English on page 363
Résumé en page 363

La contraception d'urgence

DK Katzman, D Taddeo; Société canadienne de pédiatrie, comité de la santé de l'adolescent

Dans le présent document, la contraception d'urgence désigne l'utilisation de médicaments hormonaux pris dans les 72 heures à 120 heures après des relations sexuelles non protégées ou mal protégées afin de prévenir une grossesse involontaire ou non planifiée (1,2). La contraception d'urgence est utilisée depuis plus de 20 ans en Amérique du Nord. Pourtant, une étude américaine (3) a révélé que de nombreuses adolescentes ne connaissent pas l'existence de la contraception d'urgence et ne savent pas comment l'obtenir. Souvent désignés « pilule du lendemain », les contraceptifs d'urgence sont très efficaces pour prévenir une grossesse involontaire ou non planifiée. Il faudrait toutefois éviter le terme « pilule du lendemain » parce qu'il semble indiquer que le comprimé ne peut être utilisé que le lendemain, alors qu'il est démontré que la contraception d'urgence est plus efficace dans les 72 heures à 120 heures après des relations sexuelles non protégées (4,5). Le dispositif intra-utérin de cuivre (DIU-Cu) est une méthode mécanique qui peut être efficace jusqu'à sept jours après des relations sexuelles non protégées, mais il est moins facile à obtenir pour les adolescentes.

LA CONTRACEPTION ORALE D'URGENCE

La contraception d'urgence est offerte sous deux formes au Canada : une méthode qui ne contient que de la progestine, commercialisée sous le nom de Plan B (deux comprimés de 0,75 mg de lévonorgestrel pris simultanément; Paladin Labs Inc, Canada) et une méthode hormonale combinée, ou méthode Yuzpe, administrée sous forme de multiples comprimés anovulants (6,7). La méthode Yuzpe contient un œstrogène synthétique (l'éthinyl estradiol) et une progestine (généralement du lévonorgestrel ou du norgestrel) (1). On sait que le Plan B a moins d'effets secondaires et est plus efficace. C'est donc la méthode privilégiée. Une troisième forme de contraceptif oral contient une antiprogestine (de la mifépristone ou de l'acétate d'ulipristal), mais pour l'instant, elle n'est pas offerte au Canada. La mifépristone est un modulateur des récepteurs de progestérone de première génération approuvée dans de nombreux pays pour déclencher un avortement médical au début du premier trimestre. L'acétate d'ulipristal est un modulateur des récepteurs de progestérone de deuxième génération. Une étude récente (8) portant sur l'utilisation de l'acétate d'ulipristal pour la

contraception d'urgence a démontré qu'elle est hautement efficace et bien tolérée.

On ne connaît toujours pas le mécanisme d'action exact des posologies de contraceptifs d'urgence. Les mécanismes d'action des contraceptifs d'urgence combinés ou ne contenant que de la progestine entraînent la suppression ou le report du pic de l'hormone lutéinisante (9-11), qui retarde ou inhibe l'ovulation (12), perturbe le développement folliculaire (10) ou nuit à la maturation du corps jaune (13). Les deux formes de contraception d'urgence n'ont pas d'effet démontré sur l'implantation ou les événements postovulatoires (12,14), et ils n'interrompent pas une grossesse déjà implantée sur la paroi utérine (2).

D'après les études (15), les contraceptifs d'urgence hormonaux sont très efficaces. Sans intervention, huit femmes sur 100 deviendront enceintes après une seule relation sexuelle non protégée s'étant produite pendant les deux semaines du milieu du cycle menstruel. Les études (7) démontrent que la méthode qui contient seulement de la progestine s'associe à un taux de grossesse plus faible que la méthode hormonale combinée. Les taux de grossesse varient entre 1 % et 3 % chez les femmes qui ont utilisé la méthode qui ne contient que de la progestine (16,17), tandis que des taux de grossesse de 3 % à 7 % s'associent à la méthode hormonale combinée (16,18).

