

Contraception postcoïtale d'urgence

Ces lignes directrices ont été revues et approuvées par les Comités de pratique clinique — gynécologie, d'éducation publique, et des questions sociales et sexuelles, de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et elles ont reçu l'approbation du Conseil de la SOGC en tant que Déclaration de principe.

AUTEURES PRINCIPALES

Victoria Davis, MD, FRCSC, Toronto, Ont.
Sheila Dunn, MD, CCFP, FCFP, Toronto, Ont.

MEMBRES DU COMITÉ DE PRATIQUE CLINIQUE—GYNÉCOLOGIE

Guylaine Lefebvre (présidente), MD, FRCSC, Ottawa, Ont.
Catherine Allaire, MD, FRCSC, Vancouver, C.-B.
Michel Fortier, MD, FRCSC, Québec, Qc
Barry Gilliland, MD, FRCSC, Saskatoon, Sask.
John F. Jeffrey, MD, FRCSC, Kingston, Ont.
Ward Murdock, MD, FRCSC, Fredericton, N.-B.
George Vilos, MD, FRCSC, London, Ont.

MEMBRES DU COMITÉ D'ÉDUCATION PUBLIQUE

Terry O'Grady (président), MD, FRCSC, St. John's, T.-N.
Sharon Caughey, MD, FRCSC, Ottawa, Ont.
Sandra de la Ronde, MD, FRCSC, Calgary, Alb.
Francine Gaudet, PR, Vancouver, C.-B.
Pierre C. Gosselin, MD, FRCSC, Ste-Foy, Qc

MEMBRES DU COMITÉ DES QUESTIONS SOCIALES ET SEXUELLES

Lorna Grant (présidente), MD, FRCSC, Winnipeg, Man.
Donna Cherniak, MD, FRCSC, Sherbrooke, Qc
Jan Christilaw, MD, FRCSC, White Rock, C.-B.
Catherine Edwards, MD, FRCSC, Sault Ste-Marie, Ont.
Diane Francoeur, MD, FRCSC, Mont-Royal, Qc
Gillian Oliver, MD, FRCSC, Toronto, Ont.
Rajni Saraf-Dhar, MD, FRCSC, Yarmouth, N.-É.
Valerie Turnbull, inf., Winnipeg, Man.

Résumé

Objectif : les grossesses non intentionnelles surviennent pour deux raisons : l'absence d'une méthode contraceptive et l'échec ou l'utilisation fautive d'une méthode. Leur nombre pourrait être réduit de façon importante si on parvenait à mieux informer le public aussi bien que les professionnels sur la contraception d'urgence et à mettre en place des moyens d'en assurer l'accessibilité. Cet article vise à passer en revue la littérature médicale sur la contraception postcoïtale d'urgence, à en préciser l'efficacité et l'innocuité et à élaborer des lignes directrices pour en assurer une accessibilité convenable et efficace.

Méthode : on a fait une recherche sur MEDLINE pour trouver les articles publiés sur le sujet, de 1976 à 1999. La recherche s'est limitée aux articles publiés en anglais et on a d'abord donné la priorité à la recherche originale, puis aux métaanalyses et aux revues d'articles. Les études ont été revues et évaluées pour en déterminer la qualité selon les critères établis par le Groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique (Tableau I).

Résultats : selon plusieurs études du niveau II-3 et une vaste étude du niveau I, la pilule de contraception postcoïtale d'urgence (PCU), utilisant une combinaison d'oestrogène et de

Les directives cliniques font état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de publication de celle-ci et peut 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.

progestatif ou le lévonorgestrel seul, réussit à prévenir, respectivement, 75 et 85 pour cent des grossesses, si les mesures contraceptives sont prises moins de 72 heures après les rapports sexuels non protégés. Une évidence du niveau I confirme que l'utilisation rapide de la PCU hormonale est plus efficace et que les femmes à qui on a donné une ordonnance à l'avance en font l'usage indiqué (c.-à-d. non pas comme un contraceptif habituel). Le régime posologique Yuzpe (100 µg d'éthinylœstradiol et 500 µg de lévonorgestrel, deux doses à douze heures d'intervalle) entraîne un risque important de nausée et de vomissements, mais n'est pas accompagnée d'inconvénients sérieux (I et II-3). Le traitement au lévonorgestrel seul entraîne des nausées et des vomissements bien moins importants que le traitement combinant l'œstrogène à un progestatif (Niveau I). Les PCU hormonales peuvent avoir une certaine efficacité jusqu'à cinq jours après les rapports sexuels (II-3). D'autre part, l'insertion postcoïtale d'un stérilet contraceptif de cuivre (DCIU) produit un taux d'échec de moins d'un pour cent et peut se faire jusqu'à sept jours après le coït (études multiples du niveau II-3).

