

ÉTAT DES CONNAISSANCES

Usage de l'acétate d'ulipristal ou du lévonorgestrel pour la contraception orale d'urgence

Annexes complémentaires

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et de la pertinence
des modes d'intervention en santé

Le présent document contient les annexes complémentaires au rapport Usage de l'acétate d'ulipristal ou du lévonorgestrel pour la contraception orale d'urgence.

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Ces annexes et le rapport final sont accessibles en ligne dans la section *Publications* de notre site *Web*.

Renseignements

Institut national d'excellence en santé et
en services sociaux (INESSS)

2535, boulevard Laurier, 5e étage

Québec (Québec) G1V 4M3

Téléphone : 418 643-1339

Télécopieur : 418 646-8349

2021, avenue Union, bureau 1200

Montréal (Québec) H3A 2S9

Téléphone : 514 873-2563

Télécopieur : 514 873-1369

inesss@inesss.qc.ca

www.inesss.qc.ca

Responsabilité

L'Institut rend accessibles les principales informations qui ont servi à la préparation du rapport Usage de l'acétate d'ulipristal ou du lévonorgestrel pour la contraception orale d'urgence aux lecteurs qui désirent plus de détails sur sa démarche scientifique.

Ce document n'a pas fait l'objet d'une révision linguistique. Il ne reflète pas forcément les opinions des autres personnes consultées aux fins du présent dossier.

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXE A

Stratégie de repérage d'information scientifique.....	1
---	---

ANNEXE B

Critères d'appréciation de la qualité de la preuve scientifique.....	8
--	---

ANNEXE C

Sélection des études.....	11
---------------------------	----

ANNEXE D

Listes des documents retenus et exclus	12
--	----

ANNEXE E

Évaluation de la qualité méthodologique des documents.....	19
--	----

ANNEXE F

Tableaux d'appréciation de la qualité de la preuve scientifique	25
---	----

ANNEXE G

Tableau d'extraction des documents contenant des recommandations.....	33
---	----

ANNEXE H

Critères de recevabilité - Contraception orale d'urgence.....	82
---	----

ANNEXE I

Monographies.....	87
-------------------	----

ANNEXE J

Commentaires des lecteurs externes et réponse de l'équipe projet.....	92
---	----

LISTE DES TABLEAUX

Tableau B1	Formulaire d'appréciation de la qualité des données scientifiques..	8
Tableau D1	Liste des articles scientifiques retenus dans la revue systématique	12
Tableau D2	Liste des guides de pratique clinique retenus dans la revue systématique	14
Tableau D3	Liste des articles scientifiques exclues dans la revue systématique	14
Tableau D4	Liste des guides de pratique clinique exclus dans la revue systématique	16
Tableau E1	Évaluation AGREE II pour les GPC retenus	19
Tableau E2	Résumé de l'évaluation AGREE II pour les GPC retenu	21
Tableau E3	Évaluation R-AMSTAR pour les revues systématiques retenues	22
Tableau E4	Évaluation des articles scientifiques avec l'outil d'évaluation critique d'une étude analytique de Agence de la santé publique du Canada	23
Tableau F1	Appréciation du niveau de preuve scientifique concernant l'efficacité des COU en fonction du délai entre le traitement et la RSNP	25
Tableau F2	Appréciation du niveau de preuve scientifique concernant l'efficacité des COU en fonction de la phase du cycle menstruel au moment du traitement	27
Tableau F4	Appréciation du niveau de preuve scientifique concernant l'efficacité de l'UPA lors de l'initiation ou de la reprise d'une contraception hormonale (CH)	31
Tableau F5	Appréciation du niveau de preuve scientifique concernant l'innocuité des COU	32
Tableau G1	Extraction des documents contenant des recommandations	33
Tableau I1	Extraction des caractéristiques du lévonorgestrel (Plan B ^{MD}) et de l'acétate d'uliprisal (Ella ^{MD}) à partir des monographies	87

LISTE DES FIGURES

Figure C1	Diagramme de flux	11
-----------	-------------------	----

ANNEXE A

Stratégie de repérage d'information scientifique

Bases de données bibliographiques

PubMed (NLM) Date du repérage : septembre 2019 Limites : 2014- (#14) ; anglais, français Dernière mise à jour :	
#1	CDB 2914[tiab] OR CDB-2914[tiab] OR levonorgestrel OR LNG[tiab] OR norgestrel OR ulipristal OR UPA[tiab]
#2	Guideline[pt] OR Practice Guideline[pt] OR Guidelines as Topic[mh:noexp] OR Practice Guidelines as Topic[mh] OR Health Planning Guidelines[mh] OR Algorithms[mh] OR Clinical Conference[pt] OR Consensus[mh] OR Consensus Development Conference, NIH[pt] OR Consensus Development Conference[pt] OR Consensus Development Conferences, NIH as topic[mh] OR Consensus Development Conferences as Topic[mh] OR Critical Pathways[mh] OR Clinical Protocols[mh]
#3	guideline*[tiab] OR guide line*[tiab] OR guidance*[tiab] OR practical guide*[tiab] OR CPG[tiab] OR CPGs[tiab] OR algorithm*[tiab] OR best practice*[tiab] OR (best[ti] AND practice*[ti]) OR evidence base*[tiab] OR evidence report*[tiab] OR evidence syntheses*[tiab] OR research evidence*[tiab] OR practice based evidence[tiab] OR best evidence[tiab] OR clinical path[tiab] OR clinical paths[tiab] OR clinical pathway*[tiab] OR clinical protocol*[tiab] OR committee opinion*[tiab] OR consensus[tiab] OR critical pathway*[tiab] OR policy statement*[tiab] OR position statement*[tiab] OR practice parameter*[tiab] OR practice pathway*[tiab] OR practice protocol*[tiab] OR recommendation*[tiab] OR standard*[ti] OR standard of care[tiab] OR standards of care[tiab] OR standard care*[tiab] OR gold standard*[tiab] OR practice standard*[tiab] OR standard practice*[tiab] OR standard of practice*[tiab]
#4	Case Reports[pt] OR Comment[pt] OR Editorial[pt] OR Letter[pt]
#5	case report*[ti] OR comment*[ti] OR reply[ti] OR replies[ti] OR editorial*[ti] OR letter*[ti]
#6	(#2 OR #3) NOT (#4 OR #5)
#7	#1 AND #6
#8	Contraception, Postcoital[mh] OR Contraceptives, Oral[mh] OR Contraceptives, Postcoital[mh] OR Contraceptives, Postcoital[Pharmacological Action]
#9	#8 AND #6
#10	#7 OR #9
#11	(emergency[tiab] AND contracepti*[tiab]) OR after-sex[ti] OR morning after[ti] OR postcoital[ti]
#12	#11 AND #1
#13	animals[mh:noexp] NOT (humans[mh:noexp] AND animals[mh:noexp])
#14	#10 NOT #13
#15	#12 NOT #13
#16	#14 OR #15

Embase (Ovid) Date du repérage : septembre 2019 Limites : 2014- (13) ; anglais, français Dernière mise à jour :	
1	(CDB 2914 OR CDB-2914 OR UPA OR LNG).ti,ab. OR (levonorgestrel OR norgestrel OR ulipristal).mp.
2	exp practice guideline/ OR health care planning/ OR algorithm/ OR consensus/ OR consensus development/ OR clinical pathway/ OR clinical protocol/
3	(guideline* OR guide line* OR guidance* OR practical guide* OR CPG OR CPGs OR algorithm* OR best evidence OR (best ADJ3 practice*) OR clinical path OR clinical paths OR (clinical ADJ3 pathway*) OR clinical protocol* OR committee opinion* OR consensus OR (critical ADJ3 pathway*) OR policy statement* OR position statement* OR practice parameter* OR practice pathway* OR practice protocol* OR recommendation* OR standard of care OR standards of care OR standard care* OR gold standard* OR practice standard*).ti,ab. OR standard*.ti.

4	case report/ OR editorial/ OR letter/
5	(2 OR 3) NOT 4
6	1 AND 5
7	Emergency Contraception/ OR Oral Contraceptive Agent/ OR Postcoitus Contraceptive Agent/
8	7 AND 5
9	6 OR 8
10	((emergency AND contracepti*).ti,ab. OR (after-sex OR morning after OR postcoital).ti.)
11	10 AND 1
12	(exp Animal/ OR Nonhuman/) NOT exp Human/
13	9 NOT 12
14	11 NOT 12
15	13 OR 14

EBM Reviews (Ovid) : Cochrane Database of Systematic Reviews; Database of Abstracts of Reviews of Effects; Health Technology Assessment; NHS Economic Evaluation Database Date du repérage : septembre 2019 Limites : 2014- (8)	
1	(CDB 2014 OR CDB-2014 OR UPA OR LNG OR levonorgestrel OR norgestrel OR ulipristal).mp.
2	(CPG OR CPGs OR algorithm* OR best evidence OR (best ADJ3 practice*) OR clinical conference OR clinical path OR clinical paths OR (clinical ADJ3 pathway*) OR clinical protocol* OR committee opinion* OR consensus OR (critical ADJ3 pathway*) OR evidence base* OR evidence report* OR evidence syntheses* OR guidance* OR guide line* OR guideline* OR policy statement* OR position statement* OR practical guide* OR practice based evidence OR practice parameter* OR practice pathway* OR practice protocol* OR recommendation* OR research evidence* OR standard of care OR standard of practice* OR standards of care OR standard care* OR standard practice* OR gold standard* OR practice standard*).mp. OR standard*.ti.
3	(case report* comment OR editorial OR letter OR reply OR replies).ti.
4	2 NOT 3
5	1 AND 4
6	(emergency contracepti* OR oral contracepti* OR postcoitus contracepti* OR postcoital contracepti*).mp.
7	6 AND 4
8	5 OR 7
9	((emergency AND contracepti*) OR after-sex OR morning after OR postcoital).mp.
10	9 AND 1
11	8 OR 10

Sites Web, registres d'essais cliniques, moteurs de recherche et autres bases de données

Date de la consultation : septembre 2019

Limites : 2005; anglais et français

HAS

https://www.has-sante.fr/jcms/c_1754842/fr/contraception-d-urgence

https://www.has-sante.fr/jcms/c_1759990/fr/contraception-d-urgence-dispensation-en-officine

https://www.has-sante.fr/jcms/c_1543129/fr/contraception-d-urgence-prescription-et-delivrance-a-l-avance

https://www.has-sante.fr/jcms/c_1121328/fr/mise-a-disposition-a-l-avance-de-la-contraception-d-urgence-note-de-cadrage

https://www.has-sante.fr/jcms/c_1720982/fr/contraception-hormonale-orale-dispensation-en-officine

https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes

https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752542/fr/contraception-chez-la-femme-adulte-et-de-l-adolescente-en-age-de-procreer-hors-post-partum-et-post-ivg

https://www.has-sante.fr/jcms/c_1753312/fr/contraception-chez-la-femme-apres-une-interruption-volontaire-de-grossesse-ivg

INAHTA

[Implantable Contraceptives Other Forms Reversible Contraceptives](#)

[Interventions Improve Easy Access Hormonal Contraceptives Women Age 20 to 24 Years Old](#)

NICE

[Guidance/cg30](#)

[Guidance/qs129](#)

[Guidance/ng140](#)

[Advice/esnm41](#)

[Guidance/ph51](#)

WHO

[Medical Eligibility](#)

[Preventing Early Pregnancy](#)

[Self-Care](#)

ACMTS

[L'ulipristal-comparativement-au-levonorgestrel-dans-la-contraception-durgence-efficacite-clinique](#)

[L'ulipristal-comparativement-au-levonorgestrel-dans-la-contraception-durgence-rapport-coutefficacite](#)

[Efficacite-clinique-et-rentabilite-de-lulipristal-dans-la-contraception-durgence-et-lignes-directrices](#)

[Libération de Lévonorgestrel](#)

[Copper-intra-uterine-devices-contraceptive-adult-women-review-clinical-effectiveness-and-safety](#)

[Ulipristal-acetate](#)

[Acetate-d'ulipristal](#) (février 2018)

[Acetate-d'ulipristal](#) (août 2019)

Thèses Canada

[Two regimens](#)

[Young women's attitude](#)

[Deregulation of Emergency Contraception](#)

[Objections to Emergency Contraception by Physicians & Pharmacists](#)

[Accessibility of plan BRTM in Ontario](#)

Autres sites Web consultés manuellement

AAP : American Academy of Pediatrics : <https://www.aap.org/en-us/Pages/Default.aspx>

ACNM : American College of Nurse-Midwives : <https://www.midwife.org/>

ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologists : <https://www.acog.org/>

AGOS : American Gynecological & Obstetrical Society : <https://agosonline.org/>

AMWA : American Medical Women's Association : <https://www.amwa-doc.org/>

AOGOI : Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani : <https://www.aogoi.it/>

AOGQ : Association des obstétriciens et gynécologues du Québec :
<http://www.gynecoquebec.com/accueil.html>

APGO : Association of Professors of Gynecology and Obstetrics : <https://www.apgo.org/>

ASRM : American Society for Reproductive Medicine : <https://www.asrm.org/?vs=1>

ASRM : American Society for Reproductive Health : <https://www.asrm.org/?vs=1>

AWHONN : Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses :
<https://www.awhonn.org/>

BASHH : British Association for Sexual Health and HIV : <https://www.bashh.org/about-bashh/publications/>

Bedsider : Emergency contraception :
https://www.bedsider.org/methods/emergency_contraception#details_tab

CADTH : Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health :
<https://www.cadth.ca/fr>

Canadian Pharmacist's Letter : <https://ca-pharmacist.therapeuticresearch.com/Home/PLC>

CAOG : Central Association of Obstetricians and Gynecologists : <http://www.caog.org/>

CDC : Centers for Disease Control and Prevention :
<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/rr/pdfs/rr6504.pdf>

CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français : <http://www.cngof.fr/>

EBCOG : European Board & College of Obstetrics and Gynaecology : <https://www.ebcog.org/>

ECEC : European Consortium for Emergency Contraception : <http://www.ec-ec.org/resources/publications/#guidelines>

EMA : European Medicines Agency : <https://www.ema.europa.eu/en>

ESC : European Society of Contraception and Reproductive Health : <https://escrh.eu/>

ESHRE : European Society of Human Reproduction and Embryology : <https://www.eshre.eu/>

ESSM : European Society for Sexual Medicine : <https://www.essm.org/>

FCI : Family Care International : <https://www.healthynewbornnetwork.org/resources/>

Febrasgo : Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia : <https://www.febrasgo.org.br/pt/>

FHI360 : Family Health International : <https://www.fhi360.org/>

FIAPAC : International Federation of Professional Abortion and Contraception Associates : <https://www.fiapac.org/en/infobox/downloads/>

FIGIJ : International Federation of Infant and Juvenile Gynecology : <http://www.figij.org/>

FIGO : International Federation of Gynecology & Obstetrics : <https://www.figo.org/>

FSRH : Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare : <https://www.fsrh.org/home/>

G-I-N : Guidelines International Network : <https://g-i-n.net/>

GGOLFB : Groupe de gynécologues et obstétriciens de la langue française Belgique : <https://www.ggolfb.be/fr>

GRSSGO : Groupement Romand de la Société Suisse de gynécologie et obstétrique : <https://grssgo.ch/>

HAS : Haute Autorité de Santé : <https://www.has-sante.fr/>

ICEC : International Consortium for Emergency Contraception : <https://www.cecinfo.org/>

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec : <https://www.inspq.qc.ca/>

ISGE : International Society of Gynecological Endocrinology : <https://isge2020.isgesociety.com/isge/>

ISSM : International Society for Sexual Medicine : <https://professionals.issm.info/page/9/?s=guideline>

JFPRHC : Journal of Family Planning and Reproductive Health Care : <https://srh.bmj.com/collection/journal-family-planning-and-reproductive-health-care>

Loi41.com : <https://www.loi41.com/fr/users/auth/login>

Medicine Today : The Peer Review Journal of Clinical Practice :
<https://medicinetoday.com.au/2018/december/updated-guide-contraception-part-3-permanent-methods-traditional-methods-and-emergency>

NASPAG : North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology :
<https://www.naspag.org/>

NFOG : Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology : <https://nfog.org/>

NFPRHA : National Family Planning and Reproductive Health Association :
<https://www.nationalfamilyplanning.org/>

NICE : National Institute for Health and Care Excellence : <https://www.nice.org.uk/>

OPQ : Ordre des pharmaciens du Québec : <https://www.opq.org/>

PATH : <https://www.path.org/about/>

Postgraduate Medicine (Journal) : Contraception for the Adolescent :
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00325481.1985.11699125>

Princeton University – Office of population research – Emergency contraception :
<https://ec.princeton.edu/>

Profession Santé (Québec Pharmacie) : <http://www.professionsante.ca/>

RACGP : Royal Australian College of General Practitioners :
<https://www.racgp.org.au/clinical-resources/clinical-guidelines/guidelines-by-topic/view-all-guidelines-by-topic>

RANZCOG : Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists : <https://ranzcof.edu.au/>

RCP : Royal College of Physicians : <https://www.rcplondon.ac.uk/>

RCOG : Royal College of Obstetricians and gynaecologists : <https://www.rcog.org.uk/>

RCPSC : Royal College of Physicians and Surgeons of Canada :
<http://www.royalcollege.ca/rcsite/home-e>

SAHM : Society for Adolescent Health and Medicine :
<https://www.adolescenthealth.org/Home.aspx>

SCP : Société canadienne de pédiatrie : <https://www.cps.ca/fr/>

SEGO : Society of Gynecology and Obstetrics : <https://sego.es/>

SFP : Society of Family Planning : <https://www.societyfp.org/home>

SIGO : Societa' Italiana Di Ginecologia Ostetricia : <https://www.sigo.it/>

SMFM : Society of Maternal-fetal Medicine : <https://www.smfm.org/>

SOGC : Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada : <https://www.sogc.org/>

SOMANZ : Society of Obstetric Medicine of Australia and New Zealand :
<https://www.somanz.org/>

SOS Grossesse : <https://sosgrossesse.ca/fr>

SRI : Society for Reproductive Investigation : <https://www.sri-online.org/>

SWHR : Society for Women's Health Research : <https://swhr.org/>

TRP : Training resource package – Family planning : <https://www.fptraining.org/>

U.E.M.S : Union Européenne des médecins spécialistes : <https://www.uems.eu/media-and-library/gallery>

WHO : World Health Organization :
https://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/ec/en/

ANNEXE B

Critères d'appréciation de la qualité de la preuve scientifique

Les quatre critères d'appréciation suivants ont été établis pour juger de la qualité des énoncés de preuve scientifique. Chacun de ces critères est associé à des dimensions permettant de mieux circonscrire leur évaluation selon l'échelle proposée (tableau B-1).

