le Groupe consultatif interagences en éthique de la recherche du Gouvernement du Canada[37] qui énonce dans son chapitre sur les recherches nécessitant une évaluation éthique que les études d'assurance de qualité, les évaluations de rendement et les tests dans le contexte d'un processus pédagogique normal ne devraient pas être évaluées par un comité d'éthique de la recherche. Ce portrait des OC de CH est une évaluation de processus permettant de cerner les écarts par rapport au modèle proposé et donc le rendement potentiel.

En conséquence, cela explique les raisons pour lesquelles la méthodologie de cette évaluation n'a pas été présentée à un comité d'éthique de la recherche. Elle a, par ailleurs, fait l'objet de révisions et de corrections par les divers auteurs de ce document avant d'être appliquée. Finalement, les résultats sont présentés de façon non nominale assurant ainsi la confidentialité des établissements participants.

2.2 OBJET D'ÉVALUATION

L'objet de cette évaluation était les documents d'ordonnance collective de contraception hormonale adoptés par les conseils des médecins, dentistes et pharmaciens des CSSS ou par les groupes de médecins de GMF, de cliniques ou autres établissements concernés

depuis 2007. Ces documents devaient comprendre plusieurs sections telles que présentées dans le modèle provincial d'OC de CH – version 2009 (annexe 1)[28].

2.3 MODE DE COLLECTE DE DONNÉES

Un premier contact par lettre a été fait en novembre 2009 auprès de tous les présidents des conseils de médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) des centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la province de Québec afin qu'ils envoient une copie de l'ordonnance collective de contraception hormonale (OC de CH) de leur établissement à l'INSPQ. Une copie de cette lettre a été envoyée aux répondants régionaux de santé publique en charge d'implanter le modèle provincial d'OC de CH. En janvier 2010, un rappel postal a été envoyé aux présidents des CMDP des CSSS qui n'avaient pas répondu à la première lettre. De plus, grâce au bouche à oreille, des lettres ont également été envoyées à d'autres établissements (GMF, cliniques médicales, établissements scolaires, centres jeunesse, communauté autochtone) dont les répondants régionaux savaient qu'ils avaient adopté une OC de CH afin qu'ils en envoient une copie à l'INSPQ.

2.4 INSTRUMENT DE COLLECTE DE DONNÉES

Un instrument de saisie de données (annexe 2) a été conçu afin de colliger les données de chaque OC de CH. La saisie principale des données a été réalisée en avril 2010, par huit médecins (évaluateurs) du Comité d'experts en planning familial de l'INSPQ. Les données de quelques OC de CH retardataires (n = 8) ont été saisies jusqu'en août 2010. Chaque OC de CH a été évaluée par deux médecins. Les OC de CH étaient ensuite numérotées et identifiées selon la région où se situait l'établissement. Une banque de données a été constituée à l'aide du logiciel SPSS version 11. On a procédé à une double saisie des données. La vérification extensive de la saisie des données et de la cohérence des variables a été effectuée lors de la constitution de la banque de données et de son analyse. Par exemple, pour déterminer que le condensé de l'OC de CH était ou non semblable au modèle, il fallait que certaines informations devant être incluses soient cohérentes avec d'autres variables de l'OC de CH (date d'entrée en vigueur, date de révision, nom du président du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) ou nom du ou des médecins, professionnels visés : infirmières, professionnels visés : pharmaciens du Québec, population visée : femmes en bonne santé et mécanisme de médecin répondant), etc.

La liste des variables analysées est présentée au tableau 1. Pour chaque variable, à l'exception de la date de l'entrée en vigueur et la date de révision, l'évaluateur vérifiait d'une part, si elle était présente dans l'OC de CH et d'autre part, si elle était compatible³ avec le modèle provincial 2007 ou 2009. Une fois que l'évaluateur déterminait avec quelle version du modèle l'OC de CH était compatible, les écarts par rapport à ce modèle étaient documentés. Dans ces cas, les évaluateurs devaient indiquer s'ils observaient des éléments en plus ou en moins; ils devaient ensuite décrire les modifications apportées à l'OC de CH par rapport au modèle provincial 2007 ou 2009.

³ Pour être compatible avec la version du modèle 2007 ou 2009, il fallait que la liste des contre-indications de l'OC de CH analysée ressemble respectivement à celle du modèle 2007 ou 2009 (voir détails dans les notes de bas de page n° 4 à 16). Une fois la compatibilité établie, on évaluait la similitude de l'OC de CH par rapport au modèle, point par point, pour chaque section de l'OC de CH.

Tableau 1 Liste des variables analysées

Variables analysées
Date d'entrée en vigueur Date de révision Professionnels visés : infirmières et secteur-s Professionnels visés : pharmaciens du Québec Population visée : femmes en bonne santé Mécanisme de médecin répondant Condition principale : délai de 6 mois Autres conditions du guide Contre-indications aux contraceptifs oraux combinés (COC) 2007 <i>Contre-indications aux COC 2009</i> Contre-indications au timbre contraceptif 2007 <i>Contre-indications au timbre contraceptif 2009</i> Contre-indications à l'anneau contraceptif 2007 <i>Contre-indications à l'anneau contraceptif 2009</i> Contre-indications à la pilule à progestatif seul (POP) 2007 <i>Contre-indications à la POP 2009</i> Contre-indications à l'injection contraceptive 2007 <i>Contre-indications à l'injection contraceptive 2009</i> Objet de l'OC de CH : liste des COC 2007 <i>Objet de l'OC de CH : liste des COC 2009</i> Objet de l'OC de CH : timbre contraceptif 2007 <i>Objet de l'OC de CH : timbre contraceptif 2009</i> Objet de l'OC de CH : anneau contraceptif 2007 <i>Objet de l'OC de CH : anneau contraceptif 2009</i> Objet de l'OC de CH : POP 2007 <i>Objet de l'OC de CH : POP 2009</i> Objet de l'OC de CH : injection contraceptive 2007 <i>Objet de l'OC de CH : injection contraceptive 2009</i> Signes et symptômes nécessitant l'arrêt pour les cinq méthodes 2007 <i>Signes et symptômes nécessitant l'arrêt pour les cinq méthodes 2009</i> Interventions de l'infirmière Interventions du pharmacien Formulaire de liaison 2007 <i>Formulaire de liaison 2009</i> Condensé de l'OC de CH

2.5 ANALYSE

Les modèles provinciaux 2007 et 2009 sont semblables pour une majorité de variables. Par contre, ils diffèrent pour les variables suivantes, indiquées en italique dans le tableau 1, soit : la liste des contre-indications, les objets (contraceptifs disponibles), les signes et symptômes nécessitant l'arrêt et le formulaire de liaison. Ces modifications sont soulignées à l'annexe 3. Pour l'analyse des variables différentes dans les deux modèles, si les contre-indications aux contraceptifs oraux combinés (COC) étaient compatibles le modèle provincial 2007, l'OC de CH était classée comme compatible à ce modèle et la comparaison de ses variables étaient évaluée selon le modèle de 2007. La même règle s'appliquait pour les OC de CH compatibles avec le modèle 2009. Cependant, comme le modèle 2009 est plus à jour que le 2007, c'est le modèle 2009 qui prévaut en ce qui concerne l'évaluation finale des OC de CH.

Une analyse de fréquences simples a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS version 11. Afin de quantifier l'écart des OC de CH par rapport au modèle, on a développé quatre catégories d'OC de CH, de la catégorie la plus similaire à la catégorie la moins similaire au modèle provincial 2009. Les quatre catégories sont décrites dans le tableau 2.

Tableau 2 Description des catégories d'analyse

	Variables absentes	Variables présentes et similaires	Variables présentes et différentes
Catégories			
1	Aucune	Toutes	Aucune
2	Date de révision	Toutes sauf...	Les autres conditions du guide Les signes et symptômes nécessitant l'arrêt 2009 Les objets de l'OC de CH 2009 Les interventions de l'infirmière Les interventions du pharmacien Le formulaire de liaison 2009 Le condensé de l'OC de CH
3	Date d'entrée en vigueur Date de révision Les autres conditions du guide Les signes et symptômes nécessitant l'arrêt 2009 Les interventions de l'infirmières Les interventions du pharmacien Le formulaire de liaison 2009 Le condensé de l'OC de CH 2009	Toutes sauf...	Les objets de l'OC de CH 2009
4	Idem ou > Catégorie 3	Toutes sauf...	> Catégorie 2 et 3

Les OC de CH de la première catégorie sont en tous points similaires au modèle 2009 de l'OC de CH.

Les OC de CH de la deuxième catégorie contiennent quelques écarts par rapport au modèle provincial 2009 comme, à titre d'exemple, sur le type de contraceptifs hormonaux disponibles ou sur la liste de signes et symptômes nécessitant l'arrêt, mais ceux-ci n'affectent ni la sécurité, ni l'accessibilité de la contraception hormonale pour les femmes en bonne santé du Québec.

Les OC de CH de la troisième catégorie présentent plusieurs écarts par rapport au modèle 2009, mais ceux-ci n'affectent ni la sécurité, ni l'accessibilité de la contraception hormonale pour les femmes en bonne santé du Québec.

Dans la quatrième catégorie, on a classé toutes les OC de CH qui ne satisfaisaient pas aux trois catégories précédentes. Dans cette catégorie figurent des OC de CH qui ne sont pas mises à jour selon le modèle provincial 2009, ainsi que des OC de CH dont les directives réduisent l'accessibilité à la contraception hormonale ou sont éventuellement moins sécuritaires que prévu.

3 RÉSULTATS

3.1 ÉTABLISSEMENTS PARTICIPANTS

Quatre-vingt-cinq (85) OC de CH ont été envoyées à l'INSPQ, de novembre 2009 à août 2010 (tableau 2). Ces OC de CH proviennent spécifiquement de 68 CSSS, six GMF, cinq écoles, trois centres jeunesse, deux hôpitaux et une communauté autochtone. En plus des six OC de CH spécifiques à des GMF, 27 OC de CH adoptées dans des CSSS s'appliquent à des GMF de leurs territoires.

Tableau 3 Nombre total d'établissements et nombre de CSSS qui ont envoyé une OC de CH et pourcentage de CSSS qui ont adopté une OC de CH, par région socio-sanitaire

Région socio-sanitaire	Nombre total d'OC de CH envoyées	Nombre d'OC de CH envoyées par des CSSS	Nombre d'OC de CH adoptées en CSSS ou CLSC selon les données de l'INSPQ, mars 2011 / Nombre total de CSSS/CLSC (%)
01 – Bas-Saint-Laurent	7	7	8/8 (100 %)
02 – Saguenay–Lac-Saint-Jean	7	6	6/6 (100 %)
03 – Capitale-Nationale	3	2	4/4 (100 %)
04 – Mauricie et Centre-du-Québec	8	6	8/8 (100 %)
05 – Estrie	5	4	6/7 (86 %)
06 – Montréal	14	11	12/12 (100 %)
07 – Outaouais	2	1	2/5 (40 %)
08 – Abitibi-Témiscamingue	4	4	4/6 (67 %)
09 – Côte-Nord	5	5	5/8 (63 %)
10 – Nord-du-Québec	0	0	1/1 (100 %)

Tableau 3 Nombre total d'établissements et nombre de CSSS qui ont envoyé une OC de CH et pourcentage de CSSS qui ont adopté une OC de CH, par région socio-sanitaire (suite)

Région socio-sanitaire	Nombre total d'OC de CH envoyées	Nombre d'OC de CH envoyées par des CSSS	Nombre d'OC de CH adoptées en CSSS ou CLSC selon les données de l'INSPQ, mars 2011 / Nombre total de CSSS/CLSC (%)
11 – Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	2	2	5/5 (100 %)
12 – Chaudière-Appalaches	4	4	5/5 (100 %)
13 – Laval	1	1	1/1 (100 %)
14 – Lanaudière	3	1	2/2 (100 %)
15 – Laurentides	6	6	7/7 (100 %)
16 – Montérégie	13	7	10/11 (91 %)
18 – Terres-Cries-de-la-Baie-James	1	1	1/1 (100 %)
Total	85	68	87/97 (89 %)

Tel que montré au tableau 3, les OC de CH envoyées à l'INSPQ par les CSSS (n = 68) représentent 78 % des OC de CH adoptées dans les CSSS ou CLSC du Québec (n = 87). Selon ces données, la proportion de CSSS ou CLSC par région qui ont envoyé leur OC de CH varie de 0 % (région 10) à 100 % (régions 02, 08, 09, 13, 18).

Concernant les GMF, les OC de CH envoyées à l'INSPQ par les GMF (n = 6) ou par les CSSS parce qu'incluses dans les OC de CH de ces établissements (n = 27) représentent 73 % des OC de CH adoptées dans les GMF du Québec (n = 45).

3.2 RÉSULTATS PAR VARIABLES

Les résultats sont présentés par variable, selon que celle-ci est présente dans l'OC de CH locale et qu'elle est similaire ou non au modèle provincial.

3.2.1 Date d'entrée en vigueur

La date d'entrée en vigueur est présente dans 82 OC de CH (96 %). Tous les CSSS ont indiqué une date d'entrée en vigueur. La date d'entrée en vigueur était absente dans trois établissements autres que des CSSS. Ces dates indiquent que les OC de CH ont été principalement adoptées en 2008 et 2009. La courbe d'adoption de l'OC de CH selon les dates disponibles d'entrée en vigueur est présentée à la figure 2.

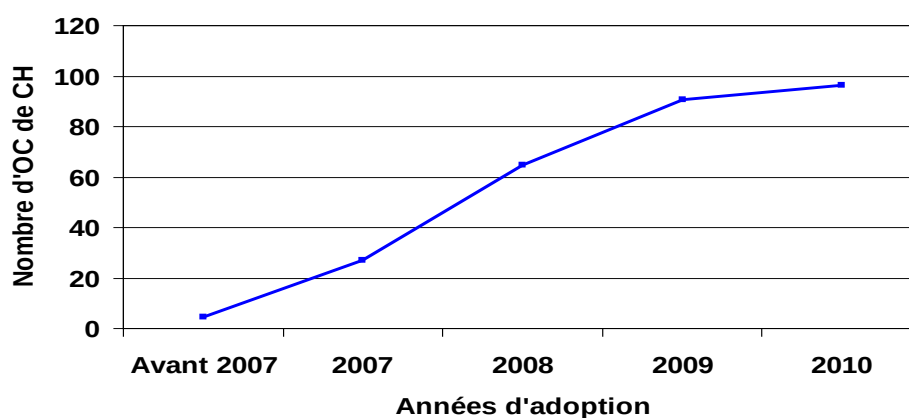


Figure 2 Courbe d'adoption des OC de CH envoyées par les CSSS ou CLSC

3.2.2 Date de révision

La date de révision est présente dans 67 OC de CH (79 %). Le délai prévu par les OC de CH entre la date d'entrée en vigueur et la date de révision varie de moins d'un an à plus de trois ans.

Dans 37 des 65 OC de CH (57 %) comportant une date d'entrée en vigueur et une date de révision, cette dernière est fixée à un à deux ans après l'adoption de l'OC de CH. Dans les autres OC de CH, ce délai est soit plus court (11 %) ou plus élevé (32 %). La plupart des établissements dont l'OC de CH ne comporte pas de date de révision ($n = 18$) sont des CSSS ($n = 15$).

3.2.3 Professionnels visés : infirmières et secteurs

Toutes les OC de CH ont indiqué que les infirmières faisaient partie des professionnels visés et cette indication était similaire à celle retrouvée dans le modèle provincial 2009 dans tous les cas (figure 3).

Pour chaque OC de CH, le ou les secteurs où travaillent les infirmières pouvaient être mentionnés. Les principaux secteurs dans lesquels les infirmières appliquent l'OC de CH sont illustrés au tableau 4. Le secteur « Autres » comprend les dénominations suivantes : Équipe itinérance, Milieu carcéral, Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile, Santé publique, Service sociaux, Santé préventive, Guichet d'accès pour la clientèle orpheline.

Les médecins d'un établissement pouvaient également ne pas spécifier de secteur si leur OC de CH s'appliquait à toutes les infirmières de l'établissement. C'était le cas de 14 OC de CH.

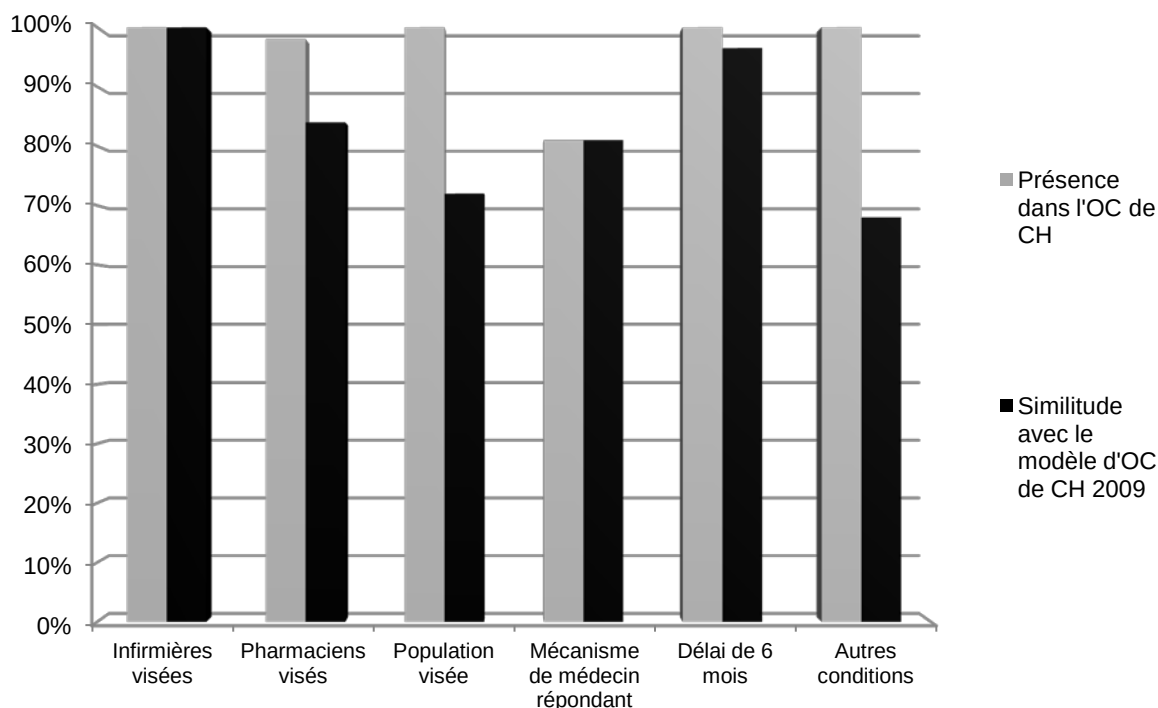


Figure 3 Pourcentage d'OC de CH dans lesquelles les variables de base sont présentes et similaires au modèle provincial 2009

Tableau 4 Nombre d'OC de CH par secteurs de travail des infirmières

Secteurs visés	Nombre d'OC de CH (%)
Secteur scolaire	52 (61 %)
GMF – UMF et Soins courants – Urgence	43 (51 %)
Famille-Enfance-Jeunesse et Périnatalité	31 (36 %)
Service Jeunesse	30 (35 %)
Clinique de planification des naissances ou secteur sexualité – planning	27 (32 %)
SIDEP – ITSS – VIH – SIDA	14 (16 %)
Santé mentale	6 (7 %)
Autres	6 (7 %)

3.2.4 Professionnels visés : pharmaciens du Québec

La mention des pharmaciens visés est présente dans 83 OC de CH (98 %) (figure 3). La similitude de cette variable par rapport au modèle provincial est de 84 %. Les différences notées sont relatives, soit à son absence dans l'OC de CH (n = 2), soit au fait que les pharmaciens visés sont restreints à un territoire précis (n = 12) : par exemple, certains pharmaciens désignés dans la communauté ou les pharmaciens de la municipalité régionale de comté (MRC).

La plupart des établissements dont l'OC de CH comporte une limitation dans la variable concernant les pharmaciens visés, sont des CSSS.

