

CONTRACEPTION D'URGENCE

Cette directive clinique a été revue par le Comité de la pratique clinique – gynécologie et par le Comité des questions sociales et sexuelles, et elle a été approuvée par le Comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC).

AUTEURS PRINCIPAUX

Sheila Dunn, MD, CCFP(EM), Toronto (Ont.)
Edith Guilbert, MD, M.Sc., CCFP, Québec (Qué.)

COMITÉ DE LA PRATIQUE CLINIQUE – GYNÉCOLOGIE

Guyline Lefebvre (Chair), MD, FRCSC, Toronto (Ont.)
Catherine Allaire, MD, FRCSC, Vancouver (C.-B.)
Jagmit Arneja, MD, FRCSC, Winnipeg, (Man.)
Colin Birch, MD, FRCSC, Calgary (Alb.)
Michel Fortier, MD, FRCSC, Québec (Qué.)
John Jeffrey, MD, FRCSC, Kingston (Ont.)
George Vilos, MD, FRCSC, London (Ont.)
Marie-Soleil Wagner, MD, Verdun (Qué.) (membre junior)

COMITÉ DES QUESTIONS SOCIALES ET SEXUELLES

Lorna Grant (Chair), MD, FRCSC, Winnipeg (Man.)
François Beaudoin, MD, FRCSC, Mont Royal (Qué.)
Donna Cherniak, MD, FCFP, Sherbrooke (Qué.)
Rosana Pellizzari, MD, FRCSC, Toronto (Ont.)
Leslie Sadownik, MD, FRCSC, Vancouver (C.-B.)
Rajni Saraf-Dhar, MD, FRCSC, Yarmouth (N.-É.)
Valerie Turnbull, RN, Winnipeg (Man.)

Résumé

Objectif : Mettre à jour les connaissances actuelles sur la contraception d'urgence, notamment les méthodes possibles, leurs modes d'action, leur efficacité, leur innocuité et la manière d'assurer l'accessibilité efficace de la contraception d'urgence.

Options : La présente directive examine le traitement d'association à base d'oestradiol et de lévonorgestrel (méthode Yuzpe) et celui à base de lévonorgestrel seul, ainsi que l'utilisation postcoitale du stérilet au cuivre.

Résultats attendus : Des méthodes de contraception d'urgence offrant une réduction efficace et sans danger du risque de grossesse et s'accompagnant de peu d'effets secondaires; une compréhension des effets de l'accessibilité élargie de la contraception d'urgence sur son utilisation adéquate et sur l'utilisation régulière des méthodes contraceptives.

Preuves : On a mené une recherche sur MEDLINE et dans la

Key Words

Emergency contraception, post-coital contraception, emergency contraceptive pills, post-coital copper IUD

banque de données Cochrane pour trouver les articles portant sur ce sujet, publiés en anglais, de janvier 1998 à mars 2003, dans le but de mettre à jour la directive de la SOGC publiée en 2000. On a aussi analysé les directives cliniques et les exposés de principe énoncés par divers organismes de santé et de planification familiale. Les mots-clés utilisés étaient : *emergency contraception, post-coital contraception, emergency contraceptive pills, post-coital copper IUD.*

Valeurs : Les études examinées ont été classées selon les critères décrits par le Groupe de travail canadien sur l'examen de santé périodique et les recommandations pour la pratique ont été pondérées en fonction de cette classification.

Avantages, préjudices et coûts : Cette directive vise à réduire le nombre de grossesses non désirées en sensibilisant davantage le public à l'existence de la contraception d'urgence et à son utilisation adéquate.

Recommandations :

1. Lorsqu'une femme a eu une relation sexuelle non protégée et qu'elle souhaite prévenir la grossesse, elle peut utiliser la contraception orale d'urgence (COU) dans les cinq jours suivant cette relation sexuelle. (II-2A)

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

2. En l'absence de contre-indications, on peut insérer un stérilet au cuivre dans les sept jours suivant une relation sexuelle non protégée. (III-B)
3. Il faut informer les femmes que la COU au lévonorgestrel seul est plus efficace et entraîne moins d'effets secondaires que la méthode Yuzpe. (I-A)
4. La COU à base de lévonorgestrel seul peut être administrée en une dose double (1,5 mg) ou en deux doses simples (0,75 mg chacune), puisque l'efficacité de ces deux modes d'administration est comparable et que leurs effets secondaires sont les mêmes. (I-A)
5. La COU doit être administrée le plus tôt possible après une relation sexuelle non protégée. (II-2B)
6. Les femmes en âge de procréer devraient se voir offrir d'office une ordonnance de COU qu'elles pourront utiliser au besoin. (I-A)
7. Si la patiente n'a pas commencé ses menstruations dans les 21 jours suivant l'utilisation de la COU, il faut qu'elle passe un test de grossesse. (III-A)
8. Il n'est pas indiqué de faire un examen gynécologique avant d'offrir la COU. (III-A)

Validation : Cette directive a été revue par le Comité de la pratique clinique - gynécologie et par le Comité des questions sociales et sexuelles de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Parrainé par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

J Obstet Gynaecol Can 2003;25(8):680-7.

INTRODUCTION

La contraception d'urgence réfère à toute méthode contraceptive qui est utilisée après une relation sexuelle, mais avant l'implantation. Les méthodes contraceptives d'urgence les plus communément utilisées réduisent le risque de grossesse de 75 % à 89 %.¹⁻³ Les méthodes de contraception d'urgence ne sont pas abortives puisqu'elles produisent leur effet avant la nidation et qu'elles ne sont conçues que pour un usage occasionnel, à titre de méthodes d'appoint par rapport aux méthodes contraceptives habituelles.