Limites méthodologiques des études

Le critère des limites méthodologiques des études juge du niveau selon lequel les données des études incluses dans la synthèse de la littérature pour établir les données de l'effet d'une intervention sur un résultat d'intérêt sont exemptes de biais associés au plan (devis) et à la conduite de ces études. L'appréciation de ce critère s'effectue en considérant les dimensions suivantes :

- La **quantité d'études** incluses dans la revue systématique de la littérature pour chaque question d'évaluation. Si la revue systématique est basée sur la revue des études de synthèses (revues systématiques avec ou sans méta-analyse), le nombre d'études primaires incluses dans ces synthèses sera considéré.
- Le **plan d'étude optimal** pour répondre à la question d'évaluation associée au résultat d'intérêt. Selon l'objet de la prise de décision au niveau de la gouverne ou au niveau clinique, une question clinique ou décisionnelle peut être répondue en analysant des résultats issus de différentes sortes de plan d'études ; il peut s'agir d'études quantitatives comparatives ou non comparatives, des études qualitatives ou des études mixtes. Pour la détermination du plan d'étude optimal, voir le tableau B-2.
- Les **risques de biais** incluant l'évaluation de la **qualité méthodologique des études**. Ce critère permet de juger de l'adéquation : 1) du processus adopté pour mener les études selon le plan envisagé et des mesures prises par éliminer les biais potentiels ; et 2) des méthodes de mesure des résultats d'intérêt. L'évaluation du risque de biais et de la qualité méthodologique se fera en fonction des outils proposés.
- La **précision** qui renvoie au niveau de certitude de l'estimation de l'effet d'une intervention par rapport à un résultat d'intérêt.

Tableau B1 Formulaire d'appréciation de la qualité des données scientifiques

Critère d'appréciation	Échelles d'appréciation
Qualité méthodologique des études • La quantité d'études incluses dans la synthèse de données.	Qualité très élevée • Au moins une étude ou une synthèse d'études dont les plans sont appropriés pour répondre à la question d'évaluation ou de pratique, de bonne qualité méthodologique avec un faible risque de biais. OU • Plusieurs études ou une synthèse d'études dont les plans sont suffisamment appropriés pour répondre à la

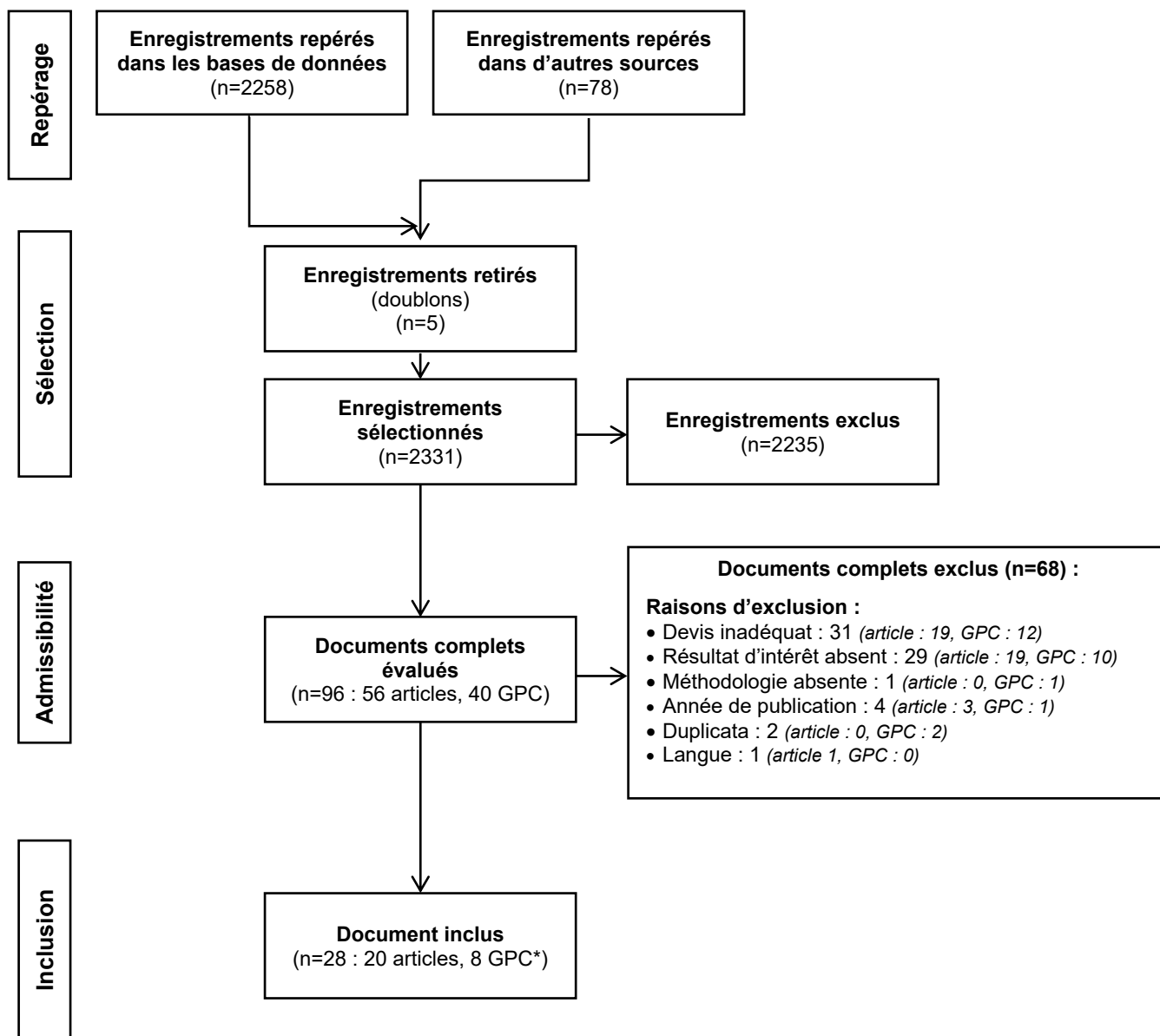
Critère d'appréciation	Échelles d'appréciation
- Le plan d'étude optimal pour répondre à la question d'évaluation. - Le risque de biais/respect des critères méthodologiques. - La précision (taille optimale de l'échantillon et puissance statistique).	question d'évaluation ou de pratique, de bonne qualité méthodologique avec un faible risque de biais. Qualité élevée - Une ou deux études dont les plans sont suffisamment appropriés pour répondre à la question d'évaluation ou de pratique, de bonne qualité méthodologique avec un faible risque de biais. - Une synthèse d'études dont les plans sont peu appropriés pour la question d'évaluation ou clinique, de bonne qualité méthodologique avec un faible risque de biais. Qualité modérée - Plusieurs études ou une synthèse d'études dont les plans sont appropriés à la question d'évaluation ou de pratique, de moyenne qualité méthodologique avec un risque modéré de biais. - Une ou deux études dont les plans sont peu appropriés à la question d'évaluation ou de pratique, de bonne qualité méthodologique avec un risque modéré de biais. Qualité faible - Plusieurs études ou une synthèse d'études dont les plans sont appropriés à la question d'évaluation ou de pratique, de faible qualité méthodologique avec un risque majeur de biais. - Plusieurs études ou une synthèse d'études dont les plans sont suffisamment appropriés à la question d'évaluation ou de pratique, de faible qualité méthodologique avec un risque majeur de biais. - Au moins une étude ou une synthèse d'études dont les plans sont peu appropriés à la question d'évaluation ou de pratique, de faible qualité méthodologique avec un risque majeur de biais.
Cohérence des études - La cohérence dans l'effet de l'intervention, en considérant la comparabilité des populations, des méthodes et des outils de mesure. - La complémentarité et la diversité des méthodes et des mesures	Cohérence très élevée - Toutes les études sont cohérentes. Cohérence élevée - La plupart des études sont cohérentes et l'incohérence peut être expliquée. Cohérence modérée - L'incohérence reflète une véritable incertitude relativement à la question clinique. Cohérence faible - Les études sont incohérentes Sans objet (1 seule étude)

Critère d'appréciation	Échelles d'appréciation
Impact clinique ou organisationnel • L'importance clinique/organisationnelle/sociale de l'effet. • L'atteinte des objectifs d'intervention.	Impact très élevé • L'impact clinique des résultats est très grand. Impact élevé • L'impact clinique des résultats est substantiel ou important. Impact modéré • L'impact clinique des résultats est modéré. Impact faible • L'impact clinique des études est limité ou insuffisant.
La généralisabilité • La similarité entre les populations et les contextes à l'étude et ceux ciblés. • La possibilité d'adaptation de l'intervention.	Généralisabilité/transférabilité très élevée • La population étudiée et le contexte de l'étude sont les mêmes que la population et le contexte ciblés. Par conséquent, les résultats rapportés dans la littérature sont généralisables à la population et au contexte cibles. Généralisabilité/transférabilité élevée • La population étudiée et le contexte de l'étude sont similaires à la population et au contexte ciblés. Par conséquent, les résultats rapportés dans la littérature sont généralisables à la population et au contexte cibles avec quelques mises en garde. Généralisabilité/transférabilité modérée • La population étudiée et le contexte de l'étude diffèrent de la population et du contexte ciblés. Par conséquent, les résultats rapportés dans la littérature ne sont pas directement généralisables à la population et au contexte cibles, mais ils pourraient être appliqués de façon judicieuse à la population et au contexte ciblés. Généralisabilité/transférabilité faible • La population étudiée et le contexte de l'étude diffèrent de la population et du contexte ciblés. Par conséquent, les résultats rapportés dans la littérature ne sont pas directement généralisables à la population et au contexte cibles; il est difficile de juger s'il est judicieux de les appliquer à la population ciblée.

ANNEXE C

Sélection des études

Figure C1 Diagramme de flux



* Bien que la qualité méthodologique des recommandations du protocole de contraception du Québec [Guilbert *et al.*, 2018] n'ait pas pu être évaluée, ce document a été retenu pour sa valeur contextuelle.

ANNEXE D

Listes des documents retenus et exclus

Tableau D1 Liste des articles scientifiques retenus dans la revue systématique

Sujet	Référence	Identification	Raison d'inclusion	Devis
Effet de la phase du cycle menstruel au moment du traitement	Brache V, Cochon L, Jesam C, Maldonado R, Salvatierra AM, Levy DP, et al. Immediate pre-ovulatory administration of 30 mg ulipristal acetate significantly delays follicular rupture. Hum Reprod 2010;25(9):2256-63.	Brache, V. (2010)	Répond à tous les critères d'inclusion	ECRA, croisée
Initiation ou reprise de la contraception hormonale	Brache V, Cochon L, Duijkers IJ, Levy DP, Kapp N, Monteil C, et al. A prospective, randomized, pharmacodynamic study of quick-starting a desogestrel progestin-only pill following ulipristal acetate for emergency contraception. Hum Reprod 2015;30(12):2785-93	Brache, V. (2015)	Répond à tous les critères d'inclusion	ECRA, partiellement croisée
Effet de la phase du cycle menstruel au moment du traitement	Croxatto HB, Brache V, Pavez M, Cochon L, Forcelledo ML, Alvarez F, et al. Pituitary-ovarian function following the standard levonorgestrel emergency contraceptive dose or a single 0.75-mg dose given on the days preceding ovulation. Contraception 2004;70(6):442-50	Croxatto, H.B. (2004)	Répond à tous les critères d'inclusion	ECRA, croisée
Effet de la phase du cycle menstruel au moment du traitement	Durand M, del Carmen Cravioto M, Raymond EG, Duran-Sanchez O, De la Luz Cruz-Hinojosa M, Castell-Rodriguez A, et al. On the mechanisms of action of short-term levonorgestrel administration in emergency contraception. Contraception 2001;64(4):227-34	Durand, M. (2001)	Répond à tous les critères d'inclusion	ECRA
Effet de la phase du cycle menstruel au moment du traitement	Durand M, Koistinen R, Chirinos M, Rodriguez JL, Zambrano E, Seppala M, Larrea F. Hormonal evaluation and midcycle detection of intrauterine glycodeclin in women treated with levonorgestrel as in emergency contraception. Contraception 2010;82(6):526-33	Durand, M. (2010)	Répond à tous les critères d'inclusion	ECNAAA
Initiation ou reprise de la contraception hormonale	Edelman AB, Jensen JT, McCrimmon S, Messerle-Forbes M, O'Donnell A, Hennebold JD. Combined oral contraceptive interference with the ability of ulipristal acetate to delay ovulation: A prospective cohort study. Contraception 2018;98(6):463-6	Edelman, A.B. (2018)	Répond à tous les critères d'inclusion	ECNAAA
Effet de l'IMC ou du poids	Festin MP, Peregoudov A, Seuc A, Kiarie J, Temmerman M. Effect of BMI and body weight on pregnancy rates with LNG as emergency contraception: Analysis of four WHO HRP studies. Contraception 2017;95(1):50-4.	Festin, M.P. (2017)	Répond à tous les critères d'inclusion	Combinaison et ré-analyse de données publiées
Effet de l'IMC ou du poids	Gemzell-Danielsson K, Kardos L, von Hertzen H. Impact of bodyweight/body mass index on the effectiveness of emergency contraception with levonorgestrel: A pooled-analysis of three randomized controlled trials. Curr Med Res Opin 2015;31(12):2241-8	Gemzell-Danielsson, K. (2015)	Répond à tous les critères d'inclusion	Combinaison et ré-analyse de données publiées
Effet de l'IMC ou du poids	Glasier A, Cameron ST, Blithe D, Scherrer B, Mathé H, Levy D, et al. Can we identify women at risk of pregnancy despite using emergency contraception? Data from randomized trials of ulipristal acetate and levonorgestrel. Contraception 2011;84(4):363-7	Glasier, A. (2011)	Répond à tous les critères d'inclusion	Ré-analyse de données publiées
Effet de l'IMC ou du poids	Jatlaoui TC et Curtis KM. Safety and effectiveness data for emergency contraceptive pills among women with obesity: A systematic review. Contraception 2016;94(6):605-11.	Jatlaoui, T.C. (2016)	Répond à tous les critères d'inclusion	Revue systématique