3.2.5 Population visée : femmes en bonne santé

Toutes les OC de CH ont indiqué une population visée (figure 3). La similitude de la variable « population visée » par rapport au modèle provincial est de 72 %. Les différences notées (n = 24) sont liées au fait que la population visée est restreinte à certaines populations : par exemple les femmes de 14 à 45 ans, les femmes de 14 et plus inscrites au GMF, les femmes résidant sur le territoire, etc.

Dans les cas où les infirmières visées par l'OC de CH étaient celles de certains secteurs comme l'école ou la clinique jeunesse ou bien lorsque la vocation de l'établissement était limitée à certaines populations, les médecins qui ont écrit l'OC de CH ont jugé préférable de restreindre la population visée à celle qui était rencontrée par ces infirmières ou de s'aligner sur la population concordant avec la vocation de l'établissement.

Dans d'autres cas, on a adjoint des restrictions médicales précises à la population visée : référence obligatoire au médecin si moins de 14 ans, femmes n'ayant pas eu leur ménarche, femmes présentant une oligoménorrhée, ITSS ou vaginites récidivantes, etc.

La plupart des établissements dont l'OC de CH comporte une limitation dans la population visée sont des CSSS.

3.2.6 Mécanisme de médecin répondant

Le mécanisme de médecin répondant est présent et similaire⁴ au modèle provincial dans 69 OC de CH (81 %) (figure 3). Seize OC de CH ne présentent pas de mécanisme de médecin répondant.

La plupart des établissements dont l'OC de CH ne comporte pas de mécanisme de médecin répondant sont des CSSS.

⁴ La présence du mécanisme répondant dans l'OC de CH est une condition requise par le CMQ et l'OPQ. Ce mécanisme permet d'assurer que le nom d'un médecin et son numéro de permis de pratique seront inscrits au bas du formulaire de liaison, information requise pour que le pharmacien puisse délivrer le contraceptif à la cliente. Par ailleurs, cela permet au pharmacien d'appeler un médecin si un problème devait survenir avec le choix du contraceptif (contre-indication non dépistée par l'infirmière, absence du produit, etc.).

3.2.7 Condition principale : délai de six mois

La condition de délai de six mois est présente dans toutes les OC de CH et similaire au modèle provincial dans 82 d'entre elles (96,5 %) (figure 2). Deux OC de CH (une dans un CSSS et une dans un GMF) comportent un délai de trois mois et une OC de CH comporte une possibilité de renouvellement d'une ordonnance individuelle pour six mois en plus de l'initiation de la contraception hormonale pour six mois (dans un CSSS).

3.2.8 Autres conditions du guide

Les autres conditions du guide comprennent les huit conditions énumérées au tableau 5.

La présence d'autres conditions est notées dans la totalité des OC de CH analysées. Par contre, la similitude avec le modèle provincial, soit la présence des huit conditions, n'est notée que dans 68 % des OC de CH (n = 58).

Parmi les OC de CH similaires au modèle provincial quant à cet item, on note que la nécessité de formation obligatoire des infirmières a été ajoutée dans 25 d'entre elles. Quoique cet ajout ne se retrouve pas dans le modèle provincial d'OC de CH en contraception hormonale, les évaluateurs ont considéré que cela ne constituait pas un écart au modèle provincial puisque la formation des infirmières en contraception hormonale fait partie des conditions favorables à l'implantation de l'OC de CH et que plus de la moitié des OC de CH (n = 48) contiennent cette condition.

Dans les OC de CH considérées différentes du modèle provincial quant aux autres conditions (n = 27), on note l'absence d'une ou de plusieurs conditions citées au tableau 4. Ces conditions, jugées comme essentielles par le Collège des médecins du Québec, sont parfois restreintes à une ou deux seulement. La plupart des établissements dont l'OC de CH est différente du modèle provincial quant aux autres conditions sont des CSSS.

Tableau 5 Liste des autres conditions du guide

Autres conditions
• Le ou les médecins signataires de l'OC établissent un calendrier comprenant des plages horaires réservées, de façon à satisfaire à l'exigence concernant l'évaluation par un médecin requise dans un délai inférieur à six mois. • L'infirmière informe la personne visée par l'application de l'OC qu'elle doit rencontrer un médecin, dans un délai de six mois, afin de recevoir une ordonnance individuelle. • L'infirmière offre à la personne un rendez-vous avec l'un des médecins signataires de l'OC dans un délai de six mois et l'oriente pour la reprise de rendez-vous, le cas échéant. • L'infirmière doit signer et remettre à la personne le formulaire de liaison pour l'application de l'OC à l'intention du pharmacien. • Sur réception du formulaire de liaison, le pharmacien doit s'assurer qu'il s'applique à une OC en vigueur qu'il détient. • L'OC ne permet pas de renouveler, à l'échéance, une OC qui a permis d'initier une contraception hormonale pour six mois. • L'OC ne permet pas de renouveler une ordonnance individuelle arrivée à échéance. • L'OC ne peut pas être appliquée deux fois de façon immédiatement successive à la même personne.

3.2.9 Contre-indications aux contraceptifs oraux combinés (COC)

Sur la totalité des OC de CH analysées, 100 % (n = 85) d'entre elles présentaient une liste de contre-indications aux COC (figure 4). Parmi ces 85 OC de CH, 41 étaient compatibles avec le modèle 2007 et 44 avec le modèle 2009.

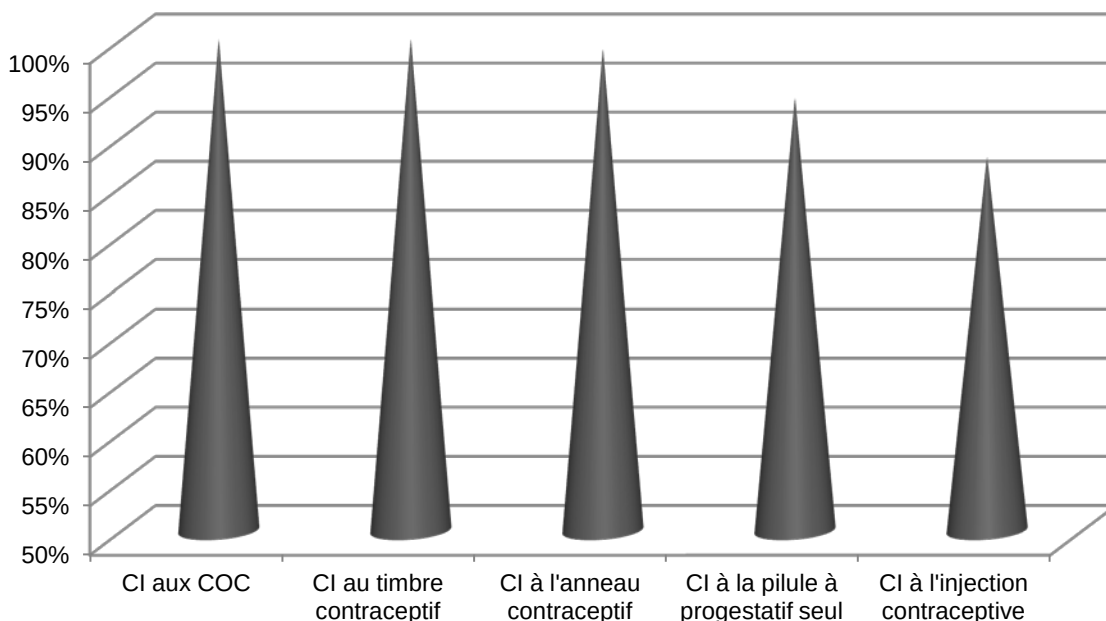


Figure 4 Présence d'une liste de contre-indications dans l'OC de CH, selon la méthode contraceptive

Sur les 41 OC de CH compatibles⁵ avec le modèle 2007, 20 (49 %) étaient considérées comme similaires au modèle 2007 (figure 5 et tableau 6).

Sur les 44 OC de CH compatibles⁶ avec le modèle 2009, 34 (77 %) étaient considérées comme similaires au modèle 2009 (figure 5 et tableau 6), ce qui représente 40 % de toutes les OC de CH analysées.

⁵ Les évaluateurs considéraient que la liste de contre-indications aux COC était compatible avec la liste des contre-indications de la version 2007 du modèle provincial lorsqu'elle ne contenait pas les modifications faites dans la version 2009 du modèle provincial soit : ajout de thrombo-embolie veineuse et anticoagulothérapie, ajout du lupus érythémateux, [hépatite aigue, cirrhose sévère] au lieu de [maladie hépatique active], [adénome hépatocellulaire, hépatome] au lieu de [tumeur hépatique], ajout de la lamotrigine, l'indinavir et la rifabutine, retrait des inhibiteurs non nucléosiques de la transcriptase inverse.

⁶ Les évaluateurs considéraient que la liste de contre-indications aux COC était compatible avec la liste des contre-indications de la version 2009 du modèle provincial lorsqu'elle contenait les modifications suivantes : ajout de thrombo-embolie veineuse et anticoagulothérapie, ajout du lupus érythémateux, [hépatite aigue, cirrhose sévère] au lieu de [maladie hépatique active], [adénome hépatocellulaire, hépatome] au lieu de [tumeur hépatique], ajout de la lamotrigine, l'indinavir et la rifabutine, retrait des inhibiteurs non nucléosiques de la transcriptase inverse.

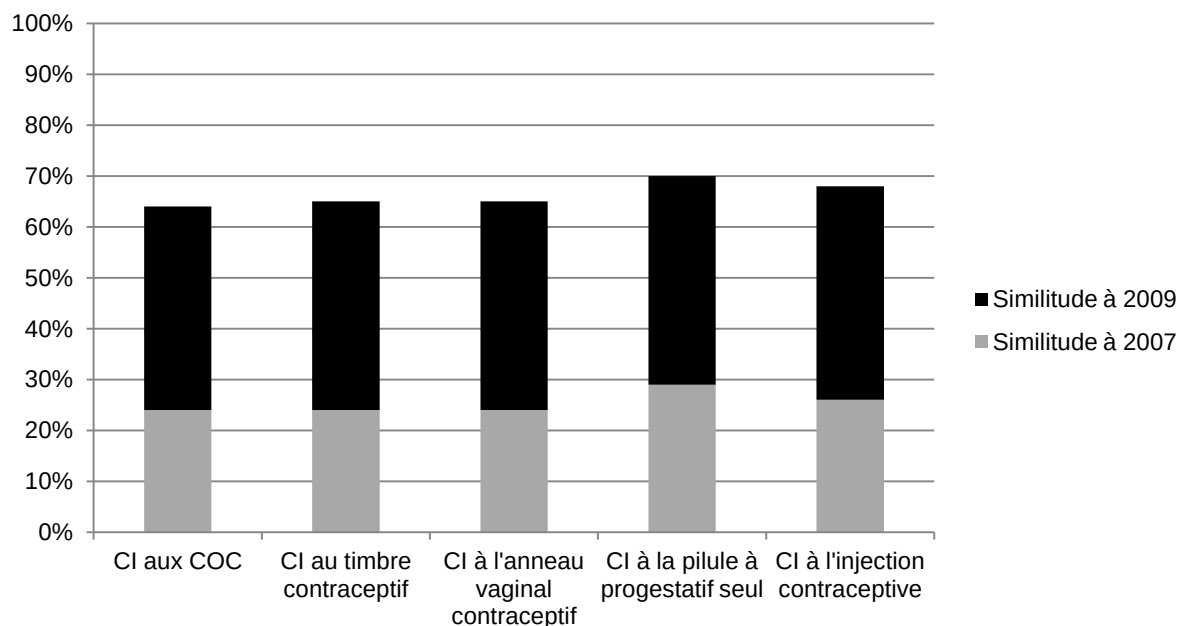


Figure 5 Similitude de la liste de contre-indications aux modèles 2007 ou 2009, selon la méthode contraceptive

Les différences avec le modèle provincial 2009 étaient nombreuses : soit que les OC de CH étaient compatibles avec le modèle 2007 (similaires ou non) et donc non mises à jour selon le modèle 2009, soit, si elles étaient compatibles avec le modèle 2009, elles présentaient des éléments en plus ou en moins.

Dans la plupart des cas, les médecins ont inscrit des contre-indications supplémentaires telles le saignement utérin anormal ou le saignement vaginal inexpliqué, les antécédents familiaux laissant suspecter une thrombophilie ou une dyslipidémie, la sclérodermie, le phénomène de Raynaud, l'anémie falciforme, les femmes de plus de 35 ans en ménopause, les femmes de plus de 35 ans qui présentent un diabète, l'utilisation d'inhibiteurs non nucléosiques de la transcriptase inverse, etc.

Dans certains cas ($n = 11$), on note l'omission de certaines contre-indications comme : les antécédents de thromboembolie veineuse chez un parent du premier degré, obésité ou tabagisme ou migraine chez les femmes de plus de 35 ans, utilisation de certains antiviraux, migraine avec aura ou accompagnée de manifestations neurologiques quelque soit l'âge de la cliente, hypertension artérielle non spécifiée, antécédent de pancréatite ou d'hypertriglycéridémie, diabète accompagné de néphropathie, hypersensibilité à l'une des composantes du médicament, la nécessité d'un Pap test dans les deux dernières années chez les femmes de plus de 35 ans.

Tableau 6 Nombre (%) d'OC de CH analysées compatibles ou similaires avec les modèles 2007 ou 2009 pour les contre-indications

Contre-indications	COC	Timbre contraceptif	Anneau vaginal contraceptif	POP	Injection contraceptive
Absence	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (2 %)	5 (6 %)	10 (12 %)
Compatibles et similaires au modèle 2007	20 (23 %)	20 (23 %)	20 (23 %)	25 (29 %)	22 (26 %)
Compatibles et NON similaires au modèle 2007	21 (25 %)	21 (25 %)	20 (23 %)	11 (13 %)	12 (14 %)
Compatibles et similaires au modèle 2009	34 (40 %)	35 (41 %)	35 (41 %)	35 (41 %)	36 (42 %)
Compatibles et NON similaires au modèle 2009	10 (12 %)	9 (11 %)	9 (11 %)	9 (11 %)	5 (6 %)
Total	85 (100 %)	85 (100 %)	85 (100 %)	85 (100 %)	85 (100 %)

Les cellules grisées correspondent aux OC de CH qui sont jugées similaires au modèle 2009.

3.2.10 Contre-indications au timbre contraceptif

Sur la totalité des OC de CH analysées, 100 % (n = 85) d'entre elles présentaient une liste de contre-indications au timbre contraceptif (figure 4). Parmi ces 85 OC de CH, 41 étaient compatibles avec le modèle 2007 et 44 avec le modèle 2009.

Sur les 41 OC de CH compatibles⁷ avec le modèle 2007, 20 (49 %) étaient considérées comme similaires au modèle 2007 (figure 5 et tableau 6).

Sur les 44 OC de CH compatibles avec le modèle 2009, 35 (80 %) étaient considérées comme similaires au modèle 2009 (figure 5 et tableau 6), ce qui représente 41 % de toutes les OC de CH analysées.

Les différences avec le modèle provincial 2009 étaient les mêmes que celles s'appliquant aux COC puisque les mêmes contre-indications s'appliquent aux COC et au timbre contraceptif. Aucune contre-indication spécifique au timbre contraceptif n'était manquante.

⁷ La compatibilité de la liste des contre-indications au modèle 2007 ou au modèle 2009 pour le timbre contraceptif dépendait de la compatibilité de l'OC de CH à l'un de ces modèles pour la liste de contre-indications aux COC. Il en est de même pour l'anneau vaginal contraceptif. Aucun ajout ni retrait de contre-indications n'a été fait pour le timbre contraceptif et l'anneau vaginal spécifiquement entre les modèles 2007 et 2009.

3.2.11 Contre-indications à l'anneau vaginal contraceptif

Sur la totalité des OC de CH analysées, 99 % (n = 84) d'entre elles présentaient une liste de contre-indications à l'anneau vaginal contraceptif (figure 4). Parmi ces 84 OC de CH, 40 étaient compatibles avec le modèle 2007 et 44 avec le modèle 2009.

Sur les 41 OC de CH compatibles⁸ avec le modèle 2007, 20 (50 %) étaient considérées comme similaires au modèle 2007 (figure 5 et tableau 6).

Sur les 44 OC de CH compatibles avec le modèle 2009, 35 (80 %) étaient considérées comme similaires au modèle 2009 (figure 5 et tableau 6), ce qui représente 41 % de toutes les OC de CH analysées.

Les différences avec le modèle provincial 2009 étaient les mêmes que celles s'appliquant aux COC puisque les mêmes contre-indications s'appliquent aux COC et à l'anneau vaginal contraceptif. Dans deux OC de CH, on a ajouté les contre-indications suivantes : cystocèle et rectocèle (à la place du prolapsus utéro-vaginal), vaginites à répétition.

3.2.12 Contre-indications à la pilule à progestatif seul (POP)

Sur la totalité des OC de CH analysées, 94 % (n = 80) d'entre elles présentaient une liste de contre-indications à la pilule à progestatif seul (figure 4). Cinq CSSS ont exclu les contre-indications à la pilule à progestatif seul de leur OC de CH. Parmi ces 80 OC de CH, 36 étaient compatibles avec le modèle 2007 et 44 avec le modèle 2009.

Sur les 36 OC de CH compatibles⁹ avec le modèle 2007, 25 (70 %) étaient considérées comme similaires au modèle 2007 (figure 5 et tableau 6).

Sur les 44 OC de CH compatibles avec le modèle 2009, 35 (80 %) étaient considérées comme similaires au modèle 2009 (figure 5 et tableau 6), ce qui représente 41 % de toutes les OC de CH analysées.

Les différences avec le modèle provincial 2009 étaient peu nombreuses : soit que les OC de CH étaient compatibles avec le modèle 2007 (similaires ou non) et donc non mises à jour selon le modèle 2009, soit, si elles étaient compatibles avec le modèle 2009, elles présentaient des contre-indications en plus ou en moins.

⁸ La compatibilité de la liste des contre-indications au modèle 2007 ou au modèle 2009 pour l'anneau contraceptif dépendait de la compatibilité de l'OC de CH à l'un de ces modèles pour la liste de contre-indications aux COC. Aucun ajout ni retrait de contre-indications n'a été fait pour l'anneau vaginal spécifiquement entre les modèles 2007 et 2009.

⁹ La compatibilité de la liste des contre-indications au modèle 2007 ou au modèle 2009 pour la POP dépendait de la compatibilité de l'OC de CH à l'un de ces modèles pour la liste de contre-indications aux COC. Certaines modifications ont été faites à la liste des contre-indications à la POP entre les versions 2007 et 2009 : ajout du lupus érythémateux, [cirrhose sévère] au lieu de [maladie hépatique active], [adénome hépatocellulaire, hépatome] au lieu de [tumeur hépatique], ajout de l'indinavir et la rifabutine, retrait des inhibiteurs non nucléosiques de la transcriptase inverse.

Pour ce qui est des contre-indications supplémentaires, mentionnons : l'utilisation de la Lamotrigine, le début moins de 21 jours après l'accouchement chez la femme qui allaite, la ménopause, une maladie hépatique active, la migraine avec aura ou symptômes neurologiques et l'utilisation des inhibiteurs non nucléosiques de la transcriptase inverse. Pour ce qui est des contre-indications manquantes, notons que cinq CSSS ont omis : la nécessité d'un Pap test dans les deux dernières années chez les femmes de plus de 35 ans ou le lupus érythémateux.

3.2.13 Contre-indications à l'injection contraceptive

Sur la totalité des OC de CH analysées, 88 % (n = 75) d'entre elles présentaient une liste de contre-indications à l'injection contraceptive (figure 4). Dix CSSS ont exclu les contre-indications à l'injection contraceptive de leur OC de CH. Parmi ces 75 OC de CH, 34 étaient compatibles avec le modèle 2007 et 41 avec le modèle 2009.

Sur les 34 OC de CH compatibles¹⁰ avec le modèle 2007, 22 (65 %) étaient considérées comme similaires au modèle 2007 (figure 5 et tableau 6).