Bien que les méthodes de contraception d'urgence soient offertes au Canada depuis presque 30 ans, une enquête révèle qu'en 1998 seulement 46 % des Canadiennes en connaissaient existence et que seulement 1 % y avaient eu recours dans les 6 derniers mois.⁴ Au Canada, en dépit de la facilité d'accès aux méthodes contraceptives, de 40 à 50 % des grossesses sont non planifiées,^{5,6} et, en l'an 2000, plus de 105 000 avortements ont été pratiqués.⁷ Si elle était utilisée lorsqu'elle est indiquée, la contraception d'urgence pourrait réduire considérablement le nombre de grossesses non planifiées.

Le présent document met à jour les connaissances actuelles sur la contraception d'urgence, notamment les méthodes disponibles, leurs modes d'action, leur efficacité, leur innocuité et la manière d'en assurer l'accessibilité. On a mené une recherche sur MEDLINE et dans la banque de données

Cochrane pour trouver les articles portant sur ce sujet, publiés en anglais, de janvier 1998 à mars 2003, dans le but de mettre à jour la directive de la SOGC publiée en 2000. On a aussi analysé les directives cliniques et les exposés de principe énoncés par divers organismes de santé et de planification familiale. Les mots clés utilisés étaient : *emergency contraception, post-coital contraception, emergency contraceptive pills, post-coital copper IUD*. Les niveaux de preuve et la qualité des recommandations appuyant cette directive se fondent sur les critères d'évaluation établis par le Groupe de travail canadien sur l'examen de santé périodique (Tableau 1).⁸

Cette directive vise à réduire le nombre de grossesses non désirées en sensibilisant davantage le public à l'existence de la contraception d'urgence et à son utilisation adéquate.

MÉTHODES DE CONTRACEPTION D'URGENCE

Il existe deux types de contraception d'urgence : les méthodes hormonales, aussi appelées contraception orale d'urgence (COU), et l'insertion postcoïtale d'un stérilet au cuivre.

Deux types de COU sont offerts au Canada. L'un d'eux consiste à prendre deux doses de 750 µg de lévonorgestrel (un progestatif), par voie orale et à 12 heures d'intervalle. Distribuée sous le nom de Plan B, cette COU à base de lévonorgestrel seul a été lancée au Canada en 2000 et constitue le seul produit approuvé par Santé Canada pour la contraception d'urgence. Un comprimé de Plan B équivaut à une dose de 750 µg de lévonorgestrel.

L'autre COU, connue sous le nom de méthode Yuzpe,¹ est utilisée depuis 1970. Elle consiste en 2 doses contenant 100 µg d'éthinylœstradiol (EE) et 500 µg de lévonorgestrel, administrés par voie orale, à 12 heures d'intervalle. Le produit le plus utilisé dans cette catégorie de COU est l'Ovral : 2 comprimés d'Ovral équivalent à une dose du traitement Yuzpe. Si disponibles, d'autres produits peuvent être substitués à l'Ovral; ils offrent une efficacité équivalente⁹ bien que la dose administrée puisse ne pas être exactement la même (Tableau 2). Aucun de ces produits hormonaux conjugués n'a été homologué au Canada pour la COU. Néanmoins, ils sont très utilisés à cette fin.

Il a été prouvé que l'antiprogestatif mifépristone (RU 486) était un contraceptif postcoïtal très efficace,¹⁰⁻¹⁴ mais ce produit ne sera probablement pas accessible aux Canadiennes dans un avenir rapproché.

Il a été prouvé que la mise en place d'un stérilet au cuivre, dans les cinq jours suivant une relation sexuelle non protégée, était un moyen efficace de prévenir la grossesse.^{15,16} De plus, cette méthode constitue une option intéressante pour les femmes (qui n'y présentent pas de contre-indication) lorsqu'elles ont dépassé le délai d'efficacité maximal de la COU, soit 72 heures après la relation sexuelle non protégée.^{15,16} L'utilisation postcoïtale d'un stérilet au cuivre, 5 à 7 jours postcoïtal a moins fait l'objet de recherche; toutefois, les premiers essais ont indiqué que son

TABLEAU 1 ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE L'ÉVIDENCE ⁸	CLASSIFICATION DES RECOMMANDATIONS ⁸
<p>La qualité des preuves présentées dans cette directive clinique se fonde sur les critères d'évaluation des preuves établis par le Rapport du groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique.</p> <p>I: Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.</p> <p>II-1: Résultats obtenus dans le cadre d'essais comparatifs non randomisés bien conçus.</p> <p>II-2: Résultats obtenus dans le cadre d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études analytiques cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.</p> <p>II-3: Résultats découlant de comparaisons entre différents moments ou différents lieux, ou selon qu'on a ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non comparatives (par exemple, les résultats du traitement à la pénicilline, dans les années 1940) pourraient en outre figurer dans cette catégorie.</p> <p>III: Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.</p>	<p>Les recommandations de cette directive clinique ont été adaptées de la méthode de classification décrite dans le Rapport du groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique.</p> <p>A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la recommandation selon laquelle il faudrait s'intéresser expressément à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.</p> <p>B. On dispose de données acceptables pour appuyer la recommandation selon laquelle il faudrait s'intéresser expressément dans le cadre d'un examen médical périodique.</p> <p>C. On dispose de données insuffisantes pour appuyer l'inclusion ou l'exclusion de cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique, mais les recommandations peuvent reposer sur d'autres fondements.</p> <p>D. On dispose de données acceptables pour appuyer la recommandation de ne pas s'intéresser à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.</p> <p>E. On dispose de données suffisantes pour appuyer la recommandation de ne pas s'intéresser à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.</p>

utilisation dans les 7 jours qui suivent une relation sexuelle non protégée était efficace.¹⁷ Comme il est généralement reconnu que la nidation ne se produit que le 6^e ou le 7^e jour après l'ovulation, l'insertion d'un stérilet au cuivre jusqu'à 7 jours postcoïtal est acceptable, tout en tenant compte qu'elle se fasse dans les 5 jours suivant la date attendue de l'ovulation. Le stérilet au cuivre postcoïtal peut être laissé en place au-delà du premier cycle afin de procurer une contraception continue.