Conclusion : la contraception d'urgence peut réduire le nombre de grossesses non intentionnelles d'une manière sécuritaire. Les prestataires de soins de santé génésique devraient s'assurer que leurs patientes connaissent les mesures de contraception d'urgence existantes et en assurer l'accessibilité lorsque nécessaire comme pourrait le faire la pratique de prescrire ces contraceptifs pour anticiper le besoin.

INTRODUCTION

On reconnaît généralement que beaucoup de grossesses non intentionnelles se produisent à la suite de rapports sexuels non protégés, de la prise de mesures contraceptives inadéquates ou de l'échec d'une méthode donnée. Plusieurs de ces grossesses peuvent être prévenues par le recours à des méthodes efficaces de contraception postcoïtale ou d'urgence et on peut de même prévenir les conséquences sociales et médicales qui en découlent. L'accessibilité des méthodes de contraception dépend à la fois de l'éducation des prestataires de soins de santé et des patientes, et

on peut sans doute voir à la mise en place de moyens pour faciliter l'accès à la contraception d'urgence d'une manière opportune. La contraception postcoïtale n'est qu'une méthode d'urgence, et non pas une forme habituelle de contraception.

QU'EST-CE QUE LA CONTRACEPTION D'URGENCE ?

Toute méthode de contraception utilisée après des rapports sexuels, mais avant la nidation constitue une contraception d'urgence. Comme elles agissent avant l'implantation, ces méthodes ne sont pas abortives.

TABLEAU 1 ²⁰ ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE L'ÉVIDENCE	CLASSIFICATION DES RECOMMANDATIONS
<p>Les recommandations de ces lignes directrices ont été pondérées en utilisant les critères d'évaluation de l'évidence établis par le Rapport du groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique.²⁰</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 ces lignes directrices ont été adaptées de la méthode de classification décrite dans le Rapport du groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique.²⁰</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>

QUELLES SONT LES MÉTHODES ?

Il existe deux types de méthodes acceptées de contraception d'urgence : les méthodes hormonales et l'insertion d'un dispositif contraceptif intra-utérin (DCIU). La plus utilisée au Canada est la Méthode Yuzpe (combinant 100 µg d'éthinylœstradiol et 500 µg de lévonorgestrel, deux doses, à douze heures d'intervalle).² On doit commencer cette méthode moins de 72 heures après les rapports sexuels. Ovral[®] est le produit le plus généralement utilisé parce que deux comprimés équivalent à une dose du traitement. D'autres produits peuvent aussi être utilisés s'ils sont plus facilement accessibles (Tableau II), mais il se peut qu'ils ne fournissent pas une dose exactement équivalente. Au Canada, aucun de ces produits n'a encore été approuvé spécialement comme contraceptif d'urgence.

En 1999, Preven^{MD}, un produit contenant les hormones de la Méthode Yuzpe, a été approuvé au Canada comme contraceptif d'urgence, par ordonnance seulement. À l'origine, les emballages de Preven^{MD} comprenaient un test de grossesse à faire à domicile dans le but d'exclure la possibilité d'une grossesse préexistante. Cette trousse ne fait plus partie des emballages produits récemment, mais on peut encore la trouver dans certains plus anciens. On ne devrait pas donner une PCU à une femme qui soupçonne d'être enceinte (tout simplement parce que cela est inefficace), mais, normalement, il suffit d'examiner les antécédents menstruels pour être en mesure d'exclure la possibilité de grossesse. Il n'y a aucune preuve que la PCU (ou toute autre forme de contraception hormonale) soit tératogène si on la prend durant la grossesse par inadvertance.³

Dans une étude comparative, menée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), on a comparé l'utilisation de 750 µg de lévonorgestrel seul à 500 µg de lévonorgestrel combiné à 100 µg d'éthinylœstradiol. On a conclu que le lévonorgestrel seul avait une efficacité supérieure à la combinaison lévonorgestrel et éthinylœstradiol.⁴ Il faudra mener d'autres études comparatives à grande échelle pour être en mesure de savoir si cette conclusion est valable. Le traitement au lévonorgestrel seul a été approuvé par Santé Canada en février 2000 sous le nom de "Plan B".