Sur les 41 OC de CH compatible avec le modèle 2009, 36 (88 %) étaient considérées comme similaires au modèle 2009 (figure 5 et tableau 6), ce qui représente 42 % de toutes les OC de CH analysées.

Les différences avec le modèle provincial 2009 étaient peu nombreuses : soit que les OC de CH étaient compatibles avec le modèle 2007 (similaires ou non) et donc non mises à jour selon le modèle 2009, soit, si elles étaient compatibles avec le modèle 2009, elles présentaient des contre-indications en plus ou en moins.

Pour ce qui est des contre-indications supplémentaires, mentionnons : le saignement vaginal inexpliqué, la ménopause, le début moins de six semaines après l'accouchement chez la femme qui allaite, la maladie cardiaque valvulaire, la maladie vasculaire et la migraine avec aura ou symptômes neurologiques. Pour ce qui est des contre-indications manquantes, notons que trois CSSS ont omis : la nécessité d'un Pap test dans les deux dernières années chez les femmes de plus de 35 ans.

3.2.14 Objet de l'OC de CH : liste des COC

Sur la totalité des OC de CH analysées, 100 % (n = 85) d'entre elles présentaient une liste de COC (figure 6). Parmi ces 85 OC de CH, 46 étaient compatibles avec le modèle 2007 et 39 avec le modèle 2009.

¹⁰ La compatibilité de la liste des contre-indications avec le modèle 2007 ou 2009 pour l'injection contraceptive dépendait de la compatibilité de l'OC de CH à l'un de ces modèles pour la liste de contre-indications aux COC. Certaines modifications ont été faites à la liste des contre-indications à l'injection contraceptive entre les versions 2007 et 2009 : ajout du lupus érythémateux, [cirrhose sévère] au lieu de [maladie hépatique active], [adénome hépatocellulaire, hépatome] au lieu de [tumeur hépatique], retrait de la maladie cardiaque valvulaire.

Sur les 46 OC de CH compatibles¹¹ avec le modèle 2007, 28 (61 %) étaient considérées comme similaires au modèle 2007 (figure 7 et tableau 7).

Sur les 39 OC de CH compatibles avec le modèle 2009, 31 (79 %) étaient considérées comme similaires au modèle 2009 (figure 7 et tableau 7), ce qui représente 36 % de toutes les OC de CH analysées.

Les différences notées dans les OC de CH avec le modèle provincial 2009 étaient nombreuses : soit que les OC de CH étaient compatibles avec le modèle 2007 (similaires ou non) et donc non mises à jour selon le modèle 2009, soit, si elles étaient compatibles avec le modèle 2009, elles présentaient des COC en plus ou en moins.

Dans la plupart des cas, on notait des COC en moins : soit qu'il manquait certains COC, en particulier les génériques, soit que l'on ait oublié d'inscrire la posologie et le nombre de répétitions de dispensation du produit. Dans trois OC de CH considérées comme similaires au modèle 2009, certains COC plus récents (Marfem[®], Eloine[®], Palandra[®], Seasonique[®]) que ceux de la liste du modèle 2009 ont été ajoutés. Dans un cas, on a ajouté des directives particulières pour le Seasonale. Dans un autre cas, on a ajouté un produit (Lo-Femenal[®]) qui n'a pas reçu d'avis de conformité de Santé Canada.

3.2.15 Objet de l'OC de CH : timbre contraceptif

Sur la totalité des OC de CH analysées, 100 % (n = 85) d'entre elles présentaient le produit unique qui existe pour le timbre contraceptif (figure 6). Parmi ces 85 OC de CH, 46 étaient compatibles avec le modèle 2007 et 39 avec le modèle 2009.

Sur les 46 OC de CH compatibles¹² avec le modèle 2007, 43 (93 %) étaient considérées comme similaires au modèle 2007 (figure 7 et tableau 7).

Sur les 39 OC de CH compatibles avec le modèle 2009, 39 (100 %) étaient considérées comme similaires au modèle 2009 (figure 7 et tableau 7). Sur la totalité des OC de CH analysées, 96 % des OC de CH étaient similaires au modèle provincial 2009 quant à la mention du timbre contraceptif Evra[®] (figures 7 et tableau 7). Notons ici qu'il n'y a pas eu de changement au niveau du timbre contraceptif entre les modèles 2007 et 2009.

Dans les OC de CH de trois CSSS dont la rédaction est compatible avec le modèle 2007, on a omis d'indiquer la posologie pour le timbre contraceptif.

¹¹ La compatibilité de la liste de produits en matière de COC avec le modèle 2007 ou 2009 dépendait de la compatibilité de l'OC de CH à l'un de ces modèles pour la liste de contre-indications aux COC. Plusieurs modifications ont été faites à la liste des COC entre les versions 2007 et 2009 : ajout d'Apri[®], d'Aviane[®], de Belesse[®], de Miranova[®], de Portia[®], de Seasonale[®], de Yaz[®], d'Enpresse[®], de Previfem[®], de Tri-Previfem[®] et retrait de Triphasil[®].

¹² La compatibilité de la liste de produits en matière de timbre contraceptif, d'anneau vaginal contraceptif ou de POP avec le modèle 2007 ou 2009 dépendait de la compatibilité de l'OC de CH à l'un de ces modèles pour la liste de contre-indications aux COC.

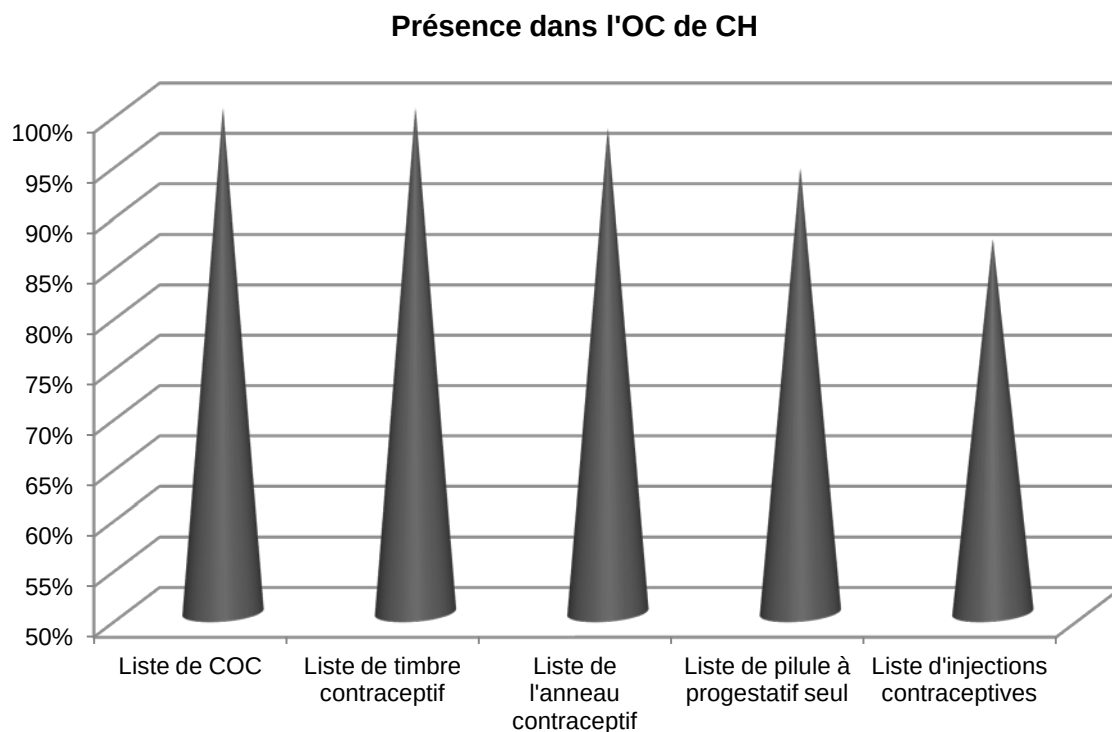


Figure 6 Présence d'une liste de produits pharmaceutiques dans l'OC de CH, selon la méthode contraceptive

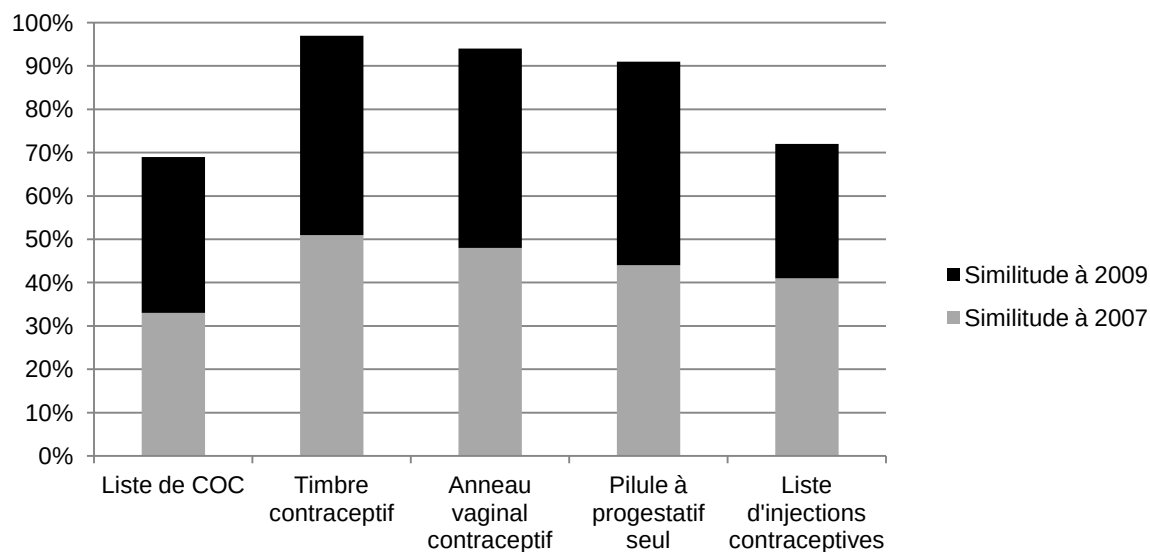


Figure 7 Similitude de la liste de produits pharmaceutiques aux modèles 2007 ou 2009, selon la méthode contraceptive

Tableau 7 Nombre (%) d'OC de CH analysées compatibles ou similaires avec les modèles 2007 ou 2009 pour les objets contraceptifs

Objets contraceptifs	COC	Timbre contraceptif	Anneau vaginal contraceptif	POP	Injection contraceptive
Absence	0 (0 %)	0 (0 %)	2 (2 %)	5 (6 %)	11 (13 %)
Compatibles et similaires au modèle 2007	28 (23 %)	43 (50 %)	41 (23 %)	37 (43 %)	35 (41 %)
Compatibles et NON similaires au modèle 2007	18 (21 %)	3 (4 %)	3 (4 %)	3 (4 %)	2 (2 %)
Compatibles et similaires au modèles 2009	31 (36 %)	39 (46 %)	39 (46 %)	40 (47 %)	26 (31 %)
Compatibles et NON similaires au modèle 2009	9 (9 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	11 (13 %)
Total	85 (100 %)	85 (100 %)	85 (100 %)	85 (100 %)	85 (100 %)

Les cellules grisées correspondent aux OC de CH qui sont jugées similaires au modèle 2009.

3.2.16 Objet de l'OC de CH : anneau vaginal contraceptif

Sur la totalité des OC de CH analysées, 98 % (n = 83) d'entre elles présentaient le produit unique qui existe pour l'anneau vaginal contraceptif (figure 6). Parmi ces 83 OC de CH, 44 étaient compatibles avec le modèle 2007 et 39 avec le modèle 2009.

Sur les 44 OC de CH compatibles¹³ avec le modèle 2007, 41 (93 %) étaient considérées comme similaires au modèle 2007 (figure 7 et tableau 7).

Sur les 39 OC de CH compatibles avec le modèle 2009, 39 (100 %) étaient considérées comme similaires au modèle 2009 (figure 7 et tableau 7). Sur la totalité des OC de CH analysées, 94 % des OC de CH étaient similaires au modèle provincial 2009 quant à la mention de l'anneau contraceptif Nuvaring® (figure 7 et tableau 7). Notons ici qu'il n'y a pas eu de changement au niveau de l'anneau vaginal contraceptif entre les modèles 2007 et 2009.

¹³ La compatibilité de la liste de produits en matière de timbre contraceptif, d'anneau vaginal contraceptif ou de POP avec le modèle 2007 ou 2009 dépendait de la compatibilité de l'OC de CH à l'un de ces modèles pour la liste de contre-indications aux COC.

Deux CSSS ont exclu la mention de l'anneau vaginal contraceptif dans leur liste de produits contraceptifs; l'un des deux avait également omis la liste de contre-indications pour l'anneau. Dans les OC de CH de trois CSSS dont la rédaction est compatible avec le modèle 2007, on a omis d'indiquer la posologie.

3.2.17 Objet de l'OC de CH : POP

Sur la totalité des OC de CH analysées, 94 % (n = 80) d'entre elles présentaient le produit unique qui existe pour la pilule à progestatif seul (figure 6). Parmi ces 80 OC de CH, 40 étaient compatibles avec le modèle 2007 et 40 avec le modèle 2009.

Sur les 40 OC de CH compatibles¹⁴ avec le modèle 2007, 37 (92 %) étaient considérées comme similaires au modèle 2007 (figure 7 et tableau 7).

Sur les 40 OC de CH compatibles avec le modèle 2009, 40 (100 %) étaient considérées comme similaires au modèle 2009 (figure 7 et tableau 7). Sur la totalité des OC de CH analysées, 91 % des OC de CH étaient similaires au modèle provincial 2009 quant à la mention quant à la mention de la POP Micronor® (figure 7 et tableau 7). Notons ici qu'il n'y a pas eu de changement au niveau la POP entre les modèles 2007 et 2009.

Cinq CSSS ont exclu la mention de la POP dans leur liste de produits contraceptifs. Dans les OC de CH de trois CSSS dont la rédaction est compatible avec le modèle 2007, on a omis d'indiquer la posologie.

3.2.18 Objet de l'OC de CH : injection contraceptive

Sur la totalité des OC de CH analysées, 87 % (n = 74) d'entre elles présentaient une liste de produit pour l'injection contraceptive (figure 6). Parmi ces 74 OC de CH, 37 étaient compatibles avec le modèle 2007 et 37 avec le modèle 2009.

Sur les 37 OC de CH compatible¹⁵ avec le modèle 2007, 35 (95 %) étaient considérées comme similaires au modèle 2007 (figure 7 et tableau 7).

Sur les 37 OC de CH compatibles avec le modèle 2009, 26 (70 %) étaient considérées comme similaires au modèle 2009 (figure 7 et tableau 7), ce qui représente 31 % de toutes les OC de CH analysées.

Onze CSSS ont exclu l'injection contraceptive dans la liste de produits contraceptifs de leur OC de CH, ce qui explique probablement pourquoi dix d'entre eux avaient omis d'inclure la liste des contre-indications à l'injection contraceptive.

¹⁴ La compatibilité de la liste de produits en matière de timbre contraceptif, d'anneau vaginal contraceptif ou de POP avec le modèle 2007 ou 2009 dépendait de la compatibilité de l'OC de CH à l'un de ces modèles pour la liste de contre-indications aux COC.

¹⁵ La compatibilité de la liste de produits en matière d'injection contraceptive avec le modèle 2007 ou 2009 dépendait de la compatibilité de l'OC de CH à l'un de ces modèles pour la liste de contre-indications aux COC. Mentionnons toutefois qu'en 2009, une modification a été faite : ajout d'un générique de la suspension injectable d'acétate de médorprogestérone produite par la compagnie Sandoz.

En tout, 59 OC de CH ne sont pas similaires au modèle 2009 quant à la liste de produits pour l'injection contraceptive. Dans les OC de CH de deux CSSS dont la rédaction est compatible avec le modèle 2007, on a omis d'indiquer la posologie. Onze OC de CH compatibles avec le modèle 2009 n'y sont pas similaires car on a omis d'ajouter le nouveau produit générique de l'injection contraceptive ou que ce produit n'est mentionné que dans le formulaire de liaison.

3.2.19 Signes et symptômes nécessitant l'arrêt pour les cinq méthodes

Sur la totalité des OC de CH analysées, 96,5 % (n = 82) d'entre elles présentaient une liste des signes et symptômes nécessitant l'arrêt de la méthode contraceptive (figure 8) et 60 % des OC de CH comportaient une liste similaire à celle du modèle provincial 2009.

Trois CSSS ont exclu les signes et symptômes nécessitant l'arrêt de la méthode contraceptive de leur OC de CH.

Dans un certain nombre d'OC de CH où ces signes et symptômes ne sont pas similaires au modèle 2009 (n = 18), la liste n'a pas été ajustée lors de la mise à jour de 2009. Lors de cette mise à jour, l'INSPQ avait simplement enlevé la mention de « problème de vision (perte de vision, vision embrouillée latéralisée ou non), trouble du langage » dans la section sur l'injection contraceptive. Cette mention a été conservée dans les 19 OC de CH mentionnées.

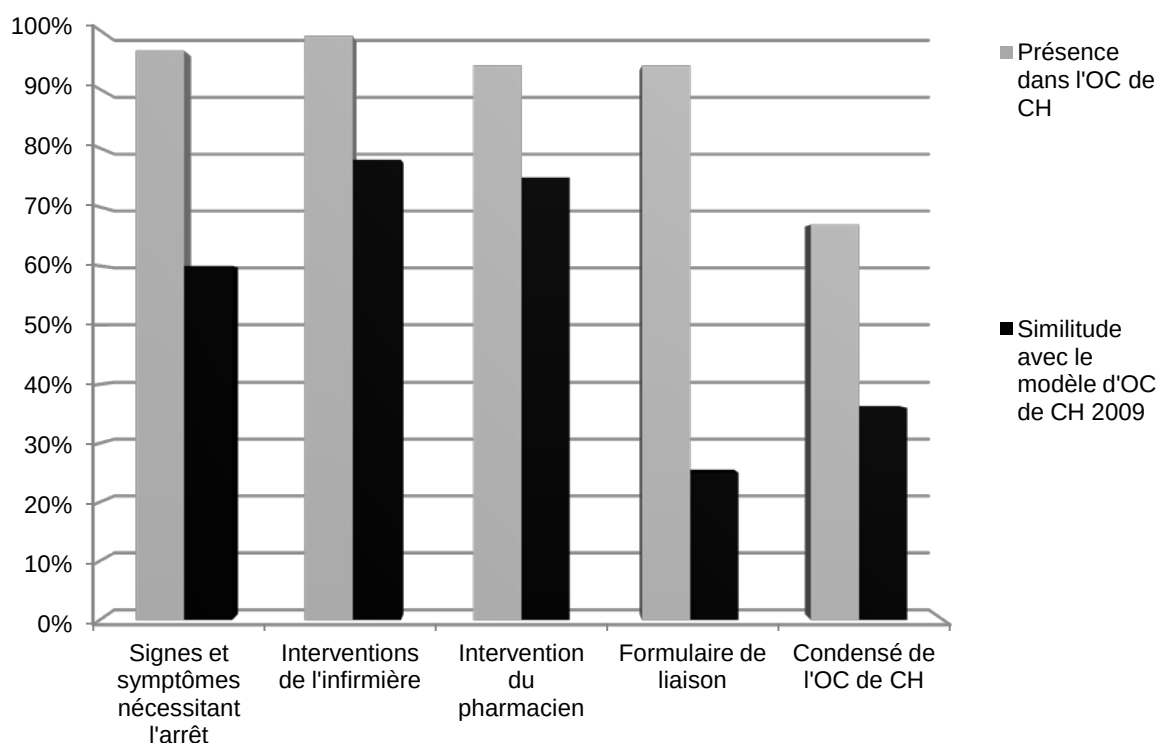


Figure 8 Présence d'autres variables et similitudes avec le modèle provincial

Outre cette différence, la tendance est plutôt à l'ajout de signes et symptômes qu'au retrait de ceux-ci. Ainsi, dans plusieurs OC de CH, on a étendu les signes et symptômes nécessitant l'arrêt des COC à toutes les méthodes. Dans d'autres, on a ajouté d'autres signes et symptômes comme :

- pour les COC, le timbre et l'anneau vaginal contraceptifs : ajout des signes et symptômes de grossesse, effets androgéniques, saignements irréguliers, infections vaginales récidivantes, leucorrhée anormale, intolérance aux verres de contact, douleur mammaire persistante, nodule mammaire, dépression, galactorrhée, éruption cutanée, ictère, céphalée nouvelle persistante ou récurrente, nausée et vomissement, modification modérée à sévère du poids;
- pour la POP : ajout de parésies, paresthésies;
- pour l'injection contraceptive : les douleurs abdominales sévères, la dépression, la rougeur/chaleur/douleur prolongée au site d'injection.
- Dans la seule OC de CH où l'on a omis une partie des signes et symptômes, il s'agit de l'omission des céphalées sévères pour les COC, le timbre et l'anneau vaginal contraceptifs.