MODE D'ACTION DES DIVERSES MÉTHODES DE CONTRACEPTION D'URGENCE

On ne connaît pas encore exactement les modes d'action des contraceptifs d'urgence. Toutefois, en théorie, on estime que la COU peut entraver la maturation folliculaire, le processus ovulatoire, la formation du mucus cervical, la migration des spermatozoïdes, le maintien du corps jaune, la réceptivité de l'endomètre, la fécondation ou la croissance du zygote, son transport ou son adhérence.¹⁸ Le mode d'action peut différer, non seulement selon la méthode utilisée, mais également pour chacune des méthodes, selon le moment où elle est administrée par rapport à l'ovulation ou à la relation sexuelle non protégée.¹⁸

Les preuves statistiques de l'efficacité de la COU confirment les données cliniques indiquant que le principal mode d'action est lié processus ovulatoire.¹⁸⁻²⁴ Administrée avant l'ovulation, la COU combinée, tout comme la COU à base de lévonorgestrel seul ou la mifépristone, supprime ou retarde

l'ovulation.¹⁸⁻²² Dans les cas où l'ovulation a tout de même eu lieu, celle-ci semble dysfonctionnelle.^{19,21,22} Quand la COU est administrée au moment de l'ovulation ou après, la COU ne semble pas avoir d'effet sur l'ovulation.^{19,20,22} L'effet de la COU sur le corps jaune n'est pas encore bien compris.¹⁸⁻²²

Les études portant sur les effets de la COU combinée ou à lévonorgestrel seul sur l'endomètre ne sont pas concluantes. Les études les plus récentes ne réussissent pas à démontrer des effets de la COU sur la réceptivité endométriale.^{18,19,21-23} Étant donné que son effet sur l'ovulation ne peut pas expliquer

TABLEAU 2 OVRAL ET SES SUBSTITUTS			
Marque	Pilules et doses	EE* (µg) et doses	LNG† (µg) et doses
Ovral	2	100	500
Alesse	5	100	500
Triphasil	4 jaunes	120	500
Triquilar	4 jaunes	120	500
Minovral	4	120	600
*Éthinylœstradiol †Lévonorgestrel			

entièrement l'efficacité de la COU,^{25,26} il faudra obtenir des données supplémentaires sur d'autres modes d'action, comme l'inhibition de la motilité ou du transport des spermatozoïdes.

EFFICACITÉ DES MÉTHODES DE CONTRACEPTION D'URGENCE

Il a été démontré que les méthodes Yuzpe et à base de lévonorgestrel seul réduisaient le risque de grossesse d'environ 75 % et 89 %, respectivement.^{1-3,27} Cela ne veut cependant pas dire que 25 % des femmes utilisant la méthode Yuzpe deviennent enceintes. À vrai dire, si l'on étudiait une population de 100 femmes ayant eu une relation sexuelle non protégée pendant la deuxième ou la troisième semaine de leur cycle, nous ne constaterions qu'environ huit grossesses (8 %).²⁸ Par contre, à la suite d'un traitement à l'aide de la méthode Yuzpe, seulement deux de ces femmes (2 %) deviendraient enceintes, ce qui représente une réduction de 75 % du nombre de grossesses. Des estimations statistiques récentes sur l'efficacité de la COU indiquent que la réduction du risque pourrait ne pas être aussi élevée.^{29,30} L'Organisation mondiale de la santé (OMS) rapporte un taux de grossesse de 1,1 % pour le traitement au lévonorgestrel seul, comparativement à 3,2 % pour la méthode Yuzpe.¹

EFFICACITÉ PAR RAPPORT À LA PRÉPARATION UTILISÉE

Deux essais randomisés^{1,3} ont comparé le lévonorgestrel seul, administré en deux doses à 12 heures d'intervalle, à la méthode Yuzpe. Ils ont tous deux démontré la supériorité du lévonorgestrel seul (85 % c. 57 % pour une utilisation typique et 89 % c. 76 % pour une utilisation parfaite).¹

Un essai randomisé multicentrique³¹ a aussi fourni des preuves manifestes que le traitement comprenant deux doses (chaque dose étant composée de 100 µg d'EE et de 2,0 mg de noréthindrone) n'était statistiquement pas moins efficace que la méthode Yuzpe lorsqu'il était administré dans les 72 heures suivant une relation sexuelle non protégée (60 % c. 67 % pour une utilisation typique et 61 % c. 73 % pour une utilisation parfaite).

Bien que la mifépristone ne soit pas disponible au Canada, force est de constater que son utilisation est six fois plus efficace que la méthode Yuzpe,¹¹ même à faibles doses,¹¹⁻¹⁴ et que, à très faibles doses (dose unique de 10 mg), elle est aussi efficace que le lévonorgestrel seul.³²

EFFICACITÉ PAR RAPPORT À LA DOSE

En 2002, deux vastes essais randomisés^{32,33} ont démontré qu'une double dose (1,5 mg) de lévonorgestrel était aussi efficace que le traitement habituel comportant deux doses séparées de 0,75 mg.