QUI PEUT UTILISER LA CONTRACEPTION ORALE D'URGENCE

Les préadolescentes et les adolescentes qui ont leurs règles et ont eu des relations sexuelles consensuelles ou non consensuelles non protégées peuvent prendre un contraceptif d'urgence (tableau 1). Il n'y a pas de contre-indication absolue à l'utilisation du contraceptif d'urgence combiné ou ne contenant que de la progestine, sauf en cas de grossesse connue (qui rend le contraceptif d'urgence inefficace) ou d'allergie connue à l'un des éléments du produit (19). L'utilisation quotidienne des contraceptifs oraux combinés (COC) est contre-indiquée chez les adolescentes ayant des antécédents de thrombose veineuse profonde, d'embolie pulmonaire ou d'accident vasculaire cérébral, de thrombophilie connue ou de migraines s'accompagnant de symptômes neurologiques. Dans ces situations, il serait prudent de ne choisir qu'un contraceptif d'urgence contenant seulement de la progestine, qui ne

comporte aucuns risques théoriques. On peut offrir d'utiliser un contraceptif d'urgence hormonal combiné lorsque le contraceptif d'urgence qui ne contient que de la progestine n'est pas accessible.

QUAND PRENDRE LA CONTRACEPTION ORALE D'URGENCE

Les contraceptifs d'urgence peuvent être utilisés en tout temps pendant le cycle menstruel. Les deux modes de contraception d'urgence sont plus efficaces lorsqu'ils sont utilisés le plus tôt possible après des relations sexuelles non protégées. Selon des études, l'administration de la méthode ne contenant que de la progestine ou de la méthode hormonale combinée doit avoir lieu dans les 72 heures suivant la relation, mais elle peut tout de même prévenir une grossesse après la fenêtre de 72 heures, jusqu'à 120 heures après une relation sexuelle non protégée (4,5). Si une adolescente consulte après trois jours, on peut ainsi lui administrer le contraceptif d'urgence jusqu'à 120 heures après une relation sexuelle, pourvu de l'informer qu'il est moins susceptible d'être efficace. Un DIU-Cu, s'il est accessible, constitue une meilleure solution (voir ci-dessous).

La dispensation de la contraception d'urgence ne devrait pas dépendre de l'administration de soins de santé complets. Les dispensateurs de soins devraient remettre le contraceptif d'urgence sans exiger de test de grossesse, d'examen vaginal, de test Pap ou de dépistage des infections transmises sexuellement (IST ou VIH), à moins d'une indication à l'effet contraire.

COMMENT PRESCRIRE LA CONTRACEPTION ORALE D'URGENCE

Les contraceptifs d'urgence, notamment la méthode ne contenant que de la progestine, ou Plan B, sont maintenant offerts sans ordonnance au Canada. On peut les obtenir en vente libre auprès du pharmacien. Les dispensateurs de soins devraient tout de même envisager d'en avoir dans leur clinique afin d'éviter les obstacles en vue de se les procurer.

La recommandation actuelle consiste à prendre deux comprimés (contenant chacun 0,75 mg de lévonorgestrel) simultanément, plutôt que la recommandation originale, qui consistait à prendre un premier comprimé, puis le deuxième 12 heures plus tard (5). La prise de deux comprimés simultanément est tout aussi efficace qu'à 12 heures d'intervalle, elle ne provoque pas d'augmentation des effets secondaires et améliore considérablement le respect du traitement.

La posologie hormonale combinée se compose de deux comprimés à forte dose de norgestrel (250 µg) et d'éthinyl estradiol (50 µg) (Ovral, [Wyeth, Canada]), repris 12 heures plus tard. La première dose peut être administrée conjointement avec 50 mg de diméthylhydrinate. Le moment de prendre la deuxième dose est important dans cette posologie. Pour plus de commodité, on peut retarder le ou les premiers comprimés afin que les deux doses soient administrées pendant les heures normales d'éveil de l'adolescente. Si la deuxième dose est oubliée, il faut recommencer tout le traitement.

TABLEAU 1 Situations dans lesquelles on devrait envisager des comprimés contraceptifs d'urgence