3.2.20 Interventions de l'infirmière

Sur la totalité des OC de CH analysées, 99 % d'entre elles présentaient une liste des interventions de l'infirmière (figure 8) et dans 76 % des cas cette liste était similaire à celle du modèle provincial 2009. Notons ici qu'il n'y a pas eu de changement au niveau des interventions de l'infirmière entre les modèles 2007 et 2009.

Un CSSS a exclu les interventions de l'infirmière dans son OC de CH.

Les différences avec le modèle 2009 étaient liées, soit à des ajouts dans les actions que doivent poser les infirmières ($n = 23$), soit à une description incomplète ($n = 10$), soit à un mélange des deux ($n = 3$). En ce qui concerne les ajouts, ce sont des éléments habituellement retrouvés dans le formulaire d'évaluation de l'infirmière pour initier la contraception hormonale[38] tels que : faire un test de grossesse au besoin, vérifier le besoin de contraception orale d'urgence (COU) ou donner de l'information sur la COU, faire un counseling ITSS ou donner de l'information sur les ITSS, expliquer les démarches à suivre en cas d'oubli, donner les coordonnées d'Info-Santé, inscrire une date de relance. D'autres ajouts sont également inscrits comme : vérifier les symptômes anormaux sur le plan des ITSS, aviser la patiente de demander l'avis des pharmaciens avant de prendre des produits naturels, recommander d'utiliser un moyen contraceptif supplémentaire lors de la prise de tout antibiotique ou au début de la prise du contraceptif, aviser la patiente d'indiquer sa prise d'anovulants à tout professionnel de la santé que la patiente consulte, faire l'enseignement de l'auto-examen des seins, remettre une feuille sur les signes et symptômes de danger, exiger une relance téléphonique après un mois ou trois mois, inscrire la statistique dans le logiciel SIC-PLUS avec la raison de consultation, faire parvenir une copie de la collecte de données à la clinique jeunesse avec la date du rendez-vous médical.

Les descriptions incomplètes touchaient un item ou l'autre des éléments de la liste des interventions de l'infirmière, sans omission systématique.

3.2.21 Interventions du pharmacien

Sur la totalité des OC de CH analysées, 94 % d'entre elles présentaient une liste des interventions du pharmacien (figure 8) et dans 80 % des cas cette liste était similaire à celle du modèle provincial 2009. Notons ici qu'il n'y a pas eu de changement au niveau des interventions du pharmacien entre les modèles 2007 et 2009.

Trois CSSS et deux autres établissements de santé ont exclu les interventions du pharmacien dans leur OC de CH.

Les différences notées dans ces interventions étaient liées essentiellement à la description incomplète des activités du pharmacien et touchaient tous les éléments de la liste de ces interventions. Une seule OC de CH, considérée conforme, a ajouté dans les tâches du pharmacien de télécopier le dossier au médecin en y joignant l'évaluation de l'infirmière.

3.2.22 Formulaire de liaison

Sur la totalité des OC de CH analysées, 94 % d'entre elles présentaient un formulaire de liaison (figure 8) et dans 26 % des cas, ce formulaire était similaire à celui du modèle provincial 2009. Notons ici qu'il y a eu des changements au niveau du formulaire de liaison entre les modèles 2007 et 2009, puisque le formulaire de liaison 2009 est ajusté à la liste de produits contraceptifs du modèle 2009.

Un formulaire de liaison compatible avec celui du modèle 2007 est présent dans 42 OC de CH (49 %). De ces 42 OC de CH, 21 (50 %) comportaient un formulaire de liaison similaire à celui du modèle 2007. Un formulaire de liaison compatible avec celui du modèle 2009 est présent dans 38 OC de CH (45 %). De ces 38 OC de CH, 22 (58 %) sont considérées similaires au modèle 2009.

Quatre CSSS et un autre établissement ont omis de joindre un formulaire de liaison à leur OC de CH.

Les différences notées dans les formulaires de liaison sont principalement liées : 1) à l'absence de certains contraceptifs, en particulier certains COC et les génériques des COC ou de l'injection contraceptive, ou 2) à la dispensation pour trois mois seulement. Pour ce qui est des autres éléments de différence, soit qu'on a ajouté un espace réservé au pharmacien, soit qu'on a indiqué une possibilité d'initier le contraceptif en mode continu, soit qu'on a indiqué l'obligation de revoir le médecin. Dans trois OC de CH considérées comme similaires à la version 2009 quant au formulaire de liaison, certains COC plus récents que ceux de la liste du modèle 2009 ont été ajoutés (Marfem[®], Eloine[®], Palandra[®], Seasonique[®]). Une d'entre elles a même inclus le nombre de renouvellements dans le formulaire de liaison.

3.2.23 Condensé de l'OC de CH

Sur la totalité des OC de CH analysées, 67 % d'entre elles présentaient un condensé de l'OC de CH (figure 8) et dans 36 % des cas, ce condensé était similaire à celui du modèle provincial 2009. Notons ici qu'il n'y a pas eu de changement au niveau du condensé de l'OC de CH entre les modèles 2007 et 2009; cependant, ce condensé comprend beaucoup d'éléments de l'OC de CH, ce qui fait en sorte que si l'OC de CH dévie du modèle provincial 2009 sur un élément en particulier, le condensé dévie automatiquement du modèle 2009.

Vingt huit établissements, principalement des CSSS, ont omis de joindre le condensé de l'OC de CH à leur OC de CH.

Les différences par rapport au modèle quant au condensé de l'OC de CH sont principalement liées à l'absence complète du condensé ou à l'absence de similitude de certaines informations avec le modèle 2009 comme : le mécanisme de médecin répondant, la date d'entrée en vigueur, la date de révision, la population visée, les pharmaciens visés, la signature du président du CMDP ou des médecins du GMF.

3.3 RÉSULTATS PAR CATÉGORIE

Tel que montré à la figure 9, sur la totalité des OC de CH analysées (n = 85) :

- 6 (7 %) sont considérées comme complètement similaires au modèle provincial 2009 (catégorie 1);
- 11 (13 %) sont considérées comme presque similaires au modèle provincial 2009 (catégorie 2);
- 9 (11 %) dévient partiellement du modèle provincial 2009 (catégorie 3) et 59 (69 %) dévient de façon substantielle du modèle provincial 2009 (catégorie 4).

Parmi les 59 OC de CH qui font partie de la catégorie 4, dix (17 %) sont complètement ou presque complètement similaires au modèle provincial 2007 et méritent simplement d'être mises à jour sur le modèle 2009.

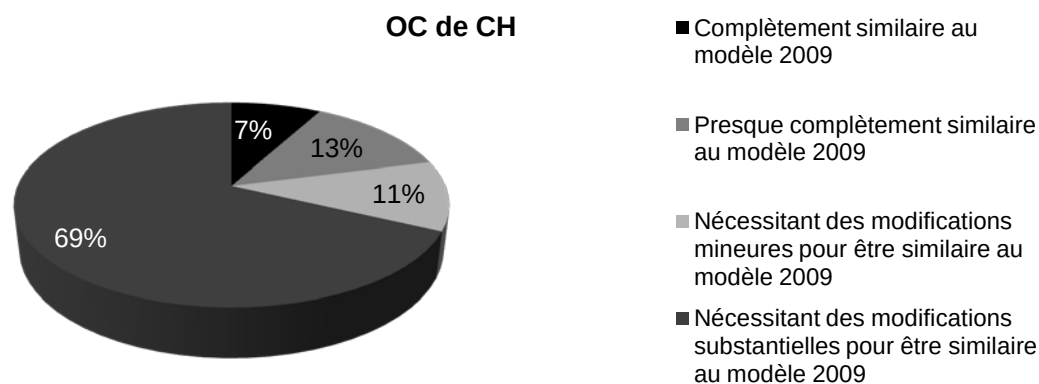


Figure 9 Analyse des OC de CH par catégories

4 DISCUSSION

4.1 LA VITESSE D'ADOPTION DE L'OC DE CH

Tout d'abord, selon les études scientifiques sur la diffusion des innovations[30;39], l'adoption d'une innovation suit généralement une courbe normale, qui se traduit par une courbe en S lorsqu'on utilise le nombre cumulatif d'adoptants (« adopters »). Il est intéressant de mentionner que l'implantation de l'OC de CH dans la province de Québec, selon les données présentées ici, s'est faite selon une courbe en S, tel qu'illustrée par la figure 2. Le point d'inflexion au-delà duquel il est quasi-inévitable qu'une innovation progresse, survient classiquement lorsqu'on observe 10 à 20 % d'adoption de l'innovation[30]. C'est ce qui s'est produit avec l'OC de CH : après un début lent en 2007 (22,4 % des OC de CH adoptées avant 2008), son adoption a rapidement progressé à partir de janvier 2008 (63,5 % adoptées à partir de janvier 2008 jusqu'à fin 2009), pour se stabiliser en 2010 (14,1 % en 2010).

4.2 L'ADOPTION DE L'OC DE CH DANS LES CSSS

La courbe d'adoption présentée à la figure 2 dépend principalement de l'adoption des OC de CH dans les CSSS. D'une part, ces dernières (n = 68) comptent pour 78 % des OC de CH analysées; d'autre part, les CSSS représentaient, pour les instances de santé publique, une priorité au niveau de la démarche d'implantation. Parmi les hypothèses pouvant également expliquer le succès des OC de CH dans les CSSS, mentionnons les efforts importants consentis à l'implantation dans ces établissements. De plus, le fait que les CSSS sont de grandes organisations, pourvues de leaders d'opinion et de mécanismes de diffusion formels et bien établis, cela favorise la diffusion des innovations[30;31;39]. Par ailleurs, médecins, infirmières et pharmaciens y sont relativement habitués à travailler sur des dossiers communs, ce qui facilite leurs habiletés à coordonner un nouveau projet qui exige une grande interdisciplinarité.

4.3 L'ADOPTION DE L'OC DE CH DANS LES GMF

Pour ce qui est des groupes de médecine familiale, le résultat quant à l'implantation est moins concluant qu'en CSSS jusqu'à maintenant. On constate, en effet, qu'en ce début de 2011, seulement 21 % (n= 45) des GMF du Québec se sont prévalus de cette stratégie. Tout d'abord, l'implantation de l'OC de CH en GMF n'était pas considérée comme une priorité par les instances de santé publique et sa mise en œuvre était prévue lors d'une seconde vague d'implantation. De plus, les GMF sont de petites entités nouvellement créées, débordées par la demande de soins curatifs. Il est possible que, comparativement aux CSSS, elles n'aient pas la latitude organisationnelle nécessaire pour absorber l'OC de CH. En effet, les GMF n'ont peut-être pas le nombre d'infirmières requis pour faire face aux besoins de soins de santé ressentis. Par ailleurs, plusieurs problématiques (l'hypertension artérielle, le counseling sur la prévention cardio-vasculaire, du diabète, etc..) liées au vieillissement de la population requièrent l'implication de ces infirmières, qui sont alors moins disponibles pour la clientèle en âge de reproduction. D'autres facteurs entrent peut-être en jeu; il y aurait lieu de se questionner sur les obstacles à l'adoption de l'OC de CH en GMF, ainsi que sur les intérêts particuliers des GMF à adopter ce modèle ou à son adaptation à leur lieu de pratique[40].

4.4 SIMILITUDE DES OC DE CH AU MODÈLE 2009

Dans ce portrait, on note qu'une OC de CH sur trois est similaire au modèle 2009 ou nécessite des modifications mineures par rapport au modèle 2009 (31 %). Cela signifie que dans 31 % des cas, la pratique des infirmières et des pharmaciens impliqués dans l'OC de CH permet une accessibilité élargie à la contraception hormonale tout en garantissant pleinement la sécurité des femmes en matière de santé. La mise à jour récente de l'OC de CH, six à neuf mois avant cette collecte de données, peut expliquer que plusieurs établissements n'aient pas eu le temps d'ajuster leur OC de CH au modèle 2009. Si cette évaluation avait été effectuée plus tardivement après la diffusion du modèle 2009, peut-être en aurait-il été autrement.

Parmi les OC de CH classées dans la catégorie la plus dissemblable au modèle 2009 (catégorie 4) (n = 59), notons que dix d'entre elles sont complètement ou presque complètement similaires au modèle 2007. Le fait de ne pas avoir été mises à jour fait en sorte que ces OC de CH présentent quelques lacunes sur le plan des contre-indications aux méthodes contraceptives et des produits contraceptifs disponibles. Ces OC de CH pourront facilement être mises à niveau après consultation du modèle 2009. Ceci dit, la catégorie 4 comprend également 49 OC de CH (56 %) dont les différences sont nombreuses avec le modèle 2009.

Dans la diffusion d'une innovation, l'idée n'est pas tant de viser une réplique standard du modèle, mais la flexibilité inhérente à l'adoption de l'innovation ne doit pas excéder certaines limites qui risquent d'en diminuer l'impact ou d'en augmenter les risques[25]. Pour cette raison, il est essentiel d'identifier les éléments de l'innovation qui conditionnent son succès et doivent être maintenus intacts[25]. Pour être classées dans la catégorie 4, il fallait que les OC de CH s'éloignent du modèle 2009 au regard d'éléments jugés fondamentaux ou essentiels de l'OC de CH. Il s'agissait d'une part, d'éléments touchant directement à l'accessibilité de la contraception hormonale (professionnels visés, de la population visée, délai de six mois, objet de l'OC de CH) et d'autre part, d'éléments pouvant affecter la sécurité des femmes (liste de contre-indications aux diverses méthodes contraceptives¹⁶, mécanisme de médecin répondant¹⁷).

4.5 SÉCURITÉ DES OC DE CH

Sur le plan de la sécurité, des omissions de contre-indications dans les OC de CH adoptées dans les établissements de santé et autres établissements de la province de Québec ont été notées. Elles sont peu fréquentes. Toutefois, ces omissions peuvent avoir des conséquences néfastes sur la santé des femmes. La mise à jour des OC de CH sur le

¹⁶ Notons ici que les listes de contre-indications aux méthodes contraceptives contenues dans les modèles provinciaux 2007 et 2009 d'OC de CH contiennent les contre-indications absolues et relatives, sans distinction, pour chacune des méthodes. La distinction entre contre-indications absolues et relatives nécessite de poser un diagnostic, ce qui est une prérogative essentiellement médicale.

¹⁷ L'omission du mécanisme de médecin répondant présente dans 16 OC de CH n'est possiblement pas un obstacle majeur. Il est probable que les infirmières des établissements ciblés par ces 16 OC de CH apposent le nom et le numéro de pratique d'un médecin sur les formulaires de liaison qu'elles utilisent. À défaut de le faire, les formulaires de liaison qu'elles remplissent deviennent alors inefficaces. Ce monitoring ne permettait pas de vérifier cette situation.

modèle 2009 s'avère donc essentielle pour protéger la santé des femmes et atteindre un niveau de sécurité reconnu par les instances provinciales et internationales en contraception. Les listes de contre-indications pour chaque méthode ont été analysées dans chaque OC de CH et permettent de faire ressortir les omissions spécifiques.

4.5.1 Contraceptifs oraux combinés

Tel que montré au tableau 6, 41 OC de CH étaient compatibles avec le modèle 2007 et parmi ces 41, 21 n'étaient pas similaires au modèle 2007. D'entrée de jeu, ces 41 OC de CH doivent être mises à niveau sur les contre-indications du modèle 2009. Cependant, parmi les 21 non similaires, quatre OC de CH présentaient des omissions de contre-indications essentielles, comme : *les antécédents de thromboembolie chez un parent du premier degré, une hypertension artérielle nouvelle (systolique : ≥ 140 mm Hg, diastolique : ≥ 90 mm Hg) ou hypertension artérielle maîtrisée, une migraine avec aura ou accompagnée de manifestations neurologiques, antécédent de pancréatite ou d'hypertriglycémie, le diabète avec néphropathie, l'utilisation de certains médicaments ou produits qui peuvent modifier le métabolisme des COC, l'hypersensibilité à l'une des composantes du produit*. Ces omissions ne sont pas négligeables pour la santé des femmes, ni pour l'institution et les professionnels impliqués : en effet, si des utilisatrices de COC développaient des complications en lien avec ces pathologies ou les thérapies mentionnées, non seulement leur santé serait compromise, mais sur le plan légal les professionnels impliqués dans la rédaction de l'OC de CH seraient mis en cause.

Tel que montré au tableau 6, 44 OC de CH étaient compatibles avec le modèle 2009 et parmi les 44, 10 n'y étaient pas similaires. Parmi ces dix OC de CH, trois OC de CH présentaient des omissions quant aux contre-indications. Ces omissions concernaient principalement la nécessité d'un *test de Pap dans les deux dernières années chez les femmes de plus de 35 ans*, condition exigée par le CMQ pour améliorer le dépistage du cancer du col au Québec chez les femmes de cet âge, mais non soutenue par les autorités internationales en matière de contraception[41;42]. Par ailleurs, dans une OC de CH compatible avec le modèle 2009, on a omis d'inclure les *femmes de 35 ans qui fument, sont obèses ou ont des migraines*; cependant, cette OC de CH est restreinte à des clientes de 12 à 21 ans.

4.5.2 Timbre et anneau vaginal contraceptifs

Comme les contre-indications pour le timbre et l'anneau vaginal contraceptifs sont semblables à celles des COC, les commentaires précédents s'appliquent aussi à ces méthodes. Aucune contre-indication spécifique n'a été omise pour ces méthodes.

4.5.3 Pilule et injection à progestatif seul

Concernant les contre-indications à la POP et à l'injection contraceptive, 36 et 34 OC de CH respectivement étaient compatibles avec la version 2007 pour la POP et l'injection contraceptive. Là encore, ces OC de CH doivent être mises à niveau sur les contre-indications du modèle 2009. Cependant, on note également quelques omissions inquiétantes dans les OC de CH non similaires à l'un ou l'autre des modèles.

Pour ce qui est des contre-indications à la POP, le *lupus érythémateux disséminé* a été omis dans une OC de CH compatible avec le modèle 2009 et la présence d'une *tumeur hépatique ou l'utilisation de certains médicaments ou produits qui peuvent modifier le métabolisme de la POP* ont été omis dans deux OC de CH compatibles avec le modèle 2007.

Pour l'injection contraceptive, on note l'oubli des *antécédents de cancer du sein ou cancer du sein actuel, tumeur hépatique, cumul de plusieurs facteurs de risque de maladie cardiovasculaire* dans une OC de CH compatible avec le modèle 2007. Par contre, il ne manque aucune contre-indication dans les OC de CH compatibles avec le modèle 2009.

4.6 EXCÈS DE SÉCURITÉ

Si les omissions sont peu fréquentes, on constate que les ajouts de contre-indications sont, pour leur part, assez nombreux. Les médecins n'ont, en effet, pas hésité à inscrire plusieurs contre-indications supplémentaires, non nécessairement soutenues par les instances provinciales et internationales[41;42]. C'est le cas d'au moins une OC de CH sur quatre pour les COC, le timbre et l'anneau vaginal contraceptifs, une sur 6 pour la POP et une sur 8 pour l'injection contraceptive (résultats non présentés).