Sujet	Référence	Identification	Raison d'inclusion	Devis
Effet de l'IMC ou du poids	Kapp N, Abitbol JL, Mathé H, Scherrer B, Guillard H, Gainer E, Ulmann A. Effect of body weight and BMI on the efficacy of levonorgestrel emergency contraception. Contraception 2015;91(2):97-104	Kapp, N. (2015)	Répond à tous les critères d'inclusion	Combinaison et ré-analyse de données publiées
Effet de l'IMC ou du poids	Moreau C et Trussell J. Results from pooled Phase III studies of ulipristal acetate for emergency contraception. Contraception 2012;86(6):673-80.	Moreau, C. (2012)	Répond à tous les critères d'inclusion	Combinaison et ré-analyse de données publiées
Initiation ou reprise de la contraception hormonale	Murphy LE, Chen ZE, Warner V, Cameron ST. Quick starting hormonal contraception after using oral emergency contraception: A systematic review. J Fam Plann Reprod Health Care 2017;43(4):319-26.	Murphy, L.E. (2017)	Répond à tous les critères d'inclusion	Revue systématique
Effet de la phase du cycle menstruel au moment du traitement	Noé G, Croxatto HB, Salvatierra AM, Reyes V, Villarroel C, Muñoz C, et al. Contraceptive efficacy of emergency contraception with levonorgestrel given before or after ovulation. Contraception 2010;81(5):414-20.	Noé, G. (2010)	Répond à tous les critères d'inclusion	Étude de cohorte
Effet de la phase du cycle menstruel au moment du traitement	Noé G, Croxatto HB, Salvatierra AM, Reyes V, Villarroel C, Muñoz C, et al. Contraceptive efficacy of emergency contraception with levonorgestrel given before or after ovulation. Contraception 2011;84(5):486-9	Noé, G. (2011)	Répond à tous les critères d'inclusion	Étude de cohorte
Effet de la phase du cycle menstruel au moment du traitement	Palomino WA et Devoto L. Endometrial progesterone receptors and levonorgestrel as emergency contraceptive. Gynecol Endocrinol 2010;26(5):317-8	Palomino, W.A. (2010)	Répond à tous les critères d'inclusion	ECRA
Effet de la phase du cycle menstruel au moment du traitement	Peck R, Rella W, Tudela J, Aznar J, Mozzanega B. Does levonorgestrel emergency contraceptive have a post-fertilization effect? A review of its mechanism of action. Linacre Q 2016;83(1):35-51	Peck, R. (2016)	Répond à tous les critères d'inclusion	Revue systématique
Initiation ou reprise de la contraception hormonale	Salcedo J, Rodriguez MI, Curtis KM, Kapp N. When can a woman resume or initiate contraception after taking emergency contraceptive pills? A systematic review. Contraception 2013;87(5):602-4	Salcedo, J. (2013)	Répond à tous les critères d'inclusion	Revue systématique
Effet du délai entre le traitement et la RSNP / Innocuité	Shen J, Che Y, Showell E, Chen K, Cheng L. Interventions for emergency contraception. Cochrane Database Syst Rev 2019;1(1):CD001324	Shen, J. (2019)	Répond à tous les critères d'inclusion	Revue systématique
Effet de la phase du cycle menstruel au moment du traitement	Stratton P, Hartog B, Hajizadeh N, Piquion J, Sutherland D, Merino M, et al. A single mid-follicular dose of CDB-2914, a new antiprogestin, inhibits folliculogenesis and endometrial differentiation in normally cycling women. Hum Reprod 2000;15(5):1092-9.	Stratton, P. (2000)	Répond à tous les critères d'inclusion	ECRA

Tableau D2 Liste des guides de pratique clinique retenus dans la revue systématique

Sujet	Référence	Identification	Raison d'inclusion	Devis
Contraception d'urgence	Raymond E, Pradhan A, Keder L. Practice Bulletin No. 152: Emergency Contraception. Obstet Gynecol 2015;126(3):e1-11.	ACOG 2015	Répond à tous les critères d'inclusion	GPC
Méthodes contraceptives	Curtis KM, Jatlaoui TC, Tepper NK, Zapata LB, Horton LG, Jamieson DJ, Whiteman MK. U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use. MMWR Recomm Rep 2016;65(4):1-66	CDC 2016	Répond à tous les critères d'inclusion	GPC
Méthodes contraceptives	Hamdaoui N, Cardinale C, Agostini A. Emergency contraception: CNGOF Contraception Guidelines. Gynecol Obstet Fertil Senol 2018;46(12):799-805.	CNGOF 2018	Répond à tous les critères d'inclusion	GPC
Contraception d'urgence	Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH). Emergency contraception. Londres, Angleterre : FSRH; 2017. Disponible à : https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/ceu-clinical-guidance-emergency-contraception-march-2017/	FSRH 2017	Répond à tous les critères d'inclusion	GPC
Surpoids, obésité et contraception	Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH). Overweight, obesity and contraception (April 2019). Londres, Angleterre : FSRH; 2019. Disponible à : https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/fsrh-clinical-guideline-overweight-obesity-and-contraception/	FSRH 2019	Répond à tous les critères d'inclusion	GPC
Méthodes contraceptives	Guilbert E, Wagner MS, Bérubé J, Dubé PA. Protocole de contraception du Québec – Mise à jour 2018. Québec, Qc : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ); 2018. Disponible à : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2409_protocole-contraception_quebec_fnl.pdf .	INSPQ 2018	Conservé pour son contenu contextuel propre au Québec	Protocole provincial
Méthodes contraceptives	Organisation mondiale de la Santé (OMS). Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives. 3 ^e éd. Genève, Suisse : OMS; 2017. Disponible à : https://apps.who.int/iris/handle/10665/259677	OMS 2017	Répond à tous les critères d'inclusion	GPC
Méthodes contraceptives	Black A, Guilbert E, Costescu D, Dunn S, Fisher W, Kives S, et al. Canadian Contraception Consensus (Part 1 of 4). J Obstet Gynaecol Can 2015;37(10):936-42	SOGC 2015	Répond à tous les critères d'inclusion	GPC

Tableau D3 Liste des articles scientifiques exclus dans la revue systématique

Sujet	Référence	Raison d'exclusion
Interactions médicamenteuses	Bernier M et Jonville-Bera AP. [Drug and food interactions with contraceptives: CNGOF Contraception Guidelines]. Gynecol Obstet Fertil Senol 2018;46(12):786-91.	Devis inadéquat
Effet de la phase du cycle menstruel au moment du traitement	Brache V, Cochon L, Deniaud M, Croxatto HB. Ulipristal acetate prevents ovulation more effectively than levonorgestrel: Analysis of pooled data from three randomized trials of emergency contraception regimens. Contraception 2013;88(5):611-8.	Devis inadéquat
Initiation ou reprise de la contraception hormonale	Cameron ST, Berger C, Michie L, Klipping C, Gemzell-Danielsson K. The effects on ovarian activity of ulipristal acetate when 'quickstarting' a combined oral contraceptive pill: A prospective, randomized, double-blind parallel-arm, placebo-controlled study. Hum Reprod 2015;30(7):1566-72.	Absence des résultats d'intérêt
Interactions médicamenteuses	Carten ML, Kiser JJ, Kwara A, Mawhinney S, Cu-Uvin S. Pharmacokinetic interactions between the hormonal emergency contraception, levonorgestrel (Plan B), and Efavirenz. Infect Dis Obstet Gynecol 2012;2012:137192.	Absence des résultats d'intérêt
Effet du délai entre le traitement et la RSNP / Innocuité	Chao YS et Frey N. Ulipristal versus levonorgestrel for emergency contraception: A review of comparative clinical effectiveness and	Devis inadéquat

Sujet	Référence	Raison d'exclusion
	guidelines. Rapid Response Report. Ottawa, ON : Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH); 2018.	
Mode d'action	Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP). For Emergency contraceptive medicinal products containing levonorgestrel or ulipristal. 2014 https://www.ema.europa.eu/en/documents/referral/emergency-contraceptives-article-31-referral-chmp-assessment-report_en.pdf	Devis inadéquat
Effet de la phase du cycle menstruel au moment du traitement	Durand M, Seppala M, Cravioto Mdel C, Koistinen H, Koistinen R, Gonzalez-Macedo J, Larrea F. Late follicular phase administration of levonorgestrel as an emergency contraceptive changes the secretory pattern of glycodeclin in serum and endometrium during the luteal phase of the menstrual cycle. Contraception 2005;71(6):451-7.	Absence des résultats d'intérêt
Effet de l'IMC ou du poids	Edelman AB, Cherala G, Blue SW, Erikson DW, Jensen JT. Impact of obesity on the pharmacokinetics of levonorgestrel-based emergency contraception: Single and double dosing. Contraception 2016;94(1):52-7.	Absence des résultats d'intérêt
Effet de la phase du cycle menstruel au moment du traitement	Garmendia F, Kesseru E, Urdanivia E, Valencia M. Luteinizing hormone and progesterone in women under postcoital contraception with D-norgestrel. Fertil Steril 1976;27(11):1250-5.	Absence des résultats d'intérêt
Effet de l'IMC ou du poids	Gurney EP et Murthy AS. Obesity and contraception: Metabolic changes, risk of thromboembolism, use of emergency contraceptives, and role of bariatric surgery. Minerva Ginecol 2013;65(3):279-88.	Devis inadéquat
Effet de la phase du cycle menstruel au moment du traitement	Hapangama D, Glasier AF, Baird DT. The effects of peri-ovulatory administration of levonorgestrel on the menstrual cycle. Contraception 2001;63(3):123-9.	Absence des résultats d'intérêt
Effet du délai entre le traitement et la RSNP / Innocuité	He CH, Shi YE, Xu JQ, Van Look PF. A multicenter clinical study on two types of levonorgestrel tablets administered for postcoital contraception. Int J Gynaecol Obstet 1991;36(1):43-8.	Absence des résultats d'intérêt
Effet de l'IMC ou du poids	Hendriks E et Prine L. Reduced effectiveness of emergency contraception in women with increased BMI. Am Fam Physician 2014;90(4):209; discussion.	Devis inadéquat
Effet de l'IMC ou du poids	Kardos L, Magyar G, Schvab E, Luczai E. Levonorgestrel emergency contraception and bodyweight. Curr Med Res Opin 2019;35(7):1149-55.	Devis inadéquat
Innocuité	Kurian A, Kaushik K, Subeesh V, Maheswari E, Kunnavil R. Safety profile of levonorgestrel: A disproportionality analysis of Food and Drug Administration Adverse Event Reporting System (FAERS) database. J Reprod Infertil 2018;19(3):152-6.	Devis inadéquat
Effet du délai entre le traitement et la RSNP	Lete I, Doval JL, Perez-Campos E, Alonso MJ, Sellers G, Sanchez-Borrego R. Prevention of unintended pregnancies by using emergency contraception: The differences between levonorgestrel and ulipristal acetate. A theoretical Model using data from a survey on the use of emergency contraception in Spain, 2017. Gynecol Endocrinol 2019;35(7):582-5.	Devis inadéquat
Interactions médicamenteuses	Le Comte M, Heersche A, Polderman A. CYP-inductoren verlagen spiegels levonorgestrel en ulipristal: 'Faalkans morning-afterpil groter'. Pharmaceutisch Weekblad 2016;151(43):17.	Langue
Mode d'action	Leung VW, Levine M, Soon JA. Mechanisms of action of hormonal emergency contraceptives. Pharmacotherapy 2010;30(2):158-68.	Devis inadéquat
Effet du délai entre le traitement et la RSNP / Innocuité	Leung VW, Soon JA, Lynd LD, Marra CA, Levine M. Population-based evaluation of the effectiveness of two regimens for emergency contraception. Int J Gynaecol Obstet 2016;133(3):342-6.	Année de publication
Effet du délai entre le traitement et la RSNP / Innocuité	Li HW, Lo SS, Ng EH, Ho PC. Efficacy of ulipristal acetate for emergency contraception and its effect on the subsequent bleeding pattern when administered before or after ovulation. Hum Reprod 2016;31(6):1200-7.	Année de publication / Absence des résultats d'intérêt
Contraception d'urgence	Long B et April MD. What interventions are most effective for emergency contraception? Ann Emerg Med 2018;72(1):93-5.	Devis inadéquat
Effet de l'IMC ou du poids	Lopez LM, Bernholz A, Chen M, Grey TW, Otterness C, Westhoff C, et al. Hormonal contraceptives for contraception in overweight or obese women. Cochrane Database Syst Rev 2016;(8):CD008452.	Absence des résultats d'intérêt
Effet de la phase du cycle menstruel au moment du traitement	Marions L, Hultenby K, Lindell I, Sun X, Stabi B, Gemzell-Danielsson K. Emergency contraception with mifepristone and levonorgestrel: Mechanism of action. Obstet Gynecol 2002;100(1):65-71.	Absence des résultats d'intérêt
Effet de la phase du cycle menstruel au moment du traitement	Marions L, Cekan SZ, Bygdeman M, Gemzell-Danielsson K. Effect of emergency contraception with levonorgestrel or mifepristone on ovarian function. Contraception 2004;69(5):373-7.	Absence des résultats d'intérêt
Effet de la phase du cycle menstruel au moment du traitement	Massai MR, Forcelledo ML, Brache V, Tejada AS, Salvatierra AM, Reyes MV, et al. Does meloxicam increase the incidence of anovulation induced by single administration of levonorgestrel in emergency contraception? A pilot study. Hum Reprod 2007;22(2):434-9.	Absence des résultats d'intérêt

Sujet	Référence	Raison d'exclusion
Mode d'action	Mikolajczyk RT et Stanford JB. Levonorgestrel emergency contraception: A joint analysis of effectiveness and mechanism of action. <i>Fertil Steril</i> 2007;88(3):565-71	Devis inadéquat
Effet de l'IMC ou du poids	Natavio M, Stanczyk FZ, Molins EAG, Nelson A, Jusko WJ. Pharmacokinetics of the 1.5 mg levonorgestrel emergency contraceptive in women with normal, obese and extremely obese body mass index. <i>Contraception</i> 2019;99(5):306-11.	Absence des résultats d'intérêt
Effet de la phase du cycle menstruel au moment du traitement	Novikova N, Weisberg E, Stanczyk FZ, Croxatto HB, Fraser IS. Effectiveness of levonorgestrel emergency contraception given before or after ovulation – A pilot study. <i>Contraception</i> 2007;75(2):112-8.	Absence des résultats d'intérêt
Effet de la phase du cycle menstruel au moment du traitement	Okewole IA, Arowojolu AO, Odusoga OL, Oloyede OA, Adeleye OA, Salu J, Dada OA. Effect of single administration of levonorgestrel on the menstrual cycle. <i>Contraception</i> 2007;75(5):372-7.	Absence des résultats d'intérêt
Effet de l'IMC ou du poids	Praditpan P, Hamouie A, Basaraba CN, Nandakumar R, Cremers S, Davis AR, Westhoff CL. Pharmacokinetics of levonorgestrel and ulipristal acetate emergency contraception in women with normal and obese body mass index. <i>Contraception</i> 2017;95(5):464-9.	Absence des résultats d'intérêt
Mode d'action	Rosato E, Farris M, Bastianelli C. Mechanism of action of ulipristal acetate for emergency contraception: A systematic review. <i>Front Pharmacol</i> 2015;6:315.	Absence des résultats d'intérêt
Effet du délai entre le traitement et la RSNP / Innocuité	Sakurai S. Pregnancy rate after emergency contraception with single-dose oral levonorgestrel in Japanese women. <i>J Obstet Gynaecol Res</i> 2019;45(9):1892-8.	Devis inadéquat
Contre-indications	Serfaty D. Update on the contraceptive contraindications. <i>J Gynecol Obstet Hum Reprod</i> 2019;48(5):297-307.	Absence des résultats d'intérêt
Contre-indications	Shaaban OM, Abbas AM, Mahmoud HR, Yones EM, Mahmoud A, Zakherah MS. Levonorgestrel emergency contraceptive pills use during breastfeeding; Effect on infants' health and development. <i>J Matern Fetal Neonatal Med</i> 2019;32(15):2524-8.	Absence des résultats d'intérêt
Effet du délai entre le traitement et la RSNP / Innocuité	Spona J, Matt K, Schneider WH. Study on the action of D-norgestrel as a postcoital contraceptive agent. <i>Contraception</i> 1975;11(1):31-43.	Absence des résultats d'intérêt
Effet de l'IMC ou du poids	Stowers P et Mestad R. Use of levonorgestrel as emergency contraception in overweight women. <i>Obes Res Clin Pract</i> 2019;13(2):180-3.	Absence des résultats d'intérêt

Tableau D4 Liste des guides de pratique clinique exclus dans la revue systématique

Sujet	Référence	Raison d'exclusion
Méthodes contraceptives	Black A et Guilbert E. Consensus canadien sur la contraception (partie 3 de 4): chapitre 7 - Contraception intra-utérine. <i>J Obstet Gynaecol Can</i> 2016;41(Suppl1):S1-S23.	Absence des résultats d'intérêt
Méthodes contraceptives	Black A, Guilbert E, Costescu D, Dunn S, Fisher W, Kives S, et al. Canadian Contraception Consensus (Part 3 of 4): Chapter 8 - Progestin-Only Contraception. <i>J Obstet Gynaecol Can</i> 2016;38(3):279-300.	Absence des résultats d'intérêt
Méthodes contraceptives	Black A, Guilbert E, Costescu D, Dunn S, Fisher W, Kives S, et al. No. 329-Canadian Contraception Consensus Part 4 of 4 Chapter 9: Combined Hormonal Contraception. <i>J Obstet Gynaecol Can</i> 2017;39(4):229-68.e5.	Absence des résultats d'intérêt
Méthodes contraceptives	Black A, Guilbert E, Costescu D, Dunn S, Fisher W, Kives S, et al. Canadian Contraception Consensus (Part 2 of 4). <i>J Obstet Gynaecol Can</i> 2015;37(11):1033-9.	Absence des résultats d'intérêt
Contraception d'urgence	Bosworth MC, Olusola PL, Low SB. An update on emergency contraception. <i>Am Fam Physician</i> 2014;89(7):545-50.	Devis inadéquat
Méthodes contraceptives	Chabbert-Buffet N, Marret H, Agostini A, Cardinale C, Hamdaoui N, Hassoun D, et al. Contraception : Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF (texte court). <i>Gynecol Obstet Fertil Senol</i> 2018;46(12):760-76.	Duplicata
Méthodes contraceptives	Chabbert-Buffet N, Marret H, Agostini A, Cardinale C, Hamdaoui N, Hassoun D, et al. Clinical practice guidelines for contraception by the French National College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). <i>J Gynecol Obstet Hum Reprod</i> 2019;48(7):441-54.	Duplicata
Contraception d'urgence	Cleland K, Raymond EG, Westley E, Trussell J. Emergency contraception review: Evidence-based recommendations for clinicians. <i>Clin Obstet Gynecol</i> 2014;57(4):741-50.	Devis inadéquat
Méthodes contraceptives	Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC, Berry-Bibee E, Horton LG, Zapata LB, et al. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. <i>MMWR Recomm Rep</i> 2016;65(3):1-103.	Devis inadéquat