Il a été démontré que l'antiprogestatif mifépristone (RU-486) était hautement efficace comme contraceptif postcoïtal,⁵ mais il est peu probable que ce produit sera offert aux Canadiennes dans un avenir rapproché.

D'autres méthodes hormonales suggérée comme contraception d'urgence, telles le danazol ou de fortes doses d'œstrogènes, ont une efficacité douteuse ou un bilan défavorable quant aux effets secondaires.^{6,7} Elles ne comportent aucun avantage sur les autres approches présentées ci-dessus.

Un stérilet contraceptif de cuivre (DCIU) peut être utilisé jusqu'à sept jours après les rapports sexuels pour empêcher la conception chez les femmes pour qui il n'y a pas de contre-indications. On peut le garder en place pour fournir une contraception continue.⁸

MODE D'ACTION

On a suggéré des modes d'action multiples pour expliquer l'efficacité des méthodes hormonales de contraception postcoïtale : suppression ou retard de l'ovulation, altération des stéroïdes ovariens accompagnée de perturbations du corps jaune, et asynchronisme endométrial.^{9,10} Il existe une bonne littérature scientifique sur le mode d'action responsable de l'efficacité du DCIU postcoïtal, mais il faut plus de recherches sur cette question.

EFFICACITÉ

On considère souvent le traitement Yuzpe de contraception d'urgence comme efficace à 97 ou 98 pour cent parce que les études indiquent que deux à trois pour cent des femmes qui l'utilisent après un acte isolé de coït non protégé deviennent enceintes.^{4,6} Cela peut être trompeur pour une femme donnée dans la mesure où ces taux représentent une population de femmes qui sont traitées après des rapports sexuels ayant eu lieu à des moments différents du cycle menstruel et non pas seulement pendant la période de fertilité. Il se peut que le risque d'échec pour une femme qui a des rapports sexuels au moment où elle est le plus fertile soit beaucoup plus élevé. Il serait plus juste de considérer que la Méthode Yuzpe prévient environ 75 pour cent des grossesses qui se seraient produites si on n'avait pas eu recours à la PCU.¹¹ On a établi l'efficacité du traitement au lévonorgestrel à 85 pour cent des grossesses attendues.

Bien qu'on ait démontré l'efficacité de la contraception hormonale postcoïtale quand elle était employée moins de 72 heures après les rapports sexuels, plus le traitement commence rapidement, plus il est efficace. Dans l'étude du Groupe de travail de l'OMS, l'essai contrôlé et randomisé le plus grand au monde, on a constaté que le fait de retarder la prise de la première dose de 12 à 24 heures après les rapports sexuels augmentait les chances de grossesse de jusqu'à 50 pour cent.¹² Ces augmentations des chances s'appliquent aussi bien à la Méthode Yuzpe qu'au traitement au lévonorgestrel. Cette constatation renforce la position qui veut qu'on fournisse des PCU avant que le besoin ne s'en présente pour éviter des retards dans la prise de la première dose. Elle doit encourager le recours à la PCU aussi tôt que possible, sans pour autant en décourager l'utilisation si la première dose est retardée.