Dans un essai randomisé,³¹ on a conclu qu'un traitement comportant une dose simple d'Ovral était moins efficace qu'un

traitement à deux doses, mais que la différence n'était pas statistiquement significative (54 % c. 67 % pour une utilisation typique et 62 % c. 73 % pour une utilisation parfaite). Dans le cadre d'une étude qui a évalué l'effet d'Ovral sur l'ovulation,²¹ l'utilisation d'une dose simple d'Ovral n'a pas semblé supprimer l'ovulation de façon aussi efficace que le traitement à deux doses.

EFFICACITÉ PAR RAPPORT À L'INTERVALLE DE TEMPS ÉCOULÉ À LA SUITE DES RAPPORTS SEXUELS NON PROTÉGÉS

Bien que l'usage soit généralement d'utiliser la COU dans les 72 heures suivant une relation sexuelle non protégée, il a été démontré que la méthode Yuzpe^{34,35} et les traitements comportant une double dose ou deux doses séparées de lévonorgestrel^{32,33} sont efficaces lorsqu'ils sont administrés 72 à 120 heures suivant une relation sexuelle non protégée. Le taux d'efficacité semble toute fois être légèrement inférieure à celui qui prévaut avant 72 heures.

Il a été démontré que l'efficacité de la COU baissait de façon importante avec l'augmentation du délai entre la relation sexuelle non protégée et la prise de la médication : ainsi le lévonorgestrel a une efficacité de 95 % lorsque pris dans les 24 heures ou moins après la relation sexuelle non protégée, de 85 % lorsque pris 25 à 48 heures après et de 58 % lorsque pris entre 49 et 72 heures. En ce qui concerne la méthode Yuzpe, les chiffres correspondants étaient de 77 %, de 36 % et de 31 %, respectivement.¹ Bien que l'association entre le délai d'administration et l'effet ait été statistiquement significative dans plusieurs études,^{1,11,14,33,36} il ne l'a pas été dans d'autres.^{12,32,35}

EFFICACITÉ PAR RAPPORT À D'AUTRES FACTEURS

La COU est moins efficace chez les femmes qui ne prennent pas le traitement tel qu'indiqué (usage non parfait) et chez celles qui ont des rapports sexuels non protégés après avoir pris la COU.^{1,12,31-33}

Il n'a pas été démontré que l'utilisation de la COU comme méthode contraceptive régulière assurait une protection efficace contre la grossesse.³⁷ Dans une étude menée sur le sujet, sur une période de 6 mois, 37 on a demandé à des femmes de prendre un comprimé de 0,75 mg de lévonorgestrel dans l'heure qui suivait chaque rapport sexuel : le taux de grossesses à 6 mois a été de 6 pour 100 femmes-années, ce qui représente le double du taux d'échec des contraceptifs oraux combinés. L'un des principaux inconvénients de cette méthode était les saignements irréguliers, constatés chez 70 % des participantes.³⁷

EFFICACITÉ DU STÉRILET AU CUIVRE POSTCOÏTAL

Une méta-analyse de 20 articles³⁸ a révélé que l'insertion post-coïtale d'un stérilet au cuivre, dans les cinq jours suivant une relation sexuelle non protégée, est beaucoup plus efficace que la COU puisque son taux d'efficacité est de 98,7 %. Dans une

étude comparant 14 utilisatrices de stérilet au cuivre d'urgence à 219 utilisatrices du mifépristone, aucune grossesse n'a été signalée dans le groupe « stérilet »¹³; une étude descriptive récente portant sur 1013 utilisatrices de stérilet au cuivre d'urgence n'a rapporté qu'une seule grossesse.¹⁶

INDICATIONS

Il faut envisager l'utilisation de la COU chez toute femme voulant éviter une grossesse et se présentant dans les cinq jours suivant une relation sexuelle mal ou non protégée. On peut envisager l'utilisation d'un stérilet au cuivre postcoïtal jusqu'à sept jours suivant une relation sexuelle non protégée. On parle de relation sexuelle non protégée quand :

- On n'a pas utilisé de méthode contraceptive
- On constate la rupture ou la fuite du condom
- Le diaphragme ou la cape cervicale s'est déplacé
- On a oublié deux pilules contraceptives ou plus
- On est en retard de plus d'une semaine pour son injection de Depo-Provera
- Il y a eu éjaculation sur la partie externe des organes génitaux
- On a fait une erreur de calcul de la période de fécondité
- En cas de viol, lorsque la victime n'utilisait pas une méthode anticonceptionnelle fiable

Comme il est difficile de déterminer avec certitude la période de fécondité au cours du cycle,³⁹⁻⁴¹ lorsqu'une femme craint de devenir enceinte, il faut lui offrir une COU, quel que soit le jour du cycle où la relation sexuelle a eu lieu. Bien que la COU ne soit pas recommandée comme forme de contraception régulière, son utilisation répétée ne pose aucun risque connu pour la santé et ne devrait pas constituer un motif de refus ou de réticence quant à son accessibilité.⁴²

CONTRE-INDICATIONS

Une grossesse en cours n'est pas une contre-indication absolue à l'utilisation de la COU pour la simple raison qu'elle n'a aucun effet sur cette dernière. Bien que l'on n'ait pas mené d'études spécifiques sur des femmes enceintes ayant utilisé la COU, les études portant sur des femmes enceintes dont les fœtus avaient été exposés à des contraceptifs oraux n'ont pas rapporté aucun signe de tératogénicité.⁴³