Sujet	Référence	Raison d'exclusion
Contraception d'urgence	Glasier A, Gemzell-Danielsson K, Bouchard P, Genazzani AR, Al-Azzawi F, Berga S, et al. ISGE statement on oral emergency contraception. <i>Gynecol Endocrinol</i> 2014;30(10):681-2.	Devis inadéquat
Contraception d'urgence	Grzeskowiak LE, Roberts CT, Calabretto HE. Emergency contraception – An evidence-based practice guide. <i>J Pharm Pract Res</i> 2017;47(6):486-93.	Devis inadéquat
Contraception d'urgence	Guilbert E, Dunn S, Black A. Addendum to the Canadian Consensus on Contraception - Emergency Contraception: 1) Excluding pre-existing pregnancy when inserting copper IUD and 2) Initiation of hormonal contraception after emergency contraception. <i>J Obstet Gynaecol Can</i> 2016;38(12):1150-1.	Devis inadéquat
Méthodes contraceptives	Hassoun D. [Natural family planning methods and barrier: CNGOF Contraception Guidelines]. <i>Gynecol Obstet Fertil Senol</i> 2018;46(12):873-82.	Absence des résultats d'intérêt
Contraception d'urgence	Jamin C, Agostini A, Asselin I, Ben M'barek I, Bettahar K, Carbonne B, et al. [Emergency contraceptions: Propositions of the Orthogenics Commission of the French National College of Gynecology and Obstetrics]. <i>Gynecol Obstet Fertil</i> 2015;43(9):571-4.	Devis inadéquat
Méthodes contraceptives	Lambert M, Begon E, Hocké C. [Contraception for women after 40: CNGOF Contraception Guidelines]. <i>Gynecol Obstet Fertil Senol</i> 2018;46(12):865-72.	Absence des résultats d'intérêt
Méthodes contraceptives	Lamont J, Bajzak K, Bouchard C, Burnett M, Byers S, Cohen T, et al. No. 279-Female Sexual Health Consensus Clinical Guidelines. <i>J Obstet Gynaecol Can</i> 2018;40(6):e451-e503.	Absence des résultats d'intérêt
Méthodes contraceptives	Lotke PS et Kaneshiro B. Safety and efficacy of contraceptive methods for obese and overweight women. <i>Obstet Gynecol Clin North Am</i> 2015;42(4):647-57	Devis inadéquat
Méthodes contraceptives	MacGregor KE et Khadr SN. Contraception for adolescents (American Academy of Pediatrics). <i>Arch Dis Child Educ Pract Ed</i> 2016;101(2):61-4.	Devis inadéquat
Contraception d'urgence	Mazza D. Ulipristal acetate: An update for Australian GPs. <i>Aust Fam Physician</i> 2017;46(5):301-4.	Devis inadéquat
Méthodes contraceptives	Meglio GD, Crowther C, Simms J. Contraceptive care for Canadian youth. <i>Paediatr Child Health</i> 2018;23(4):271-7.	Absence des résultats d'intérêt
Méthodes contraceptives	Merki-Feld GS, Skouby S, Serfaty D, Lech M, Bitzer J, Crosignani PG, et al. European society of contraception statement on contraception in obese women. <i>Eur J Contracept Reprod Health Care</i> 2015;20(1):19-28.	Absence de méthodologie
Contraception d'urgence	Mittal S. Emergency contraception: Which is the best? <i>Minerva Ginecol</i> 2016;68(6):687-99.	Devis inadéquat
Méthodes contraceptives	Organisation mondiale de la Santé (OMS). Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. 5 ^e éd. Genève, Suisse : OMS; 2015. Disponible à : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/fr/ .	Devis inadéquat
Méthodes contraceptives	Pienkowski C et Cartault A. [Contraception for adolescent : CNGOF Contraception Guidelines]. <i>Gynecol Obstet Fertil Senol</i> 2018;46(12):858-64.	Absence des résultats d'intérêt
Méthodes contraceptives	Robin G, Plouvier P, Delesalle AS, Rolland AL. [Effectiveness and use of hormonal contraceptives (except for intrauterine devices): CNGOF Contraception Guidelines]. <i>Gynecol Obstet Fertil Senol</i> 2018;46(12):845-57.	Absence des résultats d'intérêt
Contraception d'urgence	Society for Adolescent Health and Medicine (SAHM). Emergency contraception for adolescents and young adults: Guidance for health care professionals. <i>J Adolesc Health</i> 2016;58(2):245-8.	Devis inadéquat
Contraception d'urgence	Schulz M, Goebel R, Schumann C, Zagermann-Muncke P. Non-prescription dispensing of emergency oral contraceptives: Recommendations from the German Federal Chamber of Pharmacists [Bundesapothekerkammer]. <i>Pharm Pract (Granada)</i> 2016;14(3):828.	Devis inadéquat
Méthodes contraceptives	Stewart M, McNamee K, Harvey C, Bateson D. An updated guide to contraception: Part 3: Permanent methods, traditional methods and emergency contraception. <i>Medicine Today</i> 2018;19(12):36-45.	Devis inadéquat
Contraception d'urgence	Stone R, Rafie S, El-ibary SY, Vernon V, Lodise NM. Emergency contraception algorithm and guide for clinicians. <i>Nurse Womens Health</i> 2017;21(4):297-305.	Devis inadéquat
Méthodes contraceptives	Tepper NK, Marchbanks PA, Curtis KM. U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2013. <i>J Womens Health (Larchmt)</i> 2014;23(2):108-11.	Année de publication > 5 ans
Contraception d'urgence	Tourmen F. Les contraceptions d'urgence, en quête d'une conduite à tenir. <i>Actualités Pharmaceutiques</i> 2019;58(588):28-32.	Devis inadéquat

Sujet	Référence	Raison d'exclusion
Méthodes contraceptives	Wu WJ et Edelman A. Contraceptive method initiation: Using the Centers for Disease Control and Prevention Selected Practice Guidelines. Obstet Gynecol Clin North Am 2015;42(4):659-67.	Devis inadéquat

ANNEXE E

Évaluation de la qualité méthodologique des documents

Tableau E1 Évaluation AGREE II pour les GPC retenus

	SOGC 2015		FSRH 2017		FSRH 2019		CDC 2016		CNGOF 2018		ACOG 2015		WHO 2017		INSPQ 2018	
Évaluateurs	SG	MG	SG	MG	SG	JL	SG	MG	SG	JL	SG	JL	SG	JL	SG	JL
Domaines de la grille AGREE II																
Domaine 1. Champ et objectifs																
1. Le ou les objectifs de la RPC sont décrits explicitement.	5	4	5	7	7	7	7	5	7	4	5	7	7	7		
2. La ou les questions de santé couvertes par la RPC sont décrites explicitement.	6	5	6	7	7	4	6	6	4	2	4	4	7	7		
3. La population à laquelle la RPC doit s'appliquer est décrite explicitement.	6	1	5	4	7	7	6	7	4	1	6	7	7	7		
Domaine 2. Participation des groupes concernés																
4. Le groupe de travail qui a élaboré la RPC inclut des représentants de tous les groupes professionnels concernés.	5	5	6	6	6	7	4	3	6	6	2	3	6	6		
5. Les opinions et les préférences de la population cible ont été précisées.	1	1	1	6	6	5	1	1	1	1	1	1	7	7		
6. Les utilisateurs cibles de la RPC sont clairement définis.	5	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7		
Domaine 3. Rigueur d'élaboration de la RPC																
7. Des méthodes systématiques ont été appliquées pour rechercher les preuves scientifiques.	6	5	7	7	6	4	3	3	6	5	4	3	7	4		
8. Les critères de sélection des preuves sont clairement décrits.	5	7	3	7	3	4	1	1	1	1	7	3	6	7		
9. Les forces et les limites des preuves scientifiques sont clairement définies.	5	6	6	6	6	7	4	6	3	7	3	3	7	6		
10. Les méthodes appliquées pour formuler les recommandations sont clairement décrites.	1	1	5	3	5	4	7	7	5	3	1	1	5	4		
11. Les bénéfices, les effets secondaires et les risques en termes de santé ont été pris en considération dans la formulation des recommandations.	1	7	7	7	7	7	1	1	2	6	1	7	7	7		
12. Il y a un lien explicite entre les recommandations et les preuves scientifiques sur lesquelles elles reposent.	7	5	7	7	7	7	7	7	7	7	7	1	7	7		
13. La RPC a été revue par des experts externes avant sa publication.	2	1	6	6	6	6	4	3	4	4	1	1	5	4		
14. Une procédure d'actualisation de la RPC est décrite.	1	1	7	7	7	7	7	7	1	1	1	1	7	7		

	SOGC 2015		FSRH 2017		FSRH 2019		CDC 2016		CNGOF 2018		ACOG 2015		WHO 2017		INSPQ 2018	
Évaluateurs	SG	MG	SG	MG	SG	JL	SG	MG	SG	JL	SG	JL	SG	JL	SG	JL
Domaine 4. Clarté et présentation																
15. Les recommandations sont précises et sans ambiguïté.	7	7	7	7	7	7	7	5	7	5	7	6	7	7		
16. Les différentes options de prise en charge de l'état ou du problème de santé sont clairement présentées.	7	7	7	7	7	7	7	6	5	6	7	5	7	7		
17. Les recommandations clés sont facilement repérables.	7	7	7	7	7	7	4	1	4	7	7	7	7	7		
Domaine 5. Applicabilité																
18. La RPC décrit les éléments facilitant son application ainsi que les obstacles.	5	4	6	3	6	6	3	1	1	1	1	5	7	3		
19. La RPC offre des conseils ou des outils sur les façons de mettre les recommandations en pratique.	1	2	2	5	5	5	1	5	1	1	1	1	5	6		
20. Les répercussions potentielles sur les ressources de l'application des recommandations ont été examinées.	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
21. La RPC propose des critères de suivi et de vérification.	1	1	5	5	5	5	5	5	1	1	1	1	5	1		
Domaine 6. Indépendance éditoriale																
22. Le point de vue des organismes de financement n'a pas influé sur le contenu de la RPC.	1	1	7	7	7	7	3	7	4	4	3	1	7	4		
23. Les intérêts divergents des membres du groupe qui a élaboré la RPC ont été pris en charge et documentés.	1	2	7	7	7	7	6	3	6	6	1	1	7	7		
Somme de la cotation pour les 23 critères	87	88	127	137	139	135	102	98	88	87	79	77	145	130		
Qualité générale du guide (1 à 7)	4	4	7	7	7	7	4	4	4	5	3	3	7	7		
Recommandation de l'utilisation du guide	Oui		Oui		Oui		Oui		Oui		Oui		Oui		Non évalué	

Tableau E2 Résumé de l'évaluation AGREE II pour les GPC retenu

GPC :	SOGC 2015				FSRH 2017				FSRH 2019				CDC 2016			
Évaluateurs	SG	MG			SG	MG			SG	JL			SG	MG		
Dimensions			<i>T</i>	<i>%†</i>			<i>T</i>	<i>%†</i>			<i>T</i>	<i>%†</i>			<i>T</i>	<i>%†</i>
Champ d'application et objectifs	17	10	27	58,3	16	18	34	77,8	21	18	39	91,7	19	18	37	86,1
Participation des groupes concernés	11	13	24	50,0	14	19	33	75,0	19	19	38	88,9	12	11	23	47,2
Rigueur du proc. d'élaboration du guide	28	33	61	46,9	48	50	98	85,4	47	46	93	80,2	34	35	69	55,2
Clarté et présentation	21	21	42	100,0	21	21	42	100,0	21	21	42	100,0	18	12	30	66,7
Applicabilité	8	8	16	16,7	14	15	29	43,8	17	17	34	54,2	10	12	22	29,2
Indépendance éditoriale	2	3	5	4,2	14	14	28	100,0	14	14	28	100,0	9	10	19	62,5
Total	87	88	175		127	137	264		139	135	274		102	98	200	
Score global				46,7				79,0				82,6				55,8
Recommandation - utilisation guide	Oui				Oui				Oui				Oui			

GPC :	CNGOF 2018				ACOG 2015				WHO 2017				INSPQ 2018			
Évaluateurs	SG	JL			SG	JL			SG	JL			SG	JL		
Dimensions			<i>T</i>	<i>%†</i>			<i>T</i>	<i>%†</i>			<i>T</i>	<i>%†</i>			<i>T</i>	<i>%†</i>
Champ d'application et objectifs	15	7	22	44,4	15	18	33	75,0	21	21	42	100,0				
Participation des groupes concernés	14	14	28	61,1	10	11	21	41,7	20	20	40	94,4				
Rigueur du proc. d'élaboration du guide	29	34	63	49,0	25	20	45	30,2	51	46	97	84,4				
Clarté et présentation	16	18	34	77,8	21	18	39	91,7	21	21	42	100,0				
Applicabilité	4	4	8	0,0	4	8	12	8,3	18	11	29	43,8				
Indépendance éditoriale	10	10	20	66,7	4	2	6	8,3	14	11	25	87,5				
Total	88	87	175		79	77	156		145	130	275					
Score global				46,7				39,9				83,0				
Recommandation - utilisation guide	Oui				Oui				Oui				Non évalué			

Tableau E3 Évaluation R-AMSTAR pour les revues systématiques retenues

	Shen, J. (2019)		Jatlaoui, T.C. (2016)		Peck, R. (2016)		Murphy, L.E. (2017)	
Évaluateurs	SG	JL	SG	JL	SG	JL	SG	JL
1. Un plan de recherche établi a priori est-il fourni?	3	4	2	3	3	3	4	4
2. La sélection des études et l'extraction des données ont-ils été confiés à au moins deux personnes?	2	3	1	1	2	2	4	3
3. La recherche documentaire était-elle exhaustive?	4	4	3	2	3	3	4	4
4. La nature de la publication (littérature grise, par exemple) était-elle un critère d'inclusion?	4	4	3	2	2	2	4	4
5. Une liste des études (incluses et exclues) est-elle fournie?	4	4	1	1	1	1	2	2
6. Les caractéristiques des études incluses sont-elles indiquées?	4	4	4	4	1	2	4	3
7. La qualité scientifique des études incluses a-t-elle été évaluée et consignée?	4	4	4	4	4	2	4	4
8. La qualité scientifique des études incluses dans la revue a-t-elle été utilisée adéquatement dans la formulation des conclusions?	4	4	3	2	1	2	4	4
9. Les méthodes utilisées pour combiner les résultats des études sont-elles appropriées?	4	4	NA	NA	1	1	NA	NA
10. La probabilité d'un biais de publication a-t-elle été évaluée?	3	3	1	1	1	2	2	2
11. Les conflits d'intérêts ont-ils été déclarés?	3	3	2	2	1	1	4	3
Total (max. 4 points par question)	39	41	24	22	20	21	36	33
Pourcentage moyen (%)	87,9 %		43 %		29 %		82 %	
Qualité méthodologique	Bonne		Faible		Faible		Bonne	

**Tableau E4 Évaluation des articles scientifiques avec l'outil d'évaluation critique
d'une étude analytique de l'Agence de la santé publique du Canada**