Tel que montré par Rogers et autres[26;30;31], pour que des personnes puissent adopter une innovation, il faut qu'elles aient reçu suffisamment d'information sur l'innovation et comprennent comment celle-ci va les affecter personnellement. De plus, ces personnes doivent être ouvertes au changement, être capables de gérer l'incertitude et être en mesure de se projeter dans le rôle de l'autre. Dans le cas de l'OC de CH, un petit sondage réalisé en mars 2008 par l'INSPQ (non publié) montrait que les répondants régionaux de santé publique en charge de l'implantation de l'OC de CH percevaient plusieurs résistances au niveau des médecins. Selon ces répondants, les médecins semblaient à l'époque peu informés de l'OC de CH, certains craignaient de perdre le contrôle sur leur pratique en contraception hormonale et quelques uns exprimaient une confiance limitée vis-à-vis de leurs collègues infirmières ou pharmaciens pour accomplir ces nouvelles tâches. De telles résistances ne sont peut-être pas étrangères au fait que certains médecins aient augmenté le filet de sécurité en allongeant la liste de contre-indications aux méthodes contraceptives. La littérature scientifique montre aussi que le risque perçu à l'égard d'une innovation en réduit l'adoption[26;30;31;39]. Par ailleurs, la compatibilité d'une innovation avec les valeurs et les normes des adoptants en augmente l'adoption. En ajoutant des contre-indications, les médecins réduisaient les risques qu'ils percevaient dans l'OC de CH et en augmentait la compatibilité avec leurs normes de pratique.

De plus, des revues de littérature[43;44] rapportent que les médecins ont de la difficulté à suivre les guides de pratique. Leur adhésion aux recommandations provenant d'instances extérieures varie considérablement. Même si ces guides de pratiques s'appuient sur des connaissances scientifiques reconnues, la qualité des évidences scientifiques n'est qu'un des facteurs qui influencent les médecins dans leurs décisions professionnelles. D'autres facteurs de l'ordre des connaissances, des attitudes, des attentes, de la motivation, du contexte, etc. peuvent les influencer dans leur adhésions à des guides de pratiques jugés scientifiquement adéquats[43;44].

Par ailleurs, mentionnons qu'aucune contrainte n'obligeait les médecins à adopter le modèle tel que suggéré. Dans un sens, cette caractéristique de l'OC de CH d'être adaptable à une situation donnée (« soft periphery ») et de pouvoir, en quelque sorte, être réinventée, favorisait son adoption[30;31]. Selon Callon et Latour[40], « une innovation n'est pas un objet achevé et complet mais une analyse de ce qui tient ensemble un multitude de groupes ».

4.7 ÉVOLUTION DE LA CONFIANCE À L'ÉGARD DU MODÈLE D'OC DE CH

En lien avec la notion de risque perçu par rapport à l'adoption de l'innovation, on constate dans ce portrait que pour toutes les variables sauf une, les OC de CH compatibles avec le modèle 2009 sont plus souvent similaires au modèle 2009 que celles compatibles avec le modèle 2007 sont similaires au modèle 2007 (tableau 8).

Tableau 8 Évolution des similitudes aux modèles pour les contre-indications et les objets contraceptifs

Contre-indications	COC	Timbre contraceptif	Anneau vaginal contraceptif	POP	Injection contraceptive
OC de CH 2007	41	41	40	36	34
OC de CH similaires au modèle 2007	20 (49 %)	20 (48 %)	20 (50 %)	25 (70 %)	22 (65 %)
OC de CH 2009	44	44	44	44	41
OC de CH similaires au modèle 2009	34 (77 %)	35 (80 %)	35 (80 %)	35 (80 %)	36 (75 %)
Objets contraceptifs					
OC de CH 2007	46	46	44	40	37
OC de CH similaires au modèle 2007	28 (61 %)	43 (93 %)	41 (93 %)	37 (93 %)	35 (95 %)
OC de CH 2009	39	39	39	40	37
OC de CH similaires au modèle 2009	31 (79 %)	39 (100 %)	39 (100 %)	40 (100 %)	26 (70 %)

Les cellules grisées correspondent aux OC de CH compatibles avec le modèle 2009 dont le pourcentage de similitude est supérieur à celui des OC de CH compatibles avec le modèle 2007.

En effet, concernant les contre-indications aux COC, au timbre, à l'anneau, à la POP et à l'injection contraceptive par rapport au modèle 2009, les pourcentages de similitudes sont respectivement de 77 %, 80 %, 80 %, 80 % et 75 % tandis que ces mêmes pourcentages par rapport au modèle 2007 ne sont respectivement que de 49 %, 48 %, 50 %, 70 % et 65 %. On observe le même phénomène avec les objets contraceptifs de l'OC de CH, sauf pour l'injection contraceptive.

Les études sur la diffusion des innovations[30;31;39] montrent que, d'une part, le fait de pouvoir expérimenter une innovation permet de l'assimiler plus facilement et d'autre part, que les « adoptants » tardifs (« late adopters ») attendent que d'autres l'aient essayé pour être convaincus de l'adopter. Dans ce dernier cas, l'innovation a perdu beaucoup de son

incertitude et s'implante donc plus facilement. On peut donc penser que les premiers groupes de médecins qui ont adopté le modèle 2007 ont pu introduire davantage d'éléments divergents dans leur OC de CH. Par ailleurs, certains groupes de médecins qui avaient adopté une OC de CH basée sur le modèle 2007 ont pu tester son utilité et sa sécurité et peut-être ont-ils eu moins d'inquiétudes à la mettre à jour sur le modèle 2009. Pour les médecins qui ont adopté le modèle 2009 d'emblée, ils ont bénéficié de l'expérience de leurs collègues, et de ce fait ont pu plus facilement faire confiance au modèle proposé par les instances provinciales.

4.8 LA QUESTION DES GÉNÉRIQUES

La seule variable pour laquelle la similitude est plus faible avec le modèle 2009 (70 %) qu'avec le modèle 2007 (95 %) est celle relative à l'objet de l'OC de CH : injection contraceptive. L'ajout du générique de l'injection contraceptive dans la version 2009 semble avoir été oublié ou omis par plusieurs. De nombreux génériques proposés pour les COC dans le modèle 2009 ont également été omis.

Quoique la bioéquivalence et l'interchangeabilité des produits génériques et des produits brevetés — et leur coût plus faible — soient reconnus, l'American College of Obstetricians and Gynecologists[45] et la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada[46] soutiennent la pratique des médecins quant au maintien de l'utilisation des produits brevetés[45]. Les raisons qui sous-tendent ces positions relèvent, entre autres, de cas anecdotiques. On a effectivement rapporté des situations cliniques dans lesquels la performance des génériques était différente de celle des produits brevetés (en termes d'efficacité, d'effets secondaires, d'observance médicamenteuse)[47]. Les essais randomisés disponibles sur ce sujet ne parviennent cependant pas à prouver ce phénomène[48;49] et aucune étude, dans le domaine de la contraception, n'est publiée actuellement sur ce sujet.

Par ailleurs, au-delà de la désaffection à l'égard des produits génériques, on doit mentionner que quelques génériques ayant obtenu leur avis de conformité de Santé Canada, ne sont pas encore sur le marché. L'omission de ceux-ci dans l'OC de CH n'a alors pas d'impact.

Ceci dit, lorsque le coût des médicaments est pris en considération et dans les endroits de la province où l'on ne peut garder toutes les marques de contraceptifs (régions éloignées), l'absence complète de produits génériques dans l'OC de CH locale peut réduire l'accessibilité à la méthode.

4.9 ACCESSIBILITÉ À LA CONTRACEPTION GRÂCE À L'OC DE CH

Les différences constatées par rapport au modèle 2009, en particulier dans les OC de CH de la catégorie 4, amènent un questionnement quant à l'accessibilité de la contraception hormonale. Dans ces OC de CH, les médecins ont modifié certains éléments jugés essentiels en matière d'accessibilité. En effet, on observe que :

- dans douze (12) OC de CH, on a restreint les pharmaciens visés à ceux d'un territoire précis plutôt que de donner accès à tous les pharmaciens du Québec;

- dans vingt-quatre (24) OC de CH, on a restreint la population visée à des femmes plus jeunes plutôt qu'à toutes les femmes en âge de reproduction;
- dans deux (2) OC de CH, on a restreint la dispensation de la contraception hormonale à trois mois au lieu de six mois;
- dans deux (2) OC de CH, on ne permet pas l'initiation de l'anneau vaginal contraceptif;
- dans cinq (5) OC de CH, on ne permet pas l'initiation de la POP;
- dans onze (11) OC de CH, on ne permet pas l'initiation de l'injection contraceptive.

L'addition de contre-indications supplémentaires à la liste proposée dans le modèle 2009 réduit également l'accessibilité de la contraception hormonale.

Notons que certaines restrictions au regard de la population visée sont parfois liées aux services disponibles dans les établissements de santé (services restreints à certains sous-groupes de la population dans certains établissements).

Tel que vu précédemment, quoique l'adaptabilité d'une innovation et la possibilité de réinvention soient des facteurs qui favorisent son adoption[26;30;31], certains aspects de l'innovation doivent être maintenus intacts pour ne pas perdre l'essence même du modèle d'OC de CH[25;26]. Ainsi, dans les OC de CH :

- si l'on ne vise pas tous les pharmaciens du Québec, une femme recevant un formulaire de liaison qui déménage ou va étudier dans une autre région ne pourra pas ou plus obtenir son contraceptif (↑ risques de grossesses non planifiées);
- si l'on ne vise pas toutes les femmes en âge de reproduction, les femmes en dehors de la population ciblée ne pourront pas se prévaloir de la possibilité d'obtenir une contraception hormonale auprès d'une infirmière et d'un pharmacien sans consultation médicale (↓ équité et ↑ risques de grossesses non planifiées);
- si l'on ne vise pas la dispensation pour six mois, très vite les femmes manqueront de contraceptifs (↑ risques de grossesses non planifiées);
- si l'on élimine la possibilité de choisir certaines options contraceptives, les femmes auront moins de choix et donc un plus grand risque d'inobservance contraceptive car obligées d'utiliser une méthode qui ne leur convient pas parfaitement (↓ qualité du service et ↑ risques de grossesses non planifiées).

Comme l'on constate, ces décisions locales ne sont pas sans conséquences potentielles. Elles ne sont pas non plus sans rappeler les difficultés expérimentées par d'autres équipes nord-américaines dans l'implantation de nouvelles approches telle la réduction du taux de césariennes[50], le contrôle de l'asthme[51], l'utilisation de nouveaux matériaux de sutures chirurgicales[52] ou l'utilisation d'antibiotiques à faible coût pour le traitement d'une première otite chez l'enfant[53]. Plus près de chez nous, l'implantation de l'approche École en santé n'a pas non plus été optimale[54;55]. Selon Berwick[39], « en matière de services de santé, inventer est difficile, mais implanter l'est encore plus » (traduction libre).

4.10 MISE EN PERSPECTIVE DE L'IMPLANTATION DE L'OC DE CH

L'Organisation mondiale de la Santé[25] propose, entre autres, trois recommandations pour soutenir de façon optimale l'implantation d'une innovation :

- identifier les facteurs environnementaux influençant l'implantation de l'innovation et comment ces facteurs agissent sur le processus d'implantation (figure 10);
- saisir à temps les opportunités d'augmenter le soutien à l'implantation;
- continuer d'évaluer les changements dans l'environnement à mesure que l'implantation évolue.

4.10.1 Les facteurs environnementaux

À la lumière de ces recommandations, on peut faire une réflexion sur l'implantation du modèle provincial de l'OC de CH. Sur le plan des facteurs environnementaux et des politiques publiques en particulier (figure 10), l'OMS souligne que plusieurs problématiques de santé sont souvent en compétition pour le financement et les ressources[25]. Ainsi, l'implantation de l'OC de CH n'est qu'un dossier parmi d'autres auxquels les équipes médicales et organisationnelles ont à faire face. La priorisation du dossier de l'OC de CH dépend de prérogatives locales, régionales et provinciales. Le petit sondage de l'INSPQ auprès des répondants régionaux, préalablement mentionné, révélait que ceux-ci percevaient au niveau des établissements de santé plusieurs résistances de l'ordre de l'absence de priorisation du dossier. Ce sondage rapportait également des longueurs et lourdeurs administratives (bureaucratie), le refus de certains établissements d'impliquer leurs infirmières par pénurie de ressources ou en raison d'un trop grand roulement de personnel ou carrément le refus d'adhérer à la démarche d'implantation au nom de leur autonomie organisationnelle.

Pour ce qui est des barrières socio-économiques, culturelles et celles liées à l'état de santé de la population (figure 10), le sondage de l'INSPQ permettait de souligner que dans les endroits où les médecins prenaient surtout soin de clientèle vieillissante, l'OC de CH ne représentait pas une innovation intéressante. Également, dans les localités où l'on notait de nombreuses clientèles orphelines, les médecins voyaient en l'OC de CH, une porte ouverte à ces clientèles et n'étaient pas intéressés à être surchargés davantage (surtout après six mois quand la dispensation de contraceptifs via l'OC de CH cesse). Ceci dit, malgré ces diverses barrières, de nombreux champions locaux ont favorisé l'adoption de l'OC de CH et en ont soutenu l'implantation.

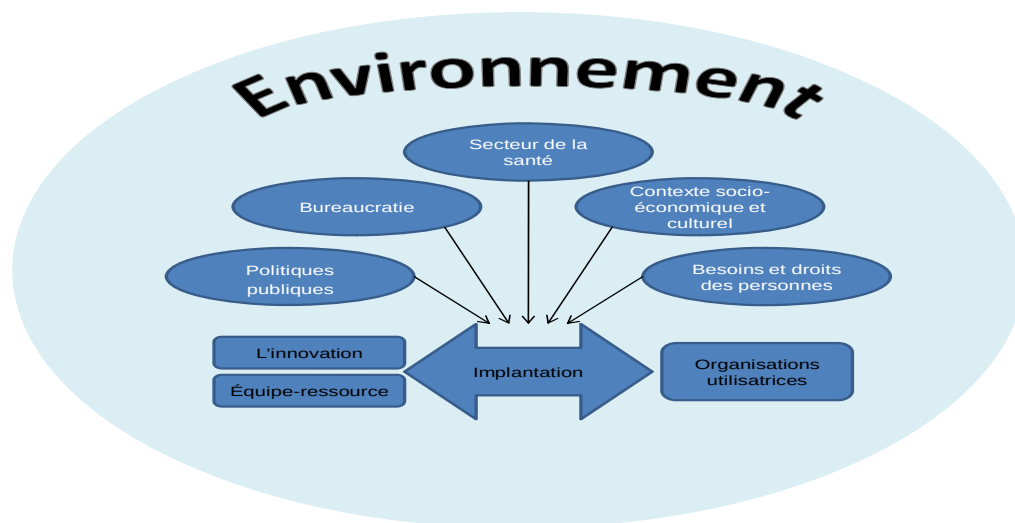


Figure 10 Influences environnementales sur l'implantation d'une innovation

4.10.2 Les opportunités

Sur le plan du « timing » ou de saisir à temps les opportunités, on peut dire que l'implantation de l'OC de CH est arrivée à point. En effet, cette implantation s'est inscrite dans la foulée de l'adoption de la Loi 90, de la pénurie des médecins pour assurer les soins de santé de première ligne, d'un désir des ordres professionnels de montrer l'applicabilité de l'interdisciplinarité et de la volonté du MSSS et des autorités de santé publique de soutenir la prévention des grossesses non planifiées[17]. Comme le rapportent Callon et Latour[40], si les intérêts de nombreux groupes sont alignés, l'innovation va se répandre d'un coup. Dans le cas de l'OC de CH, on peut dire qu'un alignement d'intérêts était au rendez-vous.

Par ailleurs, dans les établissements où l'OC de CH n'a pas encore été adoptée, en particulier les GMF, il faut croire que la situation n'y était pas encore vraiment propice. La mise en commun et le dialogue[54;56] au sujet de l'OC de CH sont d'ailleurs des avenues à explorer afin de favoriser l'implantation en GMF. Mentionnons que le sondage de l'INSPQ auprès des répondants régionaux soulignait que les médecins, les infirmières et les pharmaciens avaient des préoccupations communes au regard de ce dossier soit :

- de réduire les grossesses non planifiées et;
- d'augmenter l'accessibilité aux méthodes contraceptives.

Amorcer le dialogue à partir de ce qui rassemble peut favoriser l'ouverture sur les résistances inhérentes à chaque groupe et permettre de résoudre les barrières à l'implantation[54;56].

4.10.3 Le monitoring

Pour ce qui est de la troisième recommandation de l'Organisation mondiale de la Santé, soit celle de continuer à évaluer les changements dans l'environnement à mesure que l'implantation évolue, c'était l'objectif de ce portrait. De façon générale, la réalisation de ce portrait ressemblait quelques peu à un *audit*, i.e. de réviser des dossiers selon des critères précis. Ce portrait a permis de réviser chaque OC de CH reçue selon les critères fournis par le modèle provincial. La stratégie d'*audit* est, cependant, incomplète si elle ne s'accompagne pas d'un *feedback* qui permet de présenter aux personnes impliquées les données recueillies[33]. Selon les spécialistes dans le domaine, l'approche d'*audit* et de *feedback* est efficace pour provoquer le changement si les professionnels de la santé sont activement impliqués dans le processus et qu'ils ont les responsabilités nécessaires pour faire les modifications requises[57]. De plus, le *feedback* risque d'être plus efficace s'il est suffisamment intense et fait de façon formative[57-59]. Comme il ne semble pas exister de façon optimale pour procéder au *feedback*, il est recommandé de se guider sur des facteurs pragmatiques tel que les caractéristiques des divers milieux[57].

Dans un esprit pragmatique donc, ce portrait des OC de CH a été soumis aux ordres professionnels (CMQ, OIIQ, OPQ) impliqués dans la conception du modèle. Considérant la mission de ces organismes en matière de contrôle de la qualité de la pratique professionnelle, leur implication au niveau de la mise à jour des OC de CH était primordiale. En concertation avec les ordres professionnels, l'INSPQ a fait un contact personnalisé avec les conseils de médecins, dentistes et pharmaciens ou autres responsables de chaque établissement dont l'OC de CH a été analysée, afin de favoriser un *feedback* constructif et efficace. Dans un esprit de collaboration, les répondantes régionales du dossier d'OC de CH de chaque région ont été avisées de ce *feedback* et pourront contribuer et soutenir la mise à jour des OC de CH locales. Localement, les équipes de professionnels ayant contribué à l'OC de CH seront donc invitées à réfléchir aux enjeux qui ont motivé les décisions prises dans leurs OC de CH actuelles. Par la suite, un dialogue et un enlignement plus ajustés des intérêts de chacun permettront de mettre à niveau ces OC de CH, en gardant à l'esprit de protéger tant la santé des femmes que de favoriser une accessibilité optimale à de multiples options contraceptives.

4.11 LIMITES ET FORCES

4.11.1 Limites

Cette évaluation comporte plusieurs limites. Le portrait ici présenté a été réalisé à un moment spécifique de l'implantation du modèle provincial d'OC de CH. Depuis, il est possible que plusieurs OC de CH aient été mises à jour et qu'ainsi, ce portrait ne reflète plus la réalité de certains établissements. Ce portrait peut malgré tout être utile et soutenir une démarche de mise à niveau de plusieurs OC de CH non encore mises à jour.

Par ailleurs, mentionnons que les OC de CH étaient analysées par deux professionnels simultanément. Dans ce type d'évaluation, on favorise plutôt que les dossiers soient analysés par des observateurs séparés et que l'on puisse, par la suite, mesurer l'accord entre les observateurs[60]. Des contraintes de temps et de personnel ont empêché

d'appliquer cette méthodologie. On a compensé ce problème en vérifiant à maintes reprises la cohérence de la banque de données et en retournant dans les documents sources pour ajuster les problèmes de collecte de données.