Selon l'OMS, il n'existe pas de contre-indications médicales connues en ce qui concerne l'utilisation de la COU à part une allergie à l'une des composantes.⁴⁴ Des résultats obtenus au Royaume-Uni, sur quatre millions d'ordonnances de traitement Yuzpe, n'ont signalé que six complications graves (3 thromboses veineuses et 3 accidents cérébro-vasculaires [ACV]); toutefois, dans aucun de ces cas, le rapport entre l'administration de la COU et l'incident n'a pu être clairement

établi.⁴⁵ Les femmes pour qui une utilisation quotidienne des contraceptifs oraux est contre-indiquée, notamment celles de plus de 35 ans qui fument, peuvent utiliser sans danger l'une ou l'autre des COU, étant donné que la durée de la prise d'hormones est très courte.⁴⁶ On n'a constaté aucune augmentation sensible du risque de thromboembolie veineuse dans le cas de la COU combinée, mais les études sur son innocuité ont souvent exclu les femmes présentant des contre-indications à la contraception orale.⁴⁷ Puisque, théoriquement, le traitement à base de lévonorgestrel seul ne comporte pas de risque vasculaire, il pourrait représenter une option préférable pour les femmes ayant des contre-indications aux œstrogènes, par exemple, celles que l'on sait atteintes de thrombophilie ou qui ont des antécédents d'ACV, de crise cardiaque ou de migraine accompagnée.⁴⁸ Comme c'est le cas pour les autres contraceptifs à base de progestatif seul,⁴⁹ il se peut qu'il existe un risque accru de grossesse ectopique dans les cas où la COU à base de progestatif seul ne serait pas efficace.⁵⁰

Si on envisage l'utilisation d'un stérilet au cuivre postcoïtal, il faut s'assurer que cette méthode convient à la femme. Il faut exclure la possibilité d'une grossesse préexistante au moyen d'un test de grossesse urinaire ou d'un dosage sérique des béta-hCG, surtout si la femme a eu des rapports sexuels en début de cycle. Il ne doit y avoir ni signe d'infection vaginale ou cervicale ni antécédents récents d'infection pelvienne; de plus, le risque d'infection transmise sexuellement (ITS) doit être faible. Au moment de l'insertion, il faut prélever des échantillons endocervicaux afin d'exclure la présence de gonorrhée ou d'infection à chlamydia; il faut aussi envisager le recours à des antibiotiques, comme la doxycycline, l'azithromycine et le métronidazole, pour réduire le risque d'infection pelvienne.^{13,16}

ÉVALUATION

Très peu de renseignements sont nécessaires pour savoir si la COU est indiquée. Au cours de l'anamnèse, il faut s'assurer que la relation sexuelle non protégée a eu lieu dans les limites de temps requises pour que la COU ou le stérilet au cuivre d'urgence soit efficace. Il faut évaluer le risque de grossesse préexistante en déterminant la date des dernières menstruations, leur normalité et en vérifiant que le cycle actuel n'est pas déjà trop long. Il est rarement nécessaire de faire passer un test de grossesse. Si la femme a eu plusieurs rapports sexuels non protégés de file, elle court le risque que la contraception d'urgence ne puisse prévenir efficacement la grossesse.

Lorsqu'une femme consulte un professionnel de la santé pour la contraception d'urgence, celui-ci peut en profiter pour aborder des questions de santé sexuelle plus générales, comme vérifier si ces rapports sexuels ont eu lieu sous la contrainte, s'ils comportaient des risques d'ITS et s'il est indiqué pour la patiente d'utiliser une méthode contraceptive régulière. Si l'on dispose de la technologie nécessaire pour faire le dépistage

urinaire des infections à chlamydia, il faut envisager d'y avoir recours pour les femmes à risque élevé, notamment celles de moins de 30 ans; il a été démontré que le dépistage urinaire du chlamydia au moment d'une consultation pour COU, permettait de déceler la majorité des cas d'infection.⁵¹

Les femmes doivent être informées des effets indésirables possibles de la contraception d'urgence et du fait que la COU ne les protégera pas contre une grossesse si elles ont d'autres rapports sexuels non protégés dans les jours ou semaines suivant le traitement. Si la patiente le souhaite, elle peut avoir recours à une méthode barrière, comme le condom, pendant le reste de son cycle et commencer à utiliser une méthode contraceptive différente au début du cycle suivant. Si une femme qui ne présente pas de contre-indication souhaite utiliser des contraceptifs oraux, elle peut commencer à le faire au moment de ses prochaines règles ou le jour suivant le recours à la COU.^{49,52} L'emploi du condom est nécessaire jusqu'à ce que la femme en question ait pris des contraceptifs oraux pendant sept jours consécutifs.⁴⁹

SUIVI

Il faut recommander aux femmes de passer un test de grossesse si elles n'ont pas eu des menstruations normales dans les 21 jours suivant l'utilisation de la contraception d'urgence ou, si elles commencent à prendre un contraceptif oral le lendemain de la prise de COU, 28 jours après celle-ci. Lorsque cela est indiqué, on peut prévoir une visite de suivi pour discuter de contraception régulière ou pour procéder à un dépistage des ITS.