L'insertion postcoïtale d'un DCIU est une méthode très efficace de prévention de la grossesse. Dans la revue la plus importante faite sur la question (8 300 insertions postcoïtales de DCIU), le taux d'échec dans toutes les études ne dépassait pas 0,1 pour cent.¹³

INDICATIONS

On doit envisager la possibilité d'une contraception hormonale d'urgence pour toute femme qui désire éviter une grossesse après des rapports sexuels non protégés dans les 72 heures avant la consultation médicale. On doit aussi envisager cette possibilité pour d'autres risques de grossesse à la suite de l'omission de

Marque	Pilules/dose	ÉE* (µg)/dose	LNG** (µg)/dose
Ovral®	2	100	500
Alesse®	5	100	500
Triphasil®	4 jaunes	120	500
Triquilar®	4 jaunes	120	500
Minovral®	4	120	600
*Éthinylestradiol		**Lévonorgestrel	

plusieurs pilules contraceptives, de l'échec d'une méthode de barrière, d'une éjaculation sur la partie externe des organes génitaux ou d'une agression sexuelle. L'allaitement maternel n'est pas une contre-indication à la PCU. Aussi longtemps que la femme n'est pas enceinte, ni le nombre de fois qu'elle a eu des rapports sexuels non protégés, ni le ou les jours du cycle où cela s'est produit ne doivent influencer directement la décision d'avoir recours à la PCU.⁴ La PCU hormonale n'a pas d'effets sur la grossesse existante et il n'y a pas d'indications qu'elle soit tératogène, mais son administration peut prévenir une grossesse non intentionnelle.³ Compte tenu du fait qu'elle connaît un taux d'échec assez important, il n'est pas recommandé d'y avoir recours comme à une méthode de contraception habituelle. Cependant, son usage répété ne pose pas de risques médicaux connus et ne peut servir de raison pour refuser l'accès à ce traitement à une femme. Il existe des indications que la PCU hormonale peut avoir une certaine efficacité après 72 heures, et même jusqu'à cinq jours après les rapports sexuels. Ainsi, on peut en envisager l'usage dans des circonstances où le DCIU est contre-indiqué (Tableau II).¹⁴

Toutes les méthodes contraceptives sont faillibles et des facteurs humains peuvent entraîner un usage imparfait de la méthode de contraception choisie. On a démontré que les femmes à qui on donne une PCU hormonal à l'avance en font une utilisation adéquate (c.-à-d. seulement pour les situations d'urgence et non pas comme contraceptif normal).¹⁵ À l'heure actuelle, la nécessité d'obtenir une ordonnance limite l'accès à la PCU hormonale. Comme l'utilisation rapide de la PCU affecte son efficacité, on devrait envisager la possibilité de donner une ordonnance pour la PCU avant que le besoin ne s'en présente à toutes les femmes en âge de procréer qui n'ont pas été stérilisées. Cela doit être accompagné d'instructions détaillées sur la façon et le moment de l'utilisation.

On peut offrir une insertion d'un DCIU postcoïtal à toute femme pour qui cela n'est pas contre-indiqué jusqu'à sept jours après les rapports sexuels. Bien qu'il n'ait pas été démontré que l'usage à court terme des œstrogènes est lié aux effets dommageables de leur usage à long terme, il peut être préférable d'employer un DCIU postcoïtal pour les rares femmes qui ont des contre-indications marquées aux œstrogènes exogènes (c.-à-d. les

Temps depuis le coït	Méthode
0-3 jours	Méthode Yuzpe ou DCIU
3-5 jours	Méthode Yuzpe* ou DCIU
5-7 jours	DCIU
*évidence d'efficacité limitée	

accidents cérébrovasculaires, l'infarctus du myocarde, les troubles thromboemboliques) d'ici à ce que la pilule de lévonorgestrel soit offerte sur le marché.

CONTRE-INDICATIONS

Il n'existe pas de contre-indications absolues sur l'usage de la contraception hormonale d'urgence en dehors de la grossesse, et ce, uniquement parce qu'elle n'est pas efficace. Selon l'OMS, « il n'y a pas de contre-indications médicales connues pour l'usage de pilules contraceptives d'urgence. »¹⁶ En Grande-Bretagne, sur 13 années d'utilisation du traitement Yuzpe à plus de quatre millions de reprises, il n'y a eu que six incidents dommageables sérieux (trois thromboses veineuses et trois accidents cérébrovasculaires) ; on n'a pu établir un rapport certain entre l'administration d'une PCU hormonale et l'accident pour aucun d'eux.¹⁷ En raison de la courte durée d'emploi de la PCU, le risque hypothétique d'incidents dommageables liés à l'usage de pilules contraceptives orales a peu de chances d'être comparable. On n'a constaté aucune augmentation importante du risque de thrombose veineuse à la suite de l'utilisation d'une PCU hormonale combinée.¹⁸ À cet égard, la grossesse elle-même comporte un bien plus grand risque. Les risques théoriques liés aux œstrogènes ne s'appliquent pas au traitement au lévonorgestrel.