- Relations sexuelles non protégées
- Mauvais calcul de la période de fertilité
- Éjaculation sur les organes génitaux
- Coït interrompu
- Bri, fuite ou glissement du condom
- Expulsion d'un dispositif contraceptif intra-utérin ou retrait de ce dispositif en milieu de cycle
- Déplacement du diaphragme ou de la cape cervicale pendant une relation sexuelle
- Utilisation du spermicide seul en milieu de cycle
- Oubli d'au moins un comprimé anovulant pendant la 1^{re} semaine ou de plus de deux comprimés pendant la 2^e ou la 3^e semaine après avoir commencé un emballage de comprimés (33)
- Oubli d'au moins un comprimé ne contenant que de la progestérone ou retard de plus de 3 heures à le prendre
- Retard d'au moins deux semaines à se faire injecter de l'acétate de médroxyprogestérone (Depo-Provera [Pfizer Inc, États-Unis])
- Décollement du timbre contraceptif transdermique pendant au moins 24 heures pendant la 1^{re} semaine ou au moins 72 heures pendant la 2^e ou la 3^e semaine du cycle (33)
- Expulsion ou retrait de l'anneau contraceptif vaginal durant au moins 3 heures pendant la 1^{re} semaine ou au moins 72 heures pendant la 2^e ou la 3^e semaine du cycle (33)
- Maintien de l'anneau vaginal en place pendant plus de cinq semaines consécutives
- Retard d'au moins 24 heures de l'amorce de la contraception hormonale combinée (33)
- Agression sexuelle (chez une adolescente qui n'utilise pas de contraception fiable)
- Utilisation du condom ou du spermicide seul en plus d'une exposition tératogène récente (p. ex., Accutane [Roche, Canada])
- Prescription préalable à toute adolescente qui ne veut pas devenir enceinte et qui risque de se trouver dans l'une des situations précédentes

Les recommandations générales pour les adolescentes qui ont oublié de prendre des contraceptifs hormonaux (COC, Depo-Provera [Pfizer Inc., États-Unis], timbre contraceptif transdermique ou anneau contraceptif vaginal) sont devenues complexes, à la fois pour les dispensateurs de soins et pour les adolescentes. Pour obtenir des recommandations précises, consultez l'opinion de comité de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, intitulée « Oubli de doses de contraceptif hormonal : Nouvelles recommandations » (33).

Lorsque les comprimés de norgestrel et d'éthinyl estradiol ne sont pas accessibles, il a été proposé d'administrer deux doses de quatre ou cinq contraceptifs oraux à faible doses à 12 heures d'intervalle (2,20). Même si les nausées sont beaucoup moins courantes après la prise de lévonorgestrel seul (Plan B), près du quart des femmes déclarent avoir des nausées. Le fabricant ne fait pas de recommandations au sujet de l'administration concomitante de 50 mg de diméthylhydrinate, mais aucune donnée probante ne laisse supposer qu'elle nuise à l'efficacité de la contraception d'urgence.

LES ADOLESCENTES PEUVENT UTILISER CORRECTEMENT LA CONTRACEPTION D'URGENCE

Les études révèlent que les adolescentes peuvent utiliser correctement la méthode ne contenant que de la

progestine, ou Plan B, en vente libre, sans évaluation et conseils médicaux (21-23). Cette méthode est très facile à utiliser et n'exige pas le dépistage clinique recommandé pour les autres méthodes de contraception hormonale. De plus, la surveillance professionnelle n'a aucune répercussion sur l'efficacité ou les effets secondaires de la contraception d'urgence.

LES EFFETS À COURT ET À LONG TERME

Une récente étude (24) auprès d'adolescentes a évalué la tolérabilité du contraceptif d'urgence ne contenant que de la progestine (administré en deux doses) et a démontré que les principaux effets secondaires pendant la première semaine incluaient des céphalées (50 %), de la fatigue (21 %), des nausées (38 %) et des étourdissements (27 %) (16). Néanmoins, cette méthode est mieux tolérée que l'hormone combinée, ou méthode Yuzpe. Chez 62,5 % des participantes, les règles se déclenchaient dans les sept jours entourant la date prévue.

Les nausées et les vomissements sont des effets secondaires fréquents lorsque le contraceptif d'urgence contenant de l'œstrogène est administré sans anti-émétique. On peut administrer l'anti-émétique une heure avant la méthode hormonale combinée pour en accroître l'efficacité. L'administration de l'anti-émétique après l'apparition des nausées n'est pas utile. Les adolescentes qui vomissent moins d'une heure après la contraception d'urgence devraient reprendre la dose. Si elles vomissent plus d'une heure après la prise de leur dose, elles n'ont pas besoin d'en prendre une nouvelle puisque l'absorption a eu lieu et que les nausées ou les vomissements sont susceptibles d'être une conséquence du traitement.