EFFETS INDÉSIRABLES

Le traitement comportant deux doses de lévonorgestrel entraîne une incidence inférieure de nausées (23,1 % c. 50,5 %), de vomissements (5,6 % c. 18,8 %), d'étourdissements (11,2 % c. 16,7 %) et de fatigue (16,9 % c. 28,5 %) que la méthode Yuzpe.¹ Dans les études qui ont comparé le traitement comportant deux doses de lévonorgestrel à celui qui en comporte une double dose, l'incidence des effets secondaires s'est avérée semblable.^{32,33}

L'utilisation de la méclizine, antiémétique offert en vente libre, réduit le risque de nausée de 27 % et celui de vomissements de 64 %, lorsque la patiente en prend une dose de 50 mg une heure avant la première dose du traitement Yuzpe; par contre, l'incidence d'étourdissements est deux fois plus élevée que l'utilisation d'un placebo.⁵³

Quant au stérilet au cuivre postcoïtal, les complications possibles sont des douleurs pelviennes, des saignements anormaux, une infection pelvienne, une perforation utérine et l'expulsion.⁴⁹

RETOUR DES MENSTRUATIONS

La plupart des femmes ont leurs menstruations dans les trois

semaines après avoir eu recours à la COU. Dans l'étude de l'OMS de 1998,¹ le début des menstruations survenait de façon semblable chez les femmes traitées à la méthode Yuzpe et chez celles traitées au lévonorgestrel (2 doses) : 15 % avaient un début précoce de leurs règles, 57 % les avaient plus ou moins trois jours par rapport à la date prévue et 28 % les avaient trois jours ou plus après la date prévue. Dans d'autres essais,^{31,33} un nombre accru de femmes tendaient à avoir leurs règles plus tôt que prévu. Il se peut que le délai avant le retour des menstruations soit affecté par l'intervalle entre la date d'administration de la COU et la date prévue de l'ovulation.^{20,31}

ACCÈS

Du point de vue de la santé publique, la promotion de la contraception d'urgence peut être considérée comme une mesure de prévention primaire des grossesses non désirées. Pour en tirer un maximum de profit et réduire le nombre de grossesses non désirées, les femmes en âge de procréer et leur conjoint devraient connaître la contraception d'urgence avant que le besoin ne se présente et pouvoir y avoir accès lorsque nécessaire.

Il existe un certain nombre d'obstacles empêchant l'utilisation adéquate de la contraception d'urgence : le manque de connaissances; les attitudes négatives à son égard; la peur de ses effets indésirables; l'attitude moralisatrice de certains professionnels de la santé; une présentation exagérée des risques pour la santé liés à la contraception d'urgence; l'obligation d'avoir un examen gynécologique avant d'obtenir une ordonnance; la nécessité d'obtenir une ordonnance médicale; le caractère peu commode des heures d'ouverture des cliniques médicales; le manque de disponibilité des médecins.⁵⁴ L'accès à la contraception d'urgence pourrait être amélioré s'il n'était pas nécessaire de consulter un médecin pour obtenir une ordonnance. Un essai randomisé⁵⁵ et deux essais comparatifs^{56,57} ont démontré que, par comparaison avec les femmes à qui l'on avait simplement offert de l'information sur la COU, celles à qui l'on avait fourni la COU à l'avance avaient davantage tendance à s'en servir et à le faire correctement, et elles ne risquaient pas davantage d'abandonner leur méthode contraceptive régulière.⁵⁵⁻⁵⁷ Pour cette raison, au moment de l'examen de santé périodique ou dans le cadre de consultations portant sur des questions de santé génésique, il faut offrir d'office à toute femme en âge de procréer, qui n'a pas été stérilisée, une ordonnance de COU pouvant être utilisée au besoin, ainsi que des renseignements détaillés sur la façon et le moment de l'utiliser. Étant donné qu'il suffit de quelques renseignements seulement pour être en mesure de prescrire la COU, l'offre d'une ordonnance par téléphone constitue également une solution de rechange possible à la consultation en cabinet.

En Colombie-Britannique et au Québec, il n'est pas nécessaire d'avoir recours à une consultation médicale pour se procurer la COU. Dans ces provinces, les pharmaciens ont été

formés et sont autorisés à prescrire la COU et, si cela est indiqué, ils dirigent les femmes vers un professionnel de la santé pour assurer un suivi. Santé Canada examine en ce moment la possibilité de faire de la COU à base de lévonorgestrel seul un produit disponible sans ordonnance.

CONCLUSION

La contraception d'urgence offre la possibilité de réduire, efficacement et sans danger, le nombre de grossesses non désirées et d'avortements. L'usage efficace de la contraception d'urgence dépend d'une meilleure sensibilisation, à la fois du public et des professionnels de la santé, ainsi que d'un meilleur accès à ce moyen important de prévenir la grossesse. Les fournisseurs de soins peuvent contribuer à un usage adéquat de la contraception d'urgence en discutant avec leurs patientes et en leur offrant d'office une ordonnance de COU qu'elles pourront utiliser au besoin. Les professionnels qui œuvrent à la promotion de la santé des femmes doivent devenir des défenseurs de la contraception d'urgence, aussi bien dans leur milieu qu'à l'échelle nationale.