Si on décide que le DCIU est la méthode qui convient le mieux, on doit s'assurer d'exclure les femmes pour qui cela est contre-indiqué : antécédents récents de maladie inflammatoire du pelvis, partenaires multiples, surtout pendant la période d'exposition en question. Au moment de l'insertion, on doit prélever des cultures endocervicales et envisager la possibilité de prescrire des antibiotiques pour réduire le risque de déclencher une infection du pelvis.

ÉVALUATION

Très peu d'exams sont nécessaires, si ce n'est de savoir quand ont eu lieu les dernières règles et s'il y a eu des rapports sexuels non protégés durant ce cycle, de façon à décider s'il y a possibilité de grossesse déjà établie. Il est rarement nécessaire de pratiquer un test de grossesse pour en éliminer la possibilité.

Quand une femme se présente pour une contraception d'urgence, les prestataires de soins doivent en profiter pour parler avec elle de questions plus larges sur la santé sexuelle, comme,

par exemple, pour savoir s'il y a eu coercition, des risques d'infections transmises sexuellement et si la femme a besoin d'une protection contraceptive continue. Les femmes devraient être mises au courant des possibilités d'effets indésirables et averties que la PCU hormonale ne les protège pas en cas de rapports sexuels non protégés après le traitement. Une méthode de barrière, telle que les condoms, peut être employée pour le reste du cycle et on peut ensuite adopter une nouvelle méthode au commencement du cycle suivant si la femme le souhaite.

SUIVI

Les femmes doivent être informées qu'elles devraient passer un test de grossesse si elles n'ont pas eu de pertes menstruelles 21 jours après le traitement. Si cela n'a pas été fait lors de la visite initiale, on doit prendre des mesures pour encourager la prise d'un contraceptif continu. Le cas échéant, une ou deux semaines après le contact non protégé, il faudrait administrer un test pour les infections transmises sexuellement.

EFFETS SECONDAIRES

Les principaux effets secondaires des méthodes hormonales de contraception d'urgence sont de nature gastro-intestinale. Le traitement Yuzpe entraîne des nausées chez jusqu'à 50 pour cent des patientes et jusqu'à 19 pour cent d'entre elles ont des vomissements.⁴ On peut réduire les nausées en prenant chaque dose en mangeant et en l'accompagnant de médicaments antiémétiques (comme 50 mg de dimenhydrinate) une demi-heure avant de prendre la dose. Comme les pilules sont complètement absorbées en moins d'une heure, il n'est pas nécessaire de fournir des doses de remplacement si les vomissements se produisent après ce temps.¹⁹ La tolérance du traitement au lévonorgestrel est meilleure d'une manière appréciable : le taux de nausées est de 23 pour cent et de vomissements, de 6 pour cent.⁴ Parmi les autres effets secondaires moins fréquents, qui accompagnent le traitement Yuzpe aussi bien que le traitement au lévonorgestrel, on compte les maux de tête, les ballonnements et les crampes utérines. Il arrive que certaines femmes connaissent des saignements légers, mais la majorité des femmes ont leurs règles à temps ou même un peu plus tôt.⁵

Les complications possibles résultant d'un DCIU postcoïtal sont les crampes, les saignements, les infections, la perforation et l'expulsion.

ACCÈS

Du point de vue de la santé publique, on peut considérer la promotion de la contraception d'urgence comme une question de prévention primaire des grossesses non intentionnelles qui constituent un problème grave. On peut faire des progrès dans ce domaine en s'assurant que les femmes qui risquent d'avoir des grossesses non voulues et leurs partenaires connaissent les possibilités offertes par la PCU avant d'en avoir besoin et qu'elles peuvent y avoir accès quand elles en ont besoin. On peut en améliorer l'accès en donnant une ordonnance avant que le besoin

ne se présente et en l'accompagnant des instructions nécessaires. Une autre possibilité, qu'appuient la SOGC et d'autres organismes médicaux importants, consisterait à permettre aux pharmaciens de distribuer les PCU hormonales sans ordonnance, après s'être assurés que les utilisatrices pourront obtenir le counseling nécessaire auprès d'un professionnel de la santé si leurs règles ne se produisent pas à temps et, d'une façon générale, pour améliorer leurs soins de santé sexuelle de façon continue.