Auteurs	Stratton, P. (2000)		Durand, M. (2001)		Croxatto, H.B. (2004)		Brache, V. (2010)		Durand, M. (2010)	
Plan d'étude	ECRA		ECRA		ECRA		ECRA		ENCAA	
Évaluateurs	SG	JL	SG	JL	SG	JL	SG	JL	SG	JL
2. Participants de l'étude représentatifs de la population cible	Modérée	Forte	Modérée	Modérée	Forte	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Forte
3. Justesse du contrôle du biais de sélection	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Modérée	Forte
4. Justesse du contrôle du biais causé par une erreur de classification	Modérée	Forte	Modérée	Modérée	Forte	Forte	Forte	Forte	Modérée	Forte
5. Justesse du contrôle du biais d'information	Faible	Forte	Faible	Faible	Forte	Forte	Forte	Forte	Faible	Faible
6. Validité et fiabilité des instruments de collecte de données	Modérée	Forte	Modérée	Forte	Modérée	Forte	Forte	Forte	Modérée	Forte
7. Justesse de la conservation et du suivi	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte
8. Comparabilité du groupe témoin et du groupe d'intervention	Forte	Forte	Modérée	Faible	Modérée	Forte	Modérée	Forte	Modérée	Modérée
9. Justesse du contrôle des grandes variables confusionnelles	Forte	Forte	Modérée	Modérée	Modérée	Forte	Forte	Forte	Faible	Faible
10. Justesse de la conduite éthique	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte
11. Justesse et interprétation des tests statistiques	Forte	Forte	Faible	Faible	Modérée	Modérée	Forte	Forte	Modérée	Modérée
12. Puissance et taille de l'échantillon	Forte	Forte	Faible	Faible	Modérée	Modérée	Forte	Forte	Forte	Forte
Qualité de l'étude	Élevée	Élevée	Faible	Faible	Moyenne	Moyenne	Élevée	Élevée	Moyenne	Moyenne
Évaluation de la qualité méthodologique	Élevée		Faible		Moyenne		Élevée		Moyenne	

Auteurs	Palomino, W.A. (2010)		Brache, V. (2015)		Edelman, A.B. (2018)	
Plan d'étude	ECRA		ECRA		ENCAA	
Évaluateurs	SG	JL	SG	JL	SG	JL
2. Participants de l'étude représentatifs de la population cible	Modérée	Modérée	Forte	Forte	Modérée	Modérée
3. Justesse du contrôle du biais de sélection	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte
4. Justesse du contrôle du biais causé par une erreur de classification	Modérée	Forte	Forte	Forte	Modérée	Forte
5. Justesse du contrôle du biais d'information	Forte	Modérée	Forte	Forte	Modérée	Modérée
6. Validité et fiabilité des instruments de collecte de données	Modérée	Forte	Modérée	Modérée	Modérée	Forte
7. Justesse de la conservation et du suivi	Modérée	Forte	Modérée	Modérée	Forte	Forte
8. Comparabilité du groupe témoin et du groupe d'intervention	Forte	Forte	Modérée	Forte	Forte	Forte
9. Justesse du contrôle des grandes variables confusionnelles	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Forte	Forte
10. Justesse de la conduite éthique	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte
11. Justesse et interprétation des tests statistiques	Faible	Faible	Forte	Forte	Forte	Forte
12. Puissance et taille de l'échantillon	Faible	Faible	Forte	Forte	Forte	Forte
Qualité de l'étude	Faible	Faible	Élevée	Élevée	Élevée	Élevée
Évaluation de la qualité méthodologique	Faible		Élevée		Élevée	

ANNEXE F

Tableaux d'appréciation de la qualité de la preuve scientifique

Tableau F1 Appréciation du niveau de preuve scientifique concernant l'efficacité des COU en fonction du délai entre le traitement et la RSNP

Question de recherche : #1- Quelle est l'efficacité de l'UPA et du LNG lorsqu'ils sont employés dans un contexte de contraception orale d'urgence, comparés entre eux, à d'autres contraceptifs d'urgence ou à l'absence de contraception, chez les femmes aptes à procréer ?						
Population : Femmes aptes à procréer						
Intervention : Contraception orale d'urgence avec l'UPA ou le LNG						
Comparaison : Autres options thérapeutiques ou absence de traitement						
Paramètres de résultat	Efficacité de l'UPA vs LNG	Nb patients (nb études)	Appréciation de la qualité de la preuve			Niveau de preuve
			Critères	Appréciation	Commentaires	
Taux de grossesse avec un intervalle de 0-72 h entre le traitement et la RSNP	<u>Meta-analyse</u> : Aucune différence statistiquement significative	n = 3 245 (2 ECRA)	Qualité méthodologique	Élevée	Quantité d'études : 2 études Plan d'étude : ECRA Risque de biais : Faible; Précision : Semble adéquate	Élevé
			Cohérence	Élevée	La direction de l'effet est similaire entre les études.	
			Impact clinique de l'intervention	Élevée	L'impact clinique des COU est positif avec une réduction du taux de grossesse sous le seuil de pertinence clinique fixé par les auteurs à 4 %.	
			Généralisabilité	Élevée	Études réalisées sur des populations similaires au Québec et dans plusieurs cliniques : 1 ECRA réalisée dans 7 cliniques aux États-Unis; 1 ECRA réalisée dans 35 cliniques (10 au Royaume-Uni, 24 aux États-Unis et 1 en Irlande).	
Taux de grossesse avec un intervalle de 0-120 h entre le traitement et la RSNP	<u>Meta-analyse</u> : Aucune différence statistiquement significative	n = 1 899 (1 ECRA)	Qualité méthodologique	Modérée	Quantité d'études : 1 étude Plan d'étude : ECRA Risque de biais : Faible; Précision : Semble adéquate	Modéré
			Cohérence	NA	1 étude	
			Impact clinique de l'intervention	Élevée	L'impact clinique des COU est positif avec une réduction du taux de grossesse sous le seuil de pertinence clinique fixé par les auteurs à 4 %.	
			Généralisabilité	Modérée	Études réalisées sur des populations similaires au Québec et dans plusieurs cliniques : réalisée dans 7 cliniques aux États-Unis.	

Paramètres de résultat	Efficacité du traitement lorsqu' administré < 72 h vs > 72 h après une RSNP	Nb patients (nb études)	Appréciation de la qualité de la preuve			Niveau de preuve
			Critères	Appréciation	Commentaires	
Taux de grossesse avec un traitement au LNG	Meta-analyse : Différence statistiquement significative en faveur du LNG administré moins de 72 h après une RSNP	n = 7 453 (4 ECRA)	Qualité méthodologique	Modérée	Quantité d'études : 4 études Plan d'étude : 4 ECRA Risque de biais : Modéré (déséquilibre dans les groupes comparés, 1 étude non réalisée à l'aveugle) Précision : Modérée	Modéré
			Cohérence	Faible	La direction et l'amplitude de l'effet varient beaucoup entre les études.	
			Impact clinique de l'intervention	Modérée	L'impact clinique est modéré en raison de la constatation d' une réduction du taux de grossesse sous le seuil de pertinence clinique fixé par les auteurs à 4 % pour les deux groupes (<72h ou >72h).	
			Généralisabilité	Modérée	Études réalisées sur des populations avec des groupes ethniques variés (implication de plusieurs cliniques provenant de plus de 10 pays); 1 étude provenant du Nigéria avec un poids de 37,9 %.	
Taux de grossesse avec un traitement à l'UPA	Meta-analyse : Aucune différence statistiquement significative	n = 970 (1 ECRA)	Qualité méthodologique	Modérée	Quantité d'études : 1 étude Plan d'étude : ECRA Risque de biais : Faible Précision : Semble adéquate	Modéré
			Cohérence	NA	1 étude	
			Impact clinique de l'intervention	Modérée	L'impact clinique est modéré en raison de la constatation d' une réduction du taux de grossesse sous le seuil de pertinence clinique fixé par les auteurs à 4 % pour les deux groupes (<72h ou >72h).	
			Généralisabilité	Modérée	Études réalisées sur des populations similaires au Québec et dans plusieurs cliniques : réalisée dans 7 cliniques aux États-Unis.	

Tableau F2 Appréciation du niveau de preuve scientifique concernant l'efficacité des COU en fonction de la phase du cycle menstruel au moment du traitement

Question de recherche : #1- Quelle est l'efficacité de l'UPA et du LNG lorsqu'ils sont employés dans un contexte de contraception orale d'urgence, comparé entre eux, à d'autres contraceptifs d'urgence ou à l'absence de contraception, chez les femmes aptes à procréer ?						
Population : Femmes aptes à procréer						
Intervention : Contraception orale d'urgence avec l'UPA ou le LNG						
Comparaison : Autres options thérapeutiques ou absence de traitement						
Paramètres de résultat	Efficacité avec ou sans traitement	Nb patients (nb études)	Appréciation de la qualité de la preuve			Niveau de preuve
			Critères	Appréciation	Commentaires	
Inhibition de la RF après traitement au LNG	Inhibition de la RF statistiquement significative (1 ECNA, 1 ECRA) Inhibition de la RF non statistiquement significative (2 ECRA)	n = 157 (4 études)	Qualité méthodologique	Faible	Quantité d'études : 4 études Plan d'étude : 3 ECRA, 1 ECNA Risque de biais : Élevé: • Taille d'échantillon faible (n = 25 à 57); • Absence de placebo (1 ECRA, 1 ECNA); • Étude non réalisée à l'aveugle (1 ECRA); • Modification de groupe en cours d'analyse (1 ECRA); • Population étudiée avec un IMC > 25 kg/m² (1 ECNA, 1 ECRA); • Données secondaires analysées (1 ECNA; 1 ECRA) Précision : modérée : • Absence de calcul de puissance • Schéma d'expérience croisé (1 ECRA) sans analyse statistique paillée.	Faible
			Cohérence	Modérée	La direction et l'amplitude de l'effet varient entre les études.	
			Impact clinique de l'intervention	Faible	Inhibition de la RF folliculaire allant de 0 % à 44 % avec le traitement LNG et allant de 0 % à 36 % pour le contrôle.	
			Généralisabilité	Faible	• Nombre de sites inconnu (1 ECNA) • Études réalisées sur 1 site (2 ECRA), • Études réalisées sur 2 sites (1 ECRA) • Étude réalisée sur des groupes ethniques différents (1 ECRA : Mexique; 2 ECRA : République Dominicaine et Chili; 1 ECRA : Chili).	
Inhibition de la RF après traitement à l'UPA	Inhibition de la RF statistiquement significative (1 ECRA)	n = 34 (1 ECRA)	Qualité méthodologique	Modérée	Quantité d'études : 1 étude Plan d'étude : ECRA, schéma d'expérience croisé. Risque de biais : Modéré (une proportion de la population étudiée avec un IMC > 25 kg/m ² ; étude financée par HRA pharma) Précision : Semble adéquate.	Modéré
			Cohérence	NA	1 étude	
			Impact clinique de l'intervention	Élevée	Inhibition de la RF folliculaire allant de 59 % avec le traitement UPA vs 0 % pour le contrôle.	
			Généralisabilité	Faible	Études réalisées sur 2 sites avec des groupes ethniques différents (République Dominicaine et Chili).	

Paramètres de résultat	Inhibition de la RF lorsque le traitement est administré avant vs après la poussée de LH (mais avant le pic)	Nb patients (nb études)	Appréciation de la qualité de la preuve			Niveau de preuve
			Critères	Appréciation	Commentaires	
Inhibition de la RF après traitement au LNG	Différence statistiquement significative en faveur du LNG administré avant la poussée de LH	n = 45 (1 ECRA)	Qualité méthodologique	Faible	Quantité d'études : 1 étude Plan d'étude : ECRA Risque de biais : Modéré : - Taille d'échantillon faible; - Modification de groupe en cours d'analyse; - Étude non réalisée à l'aveugle; - Absence de placebo. Précision : Semble adéquate	Faible
			Cohérence	NA	1 étude	
			Impact clinique de l'intervention	Élevée	L'utilisation du LNG avant vs après la poussée de LH semble avoir un impact majeur sur la capacité à inhiber la RF.	
			Généralisabilité	Faible	Étude réalisée sur 1 site avec un groupe ethnique différent (Mexique).	
Inhibition de la RF après traitement à l'UPA	Aucune différence statistiquement significative	n = 34 (1 ECRA)	Qualité méthodologique	Modérée	Quantité d'études : 1 étude Plan d'étude : ECRA, schéma d'expérience croisé. Risque de biais : Modéré (une proportion de la population étudiée avec un IMC > 25 kg/m ² ; étude financée par HRA pharma). Précision : Semble adéquate.	Faible
			Cohérence	NA	1 étude.	
			Impact clinique de l'intervention	Faible	L'utilisation de l'UPA avant vs après la poussée de LH semble avoir un impact mineur sur la capacité à inhiber la RF.	
			Généralisabilité	Faible	Études réalisées sur 2 sites avec des groupes ethniques différents (République Dominicaine et Chili).	

Tableau F3 Appréciation du niveau de preuve scientifique concernant l'efficacité des COU en fonction de l'IMC

Question de recherche : #1- Quelle est l'efficacité de l'UPA et du LNG lorsqu'ils sont employés dans un contexte de contraception orale d'urgence, comparé entre eux, à d'autres contraceptifs d'urgence ou à l'absence de contraception, chez les femmes aptes à procréer ?						
Population : Femmes aptes à procréer Intervention : Contraception orale d'urgence avec l'UPA ou le LNG Comparaison : Autres options thérapeutiques ou absence de traitement						
Paramètres de résultat	Efficacité selon un IMC < 25 vs 25 à 30 kg/m ²	Nb patients (nb études)	Appréciation de la qualité de la preuve			Niveau de preuve
			Critères	Appréciation	Commentaires	
Taux de grossesse avec un traitement au LNG	Aucune différence statistiquement significative	8057 (2 études)	Qualité méthodologique	Faible	Quantité d'études : 2 études Plan d'étude : Combinaison et ré-analyse de données publiées provenant de 6 ECRA. Risque de biais : Modéré : - Analyse de données secondaires - Déséquilibre des populations étudiées - Certains des auteurs travaillent pour HRA pharma Précision : Modérée (hétérogénéité des études incluse dans la ré-analyse; intervalle toléré entre le traitement et la RSNP différent entre les études combinées).	Faible
			Cohérence	Faible	La direction de l'effet est opposée entre les études	
			Impact clinique de l'intervention	Élevée	L'impact clinique des COU est positif avec une réduction du taux de grossesse sans effet différentiel pour ces deux IMC.	
			Généralisabilité	Modérée	Les données combinées proviennent d'études réalisées sur plusieurs sites et de plusieurs pays (p.ex. : États-Unis; Royaume-Uni, Irlande, Nigéria, Hong Kong).	
Taux de grossesse avec un traitement à l'UPA	Aucune différence statistiquement significative	1487 (1 étude)	Qualité méthodologique	Faible	Quantité d'études : 1 étude Plan d'étude : Combinaison et ré-analyse de données publiées provenant de 2 ECRA Risque de biais : Modéré : - Analyse de données secondaires - Déséquilibre des populations étudiées - Certains des auteurs travaillent pour HRA pharma Précision : Modérée (Intervalle toléré entre le traitement et la RSNP différente entre les études combinées).	Faible
			Cohérence	NA	1 étude	
			Impact clinique de l'intervention	Élevée	L'impact clinique des COU est positif avec une réduction du taux de grossesse sans effet différentiel pour ces deux IMC.	
			Généralisabilité	Élevée	Données combinées provenant d'études réalisées sur des populations similaires au Québec et dans plusieurs cliniques aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Irlande.	

Paramètres de résultat	Efficacité selon un IMC < 25 vs ≥ 30 kg/m ²	Nb patients (nb études)	Appréciation de la qualité de la preuve			Niveau de preuve
			Critères	Appréciation	Commentaires	
Taux de grossesse avec un traitement au LNG	Différence statistiquement significative en faveur du LNG pour un IMC < 25 kg/m ²	8057 (2 études)	Qualité méthodologique	Faible	Quantité d'études : 2 études Plan d'étude : Combinaison et ré-analyse de données publiées provenant de 6 ECRA Risque de biais : Modéré : - Analyse de données secondaires - Déséquilibre des populations étudiées - Certains des auteurs travaillent pour HRA pharma Précision : Modérée (hétérogénéité des études incluse dans la ré-analyse; intervalle toléré entre le traitement et la RSNP différent entre les études combinées).	Faible
			Cohérence	Modérée	La direction de l'effet est similaire; toutefois le retrait d'un groupe de données hétérogènes provenant d'une étude affecte la significativité du résultat dans une des études.	
			Impact clinique de l'intervention	Élevée	L'impact clinique des COU est positif avec une réduction du taux de grossesse, toutefois un effet réduit est constaté chez les femmes obèses.	
			Généralisabilité	Modérée	Les données combinées proviennent d'études réalisées sur plusieurs sites et de plusieurs pays (p.ex. : États-Unis; Royaume-Uni, Irlande, Nigéria, Hong Kong).	
Taux de grossesse avec un traitement à l'UPA	Aucune différence statistiquement significative	1337 (1 étude)	Qualité méthodologique	Faible	Quantité d'études : 1 étude Plan d'étude : Combinaison et ré-analyse de données publiées provenant de 2 ECRA Risque de biais : Modéré : - Analyse de données secondaires - Déséquilibre des populations étudiées - Certains des auteurs travaillent pour HRA pharma Précision : Modérée (Intervalle toléré entre le traitement et la RSNP différente entre les études combinées).	Faible
			Cohérence	NA	1 étude	
			Impact clinique de l'intervention	Élevée	L'impact clinique des COU est positif avec une réduction du taux de grossesse sans effet différentiel pour ces deux IMC.	
			Généralisabilité	Élevée	Données combinées provenant d'études réalisées sur des populations similaires au Québec et dans plusieurs cliniques aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Irlande.	