RECOMMANDATIONS

- 1. Lorsqu'une femme a eu une relation sexuelle non protégée et qu'elle souhaite prévenir la grossesse, elle peut utiliser la contraception orale d'urgence (COU) dans les cinq jours suivant cette relation sexuelle. (II-2A)**
- 2. En l'absence de contre-indications, on peut insérer un stérilet au cuivre dans les sept jours suivant une relation sexuelle non protégée. (III-B)**
- 3. Il faut informer les femmes que la COU au lévonorgestrel seul est plus efficace et entraîne moins d'effets secondaires que la méthode Yuzpe. (I-A)**
- 4. La COU à base de lévonorgestrel seul peut être administrée en une dose double (1,5 mg) ou en deux doses simples (0,75 mg chacune), puisque l'efficacité de ces deux modes d'administration est comparable et que leurs effets secondaires sont les mêmes. (I-A)**
- 5. La COU doit être administrée le plus tôt possible après une relation sexuelle non protégée. (II-2B)**
- 6. Les femmes en âge de procréer devraient se voir offrir d'office une ordonnance de COU qu'elles pourront utiliser au besoin. (I-A)**
- 7. Si la patiente n'a pas commencé ses menstruations dans les 21 jours suivant l'utilisation de la COU, il faut qu'elle passe un test de grossesse. (III-A)**
- 8. Il n'est pas indiqué de faire un examen gynécologique avant d'offrir la COU. (III-A)**

Ce document remplace la Directive clinique de la SOGC N° 92, *Contraception postcoïtale d'urgence*, publiée en juillet 2000.

RÉFÉRENCES

1. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomized controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998;352:428-33.
2. Trussell J, Rodriguez G, Ellertson C. Updated estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Contraception* 1999;59:147-208.
3. Ho PC, Kwan MSW. A prospective randomized comparison of levonorgestrel with the Yuzpe regimen in post-coital contraception. *Hum Reprod* 1993;8:389-92.
4. Fisher WA, Boroditsky R, Bridges ML. The 1998 Canadian contraception study. *Can J Hum Sex* 1999;8(3):161-216.
5. The Alan Guttmacher Institute. Sharing responsibility: women, society and abortion worldwide. New York: AGI; 1999.
6. Henshaw SK. Unintended pregnancy in the United States. *Fam Plann Perspect* 1998;30:24-9, 46.
7. Statistics Canada. Accessed at: <<http://www.statcan.ca/daily/English/today/d030328e.htm>>. April 27, 2003.
8. Woolf SH, Battista RN, Angerson GM, Logan AG, Eel W. Canadian Task Force on the Periodic Health Exam. Ottawa: Canada Communication Group; 1994. p. xxxvii.
9. US Department of Health and Human Services. Food and Drug Administration. Prescription drug products; certain combined oral contraceptives for use as post-coital emergency contraception. *Federal Register* 1997;62:8610-2.
10. Glasier A, Thong KJ, Dewar M, Mackie M, Baird D. Mifepristone (RU486) compared with high-dose estrogen and progestogen for emergency post-coital contraception. *N Engl J Med* 1992;327:1041-4.
11. Ashok PW, Stalder C, Wagaarachchi PT, Flett GM, Melvin L, Templeton A. A randomized study comparing a low dose of mifepristone and the Yuzpe regimen for emergency contraception. *Br J Obstet Gynaecol* 2002;109:553-60.
12. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Comparison of three single doses of mifepristone as emergency contraception: a randomised trial. *Lancet* 1999;353:697-702.
13. Ashok PW, Wagaarachchi PT, Flett GM, Templeton A. Mifepristone as a late post-coital contraceptive. *Hum Reprod* 2001;16(1):72-5.
14. Xiao BL, von Hertzen H, Ahao H, Piaggio G. A randomized double-blind comparison of two single doses of mifepristone for emergency contraception. *Hum Reprod* 2002;17(12):3084-9.
15. Lippes J, Malik T, Tatum HJ. The postcoital copper-T. *Adv Plan Parent* 1976;11:24-9.
16. Zhou LY, Ziao BL. Emergency contraception with Multiload Cu-375 SL IUK: a multicenter clinical trial. *Contraception* 2001;64:107-12.
17. Fasoli M, Parazzini F, Cecchetti G, La Vecchia C. Post-coital contraception: an overview of published studies. *Contraception* 1989;39:459-68.
18. Croxatto HB, Devoto L, Durant M, Ezcurra E, Larrea F, Nagle C, et al. Mechanism of action of hormonal preparations used for emergency contraception: a review of the literature. *Contraception* 2001;63:111-21.
19. Durand M, Cravioto Ma. del Carmen, Raymond EG, Durán-Sánchez O, Cruz-Hinojosa Ma. De la Luz, Castell-Rodríguez A, et al. On the mechanisms of action of short-term levonorgestrel administration in emergency contraception. *Contraception* 2001;64:227-34.
20. Hapangama D, Glaxier AF, Baird DT. The effects of peri-ovulatory administration of levonorgestrel on the menstrual cycle. *Contraception* 2001;63:123-9.
21. Croxatto HB, Fuentealba B, Brache V, Salvatierra AM, Alvarez F, Massai R, et al. Effects of the Yuzpe regimen, given during the follicular phase, on ovarian function. *Contraception* 2002;65:121-8.
22. Marions L, Hultenby K, Lindell I, Sun X, Stabi B, Bemzell Danielsson K. Emergency contraception with mifepristone and levonorgestrel: mechanism of action. *Obstet Gynecol* 2002;100:65-71.