Puisqu'on n'a constaté aucun risque tératogène chez les femmes qui deviennent enceintes alors qu'elles prennent des anovulants à forte dose, il est peu probable que le risque d'anomalie congénitale soit plus élevé chez les bébés nés d'une mère adolescente qui a pris des contraceptifs d'urgence pendant sa grossesse. D'après une récente étude prospective de cohorte (25), il n'y a pas d'association entre l'utilisation de lévonorgestrel, ou Plan B, et le risque de graves malformations congénitales, de complications de la grossesse ou d'issue négative de la grossesse.

Selon les données probantes, l'efficacité des COC est réduite s'ils sont ingérés conjointement avec certains anti-épileptiques, du millepertuis, des médicaments pour traiter le VIH, de la rifampine ou de la griséofulvine (2), laissant supposer un potentiel similaire avec la prise d'un contraceptif d'urgence combiné. Cependant, jusqu'à présent, rien n'indique que l'utilisation concomitante de ces médicaments réduise l'efficacité de la méthode ne contenant que de la progestine.

LA CONTRACEPTION D'URGENCE NON HORMONALE

Le DIU-Cu est une méthode hautement efficace de contraception d'urgence qui peut être utilisée dans les 120 heures suivant une relation sexuelle non protégée ou mal protégée. On peut l'envisager jusqu'à sept jours après

une telle relation chez les femmes qui entretiennent une relation monogame stable et qui sont à faible risque d'ITS. Cependant, il n'est pas toujours offert au cabinet des dispensateurs de soins ou au département d'urgence. Si on croit que le DIU-Cu est la seule solution, il faut exclure la possibilité d'une grossesse déjà en cours. Par conséquent, il faut effectuer un test de grossesse urinaire ou un test sérique de gonadotrophine chorionique humaine. De plus, au moment de l'insertion, il faut prélever des échantillons endocervicaux afin de vérifier la présence de *Chlamydia* ou de gonorrhée. Il faut envisager l'administration d'une prophylaxie antibiotique contre ces deux agents infectieux (20). Le DIU-Cu peut être retiré pendant ou après les règles suivantes. L'efficacité du dispositif intra-utérin au lévonorgestrel n'a pas été évaluée. On ne devrait donc pas l'utiliser comme contraception postcoïtale d'urgence.

L'ACCESSIBILITÉ ET LA CONFIDENTIALITÉ

De nombreuses adolescentes ne connaissent pas l'existence des contraceptifs d'urgence. D'après une étude (3), parmi les 71 % d'adolescentes des quartiers défavorisés des États-Unis qui étaient actives sexuellement, seulement 30 % connaissaient l'existence des contraceptifs d'urgence. Une autre étude (26) a démontré que 76 % des étudiantes des collèges avaient entendu parler des contraceptifs d'urgence et que 13 % les avaient utilisés, mais faisaient preuve d'un manque général de connaissances à leur sujet et d'idées fausses quant à leur sécurité.

Les adolescentes affrontent divers obstacles culturels, financiers, psychologiques et sociaux complexes pour accéder à l'information et aux services relatifs à la contraception d'urgence. Certains de ces obstacles incluent le risque de grossesse perçue par l'adolescente, la motivation à prévenir la grossesse, les connaissances au sujet de la contraception d'urgence (3), la manière et le lieu de l'obtenir, les ressources nécessaires (y compris les ressources financières) pour l'obtenir, les restrictions géographiques (adolescentes de milieu rural plutôt qu'urbain), le manque de connaissances et d'expérience du médecin au sujet de l'utilisation de la contraception d'urgence (27) et l'absence perçue de préparation des pharmaciens à répondre aux besoins de l'adolescente.

La sensibilisation et l'accès facile à la contraception d'urgence n'accroissent pas le taux d'activité sexuelle ou la fréquence de relations sexuelles non protégées chez les adolescentes (28,29). Les dispensateurs de soins et les pharmaciens sont invités à se doter de protocoles écrits afin d'éviter les obstacles à l'obtention de la contraception d'urgence, quelles que soient leurs attitudes et leurs croyances personnelles (30). De tels protocoles seraient aussi particulièrement utiles au moment du triage téléphonique et de la prescription de contraceptifs d'urgence par téléphone, au besoin.

Enfin, les contraceptifs d'urgence doivent être accessibles aux adolescentes de manière à respecter leur droit à la vie privée, y compris leur droit de prendre des décisions responsables et éclairées à l'égard de la prévention

d'une grossesse involontaire. Le fort besoin de confidentialité que ressentent les adolescentes peut les empêcher de demander l'aide d'un dispensateur de soins. Il est donc essentiel que les dispensateurs de soins et les pharmaciens respectent la confidentialité lorsqu'ils remettent des contraceptifs d'urgence.