De plus, ce portrait n'ayant pas été conçu comme une recherche évaluative, il ne permet pas de moduler les résultats selon des facteurs influençant ou non l'adoption de l'OC de CH ou son adoption similaire ou non au modèle 2009. La mise en perspective des résultats selon l'approche de Rogers visait à pallier à cette limite et permettait d'apporter quelques éléments contextuels. Une étude de plus grande envergure serait nécessaire pour mieux comprendre les facteurs qui influencent l'adoption de l'OC de CH dans les divers établissements de santé de la province.

4.11.2 Forces

Cette évaluation comporte, cependant, des forces. Les OC de CH envoyées à l'INSPQ par les CSSS et les GMF correspondent à plus de 75 % des OC de CH adoptées dans ces établissements au Québec, depuis 2007. Par ailleurs, onze OC de CH adoptées dans d'autres établissements ont également été analysées. Une telle représentativité donne du poids à la généralisation des résultats présentés dans ce portrait.

Ce portrait constitue, par ailleurs, la première étape d'une démarche d'évaluation de l'implantation de l'OC de CH. En effet, avant de dresser le portrait de la pratique des infirmières et des pharmaciens formés en contraception hormonale, d'évaluer quelle proportion de la population se prévaut de cette nouvelle stratégie d'accès à la contraception hormonale ou quelles sont les caractéristiques des populations qui en bénéficient, etc., il est important de mieux comprendre dans quel mesure les directives encadrant cette pratique correspondent au modèle attendu. En ce sens, cette étape préalable aux évaluations de processus et d'impact de l'OC de CH vient d'être franchie.

Enfin, on se souviendra que cette ordonnance collective aura été la première, et à ce jour, la seule ordonnance collective agréée conjointement par le CMQ, l'OIIQ et l'OPQ. De nombreuses ordonnances collectives applicables à de nombreuses interventions thérapeutiques ont maintenant été adoptées dans les établissements de santé du Québec. Quoiqu'on ne puisse présumer de la généralisation des résultats de ce portrait sur d'autres ordonnances collectives, ce portrait peut tout de même susciter un questionnement et tracer le chemin vers l'évaluation d'autres ordonnances collectives.

5 CONCLUSION

L'augmentation de l'utilisation de la contraception est directement associée à la réduction des grossesses non planifiées dans une population[61]. L'accès à la contraception est un élément-clé de l'utilisation de la contraception[62;63]. Il représente par ailleurs un des éléments fondamentaux de la qualité des services en planification des naissances[64]. À l'instar d'autres projets expérimentés ailleurs dans le monde, [9-15] le modèle provincial d'OC de CH constitue une stratégie permettant d'augmenter l'accès à la contraception hormonale pour les femmes du Québec.

Tel que vu dans ce portrait, le modèle provincial d'ordonnance collective de contraception hormonale est implanté, selon des variations locales, dans presque toutes les régions du Québec, en particulier dans les CSSS. Une OC de CH sur trois est similaire au modèle proposé (version 2009). Il en reste, cependant, les deux tiers qui sont éventuellement très différentes du modèle 2009. Dans le cadre d'un processus d'appropriation du modèle provincial d'OC de CH et de monitoring, ces résultats sont cohérents avec plusieurs aspects de la théorie de la diffusion des innovations, à savoir que les OC de CH locales ont subi des modifications compatibles avec le phénomène de « réinvention ». Ceci dit, certaines modifications ont provoqué la perte de certaines conditions essentielles à l'efficacité et à la sécurité de l'OC de CH. La démarche de mise à niveau qui devrait suivre la publication de ce portrait sera importante car elle permettra de réfléchir de nouveau aux conditions essentielles permettant l'application de l'OC de CH. En effet, sur la base d'un dialogue formatif, ce portrait ainsi que des contacts personnalisés pourront servir à donner un *feedback* aux équipes locales et régionales afin que leurs OC de CH soient davantage alignées sur les objectifs fondamentaux de cette stratégie préventive qui est de garantir l'accès à la contraception hormonale à des femmes en bonne santé tout en préservant leur sécurité.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Black A, Yang Q, Wu WS, Lalonde AB, Guilbert E, Fisher W. Contraceptive use among Canadian women of reproductive age: results of a national survey. *J Obstet Gynaecol Can* 2009 Jul;31(7):627-40.
- [2] Cazale L et Leclerc P. Chapitre 9 - Comportements sexuels et usage de contraception. Camirand H, Bernèche F, Cazale L, Dufour R, Baulne J, editors. *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*. 173-187. 2010. Québec, Institut de la statistique du Québec.
- [3] Statistique Canada. Table 106-9013 : Avortements provoqués en milieu hospitalier et en clinique, selon le lieu de résidence de la patiente, Canada, provinces et territoires, annuel*Terminé*, 2006. 2010.
- [4] Institut de la statistique du Québec. Interruptions volontaires de grossesse (nombre, rapport pour 100 naissances et taux pour 1 000 femmes), hystérectomies, ligatures, vasectomies, réanastomoses et vasovasostomie, Québec, 1971-2008. 2011.
- [5] The College of Family Physicians of Canada. The Role of the Family Doctor in Public Health And Emergency Preparedness - A discussion paper. 2005.
- [6] Gladu F-P. Perceived shortage of family doctors in Quebec. *Canadian Family Physician* 53, 1858-1860. 2007.
- [7] Traoré E, Cazale L. Qui n'a pas de médecin de famille au Québec? *Portraits & Trajectoires*, 1-2. 2008. Institut de la statistique du Québec.
- [8] Lara-Torre E, Schroeder B. Adolescent compliance and side effects with Quick Start initiation of oral contraceptive pills. *Contraception* 2002 Aug;66(2):81-5.
- [9] Lopez LM, Newmann SJ, Grimes DA, Nanda K, Schulz KF. Immediate start of hormonal contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(2):CD006260.
- [10] Harper C, Balistreri E, Boggess J, Leon K, Darney P. Provision of hormonal contraceptives without a mandatory pelvic examination: the first stop demonstration project. *Fam Plann Perspect* 2001 Jan;33(1):13-8.
- [11] Monasterky Maderas NJ, Landau SC. Pharmacy and clinic partnership to expand access to injectable contraception. *J Am Pharm Assoc* 47(4), 527-531. 2003.
- [12] Armstrong KA, Stover MA. SMART START: An Option for Adolescents to Delay the Pelvic Examination and Blood Work in Family Planning Clinics. *Journal of Adolescent Health* 15, 389-395. 1994.
- [13] Vernon Ricardo. Nurse auxiliaries as providers of intrauterine devices for contraception in Guatemala and Honduras. *Reproductive Health Matters* 17(33), 51-60. 2009.
- [14] Aziz FA, Osman AA. Safety of intrauterine device insertion by trained nurse-midwives in the Sudan. *Adv Contracept* 1999;15(1):9-14.

- [15] Rosenfield AG, Limcharoen C. Auxiliary midwife prescription of oral contraceptives. An experimental project in Thailand. *Am J Obstet Gynecol* 1972 Dec 1;114(7):942-9.
- [16] World Health Organization. Task Shifting - Global Recommendations and Guidelines. 1-85. 2007. Geneva, Switzerland, World Health Organization.
- [17] Guilbert E, Ménard C, Mercier C, Caron M. L'engagement des ordres professionnel et de la santé publique pour réduire les grossesses non planifiées. *Le point en administration de la santé et des services sociaux* 3(3), 26-28. 2007.
- [18] Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre des pharmaciens du Québec, Collège des médecins du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Institut national de santé publique du Québec. Questions - réponses sur le modèle provincial d'ordonnance collective de contraception hormonale. Québec, Institut national de santé publique du Québec. 1-24. 2007.
- [19] Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Guide de rédaction d'une ordonnance collective de contraception hormonale. Montréal, Québec, Canada, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. 1-18. 2007.
- [20] Institut national de santé publique du Québec - Comité d'experts sur l'ordonnance collective de contraception hormonale. Document de formation en contraception hormonale appliquée au modèle provincial d'ordonnance collective de contraception hormonale - Manuel du formateur/CD de présentations. Québec, Canada, Institut national de santé publique du Québec. 2007.
- [21] Institut national de santé publique du Québec - Comité d'experts sur l'ordonnance collective de contraception hormonale. Document de formation en contraception hormonale appliquée au modèle provincial d'ordonnance collective - Cahier de la participante/CD d'outils. 2007. Québec, Institut national de santé publique du Québec, Canada. <http://aptic.cifss.ulaval.ca/guilbert/contraception/cours/autres/realisation.php>.
- [22] Institut national de santé publique du Québec - Comité d'experts sur l'ordonnance collective de contraception hormonale. Document de formation en contraception hormonale appliquée au modèle provincial d'ordonnance collective - Guide de l'organisateur. Québec, Canada, Institut national de santé publique du Québec. 2007.
- [23] Guilbert E, Gilbert D, Bérubé J, Ouellet S, Leboeuf M, Wagner M-S, Charbonneau L, Lussier S, Martin R-C. Formation en contraception hormonale en ligne. Québec, Canada, Université Laval 2010.
- [24] Ferreira E, Morin C, Normandeau M, Houle N, Minville A. Contraception hormonale - Conseiller et guider dans la bonne direction - Manuel d'autoformation à l'intention des pharmaciennes et des pharmaciens. Montréal, Québec, Ordre des pharmaciens du Québec. 1-64. 2008.
- [25] World Health Organization. Practical guidance for scaling up health service innovations. [World Health Organization], Geneva, Switzerland. 1-54. 2009.

- [26] Fajans P, Simmons R, Ghiron L. Helping public sector health systems innovate: the strategic approach to strengthening reproductive health policies and programs. *Am J Public Health* 2006 Mar;96(3):435-40.
- [27] World Health Organization. Medical Eligibility Criteria For Contraceptive Use - 2008 Update. 2008.
- [28] Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Guide de rédaction d'une ordonnance collective de contraception hormonale. Montréal, Québec, Canada, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. 2009.
- [29] Assemblée nationale du Québec. Loi modifiant le Code des professions et autre dispositions législatives dans le domaine de la santé - Projet de loi n° 90. Québec, Canada, Éditeur officiel du Québec. 2002.
- [30] Rogers Everett M. Diffusion of innovations. New York, NY 10020, United States of America., Free Press. A division of Simon & Shuster, Inc. 2003. 550p.
- [31] Greenhalgh T, Robert G, MacFarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Q* 2004;82(4):581-629.
- [32] Groulx S. Guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives. 1-72. 2007. Québec, Canada, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- [33] Provost M-H, Cardinal L, Moreault L, Pineau R, Pakenham C. Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques : revue de la littérature. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux. 1-168. 2007.
- [34] Rossi PH, Freeman H. Evaluation - A systematic approach. Newbury Park, United States of America, Sage Publications, Inc. 1-488. 1993.
- [35] McNamara C. Basic Guide to Program Evaluation. 2010. 9-8-2010.
- [36] Direction générale adjointe de l'évaluation. Note de clarification relative aux compétences matérielle et territoriale des comités d'éthique de la recherche. Québec, Canada, ministère de la Santé et des Services sociaux. 2007.
- [37] Subgroup on Procedural Issues for TCPS (ProGroup): A Working Committee of The Interagency Advisory Panel on Research Ethics. Proportionate Approach to Research Ethics Review in the TCPS: Towards a Revised Definition of Research in the TCPS. Ottawa, Canada, Government of Canada. 2008.
- [38] Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Formulaire d'évaluation de l'infirmière pour initier la contraception hormonale - Mise à jour - Août 2009. Montréal, Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. 2009.
- [39] Berwick DM. Disseminating innovations in health care. *JAMA* 2003 Apr 16;289(15):1969-75.

- [40] Callon M, Latour B. Les paradoxes de la modernité: comment concevoir les innovations? *Prospective et santé* 36, 13-25. 2003.
- [41] World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. [Fourth edition, 2009], Geneva, Switzerland, World Health Organization. 1-125. 2010.
- [42] Centers for Disease Control and Prevention. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2010. Atlanta, GA, 30333, United States of America. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 59, 1-86. 2010.
- [43] Grimshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 1993 Nov 27;342(8883):1317-22.
- [44] Baiardini I, Braidò F, Bonini M, Compalati E, Canonica GW. Why do doctors and patients not follow guidelines? *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2009 Jun;9(3):228-33.
- [45] American College of Obstetricians and Gynecologists. Brand Versus Generic Oral Contraceptives. ACOG Committee Opinion. *Obstet Gynecol* 375, 447-448. 2007.
- [46] Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Déclaration sur les contraceptifs oraux génériques. *J Obstet Gynaecol Can* 205, 272. 2008.
- [47] Meredith PA. Generic drugs. Therapeutic equivalence. *Drug Saf* 1996 Oct;15(4):233-42.
- [48] Boonleang J, Panrat K, Tantana C, Kittathanmakul S, Jintapakorn W. Bioavailability and pharmacokinetic comparison between generic and branded azithromycin capsule: a randomized, double-blind, 2-way crossover in healthy male Thai volunteers. *Clin Ther* 2007 Apr;29(4):703-10.
- [49] Kim SH, Park K, Hong SJ, Cho YS, Sung JD, Moon GW, Yoon MH, Lee MY, Hyon MS, Kim DW, Kim HS. Efficacy and tolerability of a generic and a branded formulation of atorvastatin 20 mg/d in hypercholesterolemic Korean adults at high risk for cardiovascular disease: a multicenter, prospective, randomized, double-blind, double-dummy clinical trial. *Clin Ther* 2010 Oct;32(11):1896-905.
- [50] Flamm B, Kabcenell A, Berwick DM, Roessner J. Reducing Cesarean Section Rates While Maintaining Maternal and Infant outcomes. Boston, Massachusetts, United States of America, Institute of Healthcare Improvement. 1977.
- [51] Weiss KB, Mendoza G, Schall MW, Berwick DM, Roessner J. Improving Asthma in Children and Adults. Boston, Massachusetts, United States of America, Institute for Healthcare Improvement. 1997.
- [52] Nugent WC, Kilo CM, Ross CS, Marrin CA, Berwick DM, Roessner J. Improving Outcomes and Reducing Costs in Adult Cardiac Surgery. Boston, Massachusetts, United States of America, Institute for Healthcare Improvement. 1999.
- [53] Berman S, Byrns PJ, Bondy J, Smith PJ, Lezotte D. Otitis media-related antibiotic prescribing patterns, outcomes, and expenditures in a pediatric medicaid population. *Pediatrics* 1997 Oct;100(4):585-92.

- [54] Deschesnes M, Couturier Y, Laberge S, Campeau L. How divergent conceptions among health and education stakeholders influence the dissemination of healthy schools in Quebec. *Health Promot Int* 2010 Dec;25(4):435-43.
- [55] Deschesnes M, Trudeau F, Kebe M. Factors influencing the adoption of a health promoting school approach in the province of Quebec, Canada. *Health Educ Res* 2010 Jun;25(3):438-50.
- [56] Gray B. Strong Opposition: Frame-based Resistance to Collaboration. *Journal of Community & Applied Social Psychology* 14, 166-176. 2004.
- [57] Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(2):CD000259.
- [58] Bordley WC, Chelminski A, Margolis PA, Kraus R, Szilagyi PG, Vann JJ. The effect of audit and feedback on immunization delivery: a systematic review. *Am J Prev Med* 2000 May;18(4):343-50.
- [59] Houston TK, Wall T, Allison JJ, Palonen K, Willett LL, Keife CI, Massie FS, Benton EC, Heudebert GR. Implementing achievable benchmarks in preventive health: a controlled trial in residency education. *Acad Med* 2006 Jul;81(7):608-16.
- [60] Simpson A, Beaucage C, Bonnier Viger Yv. *Épidémiologie appliquée - Une initiation à la lecture critique de la littérature en sciences de la santé*. [2^e édition], Montréal, Canada, Gaëtan Morin Éditeur.1-318. 2009.
- [61] Marston C, Cleland J. Relationships between contraception and abortion: a review of the evidence. *Int Fam Plan Perspect* 2003 Mar;29(1):6-13.
- [62] Welsh MJ, Stanback J, Shelton J. Access to modern contraception. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2006 Jun;20(3):323-38.
- [63] Bertrand J, Hardee K, Magnani R, Angle M. Access, quality of care and medical barriers in family planning programs. *Int Fam Plan Perspect* 21, 64-69 & 74. 1995. Ref Type: Generic.
- [64] Bruce J. Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. *Stud Fam Plann* 1990 Mar;21(2):61-91.

ANNEXE 1

GUIDE DE RÉDACTION D'UNE ORDONNANCE COLLECTIVE DE CONTRACEPTION HORMONALE – 2009



PRODUCTION

Direction des services aux clientèles et des communications, OIIQ

COORDINATION

Sylvie Couture, Coordonnatrice des publications

Karine Méthot, Adjointe à la coordonnatrice des publications

RÉVISION LINGUISTIQUE

Françoise Turcotte

CONCEPTION ET RÉALISATION GRAPHIQUE

Marc-Antoine Fiset

DISTRIBUTION

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Ce document peut être téléchargé à partir du site Web de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec : www.oiiq.org

Ordre des pharmaciens du Québec

Ce document peut être téléchargé à partir du site Web de l'Ordre des pharmaciens du Québec : www.opq.org

Collège des médecins du Québec

Ce document peut être téléchargé à partir du site Web du Collège des médecins du Québec : www.collegegedesmedecins.qc.ca/publications.aspx

DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archives Canada, 2009

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009

978-2-89229-482-8 (PDF)

© Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2009

Note – Conformément à la politique rédactionnelle de l'OIIQ, le féminin est utilisé seulement pour alléger la présentation.

Ce modèle d'ordonnance collective peut être reproduit intégralement ou adapté selon les besoins.

MEMBRES DU COMITÉ SUR L'ORDONNANCE COLLECTIVE DE CONTRACEPTION HORMONALE

Johanne Albert

Conseillère

Direction de la prévention clinique et de la biovigilance

Ministère de la Santé et des Services sociaux

johanne.albert@msss.gouv.qc.ca

Jeannine Auger

Directrice

Direction des services médicaux généraux et préhospitaliers

Ministère de la Santé et des Services sociaux

jeannine.auger@msss.gouv.qc.ca

Suzanne Boivin

Conseillère

Direction des services médicaux généraux et préhospitaliers

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Pierre Ducharme

Pharmacien

Adjoint professionnel au Secrétariat général

Ordre des pharmaciens du Québec

pducharme@opq.org

D^{re} Édith Guilbert

Médecin-conseil

Institut national de santé publique du Québec

edith.guilbert@inspq.qc.ca

D^r Yves Jalbert

Directeur

Direction de la prévention clinique et de la biovigilance

Ministère de la Santé et des Services sociaux

yves.jalbert@msss.gouv.qc.ca

D^r Claude Ménard

Adjoint médical

Direction générale

Collège des médecins du Québec

cménard@cmq.org

Carole Mercier

Infirmière

Directrice-conseil

Direction des affaires externes et des statistiques sur l'effectif

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

carole.mercier@oiiq.org

MISE À JOUR

Comité d'experts en planning familial sous la direction de D^{re} Édith Guilbert, médecin-conseil à l'Institut national de santé publique du Québec

INTRODUCTION

Afin d'améliorer l'accessibilité des méthodes contraceptives pour les femmes, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ), le Collège des médecins du Québec (CMQ), le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) ont élaboré conjointement un modèle d'ordonnance collective de contraception hormonale à l'intention de l'infirmière et du pharmacien. Cette démarche s'imposait pour clarifier certaines modalités administratives, afin que les femmes en **bonne santé** aient accès, pour une **période maximale de six mois**, à la contraception hormonale en pharmacie communautaire, partout au Québec. Ce travail de collaboration a permis de bien déterminer la clientèle visée, de préciser la durée et les conditions préalables de l'intervention, ainsi que de faire la distinction entre le ou les médecins signataires de l'ordonnance et le médecin répondant.

Il est recommandé que ce modèle d'ordonnance collective soit adopté – après consultation des médecins et des infirmières visés et selon les modalités prévues dans chaque établissement ou cabinet – par les instances et les professionnels concernés : conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et des centres hospitaliers (CH), groupes de médecine de famille (GMF) et médecins exerçant seuls ou en groupe.