CONCLUSION

La contraception d'urgence offre une façon sécuritaire et efficace de réduire le nombre de grossesses non intentionnelles et d'avortements. L'utilisation efficace des PCU dépend d'une sensibilisation accrue à la fois du public et des professionnels de la santé et d'une amélioration des voies d'accès à cette importante intervention thérapeutique. Les prestataires de soins de santé peuvent encourager leurs patientes à faire une bonne utilisation des PCU en en parlant avec elles et en leur fournissant une ordonnance pour la PCU avant que le besoin ne s'en présente. Toutes les personnes qui travaillent à la promotion de la santé des femmes doivent se faire les défenseurs de la contraception d'urgence, au niveau local et national.

J Soc Obstet Gynaecol Can 2000;22(7):549-54

RÉFÉRENCES

1. Woolf SH, Battista RN, Angerson GM, Logan AG, EEL W. Groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique. Ottawa: Canada Communication Group, 1994:xxxvii.
2. Yuzpe AA, Lancelotti WJ. Ethinyl estradiol and di-norgestrel as a postcoital contraceptive. *Fertil Steril* 1977;28(9):932-6.
3. Bracken MB. Oral contraception and congenital malformations in offspring: a review and meta-analysis of the prospective studies. *Obstet Gynecol* 1990;76:552-7.
4. 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.
5. Glasier A, Thong KJ, et al. Mifepristone (RU 486) compared with high dose estrogen and progestogen for emergency postcoital contraception. *N Engl J Med* 1992;327:1041-4.
6. Webb AMC, Russell J, Elstein M. Comparison of Yuzpe regimen, danazol, and mifepristone (RU486) in oral postcoital contraception. *BMJ* 1992;305:927-31.
7. Dixon GW, et al. Ethinyl estradiol and conjugated estrogens as postcoital contraceptives. *J Am Med Assoc* 1980;244(12):1336-9.
8. Lippes J, Malik T, Tatum HJ. The postcoital copper-T. *Adv Plann Parent* 1976;11:24-9.
9. Ling WJ, Wrixon W, et al. Mode of action of di-norgestrel and ethinyl estradiol combination in postcoital contraception: II. Effect of post-ovulatory administration on ovarian function and endometrium. *Fertil Steril* 1983;39:292-7.
10. Swahn M-L, Westlund P, et al. Effect of postcoital contraceptive methods on the endometrium and the menstrual cycle. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1996;75:738-44.
11. Trussell J, Rodriguez G, Ellertson C. Updated estimates of the effectiveness of the Yuzpe Regimen of emergency contraception. *Contraception*

-
- 1999;59:147-51.
 12. Piaggio G, von Hertzen H, Grimes DA, Van Look PFA. Timing of emergency contraception with levonorgestrel or the Yuzpe regimen. *Lancet* 1999;353:721.
 13. Trussell J, Ellertson C. Efficacy of emergency contraception. *Fertil Control Rev* 1995;4:8-11.
 14. Grou F, Rodrigues I. The morning-after pill: how long after? *Am J Obstet Gynecol* 1994;171:1529-34.
 15. Glazier A, Baird D. The effects of self-administering emergency contraception. *N Engl J Med* 1998;339:1-4.
 16. Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use. Geneva: World Health Organization, 1996:pp.31-3. (WHO/FRH/FPP/96.9.)
 17. Glazier, A. Emergency Postcoital Contraception. *N Eng J Med* 1997;337(15):1058-64.
 18. Vasilakis C, Jick SS, Jick H. The risk of venous thromboembolism in users of postcoital contraceptive pills. *Contraception* 1999;59:79-83.
 19. The Canadian Consensus Conference on Contraception. *J Soc Obstet Gynaecol Can* 1998;20(7):35-6.
 20. Woolf SH, Battista RN, Angerson GM, Logan AG, EEL W. Groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique. Ottawa: Groupe Communication Canada, 1994:xxxvii.