LES POINTS DE PRATIQUE CLINIQUE

Les conseils préventifs

Les dispensateurs de soins aux adolescents devraient leur fournir des conseils au sujet de la contraception d'urgence pendant les examens de santé périodiques ou aigus, quel que soit leur sexe ou le mode de contraception qu'ils utilisent. Ils devraient tenir compte de l'âge de l'adolescent, de son étape de développement, de son orientation sexuelle, de ses antécédents sexuels, de ses antécédents de maladie chronique et des médicaments qu'il prend (31).

Les conseils au sujet de la contraception d'urgence devraient inclure une description de la méthode, du mécanisme d'action, des indications d'utilisation, de l'efficacité, de la sécurité, des effets secondaires courants, des limites d'utilisation dans le temps et du lieu et de la manière de les obtenir. C'est également l'occasion de discuter des méthodes contraceptives efficaces et des comportements sexuels sécuritaires. Il est important que le dispensateur de soins souligne que la contraception d'urgence vise à prévenir une grossesse involontaire ou non planifiée et ne doit servir qu'en cas d'urgence. Les dispensateurs de soins devraient fournir des conseils sur la contraception d'urgence à toutes les adolescentes traitées pour agression sexuelle et leur offrir de tels contraceptifs.

Les antécédents et l'examen physique

Les adolescentes peuvent consulter expressément pour obtenir un contraceptif d'urgence ou on peut découvrir une indication d'en prescrire pendant la prise d'antécédents habituelle. Quoi qu'il en soit, il faudrait demander à l'adolescente la date et la nature de ses dernières menstruations et le moment où elle a eu des relations sexuelles par rapport à ces menstruations. Il faudrait également lui demander ses antécédents d'utilisation de contraceptifs et de contre-indications aux COC. Pendant l'examen physique, il faudrait évaluer sa tension artérielle. L'examen vaginal est indiqué si les dernières menstruations étaient inhabituelles et si le médecin craint une ITS ou présume que la patiente est enceinte. En cas d'examen vaginal, il faut prélever des échantillons afin de procéder à des cultures de *Chlamydia* et de gonorrhée et effectuer un test Pap, conformément aux recommandations provinciales ou nationales.

Les discussions avec l'adolescente

Après avoir déterminé si l'utilisation d'un contraceptif d'urgence est indiquée, expliquez la méthode à l'adolescente et la possibilité d'échec. Précisez-lui que ses prochaines menstruations pourraient avoir lieu d'avance, à la date prévue ou en retard. Discutez des possibilités qui s'offrent à elle si elle devient enceinte (consultez le document de principes intitulé « La grossesse à l'adolescence » [32]).

Indiquez-lui que si elle prévoit avoir des relations sexuelles avant ses prochaines menstruations, elle devrait utiliser une méthode barrière et un spermicide. Elle peut être à risque de grossesse dans les quelques jours suivant la contraception d'urgence parce que l'un de ses principaux modes de fonctionnement consiste à retarder l'ovulation. Si la patiente emploie un contraceptif d'urgence parce qu'elle a oublié de prendre des anovulants ou qu'elle veut commencer à en utiliser et ne présente pas de contre-indications, elle peut commencer un nouvel emballage d'anovulants le lendemain de la contraception d'urgence. Elle doit toutefois être informée que les contraceptifs d'urgence ne préviennent ni ne traitent les ITS.

Puisque la contraception d'urgence n'est pas efficace à 100 %, le suivi est important. Il faudrait féliciter l'adolescente d'avoir consulté pour obtenir un contraceptif d'urgence et lui conseiller de venir passer un test de grossesse si ses prochaines menstruations ont plus d'une semaine de retard ou sont inhabituelles. De plus, elle devrait consulter de nouveau si les saignements sont abondants ou si elle ressent des douleurs. On peut prévoir un rendez-vous une semaine après la date prévue des prochaines menstruations. C'est l'occasion de conseiller l'adolescente quant à ses choix en matière d'activité sexuelle, de contraception, d'ITS et de relations sexuelles plus sécuritaires. Si elle opte pour les contraceptifs oraux, on peut lui donner des directives au moment de lui remettre des anovulants et des condoms.