23. Raymond EG, Lovely LP, Chen-Mok M, Seppälä M, Kurman RJ, Lessey BA. Effect of Yuzpe regimen of emergency contraception on markers of endometrial receptivity. *Hum Reprod* 2000;15(11):2351–5.
24. Landgren BM, Johansson E, Aedo AR, Kummur A, Shi Ye. The effect of levonorgestrel administered in large doses at different stages of the cycle on ovarian function and endometrial morphology. *Contraception* 1989;39:275–89.
25. Trussell J, Raymond EG. Statistical evidence about the mechanism of action of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Obstet Gynecol* 1999;93:872–6.
26. Kesseru E, Garmendia F, Westphal N, Parada J. The hormonal and peripheral effects of dl-norgestrel in postcoital contraception. *Contraception* 1974;10:411–24.
27. Trussell J, Rodriguez G, Ellertson C. New estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Contraception* 1998;57:363–9.
28. Trussell J, Ellertson C, Stewart F. The effectiveness of the Yuzpe regimen of postcoital contraception. *Fam Plann Perspect* 1993;9:75–82.
29. Trussell J, Ellertson C, Dorflinger L. Effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception by cycle day of intercourse: implications for mechanism of action. *Contraception* 2003;67:167–71.
30. Trussell J, Ellertson C, von Hertzen H, Bigrigg A, Webb A, Evans M, et al. Estimating the effectiveness of emergency contraceptive pills. *Contraception* 2003;67:259–65.
31. Ellertson C, Webb A, Blanchard K, Bigrigg A, Haskell S, Shochet T, et al. Modifying the Yuzpe regimen of emergency contraception: a multicenter randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2003;101:1160–7.
32. von Hertzen H, Piaggio G, Ding J, Chen J, Song S, Bartfai G, et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *Lancet* 2002;360:1803–10.
33. Arowojolu AO, Okewole IA, Adekunle AO. Comparative evaluation of the effectiveness and safety of two regimens of levonorgestrel for emergency contraception in Nigerians. *Contraception* 2002;66:269–73.
34. Rodrigues I, Grou F, Joly J. Effectiveness of emergency contraceptive pills between 72 and 120 hours after unprotected intercourse. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:531–7.
35. Ellertson C, Evans M, Ferden S, Leadbetter C, Spears A, Johnstone K, et al. Extending the time limit for starting the Yuzpe regimen of emergency contraception to 120 hours. *Obstet Gynecol* 2003;101:1168–71.
36. Piaggio G, von Hertzen H, Grimes DA, Van Look PFA. Timing of emergency contraception with levonorgestrel and the Yuzpe regimen. *Lancet* 1999;353:721.
37. United Nations Development Programme/United Nations Population Fund/World Health Organizations/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction, Task Force on Post-Ovulatory Methods for Fertility Regulation. Efficacy and side effects of immediate postcoital levonorgestrel used repeatedly for contraception. *Contraception* 2000;61:303–8.
38. Trussell J, Ellertson C. Efficacy of emergency contraception. *Fertil Cont Rev* 1995;4:8–11.
39. Espinos JJ, Rodriguez-Espinosa J, Senosiain R, Aura M, Vanrell C, Gispert M, et al. The role of matching menstrual data with hormonal measurements in evaluating effectiveness of postcoital contraception. *Contraception* 1999;60:215–20.
40. Wilcox A, Dundon D, Weinberg C, Trussell J, Baird DD. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception* 2001;63:211–5.
41. Stirling A, Glasier A. Estimating the efficacy of emergency contraception – how reliable are the data? *Contraception* 2002;66:19–22.
42. Shelton JD. Repeat emergency contraception: facing our fears. *Contraception* 2002;66:15–7.
43. Bracken MB. Oral contraception and congenital malformations in offspring: a review and meta-analysis of the prospective studies. *Obstet Gynecol* 1990;76:552–7.
44. Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use. 2nd ed. Geneva:WHO; 2000.
45. Glasier A. Emergency postcoital contraception. *N Engl J Med* 1997;337:1058–64.
46. Grimes DA, Raymond EG, Scott Jones B. Emergency contraception over-the-counter: the medical and legal imperatives. *Obstet Gynecol* 2001;98:151–5.
47. Vasilakis C, Jick SS, Jick H. The risk of venous thromboembolism in users of postcoital contraceptive pills. *Contraception* 1999;59:79–83.
48. Webb A. How safe is the Yuzpe method of emergency contraception? *Fert Control Rev* 1995;4:16–8.
49. Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Cates W Jr, Stewart G, Guest F, et al. *Contraceptive technology*. 17th ed. New York: Ardent Media Inc.; 1998. p. 851.
50. Sheffer-Mimouni G, Puzner D, Maslovitch S, Lessing JB, Gamzu R. Ectopic pregnancies following emergency levonorgestrel contraception. *Contraception* 2003;67:267–9.
51. Kettle H, Cay S, Brown A, Glasier A. Screening for Chlamydia trachomatis infection is indicated for women under 30 using emergency contraception. *Contraception* 2002;66:251–3.
52. Consortium for Emergency Contraception. Emergency contraceptive pills: medical and service delivery guidelines. The Consortium; 2000.
53. Raymond EG, Creinin MD, Barnhart KT, Lovorn AE, Wountree RW, Trussell J. Meclizine for prevention of nausea associated with use of emergency contraceptive pills: a randomized trial. *Obstet Gynecol* 2000;95:271–7.
54. Ellertson C, Shochet T, Blanchard K, Trussell J. Emergency contraception: a review of the programmatic and social science literature. *Contraception* 2000;61:145–86.
55. Ellertson C, Ambardekar S, Hedley A, Coyaji K, Trussell J, Blanchard K. Emergency contraception: randomized comparison of advance provision and information only. *Obstet Gynecol* 2001;98:570–5.
56. Glasier A, Baird D. The effects of self-administering emergency contraception. *N Engl J Med* 1998;339:1–4.
57. Raine T, Harper C, Leon K, Darney P. Emergency contraception: advance provision in a young, high-risk clinic population. *Obstet Gynecol* 2000;96:1–7.