L'ordonnance collective doit respecter les normes que le CMQ a établies dans un règlement¹ et explicitées dans un guide d'exercice². Entre autres, il faut prévoir un mécanisme permettant aux professionnels visés de savoir à quel médecin – le médecin répondant – ils doivent s'adresser en cas de problème ou pour obtenir des précisions. L'ordonnance collective de contraception hormonale doit indiquer le nom de l'établissement (CSSS, CH), du GMF, de la clinique médicale ou du cabinet privé où elle est adoptée, ainsi que les personnes visées. Elle doit ensuite être transmise par voie électronique, en format PDF, à l'Ordre des pharmaciens du Québec, à l'adresse : ordpharm@opq.org. Ce mode de transmission permet aux pharmaciens du Québec d'avoir accès à chacune des ordonnances collectives correspondant aux formulaires de liaison qu'ils reçoivent.

Pour faciliter la collaboration interprofessionnelle, ce guide de rédaction décrit les interventions respectives de l'infirmière et du pharmacien, et propose le formulaire de liaison pour l'application de l'ordonnance collective en pharmacie communautaire. Chaque CSSS, CH, GMF, clinique médicale ou cabinet privé doit personnaliser ce formulaire pour le rendre officiel. L'infirmière signe le formulaire de liaison – qui porte au verso un condensé de l'ordonnance collective – et y inscrit son numéro de permis ainsi que le nom et le numéro de permis du médecin répondant, puis elle le donne à la personne à l'intention du pharmacien.

Les professionnels visés par l'ordonnance collective de contraception hormonale doivent posséder la compétence requise, c'est-à-dire les connaissances scientifiques, les habiletés et le jugement clinique inhérents à l'activité exercée. Selon les besoins, une formation complémentaire en contraception hormonale peut être requise. Cette formation peut être offerte en format traditionnel (formation en classe) ou en ligne (formation accessible sur un site Internet) par des experts du domaine sous le parrainage d'un établissement de santé, par des organismes de développement professionnel continu agréés par le CMQ, ainsi que par l'OIIQ ou par l'OPQ en collaboration ou non avec l'INSPQ.

La mise en place de l'ordonnance collective de contraception hormonale est une stratégie de santé publique qui peut contribuer à réduire le nombre de grossesses non planifiées au Québec. Elle s'inscrit dans les objectifs du *Programme national de santé publique du Québec 2003–2012* qui visent la diminution du taux de grossesse à l'adolescence au Québec. Cette ordonnance collective est également une application concrète de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (couramment appelée « Loi 90 »³, en mettant en valeur la collaboration étroite entre divers professionnels, les médecins, les pharmaciens et les infirmières, dans un but commun : faciliter et élargir l'accès aux méthodes contraceptives.

1. Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin (2005). 137 G.O. II, 902. (En ligne : www.cmq.org).

2. Collège des médecins du Québec (2005). Les ordonnances faites par un médecin : guide d'exercice, Montréal, CMQ. (En ligne : www.cmq.org).

3. L.Q. 2002, c. 33.

MODÈLE D'ORDONNANCE COLLECTIVE DE CONTRACEPTION HORMONALE

À L'INTENTION DE L'INFIRMIÈRE ET DU PHARMACIEN

ORDONNANCE COLLECTIVE	Initier ⁴ la contraception hormonale	OC- _____
Référence à un protocole : ☐ oui ☐ non	Date d'entrée en vigueur : ____ / ____ / ____	Date de révision prévue : ____ / ____ / ____
Professionnels visés par l'ordonnance et secteurs d'activité : Les infirmières exerçant dans un établissement du réseau ou hors établissement (secteurs à préciser). Les pharmaciens communautaires exerçant leur profession sur le territoire du Québec.		
Groupe de personnes visées ou situation clinique visée : Femmes en bonne santé⁵ qui ont besoin de contraception hormonale.		
Activités réservées de l'infirmière : • Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique. • Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance. Activités réservées du pharmacien : • Initier la thérapie médicamenteuse, selon une ordonnance. • Surveiller la thérapie médicamenteuse.		
Médecin répondant⁶ : Le nom du médecin répondant inscrit par l'infirmière sur le formulaire de liaison pour l'application de l'ordonnance collective sera déterminé de la façon suivante (décrire les modalités retenues⁷) : 		

4. Par souci de conformité avec la loi et d'uniformité avec les documents de référence, le verbe « initier » est utilisé dans ce guide de rédaction. À noter que le terme « initier » est un anglicisme qui signifie amorcer, commencer, entreprendre ou entamer.

5. « 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 » (*Code civil du Québec*, art.14).

6. Le médecin répondant est la personne à qui le professionnel (infirmière ou pharmacien) doit s'adresser en cas de problème ou pour obtenir des précisions. En établissement, le médecin répondant est tout médecin désigné par le CMDP; hors établissement, il est un des cosignataires de l'ordonnance collective.

7. Indiquer le mécanisme permettant de joindre le médecin répondant, par exemple, le médecin qui est de garde la semaine où l'infirmière est en service, le médecin qui est présent le jour où l'infirmière est en service, le médecin qui s'intéresse à la contraception hormonale, etc.

OBJECTIF

Prévenir une grossesse.

INDICATION

Permettre à une femme en bonne santé n'ayant pas d'ordonnance individuelle de contraception hormonale d'y avoir accès pour une période maximale de six mois, et lui fournir un service d'enseignement et de counseling en matière de contraception hormonale.

CONDITIONS

- Le ou les médecins signataires de l'ordonnance collective établissent un calendrier comprenant des plages horaires réservées, de façon à satisfaire à l'exigence concernant l'évaluation par un médecin requise dans un délai inférieur à six mois.
- L'infirmière informe la personne visée par l'application de l'ordonnance collective qu'elle doit rencontrer un médecin, dans un délai de six mois, afin de recevoir une ordonnance individuelle.
- L'infirmière offre à la personne un rendez-vous avec l'un des médecins signataires de l'ordonnance collective dans un délai de six mois et l'oriente pour la prise de rendez-vous, le cas échéant.
- L'infirmière doit signer et remettre à la personne le formulaire de liaison pour l'application de l'ordonnance collective à l'intention du pharmacien.
- Sur réception du formulaire de liaison, le pharmacien doit s'assurer qu'il s'applique à une ordonnance collective en vigueur qu'il détient.
- L'ordonnance collective ne permet pas de renouveler, à l'échéance, une ordonnance collective qui a permis d'initier une contraception hormonale pour six mois.
- L'ordonnance collective ne permet pas de renouveler une ordonnance individuelle arrivée à échéance.
- L'ordonnance collective ne peut pas être appliquée deux fois de façon immédiatement successive à la même personne.

CONTRE-INDICATIONS

Ne pas appliquer l'ordonnance collective en présence de contre-indications (voir le tableau aux pages 8 et 9).

DIRECTIVES DANS LE CADRE DU SUIVI

Arrêt de la contraception hormonale et évaluation par un médecin en présence de signes ou de symptômes (voir le tableau à la page 10).

CONTRE-INDICATIONS DE LA CONTRACEPTION HORMONALE

DANS LE CADRE DE L'ORDONNANCE COLLECTIVE

CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINÉS

CONTRE-INDICATIONS

- Grossesse.
- < 6 semaines à la suite d'un accouchement, si la femme allaite.
- < 21 jours à la suite d'un accouchement, si la femme n'allait pas.
- Hypertension artérielle nouvelle (systolique ≥ 140 mmHg, diastolique ≥ 90 mmHg) ou hypertension artérielle maîtrisée par une médication.
- Antécédent de thrombo-embolie veineuse, thrombophilie.
- Thrombo-embolie veineuse et anticoagulothérapie.
- Antécédent de thrombo-embolie veineuse chez un parent du premier degré (père, mère, frère, sœur).
- Cardiopathie ischémique.
- Antécédent d'accident vasculaire cérébral.
- Cardiopathie valvulaire compliquée.
- Migraine avec aura ou accompagnée de symptômes neurologiques.
- Antécédent de cancer du sein ou cancer du sein actuel.
- Lupus érythémateux.
- Diabète accompagné de rétinopathie, de néphropathie ou de neuropathie.
- Hépatite aiguë, cirrhose sévère, affection vésiculaire symptomatique, antécédent de cholestase sous contraception hormonale combinée.
- Tumeur hépatique (adénome hépatocellulaire, hépatome).
- Antécédent de pancréatite ou d'hypertriglycémie.
- Chirurgie majeure avec immobilisation prolongée.
- Hypersensibilité à l'une des composantes du médicament.
- Femmes de plus de 35 ans :
 - qui fument ;
 - qui sont obèses (indice de masse corporelle > 30) ;
 - qui présentent des migraines de toute nature ;
 - qui n'ont pas eu de test Pap au cours des deux dernières années.
- Utilisation de médicaments ou de substances pouvant interagir avec les contraceptifs oraux combinés :
 - anticonvulsivants : carbamazépine, oxcarbazépine, primidone, topiramate, phénobarbital, phénytoïne, lamotrigine ;
 - antirétroviraux :
 - inhibiteurs de la protéase : amprénavir, atazanavir, lopinavir, indinavir, nelfinavir, ritonavir, saquinavir ;
 - antibiotique : rifampicine, rifabutine ;
 - autre : millepertuis.

TIMBRE CONTRACEPTIF

CONTRE-INDICATIONS

- Identiques aux contre-indications des contraceptifs oraux combinés.
- Femme avec indice de masse corporelle ≥ 30 .
- Trouble cutané généralisé.

ANNEAU VAGINAL CONTRACEPTIF

CONTRE-INDICATIONS

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

CONTRACEPTIF ORAL À PROGESTATIF SEUL

CONTRE-INDICATIONS

- Grossesse.
- Antécédent de cancer du sein ou cancer du sein actuel.
- Hypersensibilité à l'une des composantes du médicament.
- Thrombose veineuse profonde actuelle.
- Maladie coronarienne actuelle.
- Accident vasculaire cérébral actuel.
- Lupus érythémateux.
- Cirrhose sévère.
- Tumeur hépatique (adénome hépatocellulaire, hépatome).
- Utilisation de médicaments ou de substances pouvant interagir avec les contraceptifs oraux :
 - anticonvulsivants : carbamazépine, oxcarbazépine, primidone, topiramate, phénobarbital, phénytoïne ;
 - antirétroviraux :
 - inhibiteurs de la protéase : amprénavir, atazanavir, indinavir, lopinavir, nelfinavir, ritonavir, saquinavir ;
 - antibiotique : rifampicine, rifabutine ;
 - autre : millepertuis.
- Femmes de plus de 35 ans qui n'ont pas eu de test Pap au cours des deux dernières années.

INJECTION CONTRACEPTIVE

CONTRE-INDICATIONS

- Grossesse.
- Antécédent de cancer du sein ou cancer du sein actuel.
- Hypersensibilité à l'une des composantes du médicament.
- Thrombose veineuse profonde actuelle.
- Maladie coronarienne actuelle.
- Accident vasculaire cérébral actuel.
- Lupus érythémateux.
- Cirrhose sévère.
- Tumeur hépatique (adénome hépatocellulaire, hépatome).
- Diabète accompagné de rétinopathie, de néphropathie ou de neuropathie.
- Diabète non compliqué mais d'une durée de 20 ans et plus.
- Hypertension artérielle (systolique ≥ 160 mmHg, diastolique ≥ 100 mmHg).
- Cumul de plusieurs facteurs de risque de maladie cardiovasculaire (âge élevé, tabagisme, diabète, hypertension artérielle).
- Saignement vaginal inexpliqué.
- Femmes de plus de 35 ans qui n'ont pas eu de test Pap au cours des deux dernières années.

SIGNES OU SYMPTÔMES

NÉCESSITANT L'ARRÊT DE LA CONTRACEPTION HORMONALE ET L'ÉVALUATION PAR UN MÉDECIN

CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINÉS / TIMBRE CONTRACEPTIF ANNEAU VAGINAL CONTRACEPTIF

- Douleur abdominale sévère.
- Douleur thoracique sévère, pouvant être accompagnée de toux, de dyspnée, et de douleur s'exacerbant à la respiration.
- Céphalée sévère, pouvant être accompagnée d'étourdissements, de sensation de faiblesse, d'engourdissement latéralisé ou non.
- Problème de vision (perte de vision, vision embrouillée latéralisée ou non), trouble du langage.
- Douleur sévère dans un membre inférieur (cuisse ou mollet).

CONTRACEPTIF ORAL À PROGESTATIF SEUL

- Céphalée sévère, pouvant être accompagnée d'étourdissements, de sensation de faiblesse, d'engourdissement latéralisé ou non.
- Problème de vision (perte de vision, vision embrouillée latéralisée ou non), trouble du langage.

INJECTION CONTRACEPTIVE

- Céphalée sévère, pouvant être accompagnée d'étourdissements, de sensation de faiblesse, d'engourdissement latéralisé ou non.

OBJET DE L'ORDONNANCE COLLECTIVE

1. CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINÉS CONTENANT MOINS DE 50 µg D'ŒSTROGÈNES⁸

MONOPHASIQUES		MULTIPHASIQUES
<i>Alesse</i> [®]	<i>Minestrin</i> [®] 1/20	<i>Enpresse</i> [®]
<i>Apri</i> [®]	<i>Miranova</i> [®]	<i>Linessa</i> [®]
<i>Aviane</i> [®]	<i>Min-Ovral</i> [®]	<i>Ortho</i> [®] 7/7/7
<i>Belesse</i> [®]	<i>Ortho-Cept</i> [®]	<i>Previfem</i> [®]
<i>Brevicon</i> [®] 0,5/35	<i>Ortho</i> [®] 0,5/35	<i>Synphasic</i> [®]
<i>Brevicon</i> [®] 1/35	<i>Ortho</i> [®] 1/35	<i>Tri-Cyclen</i> [®]
<i>Cyclen</i> [®]	<i>Portia</i> [®]	<i>Tri-Cyclen Lo</i> [®]
<i>Demulen</i> [®] 30	<i>Seasonale</i> [®]	<i>Tri-Previfem</i> [®]
<i>Loestrin</i> [®] 1,5/30	<i>Select</i> [®] 1/35	<i>Triquilar</i> [®]
<i>Marvelon</i> [®]	<i>Yasmin</i> [®]	
	<i>Yaz</i> [®]	

Présentation 21 comprimés : prendre 1 comprimé par jour pendant 21 jours, puis arrêter 7 jours.

Présentation 28 comprimés : prendre 1 comprimé par jour pendant 28 jours consécutifs.

Répéter cinq fois.

2. TIMBRE CONTRACEPTIF

EVRA[®] 1 boîte (3 timbres)

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

Répéter cinq fois.

3. ANNEAU VAGINAL CONTRACEPTIF

NUVARING[®] 1 anneau

Insérer l'anneau vaginal et le garder en place pendant une période de 21 jours. Retirer ensuite l'anneau et attendre 7 jours.

Répéter cinq fois.

4. CONTRACEPTIF ORAL À PROGESTATIF SEUL (PRÉSENTATION 28 COMPRIMÉS)

MICRONOR[®]

Prendre 1 comprimé par jour durant 28 jours consécutifs.

Répéter cinq fois.

5. INJECTION CONTRACEPTIVE

DEPO-PROVERA[®]

SUSPENSION INJECTABLE D'ACÉTATE DE MÉDROXYPROGESTÉRONNE

1 injection IM toutes les 12 semaines.

Répéter une fois.

8. Tous les noms de médicaments indiqués sur cette page sont des marques déposées. Ce sont tous des contraceptifs oraux combinés approuvés par Santé Canada. Certains peuvent ne pas encore être sur le marché. Pour plus d'information sur la composition de ces médicaments, consultez le site Web de l'INSPQ : www.inspq.qc.ca/contraception dans la section Mises à jour sur les nouveaux contraceptifs.

ORDONNANCE COLLECTIVE ÉLABORÉE ET SIGNÉE

PAR UN OU DES MÉDECINS EXERÇANT EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

PROCESSUS D'ÉLABORATION

RÉDIGÉE PAR :	
Nom et titre de la ou des personne(s)	Date
VALIDÉE PAR :	
Directrice des soins infirmiers	Date
Chef du département de pharmacie	Date

PROCESSUS D'APPROBATION

APPROUVÉE PAR LE CMDP :	
Président du CMDP	Date

RÉDIGÉE PAR:		
Nom et titre de la ou des personne(s)		Date

[illegible]

65

INTERVENTIONS DE L'INFIRMIÈRE

EN APPLICATION DE SON CHAMP D'EXERCICE ET DES ACTIVITÉS QUI LUI SONT RÉSERVÉES

ÉVALUER LA CONDITION PHYSIQUE ET MENTALE D'UNE PERSONNE SYMPTOMATIQUE

- Procéder à l'évaluation de l'état de santé de la personne :
 - bilan de santé ;
 - profil contraceptif ;
 - habitudes de vie ;
 - contre-indications ;
 - prise de la tension artérielle ;
 - si nécessaire, mesures liées à l'indice de masse corporelle, test de grossesse.
- Déterminer le besoin de contraception hormonale.
- Donner l'enseignement et le counseling sur les divers aspects de la contraception hormonale.
- Soutenir la prise de décision de la personne.

INITIER DES MESURES DIAGNOSTIQUES OU THÉRAPEUTIQUES, SELON UNE ORDONNANCE

- Indiquer le contraceptif hormonal approprié, choisi par la personne, et donner l'enseignement.
- Remplir le formulaire de liaison pour l'application de l'ordonnance collective.
- Remettre le formulaire à la personne et l'informer qu'elle peut s'adresser au pharmacien communautaire de son choix.
- Informer la personne de la nécessité de voir un médecin dans un délai de six mois, lui offrir un rendez-vous avec l'un des médecins signataires de l'ordonnance collective et l'orienter pour la prise de rendez-vous, le cas échéant.
- Selon les besoins, effectuer le suivi sans oublier de rappeler qu'une rencontre avec un médecin est nécessaire afin d'obtenir une ordonnance individuelle.
- En cas de signes ou de symptômes nécessitant l'arrêt de la contraception hormonale et l'évaluation par un médecin, orienter la personne vers le médecin traitant ou le médecin répondant ou l'urgence et informer le pharmacien de l'arrêt de l'application de l'ordonnance collective.

INTERVENTIONS DU PHARMACIEN

EN APPLICATION DE SON CHAMP D'EXERCICE ET DES ACTIVITÉS QUI LUI SONT RÉSERVÉES

INITIER LA THÉRAPIE MÉDICAMENTEUSE, SELON UNE ORDONNANCE

- Sur réception du formulaire de liaison pour l'application de l'ordonnance collective, s'assurer qu'il s'applique à une ordonnance collective qu'il détient.
- Analyser la pharmacothérapie de la personne.
- Individualiser l'ordonnance collective. S'il existe un motif valable¹⁰, consigné au dossier, offrir à la personne un produit contraceptif identique quant au mode de contraception choisi, et ce, conformément à l'ordonnance collective. Communiquer avec le médecin répondant, au besoin.
- Préparer le contraceptif et le remettre à la personne.
- Fournir à la personne l'information nécessaire sur le contraceptif qu'il lui remet.
- Informer le médecin répondant de son intervention auprès de la personne.

SURVEILLER LA THÉRAPIE MÉDICAMENTEUSE

- Rappeler à la personne la nécessité de voir un médecin, dans un délai de six mois, afin d'obtenir une ordonnance individuelle.
- Faire les interventions appropriées lorsque la personne consomme d'autres médicaments.
- En présence de signes ou de symptômes nécessitant l'arrêt de la contraception hormonale et l'évaluation par un médecin, orienter la personne vers le médecin traitant ou le médecin répondant ou l'urgence.

10. On entend par motif valable des circonstances telles que la rupture de stock par la compagnie pharmaceutique, l'impossibilité d'obtenir rapidement le produit alors que le besoin de la personne est urgent, une directive de Santé Canada de restreindre la distribution d'un produit ou une contre-indication de la médication chez la personne, non connue par le ou la professionnel(le) qui a signé ou appliqué l'ordonnance collective.