RECOMMANDATIONS

- Puisque la contraception d'urgence est un moyen efficace de réduire le risque de grossesse après des relations sexuelles non protégées, les pédiatres, les médecins de famille et les infirmières devraient donner systématiquement des renseignements et des conseils à ce sujet aux adolescents, quel que soit leur sexe ou le mode de contraception qu'ils utilisent. Ils devraient leur en faire part lors des rendez-vous périodiques, au moyen de diverses modalités, y compris les discussions, les affiches et les dépliants. Il faudrait également leur transmettre l'adresse de sites Web et le numéro de lignes directes de renseignements.
- Les pédiatres, les médecins de famille et les infirmières en pratique avancée devraient envisager d'avoir des contraceptifs d'urgence en milieu clinique pour les remettre aux adolescentes vulnérables à une grossesse non désirée.
- Jusqu'à présent, la méthode ne contenant que de la progestine, ou Plan B, est favorisée et recommandée pour les adolescentes parce qu'on en connaît la plus grande efficacité et le moins grand nombre d'effets secondaires. Par conséquent, elle est plus largement acceptée que la méthode combinée.
- La méthode ne contenant que de la progestine, ou Plan B, doit être prise sous forme de deux comprimés (de 0,75 mg de lévonorgestrel) simultanément.

- Les adolescentes devraient également être informées que la méthode ne contenant que de la progestine, ou Plan B, est facile à obtenir sans ordonnance médicale partout au Canada et qu'on peut se la procurer en vente libre auprès d'un pharmacien.