Paramètres de résultat	Efficacité selon un IMC < 30 vs ≥ 30 kg/m ²	Nb patients (nb études)	Appréciation de la qualité de la preuve			Niveau de preuve
			Critères	Appréciation	Commentaires	
Taux de grossesse avec un traitement à l'UPA	Différence statistiquement significative, suggérant que le traitement à l'UPA est moins efficace en termes de taux de grossesse chez les femmes avec un IMC ≥ 30 kg/m ²	2173 (1 étude)	Qualité méthodologique	Faible	Quantité d'études : 1 étude Plan d'étude : Combinaison et ré-analyse de données publiées provenant de 2 ECRA Risque de biais : Modéré : - Analyse de données secondaires - Déséquilibre des populations étudiées - Certains des auteurs travaillent pour HRA pharma Précision : Modérée (Intervalle toléré entre le traitement et la RSNP différente entre les études combinées).	Faible
			Cohérence	NA	1 étude	
			Impact clinique de l'intervention	Élevée	L'impact clinique des COU est positif avec une réduction du taux de grossesse, toutefois un effet réduit est constaté chez les femmes obèses.	
			Généralisabilité	Élevée	Données combinées provenant d'études réalisées sur des populations similaires au Québec et dans plusieurs cliniques aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Irlande.	

Tableau F4 Appréciation du niveau de preuve scientifique concernant l'efficacité de l'UPA lors de l'initiation ou de la reprise d'une contraception hormonale (CH)

Question de recherche : #1- Quelle est l'efficacité de l'UPA et du LNG lorsqu'ils sont employés dans un contexte de contraception orale d'urgence, comparé entre eux, à d'autres contraceptifs d'urgence ou à l'absence de contraception, chez les femmes aptes à procréer ?						
Population : Femmes aptes à procréer Intervention : Contraception orale d'urgence avec l'UPA ou le LNG suivi ou non d'une CH Comparaison : Autres options thérapeutiques ou absence de traitement						
Paramètres de résultat	UPA vs UPA + CH	Nb patients (nb études)	Appréciation de la qualité de la preuve			Niveau de preuve
			Critères	Appréciation	Commentaires	
Inhibition de la RF	Différence statistiquement significative en faveur d'un traitement à l'UPA sans reprise rapide de CH.	n = 120 (2 études)	Qualité méthodologique	Modérée	Quantité d'études : 2 études Plan d'étude : 1 ECRA, 1 ECNAA Risque de biais : Faible : - Absence de randomisation (1 ECNAA); - Schéma d'expérience partiellement croisé (1 ECRA) Précision : Semble adéquate	Modéré
			Cohérence	Élevée	La direction de l'effet est similaire entre les études.	
			Impact clinique de l'intervention	Modérée	Diminution de l'inhibition de la RF folliculaire avec l'UPA allant de 24 et 41,4 %.	
			Généralisabilité	Modérée	3 sites, avec en partie des populations similaires au Québec (États-Unis, Pays-Bas, République dominicaine).	

Tableau F5 Appréciation du niveau de preuve scientifique concernant l'innocuité des COU

Question de recherche : #2 - Quelle est l'innocuité de l'UPA et du LNG lorsqu'ils sont employés dans un contexte de contraception orale d'urgence, comparé entre eux, à d'autres contraceptifs d'urgence ou à l'absence de contraception, chez les femmes aptes à procréer ?						
Population : Femmes aptes à procréer						
Intervention : Contraception orale d'urgence avec l'UPA ou le LNG						
Comparaison : Autres options thérapeutiques ou absence de traitement						
Paramètres de résultat	UPA vs LNG	Nb patients (nb études)	Appréciation de la qualité de la preuve			Niveau de preuve
			Critères	Appréciation	Commentaires	
Effets indésirables mineurs	<u>Meta-analyse</u> : Aucune différence statistiquement significative	n = 3 770 (2 ECRA)	Qualité méthodologique	Élevée	Quantité d'études : 2 études Plan d'étude : ECRA Risque de biais : Faible; Précision : Semble adéquate	Élevé
			Cohérence	Élevée	La direction de l'effet est similaire entre les études.	
			Impact clinique de l'intervention	Élevée	L'impact clinique des COU est positif avec une réduction du taux de grossesse sous le seuil de pertinence clinique fixé par les auteurs à 4 %. L'absence de différence d'effets indésirables entre les deux traitements est importante cliniquement.	
			Généralisabilité	Élevée	Études réalisées sur des populations similaires au Québec et dans plusieurs cliniques : 1 ECRA réalisée dans 7 cliniques aux États-Unis; 1 ECRA réalisée dans 35 cliniques (10 au Royaume-Uni, 24 aux États-Unis et 1 en Irlande).	

ANNEXE G

Tableau d'extraction des documents contenant des recommandations

Tableau G1 Extraction des documents contenant des recommandations

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada) Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) (Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare) Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 (Centers for Disease Control and Prevention) États-Unis	#4 CNGOF-2018 (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) France	#5 ACOG-2015 (American College of Obstetricians and Gynecologists) États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 (World Health Organisation) International	#7 INSPQ-2018 (Institut national de santé publique du Québec) Canada
AGREE II : 47 %	AGREE II: 2017: 79 %; 2019: 83 %	AGREE II : 56 %	AGREE II : 47 %	AGREE II : 40 %	AGREE II : 83 %	AGREE II : NON EVALUE
DEFINITION DE LA CONTRACEPTION D'URGENCE (CU) [EMERGENCY CONTRACEPTION (EC)]						
La contraception d'urgence (CU) ou postcoïtale est utilisée pour prévenir la grossesse à la suite d'une relation sexuelle, mais avant l'implantation. La CU est utilisée à titre de méthode d'appoint lorsqu'un mode de contraception n'est pas utilisé de façon régulière, qu'il est utilisé de façon inappropriée ou encore à la suite d'un incident en matière de contraception. Elle n'est pas destinée à être utilisée de façon régulière.	Emergency contraception (EC) provides women with a means of reducing the risk of conception of an unintended pregnancy following unprotected sexual intercourse (UPSI). EC is intended for occasional emergency use and should not be considered a substitute for effective regular contraception.	Emergency contraception (EC) consists of methods that can be used by women after sexual intercourse to prevent pregnancy. Emergency contraception methods have varying ranges of effectiveness depending on the method and timing of administration.	La contraception d'urgence (CU) est définie par l'utilisation d'un moyen de contraception, pilule ou dispositif intra-utérin (DIU) pour prévenir une grossesse non prévue après un rapport sexuel non protégé. Les grossesses non prévues sont le résultat de rapports sexuels, sans utilisation des moyens pour éviter une grossesse, ou d'un échec de contraception, alors que les femmes ne souhaitent pas être enceintes. Elle n'est pas destinée à être utilisée de façon régulière en raison du risque d'échec plus grand qu'avec les autres contraceptifs modernes.	Emergency contraception, also known as postcoital contraception, is therapy used to prevent pregnancy after an unprotected or inadequately protected act of sexual intercourse. Therefore, emergency contraception should not be used as a longterm contraceptive.	La contraception d'urgence (CU), ou contraception post-coïtale, désigne des méthodes de contraception utilisables pour prévenir une grossesse dans les tout premiers jours suivant un rapport sexuel coïtal. Elle est aussi destinée à être utilisée en urgence après un rapport non protégé ou après un échec ou un mauvais usage de la contraception (pilules oubliées ou préservatif déchiré), ou encore après un viol ou un rapport forcé.	Ø
Constats : - La définition de la contraception d'urgence (CU) est uniforme au travers des différents guides : La contraception d'urgence (CU) est définie par l'utilisation d'un moyen de contraception, pilule ou dispositif intra-utérin (DIU) pour prévenir une grossesse non prévue après un rapport sexuel non protégé. - Dans 4 GPC, il est précisé que la CU n'est qu'une méthode occasionnelle qui n'est pas destinée à être utilisée de façon régulière.						

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada) Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) (Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare) Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 (Centers for Disease Control and Prevention) États-Unis	#4 CNGOF-2018 (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) France	#5 ACOG-2015 (American College of Obstetricians and Gynecologists) États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 (World Health Organisation) International	#7 INSPQ-2018 (Institut national de santé publique du Québec) Canada
OPTIONS DE TRAITEMENT DE CONTRACEPTION ORAL D'URGENCE (COU)						
Deux options sont offertes en matière de CU : les méthodes hormonales (également connues sous le nom de « pilule du lendemain ») et l'insertion postcoïtale d'un Dispositif intra-utérin au cuivre (DIU-Cu). Parmi les options hormonales de la CU, on trouve la CU-Levonorgestrel (CU-LNG), la CU-Acétate d'ulipristal (CU-UPA) et la méthode de Yuzpe.	In the UK, three methods of EC are currently available: the copper IUD (Cu-IUD), oral ulipristal acetate (UPA) 30 mg (single dose) and oral levonorgestrel (LNG) 1.5 mg (single dose). The combined hormonal Yuzpe method of EC is no longer used in the UK;	Four options are available in the United States: the Cu-IUD and three types of EC pills (ECPs). ECPs • UPA in a single dose • Levonorgestrel in a single dose or as a split dose • Combined estrogen and progestin in 2 doses (Yuzpe regimen)	Il existe en France deux méthodes de CU : la méthode hormonale (contraceptifs oraux d'urgence) avec le lévonorgestrel (LNG) ou l'ulipristal acétate (UPA) et la méthode mécanique avec l'insertion post-coïtale d'un DIU au cuivre La méthode hormonale combinée, également connue sous le nom de méthode Yuzpe, n'est plus recommandée et n'est plus disponible sous forme commercialisée en France.	Methods of emergency contraception include oral administration of combined estrogen–progestin, progestin only, or selective progesterone receptor modulators and insertion of a copper intrauterine device (IUD). Combined estrogen–progestin emergency contraceptive regimens are no longer sold as a dedicated product.	Quatre méthodes de CU : le dispositif intra-utérin au cuivre (DIU-Cu) destiné à la CU et trois types de pilules pour la contraception d'urgence (PCU) : les PCU à base d'acétate d'ulipristal (PCU-UPA), les PCU ne contenant que du lévonorgestrel (PCU-LNG) et les PCU combinées oestrogène–progestatif (PCU combinées).	• l'insertion d'un stérilet au cuivre d'urgence • COU au lévonorgestrel (COU-LNG) • COU à l'acétate d'ulipristal (COU-UPA)
Constats : • Deux méthodes de CU sont disponibles : intra-utérine (IUD) ou orale (COU) • Pour la COU deux options sont disponibles dans tous les GPC : UPA et LNG • 6 GPC mentionnent la méthode Yuzpe (oestrogène-progestatif combiné)						
ÉVALUATION NECESSAIRE AVANT DE PRESCRIRE UNE COU						
La tenue de l'anamnèse doit déterminer si la relation sexuelle non protégée (RSNP) a eu lieu au cours de la période d'efficacité de la CU. Le risque qu'une femme présente une grossesse préexistante devrait être évalué en déterminant la chronologie et le caractère normal de ses dernières menstruations, les RSNP précédentes et si les menstruations suivantes de	Recommandation : If a woman is referred on for a Cu-IUD, oral EC should be given at the time of referral in case the Cu-IUD cannot be inserted or the woman changes her mind. (✓) A pregnancy test should be considered if a woman has had UPSI earlier in the cycle.	Routine pregnancy testing for every woman is not necessary. If a woman has had recent (i.e., within the last 5 days) unprotected sexual intercourse, consider offering emergency contraception (either a Cu-IUD or ECPs) if pregnancy is not desired.	Ø	Recommandation : No clinical examination or pregnancy testing is necessary before provision or prescription of emergency contraception. (Level B) Emergency contraception should not be withheld or delayed in order to test for pregnancy.	Ø	Exclure la possibilité que la femme ne soit pas enceinte : • Absence de symptômes de grossesse. • Résultat négatif du test de grossesse urinaire. • Questionnaire sur les relations sexuelles non protégées survenues dans ce cycle.

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 <i>(Société des obstétriciens et gynécologues du Canada)</i> Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) <i>(Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare)</i> Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 <i>(Centers for Disease Control and Prevention)</i> États-Unis	#4 CNGOF-2018 <i>(Collège national des gynécologues et obstétriciens français)</i> France	#5 ACOG-2015 <i>(American College of Obstetricians and Gynecologists)</i> États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 <i>(World Health Organisation)</i> International	#7 INSPQ-2018 <i>(Institut national de santé publique du Québec)</i> Canada
la femme en question sont actuellement en retard ou non. La tenue d'un test urinaire de grossesse n'est requise qu'en présence d'une incertitude et que lorsque l'on envisage l'insertion d'un DIU-Cu. Une femme qui a connu une RSNP plus tôt au cours du cycle pourrait être exposée à un risque de grossesse attribuable à l'échéance de la fenêtre thérapeutique de la CU; toutefois, elle ne devrait pas se voir refuser l'accès à des pilules de CU lorsqu'elle a également connu une RSNP au cours de la fenêtre de cinq jours.	Recommandation : EC providers can offer a woman UPA-EC or LNG-EC if she has had UPSI earlier in the same cycle as well as within the last 5 days, as evidence suggests that UPA-EC and LNG-EC do not disrupt an existing pregnancy and are not associated with fetal abnormality. (D) The GDG recommends therefore that if a woman has had UPSI earlier in the cycle (more than 5 days prior to presenting for EC as well as within the last 5 days) and could be at risk of very early pregnancy, UPA can be used. LNG-EC can therefore be used if there has been UPSI earlier in the cycle as well as within the last 4 days. (Evidence level 4). Recommandation : If a woman has already taken UPA-EC once or more in a cycle, EC providers can offer her UPA-EC again after further UPSI in the same cycle. (D)			Recommandation : Oral emergency contraception may be used more than once, even within the same menstrual cycle. (Level C)		• Date du début de la dernière menstruation; • Caractéristiques de la dernière menstruation (normale ou non); • Longueur habituelle des cycles menstruels; • Vérification du poids ou de l'IMC et du délai de la RSNP. Si elle désire un stérilet d'urgence, il est suggéré que la femme prenne la COU immédiatement au cas où elle ne se présenterait pas pour l'insertion ou que le médecin ou l'IPS ne pourrait l'insérer.

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada) Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) (Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare) Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 (Centers for Disease Control and Prevention) États-Unis	#4 CNGOF-2018 (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) France	#5 ACOG-2015 (American College of Obstetricians and Gynecologists) États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 (World Health Organisation) International	#7 INSPQ-2018 (Institut national de santé publique du Québec) Canada
	Recommandation : If a woman has already taken LNG-EC once or more in a cycle, EC providers can offer her LNG-EC again after further UPSI in the same cycle. (D) Women requesting EC may be at risk of STI. STI risk assessment should be made and testing offered as appropriate, taking window periods into consideration. Recommandation : If a woman and her EC provider estimate that UPSI is unlikely to have occurred during her fertile period, she may consider the option of using LNG-EC with immediate start of hormonal contraception rather than UPA-EC with delayed start of hormonal contraception.(✓)					
Constats : • Selon 3 GPC, le risque qu'une femme présente une grossesse préexistante devrait être évalué (chronologie vs cycle menstruel, dernières menstruations, retard dans menstruations suivantes). • Un test de grossesse ne semble pas nécessaire pour prescrire une COU, cependant dans certaines situations il pourrait être nécessaire : ○ avant l'insertion d'un DIU (2 GPC); ○ si autre RSNP auparavant dans le même cycle (2 GPC); ○ présence d'incertitudes (1 GPC); • La prise de COU même si un autre RSNP a eu lieu avant dans le même cycle (3 GPC) ou la 2^e prise de la même COU dans un même cycle (2 GPC) est possible. • Il est recommandé (2 GPC) de fournir une COU à une patiente même lorsqu'elle est référée pour la pose d'un DIU de cuivre au cas d'un long délai avant la pose.						