RÉFÉRENCES

- American College of Obstetricians and Gynecologists (2006). « ACOG practice bulletin n° 73: Use of hormonal contraception in women with coexisting medical conditions », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 107, n° 6, p. 1453-1472.
- Black, A., D. Francoeur et T. Rowe (2004). « Consensus canadien sur la contraception [partie 2] », *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada / Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, vol. 26, n° 3, p. 255-296.
- Hatcher, R.A., J. Trussell, F. Stewart, A. Nelson, W. Cates, F. Guest et D. Kowal (sous la dir. de) (2004). *Contraceptive Technology*, 18^e éd., New York, Ardent Media.
- *Renseignements importants en matière d'innocuité approuvés par Santé Canada concernant le système transdermique Evra (norelgestromine et éthinyloestradiol)* (novembre 2006), [www.hc-sc.gc.ca/dhp-mpps/medeff/advisories-avis/prof/2006/evra_hpc-cps_f.html].
- World Health Organization (2004). *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*, 3^e éd., Genève, WHO.

LOGO	Nom et coordonnées de l'établissement 																								
FORMULAIRE DE LIAISON POUR L'APPLICATION DE L'ORDONNANCE COLLECTIVE																									
OC- _____																									
Nom et prénom de la personne Date de naissance Date J'ai procédé à l'évaluation de la personne ci-haut mentionnée. Elle est une candidate à la prise de contraceptifs hormonaux. Aucune des contre-indications énoncées dans l'ordonnance collective n'est présente. Cette personne a reçu l'enseignement relatif à l'utilisation du contraceptif hormonal indiqué ci-dessous (<i>cocher un seul produit</i>). Contraceptif oral combiné : ☐ présentation 21 comprimés ☐ présentation 28 comprimés <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: left;"> <thead> <tr style="background-color: #00a0e3; color: white;"> <th style="width: 33%;">MONOPHASIQUES</th> <th style="width: 33%;">MULTIPHASIQUES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>☐ Alesse®</td><td>☐ Minestrin® 1/20</td></tr> <tr><td>☐ Apri®</td><td>☐ Miranova®</td></tr> <tr><td>☐ Aviane®</td><td>☐ Min-Ovral®</td></tr> <tr><td>☐ Belesse®</td><td>☐ Ortho-Cept®</td></tr> <tr><td>☐ Brevicon® 0,5/35</td><td>☐ Ortho® 0,5/35</td></tr> <tr><td>☐ Brevicon® 1/35</td><td>☐ Ortho® 1/35</td></tr> <tr><td>☐ Cyclen®</td><td>☐ Portia®</td></tr> <tr><td>☐ Demulen® 30</td><td>☐ Seasonale®</td></tr> <tr><td>☐ Loestrin® 1,5/30</td><td>☐ Select® 1/35</td></tr> <tr><td>☐ Marvelon®</td><td>☐ Yasmin®</td></tr> <tr><td></td><td>☐ Yaz®</td></tr> </tbody> </table> ☐ Timbre contraceptif: Evra® ☐ Anneau vaginal contraceptif: Nuvaring® ☐ Contraceptif oral à progestatif seul: Micronor® ☐ Injection contraceptive: ☐ Depo-Provera® ☐ Suspension injectable d'acétate de médoroxyprogesterone		MONOPHASIQUES	MULTIPHASIQUES	☐ Alesse®	☐ Minestrin® 1/20	☐ Apri®	☐ Miranova®	☐ Aviane®	☐ Min-Ovral®	☐ Belesse®	☐ Ortho-Cept®	☐ Brevicon® 0,5/35	☐ Ortho® 0,5/35	☐ Brevicon® 1/35	☐ Ortho® 1/35	☐ Cyclen®	☐ Portia®	☐ Demulen® 30	☐ Seasonale®	☐ Loestrin® 1,5/30	☐ Select® 1/35	☐ Marvelon®	☐ Yasmin®		☐ Yaz®
MONOPHASIQUES	MULTIPHASIQUES																								
☐ Alesse®	☐ Minestrin® 1/20																								
☐ Apri®	☐ Miranova®																								
☐ Aviane®	☐ Min-Ovral®																								
☐ Belesse®	☐ Ortho-Cept®																								
☐ Brevicon® 0,5/35	☐ Ortho® 0,5/35																								
☐ Brevicon® 1/35	☐ Ortho® 1/35																								
☐ Cyclen®	☐ Portia®																								
☐ Demulen® 30	☐ Seasonale®																								
☐ Loestrin® 1,5/30	☐ Select® 1/35																								
☐ Marvelon®	☐ Yasmin®																								
	☐ Yaz®																								
Nom et prénom de l'infirmière	Signature de l'infirmière																								
N° de permis:	Téléphone:																								
Nom du médecin répondant:																									
N° de permis:	Téléphone:																								

Note: Ne pas oublier de remplir le verso du présent formulaire ➤

GUIDE de rédaction d'une ordonnance collective de contraception hormonale

CONDENSÉ DE L'ORDONNANCE COLLECTIVE DE CONTRACEPTION HORMONALE

A L'INTENTION DE L'INFIRMIÈRE ET DU PHARMACIEN

ORDONNANCE COLLECTIVE	Initier la contraception hormonale	OC- _____
Référence à un protocole : ☐ oui ☐ non	Date d'entrée en vigueur : / /	Date de révision prévue : / /
Professionnels visés par l'ordonnance et secteurs d'activité : Les infirmières exerçant dans un établissement du réseau ou hors établissement (secteurs à préciser). Les pharmaciens communautaires exerçant leur profession sur le territoire du Québec.		
Groupe de personnes visées ou situation clinique visée : Femmes en bonne santé qui ont besoin de contraception hormonale.		
Médecin répondant¹¹ : L'ordonnance devra être individualisée au nom du médecin répondant inscrit sur le formulaire de liaison.		
MÉDECIN SIGNATAIRE DE L'ORDONNANCE COLLECTIVE EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ :		
Président du CMDP	N° de permis	Date
MÉDECINS SIGNATAIRES DE L'ORDONNANCE COLLECTIVE HORS ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ :		
Nom du médecin	N° de permis	Date

11. Le médecin répondant est la personne à qui le professionnel (infirmière ou pharmacien) doit s'adresser en cas de problème ou pour obtenir des précisions. En établissement, le médecin répondant est tout médecin désigné par le CMDP; hors établissement, il est un des cosignataires de l'ordonnance collective. Indiquer le mécanisme permettant de joindre le médecin répondant, par exemple, le médecin qui est de garde la semaine où l'infirmière est en service, le médecin qui est présent le jour où l'infirmière est en service, le médecin qui s'intéresse à la contraception hormonale, etc.

ANNEXE 2

GRILLE D'ANALYSE D'UNE ORDONNANCE COLLECTIVE DE CONTRACEPTION HORMONALE

GRILLE D'ANALYSE D'UNE ORDONNANCE COLLECTIVE DE CONTRACEPTION HORMONALE

Nom de l'établissement : _____

Personne réviseuse : _____

ITEM	PRÉSENT Oui/non	ANALOGUE Oui/non	ANALOGUE en plus/en moins	INFORMATIONS ADDITIONNELLES SI : Non présent ou non conforme ou si informations demandées
Date d'entrée en vigueur	oui ☐ non ☐	Indiquez la date _____		
Date de révision	oui ☐ non ☐	Indiquez la date _____		
Professionnels visés : pharmaciens du Québec	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	Secteurs visés :	
Groupe visé : femmes en bonne santé	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	en plus ☐ en moins ☐	
Mécanisme de médecin répondant	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	en plus ☐ en moins ☐	
Condition : délai de 6 mois	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	en plus ☐ en moins ☐	
Autres conditions du Guide	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	en plus ☐ en moins ☐	
Contre-indications COC 2007	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	en plus ☐ en moins ☐	
Contre-indications COC 2009	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	en plus ☐ en moins ☐	

ITEM	PRÉSENT Oui/non	ANALOGUE Oui/non	ANALOGUE en plus/en moins	INFORMATIONS ADDITIONNELLES SI : Non présent ou non conforme ou si informations demandées
Contre-indications Timbre 2007	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	en plus ☐ en moins ☐	
Contre-indications Timbre 2009	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	en plus ☐ en moins ☐	
Contre-indications Anneau 2007	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	en plus ☐ en moins ☐	
Contre-indications Anneau 2009	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	en plus ☐ en moins ☐	
Contre-indications POP 2007	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	en plus ☐ en moins ☐	
Contre-indications POP 2009	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	en plus ☐ en moins ☐	
Contre-indications Injection 2007	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	en plus ☐ en moins ☐	
Contre-indications Injection 2009	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	en plus ☐ en moins ☐	
Signes et symptômes nécessitant l'arrêt pour les 5 méthodes	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	en plus ☐ en moins ☐	
Objet de l'OC de CH : liste des COC 2007	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	en plus ☐ en moins ☐	

ITEM	PRÉSENT Oui/non	ANALOGUE Oui/non	ANALOGUE en plus/en moins	INFORMATIONS ADDITIONNELLES SI : Non présent ou non conforme ou si informations demandées
Objet de l'OC de CH : liste des COC 2009	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	en plus ☐ en moins ☐	
Objet de l'OC de CH : timbre 2007	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	en plus ☐ en moins ☐	
Objet de l'OC de CH : timbre 2009	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	en plus ☐ en moins ☐	
Objet de l'OC de CH : anneau 2007	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	en plus ☐ en moins ☐	
Objet de l'OC de CH : anneau 2009	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	en plus ☐ en moins ☐	
Objet de l'OC de CH : POP 2007	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	en plus ☐ en moins ☐	
Objet de l'OC de CH : POP 2009	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	en plus ☐ en moins ☐	
Objet de l'OC de CH : injection 2007	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	en plus ☐ en moins ☐	
Objet de l'OC de CH : injection 2009	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	en plus ☐ en moins ☐	
Interventions de l'infirmière	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	en plus ☐ en moins ☐	
Interventions du pharmacien	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	en plus ☐ en moins ☐	

ITEM	PRÉSENT Oui/non	ANALOGUE Oui/non	ANALOGUE en plus/en moins	INFORMATIONS ADDITIONNELLES SI : Non présent ou non conforme ou si informations demandées
Formulaire de liaison 2007	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	en plus ☐ en moins ☐	
Formulaire de liaison 2009	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	en plus ☐ en moins ☐	
Condensé de l'OC de CH	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	en plus ☐ en moins ☐	

ANNEXE 3

**MODIFICATIONS DE L'ORDONNANCE COLLECTIVE
DE CONTRACEPTION HORMONALE –
MISE À JOUR PAR L'INSPQ, AOÛT 2009**

MODIFICATIONS DE L'ORDONNANCE COLLECTIVE DE CONTRACEPTION HORMONALE MISE À JOUR PAR L'INSPQ, AOÛT 2009

Les modifications survenues dans la version 2009 de l'ordonnance collective de contraception hormonale sont indiquées avec une police différente ou sont biffées d'un trait noir.

CONTRE-INDICATIONS

Contraceptifs oraux combinés

- Grossesse.
- < 6 semaines à la suite d'un accouchement, si la femme allaite.
- < 21 jours à la suite d'un accouchement, si la femme n'allait pas.
- Hypertension artérielle nouvelle (systolique $\geq$ 140 mmHg. diastolique $\geq$ 90 mmHg) ou hypertension artérielle maîtrisée par une médication.
- Antécédent de thrombo-embolie veineuse, thrombophilie.
- **Thrombo-embolie veineuse et anticoagulothérapie.**
- Antécédent de thrombo-embolie veineuse chez un parent du premier degré (père, mère, frère, sœur).
- Cardiopathie ischémique.
- Antécédent d'accident vasculaire cérébral.
- Cardiopathie valvulaire compliquée.
- Migraine avec aura ou accompagnée de symptômes neurologiques.
- Antécédent de cancer du sein ou cancer du sein actuel.
- **Lupus érythémateux.**
- Diabète accompagné de rétinopathie, de néphropathie ou de neuropathie.
- ~~Maladie hépatique active (hépatite, cirrhose)~~ **Hépatite aiguë, cirrhose sévère**, affection vésiculaire symptomatique, antécédent de cholestase sous contraception hormonale combinée.
- Tumeur hépatique (adénome **hépatocellulaire**, hépatome).
- Antécédent de pancréatite ou d'hypertriglycémie.
- Chirurgie majeure avec immobilisation prolongée.
- Hypersensibilité à l'une des composantes du médicament.
- Femmes de plus de 35 ans :
 - qui fument;
 - qui sont obèses (indice de masse corporelle > 30);
 - qui présentent des migraines de toute nature;
 - qui n'ont pas eu de test Pap au cours des deux dernières années.
- Utilisation de médicaments ou de substances pouvant ~~entraver le métabolisme des~~ interagir avec les contraceptifs oraux combinés :
 - anticonvulsivants : carbamazépine, oxcarbazépine, primidone, topiramate, phénobarbital, phénytoïne, lamotrigine;
 - antirétroviraux.

- Inhibiteurs de la protéase : amprénavir, atazanavir, lopinavir, nelfinavir, ritonavir, **indinavir**, saquinavir.
- Inhibiteurs non nucléosiques de la transcriptase inverse : éfavirenz, névirapine.
- antibiotique : rifampicine, **rifabutine**.
- autre : millepertuis.

Timbre contraceptif

- Identiques aux contre-indications des contraceptifs oraux combinés.
- Femme avec indice de masse corporelle ≥ 30 .
- Trouble cutané généralisé.

Anneau vaginal contraceptif

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

Contraceptif oral à progestatif seul

- Grossesse.
- Antécédent de cancer du sein ou cancer du sein actuel.
- Hypersensibilité à l'une des composantes du médicament.
- Thrombose veineuse profonde actuelle.
- Maladie coronarienne actuelle.
- Accident vasculaire cérébral actuel.
- Lupus érythémateux.
- Maladie hépatique active (hépatite, cirrhose), cirrhose sévère.
- Tumeur hépatique (adénome hépatocellulaire, hépatome).
- Utilisation de médicaments ou de substances pouvant entraver le métabolisme des contraceptifs oraux :
 - Anticonvulsivants : carbamazépine, oxcarbazépine, primidone, topiramate, phénobarital, phénytoïne;
 - antirétroviraux :
 - o Inhibiteurs de la protéase : amprénavir, atazanavir, lopinavir, nelfinavir, ritonavir, **indinavir**, saquinavir,
 - o Inhibiteurs non nucléosiques de la transcriptase inverse : éfavirenz, névirapine;
 - antibiotique : rifampicine, rifabutine;
 - autre : millepertuis.
- Femmes de plus de 35 ans qui n'ont pas eu de test Pap au cours des deux dernières années.

Injection contraceptive

- Grossesse.
- Antécédent de cancer du sein ou cancer du sein actuel.
- Hypersensibilité à l'une des composantes du médicament.
- Thrombose veineuse profonde actuelle.
- Maladie coronarienne actuelle.
- Accident vasculaire cérébral actuel.
- **Lupus érythémateux.**
- ~~Maladie hépatique active (hépatite, cirrhose)~~ **Cirrhose sévère.**
- Tumeur hépatique (adénome ~~hépatocellulaire~~, hépatome).
- Diabète accompagné de rétinopathie, de néphropathie ou de neuropathie.
- Diabète non compliqué mais d'une durée de 20 ans et plus.
- Hypertension artérielle nouvelle (systolique ≥ 160 mmHg, diastolique ≥ 100 mmHg).
- ~~Maladie cardiaque valvulaire.~~
- Cumul de plusieurs facteurs de risque de maladie cardiovasculaire (âge élevé, tabagisme, diabète, hypertension artérielle).
- Saignement vaginal inexpliqué.
- Femmes de plus de 35 ans qui n'ont pas eu de test Pap au cours des deux dernières années.

SIGNES OU SYMPTÔMES NÉCESSITANT L'ARRÊT DE LA CONTRACEPTION HORMONALE ET L'ÉVALUATION PAR UN MÉDECIN

Contraceptifs oraux combinés/timbre contraceptif/anneau vaginal contraceptif

- Douleur abdominale sévère.
- Douleur thoracique sévère, pouvant être accompagnée de toux, de dyspnée, et de douleur s'exacerbant à la respiration.
- Céphalée sévère, pouvant être accompagnée d'étourdissements, de sensation de faiblesse, d'engourdissement latéralisé ou non.
- Problème de vision (perte de vision, vision embrouillée latéralisée ou non), trouble du langage.
- Douleur sévère dans un membre inférieur (cuisse ou mollet).

Contraceptif oral à progestatif seul

- Céphalée sévère, pouvant être accompagnée d'étourdissements, de sensation de faiblesse, d'engourdissement latéralisé ou non.
- Problème de vision (perte de vision, vision embrouillée latéralisée ou non), trouble du langage.

Injection contraceptive

- Céphalée sévère, pouvant être accompagnée d'étourdissements, de sensation de faiblesse, d'engourdissement latéralisé ou non.

- ~~Problème de vision (perte de vision, vision embrouillée latéralisée ou non, trouble de langage.~~

OBJET DE L'ORDONNANCE COLLECTIVE

Monophasiques		Multiphasiques
☐ <i>ALESSE</i> [®]	☐ <i>MINESTRIN</i> [®] 1/20	☐ <i>ENPRESSE</i> [®]
☐ <i>Apri</i> [®]	☐ <i>MIRANOVA</i> [®]	☐ <i>LINESSA</i> [®]
☐ <i>Aviane</i> [®]	☐ <i>MIN-OVRAL</i> [®]	☐ <i>ORTHO</i> [®] 7/7/7
☐ <i>BELESSE</i> [®]	☐ <i>ORTHO-CEPT</i> [®]	☐ <i>PREVIFEM</i> [®]
☐ <i>BREVICON</i> [®] 0,5/35	☐ <i>ORTHO</i> [®] 0,5/35	☐ <i>SYNPHASIC</i> [®]
☐ <i>BREVICON</i> [®] 1/35	☐ <i>ORTHO</i> [®] 1/35	☐ <i>TRI-CYCLEN</i> [®]
☐ <i>CYCLEN</i> [®]	☐ <i>PORTIA</i> [®]	☐ <i>TRI-CYCLEN LO</i> [®]
☐ <i>DEMULEN</i> [®] 30	☐ <i>SEASONALE</i> [®]	☐ <i>TRI-PREVIFEM</i> [®]
☐ <i>LOESTRIN</i> [®] 1,5/30	☐ <i>SELECT</i> [®] 1/35	☐ <i>TRIQUILAR</i> [®]
☐ <i>MARVELON</i> [®]	☐ <i>YASMIN</i> [®]	☐
☐	☐ <i>YAZ</i> [®]	☐

1. Contraceptifs oraux combinés contenant moins de 50 µg d'œstrogènes

Présentation 21 comprimés : prendre 1 comprimé par jour pendant 21 jours, puis arrêter 7 jours.

Présentation 28 comprimés : prendre 1 comprimé par jour pendant 28 jours consécutifs.
Répéter cinq fois.

2. Timbre contraceptif

EVRA[®] 1 boîte (3 timbres)

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

Répéter cinq fois.

3. Anneau vaginal contraceptif

NUVARING[®] 1 anneau

Insérer l'anneau vaginal et le garder en place pendant une période de 21 jours. Retirer ensuite l'anneau et attendre 7 jours.

Répéter cinq fois.

4. Contraceptif oral à progestatif seul (présentation 28 comprimés)

MICRONOR[®]

Prendre 1 comprimé par jour durant 28 jours consécutifs.

Répéter cinq fois.

5. Injection contraceptive

DEPO-PROVERA[®]

SUSPENSION INJECTABLE D'ACÉTATE DE MÉDROXYPROGESTÉRON

1 injection 1M toutes les 12 semaines.

Répéter une fois.



EXPERTISE
CONSEIL



INFORMATION



FORMATION

www.inspq.qc.ca



RECHERCHE
ÉVALUATION
ET INNOVATION



COLLABORATION
INTERNATIONALE



LABORATOIRES
ET DÉPISTAGE

Institut national
de santé publique

Québec