RÉFÉRENCES

1. Glasier A. Emergency postcoital contraception. *N Engl J Med* 1997;337:1058-64.
2. American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence. Emergency contraception. *Pediatrics* 2005;116:1026-35.
3. Cohall AT, Dickerson D, Vaughan R, Cohall R. Inner-city adolescents' awareness of emergency contraception. *J Am Med Womens Assoc* 1998;53:258-61.
4. Rodrigues I, Grou F, Joly J. Effectiveness of emergency contraceptive pills between 72 and 120 hours after unprotected sexual intercourse. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:531-7.
5. von Hertzen H, Piaggio G, Ding J et coll. Low-dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: A WHO multicentre randomised trial. *Lancet* 2002;360:1803-10.
6. Yuzpe AA, Lancet WJ. Ethinylestradiol and dl-norgestrel as a postcoital contraceptive. *Fertil Steril* 1977;28:932-6.
7. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998;352:428-33.
8. Trussell J, Raymond EG. Emergency contraception: A last chance to prevent unintended pregnancy. <<http://ec.princeton.edu/questions/ec-review.pdf>> (consulté le 8 juin 2010).
9. Marions L, Cekan SZ, Bygdeman M, Gemzell-Danielsson K. Effect of emergency contraception with levonorgestrel or mifepristone on ovarian function. *Contraception* 2004;69:373-7.
10. Croxatto HB, Ortiz ME, Müller AL. Mechanisms of action of emergency contraception. *Steroids* 2003;68:1095-8.
11. Okewole IA, Arowojolu AO, Odusoga OL et coll. Effect of single administration of levonorgestrel on the menstrual cycle. *Contraception* 2007;75:372-7.
12. Trussell J, Ellertson C, Dorfinger L. Effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception by cycle day of intercourse: Implications for mechanism of action. *Contraception* 2003;67:161-71.
13. Ling WY, Wrixon W, Acorn T, Wilson E, Collins J. Mode of action of dl-norgestrel and ethinylestradiol combination in postcoital contraception. III. Effect of preovulatory administration following the luteinizing hormone surge on ovarian steroidogenesis. *Fertil Steril* 1983;40:631-6.
14. Ortiz ME, Ortiz RE, Fuentes MA, Parraguez VH, Croxatto HB. Post-coital administration of levonorgestrel does not interfere with post-fertilization events in the new-world monkey *Cebus apella*. *Hum Reprod* 2004;19:1352-6.
15. Trussell J, Stewart F. The effectiveness of postcoital hormonal contraception. *Fam Plann Perspect* 1992;24:262-4.
16. Ellertson C, Shochet T, Blanchard K, Trussell J. Emergency contraception: A review of the programmatic and social science literature. *Contraception* 2000;61:145-86.
17. Novikova N, Weisberg E, Stanczyk FZ, Croxatto HB, Fraser IS. Effectiveness of levonorgestrel emergency contraception given before or after ovulation – a pilot study. *Contraception* 2007;75:112-8.
18. Trussell J, Ellertson C, von Hertzen H et coll. Estimating the effectiveness of emergency contraceptive pills. *Contraception* 2003;67:259-65.
19. Organisation mondiale de la santé, Santé et Recherche génésiques. Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. Troisième édition, 2005. <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9242562661.pdf>> (consulté le 8 juin 2010).
20. Dunn S, Guilbert E, Lefebvre G et coll. Comité de la pratique clinique – gynécologie et Comité des questions sociales et sexuelles, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC). Contraception d'urgence. *J Obstet Gynaecol Can* 2003;25:680-7.
21. Raymond EG, L'Engle KL, Tolley EE, Ricciotti N, Arnold MV, Park S. Comprehension of a prototype emergency contraception package label by female adolescents. *Contraception* 2009;79:199-205.
22. Cremer M, Holland E, Adams B et coll. Adolescent comprehension of emergency contraception in New York City. *Obstet Gynecol* 2009;113:840-4.
23. Raymond EG, Chen PL, Dalebout SM. "Actual use" study of emergency contraceptive pills provided in a simulated over-the-counter manner. *Obstet Gynecol* 2003;102:17-23.
24. Harper CC, Rocca CH, Darney PD, von Hertzen H, Raine TR. Tolerability of levonorgestrel emergency contraception in adolescents. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191:1158-63.
25. Zhang L, Chen J, Wang Y, Ren F, Yu W, Cheng L. Pregnancy outcome after levonorgestrel-only emergency contraception failure: A prospective cohort study. *Hum Reprod* 2009;24:1605-11.
26. Kang HS, Moneyham L. Use of emergency contraceptive pills and condoms by college students: A survey. *Int J Nurs Stud* 2008;45:775-83.
27. Kaiser Family Foundation. National survey of women's health care providers on reproductive health: Emergency contraception. <www.kff.org/womenshealth/loader.cfm?url=/commonspot/security/getfile.cfm&PageID=14303> (consulté le 8 juin 2010).
28. 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.
29. Gold MA, Wolford JE, Smith KA, Parker AM. The effects of advance provision of emergency contraception on adolescent women's sexual and contraceptive behaviors. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2004;17:87-96.
30. Bennett W, Petraitis C, D'Anella A, Marcella S. Pharmacists' knowledge and the difficulty of obtaining emergency contraception. *Contraception* 2003;68:261-7.
31. Society for Adolescent Medicine. Provision of emergency contraception to adolescents. *J Adolesc Health* 2004;35:66-70.
32. Société canadienne de pédiatrie, comité de la santé de l'adolescent [auteur principal : KM Leslie]. La grossesse à l'adolescence. *Paediatr Child Health* 2006;11:247-50.
33. Guilbert E, Black A, Dunn S et coll. Oubli de doses de contraceptif hormonal : Nouvelles recommandations. *J Obstet Gynaecol Can* 2008;30:1063-77.

COMITÉ DE LA SANTÉ DE L'ADOLESCENT

Membres : Docteurs Franziska Baltzer, L'Hôpital de Montréal pour enfants, Montréal (Québec); April Elliott, Alberta Children's Hospital, Calgary (Alberta); Johanne Harvey, Chicoutimi (Québec); Debra Katzman, The Hospital for Sick Children, Toronto (Ontario); Stan Lipnowski (représentant du conseil), Winnipeg (Manitoba); Jorge Pinzon (président), Alberta Children's Hospital, Calgary (Alberta)

Représentante : Docteure Margo A Lane, Children's Hospital, Winnipeg (Manitoba) (Société canadienne de pédiatrie, section de la santé de l'adolescent)

Conseillère : Docteure Danielle Taddeo, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Montréal (Québec)

Auteurs principales : Docteurs Debra K Katzman, Toronto (Ontario); Danielle Taddeo, Montréal (Québec)

Les recommandations contenues dans le présent document ne sont pas indicatrices d'un seul mode de traitement ou d'intervention. Des variations peuvent convenir, compte tenu de la situation. Tous les documents de principes et les articles de la Société canadienne de pédiatrie sont régulièrement évalués, révisés ou supprimés, au besoin. Consultez la zone « Documents de principes » du site Web de la SCP (www.cps.ca/Francais/publications/Enonces.htm) pour en obtenir la version la plus à jour.