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada) Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) (Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare) Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 (Centers for Disease Control and Prevention) États-Unis	#4 CNGOF-2018 (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) France	#5 ACOG-2015 (American College of Obstetricians and Gynecologists) États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 (World Health Organisation) International	#7 INSPQ-2018 (Institut national de santé publique du Québec) Canada
INDICATION ET ADMISSIBILITE (COU)						
Le recours à la CU devrait être envisagé pour les femmes qui souhaitent réduire leur risque de grossesse à la suite d'une RSNP ou d'un incident lié à la contraception. Toutes les méthodes de CU devraient être mises en œuvre dès que possible à la suite d'une RSNP. En raison de son efficacité supérieure pour ce qui est de la CU et de la contraception continue, le DIU Cu d'urgence devrait être offert à titre de choix de première intention à toutes les femmes admissibles. LNG : Leur utilisation est approuvée jusqu'à 72 heures à la suite d'une RSNP; certaines données probantes en indiquent l'efficacité pendant jusqu'à cinq jours. Rien n'indique que la forte dose de LNG qui est utilisée aux fins de la CU est nuisible pour les adolescentes; ainsi, l'accès à la CU ne devrait pas être limité en fonction de l'âge. UPA : Son schéma posologique approuvé aux fins de la CU consiste en l'administration d'une dose orale de 30 mg	It is recommended that EC is considered for any woman who does not wish to conceive if there is a potential risk of pregnancy after UPSI. Recommandation : Women requiring EC after sexual assault should be offered all methods of EC including the Cu-IUD. (✓) Recommandation : All women requiring EC should be offered a Cu-IUD if appropriate as it is the most effective method of EC. (✓) If a Cu-IUD is not appropriate or acceptable to a woman, oral EC should be offered as soon as possible after UPSI and effective ongoing contraception commenced. Recommandation : EC providers should consider UPA-EC as the first-line oral EC for a woman who has had UPSI 96–120 hours ago (even if she has also had UPSI within the last 96 hours). (✓)	ECPs should be taken as soon as possible within 5 days of unprotected sexual intercourse.	La CU est une méthode de rattrapage, conçue pour être utilisée en situation d'urgence, après un rapport non protégé, un échec ou un usage défectueux d'une méthode contraceptive (comme l'oubli de la pilule ou la déchirure du préservatif), le viol ou des rapports sous la contrainte. Le LNG est un progestatif qui doit être utilisé dans les 72 heures après un rapport sexuel non protégé ou en cas d'échec d'une méthode contraceptive (LE1). Recommandation : Il est recommandé d'utiliser l'UPA ou le LNG entre 0 et 72 h avec une supériorité pour l'UPA (Grade A). Recommandation : Il est recommandé d'utiliser l'UPA entre 72 et 120 h (Grade A).	Emergency contraception should be offered or made available to women who have had unprotected or inadequately protected sexual intercourse and who do not desire pregnancy. These criteria specifically note that women with previous ectopic pregnancy, cardiovascular disease, migraines, or liver disease and women who are breastfeeding may use emergency contraception Treatment with emergency contraception should be initiated as soon as possible after unprotected or inadequately protected sexual intercourse to maximize efficacy. Emergency contraceptive pills or the copper IUD should be made available to patients who request it up to 5 days after unprotected or inadequately protected sexual intercourse. LNG: The levonorgestrel regimen is labeled for use for up to 72 hours	L'utilisation d'une CU est sans risque pour la plupart des femmes. Le DIU-Cu est une méthode de CU efficace qui réduit le risque de grossesse de plus de 99 % s'il est posé dans les 120 heures suivant le rapport. Dans l'idéal, les PCU-UPA, les PCU-LNG ou les PCU combinées devraient être prises dès que possible après le rapport non protégé, dans un délai de 120 heures au maximum. Les PCU-UPA peuvent être plus efficaces entre 72 et 120 heures après un rapport non protégé que les autres PCU.	Permettre à une femme qui a eu une relation sexuelle non protégée (RSNP) d'obtenir une contraception d'urgence afin de prévenir une grossesse non planifiée. Un contraceptif oral d'urgence le plus tôt possible après la relation sexuelle non protégée. Le stérilet au cuivre d'urgence est la méthode contraceptive d'urgence la plus efficace. Il peut être inséré jusqu'à 7 jours après la RSNP à condition que l'on ait éliminé la présence d'une grossesse et que la femme n'ait pas de contre-indications à l'utilisation de ce stérilet. La clientèle visée est constituée de toutes les femmes en bonne santé qui ont eu leur ménarche et qui ont besoin d'une contraception d'urgence.

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 <i>(Société des obstétriciens et gynécologues du Canada)</i> Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) <i>(Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare)</i> Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 <i>(Centers for Disease Control and Prevention)</i> États-Unis	#4 CNGOF-2018 <i>(Collège national des gynécologues et obstétriciens français)</i> France	#5 ACOG-2015 <i>(American College of Obstetricians and Gynecologists)</i> États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 <i>(World Health Organisation)</i> International	#7 INSPQ-2018 <i>(Institut national de santé publique du Québec)</i> Canada
dans un délai pouvant atteindre jusqu'à cinq jours à la suite d'une RSNP. Recommandation : 16. La contraception d'urgence, toutes méthodes confondues, devrait être mise en œuvre dès que possible à la suite d'une relation sexuelle non protégée (II-2A).	Recommandation : EC providers should consider UPA-EC as the first-line oral EC for a woman who has had UPSI within the last 5 days if the UPSI is likely to have taken place during the 5 days prior to the estimated day of ovulation. (✓) Recommandation : After pregnancy, women who do not wish to conceive should be offered EC after: - UPSI from Day 21 after childbirth (unless the criteria for lactational amenorrhoea are met). (✓) - UPSI from Day 5 after abortion, miscarriage, ectopic pregnancy or uterine evacuation for gestational trophoblastic disease (GTD). (✓) Recommandation : Adolescents who need EC should be offered all methods of EC including the Cu-IUD. (✓) In the perimenopause a woman may still ovulate despite erratic			after unprotected sex but is best used as soon as possible after unprotected sex. UPA : This selective progesterone receptor modulator, or antiprogesterin, has demonstrated effectiveness up to 120 hours after unprotected sex.		

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada) Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) (Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare) Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 (Centers for Disease Control and Prevention) États-Unis	#4 CNGOF-2018 (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) France	#5 ACOG-2015 (American College of Obstetricians and Gynecologists) États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 (World Health Organisation) International	#7 INSPQ-2018 (Institut national de santé publique du Québec) Canada
	menses. Perimenopausal women should be offered EC after UPSI. Contraception (including EC) is no longer required by a woman aged > 50 years who has been naturally amenorrhoeic for a year. Women aged <50 years can stop contraception after 2 years of natural amenorrhoea for which no other cause is identified.					
Constats : - Tous les GPC indiquent que la CU devrait être disponible, le plus tôt possible, pour toutes les femmes qui souhaitent réduire leur risque de grossesse à la suite d'une RSNP. 4 GPC mentionnent que le premier choix devrait être l'IUD de cuivre, lorsque possible. - Dans les GPC, le LNG et l'UPA sont indiqués pour les premiers 72 h après une RSNP, et l'UPA pour la période allant de 72 h à 120 h après une RSNP. 1 GPC indique que la COU peut être donnée à une femme 5 jours après : un avortement, une fausse couche, une grossesse ectopique ou une évacuation utérine pour une GTD.						
CRITERES POUR LA PRISE D'UNE COU A LA SUITE D'UNE RSNP						
En fonction de l'absence de contraception						
Incapacité d'utiliser quelque mode de contraception que ce soit. Erreurs dans la mise en œuvre du coït interrompu (éjaculation dans le vagin ou sur les organes génitaux externes)	The GDG advises that oral EC should be offered if a woman has had UPSI within the last 5 days. Oral EC should be taken as soon as possible after UPSI to maximise the chances that it is taken before ovulation.	Ø	La CU est une méthode de rattrapage, conçue pour être utilisée en situation d'urgence, après un rapport non protégé.	Common indications for emergency contraception include [...] failure to use any form of contraception	Utilisatrices de la Méthode des Jours Fixes (MJF) : si la femme a des rapports non protégés entre le 8ème et le 19ème jour du cycle, elle pourrait souhaiter recourir à une CU, le cas échéant.	Le risque de grossesse non planifiée à la suite d'une RSNP est présent dans les contextes suivants : - Non-utilisation de contraception. - Utilisation de la méthode du retrait (éjaculation intra ou extra-vaginale ou sur les organes génitaux externes).

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada) Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) (Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare) Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 (Centers for Disease Control and Prevention) États-Unis	#4 CNGOF-2018 (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) France	#5 ACOG-2015 (American College of Obstetricians and Gynecologists) États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 (World Health Organisation) International	#7 INSPQ-2018 (Institut national de santé publique du Québec) Canada
Constat : L'absence d'usage de contraception (peu importe la méthode) est un critère satisfaisant pour prescrire une COU à la suite d'une RSNP.						
En fonction de la méthode barrière employée						
Glissement, le bris ou la fuite d'un condom Déplacement, insertion incorrecte ou retrait prématuré d'un diaphragme ou d'une cape cervicale.	Recommandation : Women who do not wish to conceive should be offered EC after UPSI if their regular contraception has been compromised or has been used incorrectly (✓).	Ø	La CU est une méthode de rattrapage, conçue pour être utilisée en situation d'urgence, après un [...] un échec ou un usage défectueux d'une méthode contraceptive (comme l'oubli de la pilule ou la déchirure du préservatif).	Common indications for emergency contraception include contraceptive failure (eg, condom breakage or missed doses of oral contraceptives) and failure to use any form of contraception.	Elle est aussi destinée à être utilisée en urgence après un rapport non protégé ou après un échec ou un mauvais usage de la contraception (pilules oubliées ou préservatif déchiré),.	Le risque de grossesse non planifiée à la suite d'une RSNP est présent dans les contextes suivants : • Glissement, rupture ou fuite d'un condom. • Délogement, problème d'insertion ou retrait prématuré du diaphragme ou de la cape cervicale. • Problème avec un stérilet et en attente de consultation.
Constat : Un problème avec la méthode barrière employée est un critère satisfaisant pour prescrire une COU à la suite d'une RSNP.						
En fonction d'une agression sexuelle						
une agression sexuelle lorsque la femme n'utilise pas un mode de contraception fiable.	Recommandation : Women requiring EC after sexual assault should be offered all methods of EC including the Cu-IUD (✓)	Ø	La CU est une méthode de rattrapage, conçue pour être utilisée en situation d'urgence, après [...] le viol ou des rapports sous la contrainte.	Reproductive-aged women who are victims of sexual assault always should be offered emergency contraception.	Elle est aussi destinée à être utilisée en urgence après [...] un viol ou un rapport forcé.	Relation sexuelle consentie ou non (abus ou agression) chez une femme qui n'utilise pas de contraception.
Constat : Les femmes qui sont victimes d'agression sexuelle devraient toujours se voir proposer une contraception d'urgence, lorsqu'elle n'utilise pas un mode de contraception standard et toujours actif.						
En fonction du cycle menstruel						
Les erreurs de calcul de la période de fertilité (relations sexuelles survenant au cours d'une journée fertile du cycle).	Recommandation : Women who do not wish to conceive should be offered EC after UPSI that has taken place on	If she has unprotected sexual intercourse during days 8–19, consider the use of emergency contraception if appropriate.	Ø	Emergency contraception should be offered or made available any time unprotected or inadequately protected sexual intercourse	Ø	• Mauvais calcul de la période fertile (relation sexuelle non protégée pendant une journée fertile du cycle).

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 <i>(Société des obstétriciens et gynécologues du Canada)</i> Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) <i>(Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare)</i> Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 <i>(Centers for Disease Control and Prevention)</i> États-Unis	#4 CNGOF-2018 <i>(Collège national des gynécologues et obstétriciens français)</i> France	#5 ACOG-2015 <i>(American College of Obstetricians and Gynecologists)</i> États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 <i>(World Health Organisation)</i> International	#7 INSPQ-2018 <i>(Institut national de santé publique du Québec)</i> Canada
Puisqu'il est difficile de déterminer avec certitude la période fertile du cycle d'une femme, une CU devrait être offerte peu importe le jour du cycle au cours duquel la RSNP a eu lieu, lorsqu'une femme entretient des préoccupations quant à son risque de grossesse.	any day of a natural menstrual cycle. (D) It can, however be difficult to predict whether an episode of UPSI has occurred during a woman's fertile period. Estimation of the timing of ovulation using the usual cycle length and date of last menstrual period (LMP) reported by women is imprecise when correlated with serum and ultrasound markers of ovulation (Evidence level 2+). GDG recommends that, in general, UPA-EC should be considered the first-line oral EC if it is thought to be likely that UPSI may have occurred during the 5 days prior to the estimated date of ovulation when risk of pregnancy is highest. A margin for error should be allowed when estimating the timing of ovulation. If it is not possible to establish a likely date of ovulation or a woman does not know where she is in her cycle, use of UPA-EC should be considered.			occurs and the patient is concerned that she is at risk of an unwanted pregnancy. Emergency contraception should not be withheld or delayed in order to test for pregnancy, nor should it be denied because the unprotected coital act may not have occurred on a fertile day of the menstrual cycle.		

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada) Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) (Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare) Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 (Centers for Disease Control and Prevention) États-Unis	#4 CNGOF-2018 (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) France	#5 ACOG-2015 (American College of Obstetricians and Gynecologists) États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 (World Health Organisation) International	#7 INSPQ-2018 (Institut national de santé publique du Québec) Canada
Constats : 3 GPC mentionnent que puisqu'il est difficile de déterminer avec certitude la période fertile du cycle d'une femme, une COU devrait être offerte, peu importe le jour du cycle au cours duquel la RSNP a eu lieu. - Un GPC mentionne que l'UPA serait à privilégier si la RSNP a eu lieu à l'intérieur de 5 jours avant la date d'ovulation prévue, de même que lorsque la date d'ovulation est impossible à établir. - Un GPC indique que lorsque la RSNP a eu lieu entre les jours 8 et 19 du cycle de considérer l'usage de la COU si besoin.						
En fonction d'une contraception hormonale régulière compromise						
Les oublis quant à l'utilisation de la contraception hormonale (pilule, timbre, anneau vaginal ou injection d'acétate de médroxyprogestérone).	Recommandation : Women who do not wish to conceive should be offered EC after UPSI if their regular contraception has been compromised or has been used incorrectly (✓).	Ø	La CU est une méthode de rattrapage, conçue pour être utilisée en situation d'urgence, après un [...] un échec ou un usage défectueux d'une méthode contraceptive (comme l'oubli de la pilule ou la déchirure du préservatif). Chez les femmes utilisant une contraception hormonale au long cours, il n'est pas recommandé d'utiliser l'UPA en CU.	Common indications for emergency contraception include contraceptive failure (eg, condom breakage or missed doses of oral contraceptives) and failure to use any form of contraception.	Les utilisatrices d'autres méthodes de contraception peuvent souhaiter recourir à une contraception d'urgence dans les situations suivantes, le cas échéant.	Erreur d'utilisation d'un contraceptif hormonal (pilule, timbre, anneau, injection).
Progestatifs seuls injectables / implants						
SOGC : Chapitre 8 Late Injection : If a woman presents for her DMPA injection 14 weeks or more after her last injection, pregnancy must first be ruled out. If she has had unprotected intercourse within the last 14 days and within the last 5 days and her urine pregnancy test is negative, give LNG-EC and her DMPA injection. In this situation, LNG-EC is preferred to	Late injection: >14 weeks since last injection of DMPA EC is indicated if there has been UPSI or barrier failure: 14 weeks after the last injection. - within the first 7 days after late injection Timing of ovulation after expiry of the progestogen-only	If the woman is >2 weeks late (>15 weeks from the last injection) for a repeat DMPA injection, she can have the injection if it is reasonably certain that she is not pregnant. (Box 2). She needs to abstain from sexual intercourse or use additional contraceptive protection for the next 7 days.	Ø	Ø	Si la femme se présente avec plus de 2 semaines de retard pour recevoir son injection de rappel d'AMPR ou de NET-EN, elle pourra [...] souhaiter recourir à une CU, le cas échéant.	Ø

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada) Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) (Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare) Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 (Centers for Disease Control and Prevention) États-Unis	#4 CNGOF-2018 (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) France	#5 ACOG-2015 (American College of Obstetricians and Gynecologists) États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 (World Health Organisation) International	#7 INSPQ-2018 (Institut national de santé publique du Québec) Canada
ulipristal acetate emergency contraception (UPA-EC) because of a potential drug interaction between UPA and DMPA.	injectable is extremely variable. The effectiveness of UPA-EC could theoretically be reduced by residual circulating progestogen. Consider use of LNG-EC. <u>Expired implant:</u> Women can be advised that the risk of pregnancy in the fourth year of use of the progestogen-only implant Nexplanon [...] is extremely low. The effectiveness of UPA-EC in the presence of progestogen from a recently expired IMP [...] is unknown. Clinicians may consider use of LNG-EC in this situation with immediate quick start of appropriate hormonal contraception.	She might consider the use of emergency contraception (with the exception of UPA) if appropriate.				
PROGESTATIFS SEULS ORAUX (POP)						
SOGC : Chapitre 8 If a POP is missed by more than 3 hours, further management depends on whether the woman has had UPI in the past 5 days. If UPI has occurred, emergency contraception (EC) is recommended. In the case of LNG-EC, she should start the POP the	Late or missed pill (>27 hours since last traditional POP or >36 hours since last desogestrel-only pill) EC is indicated if a pill is late or missed and there has been UPSI or barrier failure before efficacy has	Missed POPs: For the following recommendations, a dose is considered missed if it has been >3 hours since it should have been taken. Emergency contraception should	Ø	Ø	Si une femme ayant des cycles menstruels (et pouvant être une femme allaitante) a oublié une pilule ou plus avec un retard de plus de 3 heures, elle pourra souhaiter recourir à une CU, le cas échéant.	Ø

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada) Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) (Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare) Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 (Centers for Disease Control and Prevention) États-Unis	#4 CNGOF-2018 (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) France	#5 ACOG-2015 (American College of Obstetricians and Gynecologists) États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 (World Health Organisation) International	#7 INSPQ-2018 (Institut national de santé publique du Québec) Canada
next day and use back-up contraception for another 48 hours. In the case of UPA-EC, she should restart the POP 5 days after taking EC and use back-up contraception for another 14 days.	been re-established (i.e. 48 hours after restarting). Timing of ovulation after missed pills cannot be accurately predicted. A Cu-IUD is therefore only recommended up to 5 days after the first UPSI following a missed POP. If POP has been taken in the 7 days prior to EC, the effectiveness of UPA-EC could theoretically be reduced. Consider use of LNG-EC.	be considered (with the exception of UPA) if the woman has had unprotected sexual intercourse.				
CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINES (COC)						
<u>SOGC : Chapitre 9</u> <u>Recommandation :</u> If 1 combined oral contraceptive pill or other combined hormonal contraception (CHC) method is missed in the first week of use, back-up contraception or abstinence should be used until the CHC method has been used for 7 consecutive days. (III-A). Due to concerns about potential drug interaction between UPA-EC and CHC, LNG-EC is recommended when EC is required for missed COCs (or any CHC). <u>Recommandation :</u> Back-up contraception should be used when 3 or more consecutive	Missed pills (if two or more active pills are missed) : EC is indicated if the pills are missed in Week 1 and there has been UPSI or barrier failure during the pill-free interval or Week 1. If COC has been taken in the 7 days prior to EC, the effectiveness of UPA-EC could theoretically be reduced. Consider use of LNG-EC	Recommended actions after late or missed combined oral contraceptives: If one hormonal pill is late (<24 hours since a pill should have been taken) or if one hormonal pill has been missed (24 to <48 hours since a pill should have been taken): Emergency contraception is not usually needed but can be considered (with the exception of UPA) if hormonal pills were missed earlier in the cycle or in the last week of the previous cycle. If two or more consecutive hormonal	Ø	Ø	En cas d'oubli d'une ou deux pilules actives (hormonales) d'affilée, ou de début d'une plaquette avec 1 ou 2 jours de retard. Aucune protection contraceptive supplémentaire n'est nécessaire. Si la femme a oublié 3 pilules actives (hormonales) ou plus au cours de la première semaine (ou a débuté une plaquette avec 3 jours ou plus de retard) et a eu des rapports sexuels non protégés, elle pourra souhaiter recourir à une CU.	<u>Dans la 1ere semaine de prise si oubli de COC ≥ 1 comprimé :</u> Contraception orale d'urgence (COU) au besoin (si relation(s) sexuelle(s) non protégée(s) dans les 5 jours précédents). <u>Dans la 2° ou 3e semaine de prise si oubli de COC ≥ 3 comprimés :</u> Contraception orale d'urgence (COU) au besoin si oublis répétés ou prolongés. La COU est rarement utile durant la 2° et la 3° semaine de prise à moins d'oublis répétés ou prolongés.

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada) Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) (Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare) Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 (Centers for Disease Control and Prevention) États-Unis	#4 CNGOF-2018 (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) France	#5 ACOG-2015 (American College of Obstetricians and Gynecologists) États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 (World Health Organisation) International	#7 INSPQ-2018 (Institut national de santé publique du Québec) Canada
doses/days of combined hormonal contraception (CHC) have been missed in the second or third week of hormone use until the CHC has been taken for 7 consecutive days. (I-A).		pills have been missed (48 hours since a pill should have been taken): Emergency contraception should be considered (with the exception of UPA) if hormonal pills were missed during the first week and unprotected sexual intercourse occurred in the previous 5 days. Vomiting or diarrhea, for any reason, continuing for ≥48 hours after taking any hormonal pill: Emergency contraception should be considered (with the exception of UPA) if vomiting or diarrhea occurred within the first week of a new pill pack and unprotected sexual intercourse occurred in the previous 5 days.				
Contraceptifs injectables combinés (CIC)						
Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Si la femme se présente avec plus de 7 jours de retard pour recevoir une injection de rappel, celle-ci pourra [...] souhaiter recourir à une CU, le cas échéant.	Ø
Timbre contraceptif ou anneau intravaginal (AIV)						
SOGC Chapitre 9 If the patch has been completely or partially detached for more than 24 hours or the timing is uncertain, a new patch	<u>Patch detachment/ring removal for >48 hours:</u> EC is indicated if patch detachment or ring removal occurs in Week 1 and there has	Delayed application or detachment for <48 hours since a patch should have been applied or reattached Emergency	Ø	Ø	Allongement de l'intervalle sans patch : Si la durée de l'intervalle sans patch est prolongée de > 48 heures un nouveau	<u>Dans la 1ere semaine de prise si timbre ou anneau sont détachés ou retirés depuis ≥24 h(timbre) ou >3 h (anneau) :</u>

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 <i>(Société des obstétriciens et gynécologues du Canada)</i> Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) <i>(Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare)</i> Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 <i>(Centers for Disease Control and Prevention)</i> États-Unis	#4 CNGOF-2018 <i>(Collège national des gynécologues et obstétriciens français)</i> France	#5 ACOG-2015 <i>(American College of Obstetricians and Gynecologists)</i> États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 <i>(World Health Organisation)</i> International	#7 INSPQ-2018 <i>(Institut national de santé publique du Québec)</i> Canada
should be applied. Back-up contraception and EC should be considered, depending on timing in the cycle and the duration of patch detachment. If the first or second patch [...] is left on for more than 12 days, the same steps should be taken; in addition, backup contraception should be used for 7 days and EC should be considered. If a patch user forgets to apply her first patch in week 1, she should apply a new patch as soon as she remembers. Back-up contraception is recommended for 1 week, and EC should be considered if UPI occurred within the previous 5 days In week 1, if ring insertion was delayed by more than 24 hours or the ring was out of the vagina for more than 3 hours, the ring should be inserted as soon as possible and back-up contraception or abstinence should be used until the ring has been in place for 7 consecutive days. If UPI occurred within the previous 5 days, EC should be considered. If during week 2 or 3 the ring was out of the vagina for more than 72 hours [...] Back-up contraception or abstinence should be used for the first 7 days of	been UPSI or barrier failure during the hormone-free interval (HFI) or Week 1. If CHC has been used in the 7 days prior to EC, the effectiveness of UPA-EC could theoretically be reduced. Consider use of LNG-EC	contraception is not usually needed but can be considered (with the exception of UPA) if delayed application or detachment occurred earlier in the cycle or in the last week of the previous cycle. Delayed application or detachment for ≥ 48 hours since a patch should have been applied or reattached : Emergency contraception should be considered (with the exception of UPA) if the delayed application or detachment occurred within the first week of patch use and unprotected sexual intercourse occurred in the previous 5 days. Delayed insertion of a <u>new ring</u> or delayed reinsertion of a current ring for < 48 hours since a ring should have been inserted: Emergency contraception is not usually needed but can be considered (with the exception of UPA) if delayed insertion or reinsertion occurred earlier in the cycle or in the last week of the previous cycle. Delayed insertion of a new ring or delayed			patch devra être appliqué dès que possible. [...] Si elle a eu des rapports sexuels non protégés pendant les 5 jours qui précèdent, elle pourra souhaiter bénéficier d'une contraception d'urgence. Si le patch reste détaché > 48 heures, un nouveau patch devra être mis en place dès que possible. Si le détachement non programme intervient pendant la première semaine d'utilisation du patch et si des rapports non protégés ont eu lieu au cours des 5 jours précédents, la femme pourra souhaiter bénéficier d'une contraception d'urgence. Si l'intervalle <u>sans AIV</u> est prolongé de > 48 heures (c'est-à-dire qu'au total l'intervalle sans AIV est > 9 jours), un nouvel AIV devra être mis en place dès que possible. Si des rapports non protégés sont intervenus au cours des 5 jours précédents, elle pourra souhaiter bénéficier d'une contraception d'urgence.	Contraception orale d'urgence (COU) au besoin (si relation(s) sexuelle(s) non protégée(s) dans les 5 jours précédents). <u>Dans la 2^e ou 3^e semaine de prise si timbre ou anneau sont détachés ou retirés depuis ≥ 3 jours :</u> Contraception orale d'urgence (COU) au besoin si oublis répétés ou prolongés. Si la durée de l'oubli est inconnue ou que les jours d'oubli ne sont pas consécutifs, opter pour l'approche la plus sécuritaire. La COU est rarement utile durant la 2^e ou la 3^e semaine de prise à moins d'oublis répétés ou prolongés. Port prolongé anneau > 35 jours : contraception supplémentaire pour 7 jours et COU au besoin (indiquée si relation(s) sexuelle(s) non protégée(s) dans les 5 jours précédents) Port prolongé timbre : 1^{er} ou 2^e timbre ≥ 12 jours : Contraception supplémentaire X

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada) Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) (Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare) Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 (Centers for Disease Control and Prevention) États-Unis	#4 CNGOF-2018 (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) France	#5 ACOG-2015 (American College of Obstetricians and Gynecologists) États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 (World Health Organisation) International	#7 INSPQ-2018 (Institut national de santé publique du Québec) Canada
consecutive ring use and EC should be considered if UPI occurred in the previous 5 days or during the first 7 consecutive days of ring use. If the ring was left in for more than 35 days, the old ring should be removed, and a new ring inserted immediately. In addition, back-up contraception or abstinence should be used for 7 days and EC should be considered if UPI occurred within the previous 5 days or during the first 7 days of new ring use.		reinsertion for ≥ 48 hours since a ring should have been inserted : Emergency contraception should be considered (with the exception of UPA) if the delayed insertion or reinsertion occurred within the first week of ring use and unprotected sexual intercourse occurred in the previous 5 days.			Si l'AIV est retiré pendant > 48 heures à un moment non programmé, il devra être remis en place dès que possible. Si le retrait non programmé de l'AIV a lieu au cours de la première semaine d'utilisation de ce contraceptif et si des rapports non protégés sont intervenus au cours des 5 jours précédents, la femme pourra souhaiter bénéficier d'une contraception d'urgence.	7 jours et COU au besoin (indiquée si relation(s) sexuelle(s) non protégée(s) dans les 5 jours précédents.
Dispositifs intra-utérins (DIU)						
Ø	Removal without immediate replacement; partial or complete expulsion; threads missing and IUC location unknown. If UPSI has taken place in the 7 days prior to removal, perforation, partial or complete expulsion. Oral EC is indicated if there has been UPSI in the last 5 days. Expired LNG-IUS : Women can be advised that the risk of pregnancy in [...] the sixth year of use of the 52 mg LNG-IUS Mirena® is extremely low. The effectiveness of UPA-EC in the presence of	If the woman has had sexual intercourse since the start of her current menstrual cycle and it has been > 5 days since menstrual bleeding started, theoretically, residual sperm might be in the genital tract, which could lead to fertilization if ovulation occurs. If the woman cannot return for IUD removal and has not abstained from sexual intercourse or used barrier contraception for 7 days, advise the woman to use ECPs at the time of IUD removal	Ø	Ø	Ø	Ø

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada) Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) (Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare) Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 (Centers for Disease Control and Prevention) États-Unis	#4 CNGOF-2018 (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) France	#5 ACOG-2015 (American College of Obstetricians and Gynecologists) États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 (World Health Organisation) International	#7 INSPQ-2018 (Institut national de santé publique du Québec) Canada
	progestogen from a recently expired [...] LNG-IUS is unknown. Clinicians may consider use of LNG-EC in this situation with immediate quick start of appropriate hormonal contraception.					
Constats : Progestatifs seuls injectables : les GPC indiquent que lorsqu'une RSNP à un lieu dans les 5 à 7 jours avant une injection tardive (> 14 semaines depuis la dernière) de progestatifs une COU devrait être fourni, et de préférence du LNG, car un risque théorique de perte d'efficacité existe avec l'UPA en raison de la possibilité de la présence d'une quantité résiduelle circulante de progestatifs. Implants de progestatifs seuls : À l'expiration de l'implant, il est possible d'avoir recours à l'EC (de préférence du LNG, car un risque théorique de perte d'efficacité existe avec l'UPA) suivi de l'initiation d'une méthode de contraception hormonale appropriée. Progestatifs seuls oraux (POP) : 4 GPC indiquent qu'un retard de prise d'un comprimé de plus de 3 heures pour une POP (et 1 GPC indique 12 h pour le désogestrel) est un critère satisfaisant pour fournir une COU si une RSNP a eu lieu au cours des 5 derniers jours. De préférence du LNG, car un risque théorique de perte d'efficacité existe avec l'UPA, sauf si le dernier comprimé de progestatif a été pris il y a plus de 7 jours. Contraceptifs oraux combinés (COC) : Lors de la 1^{ère} semaine de prise des COC, le nombre de pilules oubliées pouvant nécessiter une COU advenant une RSNP diffère d'un GPC à l'autre : 1 pilule (SOGC, INSPQ, CDC), 2 pilules (FSRH, CDC) et 3 pilules (OMS). Dans les semaines 2 et 3 de prise de CPC, deux GPC indiquent que 3 comprimés oubliés ou plus sont nécessaires avant d'envisager une COU. Trois GPC mentionnent également que la COU recommandée est le LNG, car un risque théorique de perte d'efficacité existe avec l'UPA en raison de la possibilité de la présence d'une quantité résiduelle circulante. Contraceptifs injectables combinés (CIC) : 1 GPC indique que si la femme se présente avec plus de 7 jours de retard pour recevoir une injection de rappel, celle-ci pourra souhaiter recourir à une CU, le cas échéant. Timbre contraceptif ou anneau intravaginal (AIV) : Un détachement d'un timbre ou le retard de l'insertion d'un AIV pour un délai de plus de 24 h pour l'INSPQ et la SOGC ou de plus de 48 h pour le FSRH, le CDC et le OMS dans la première semaine pourrait nécessiter une COU advenant une RSNP. Selon l'INSPQ, un délai de 72 h serait nécessaire lorsque la femme est dans la 2^e ou 3^e semaine. Lors du détachement de l'AIV pour plus de 3 heures une COU pourrait être considérée selon la SOGC et l'INSPQ. Le port prolongé d'un timbre (1^{er} ou 2^e timbre ≥ 12 jours) ou d'un AIV (> 35 jours) pourrait nécessiter l'usage d'une COU. Selon le FSRH et le CDC, le LNG serait préférable, car un risque théorique de perte d'efficacité existe avec l'UPA, sauf si le délai est de plus de 7 jours. Dispositif intra-utérin (DIU) : Lors du retrait d'un DIU sans remplacement immédiat ou lors de l'expulsion partielle ou complète du DIU ou après son expiration, une COU pourrait être nécessaire (FSRH, CDC)						
En fonction de contre-indication à la contraception hormonale régulière						
Les femmes pour lesquelles l'utilisation régulière de contraceptifs oraux combinés est contre-indiquée peuvent utiliser en toute sûreté l'une ou l'autre des méthodes hormonales	Ø	Ø	Ø	Recommandation : Any emergency contraceptive regimen may be made available to women with contraindications to the use of conventional oral	Ø	Ø

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada) Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) (Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare) Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 (Centers for Disease Control and Prevention) États-Unis	#4 CNGOF-2018 (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) France	#5 ACOG-2015 (American College of Obstetricians and Gynecologists) États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 (World Health Organisation) International	#7 INSPQ-2018 (Institut national de santé publique du Québec) Canada
de CU, car la durée d'action de celles-ci est très brève.				contraceptive preparations. (Level C)		
Constat : Deux GPC mentionnent que les femmes pour lesquelles l'utilisation régulière de contraceptifs oraux combinés est contre-indiquée peuvent utiliser en toute sûreté l'une ou l'autre des méthodes hormonales de COU.						
CONTRE-INDICATION A LA PRISE D'UNE COU						
Les pilules de CU, quelles qu'elles soient, ne comptent aucune contre-indication absolue factuelle, à l'exception de la présence d'une grossesse et de celle d'une hypersensibilité au produit utilisé ou à l'un ou l'autre des ingrédients qui le composent. La présence connue d'une grossesse constitue une contre-indication, car les agents utilisés aux fins de la CU ne fonctionnent alors plus; toutefois, l'administration accidentelle d'une CU-LNG en présence d'une grossesse ne nuira pas au fœtus et ne perturbera pas le déroulement d'une grossesse établie	LNG : UKMEC 201610 includes no contraindications to use of LNG-EC. The SPC for Levonelle® states that it is not recommended in patients with severe hepatic dysfunction. However, pregnancy poses a significant risk in women with severe hepatic impairment and expert opinion suggests that use of a single dose of LNG 1.5 mg is therefore acceptable. UPA: Recommandation : EC providers should be aware that UPA-EC is not suitable for use by women who have severe asthma controlled by oral glucocorticoids. (D) UKMEC 2016 includes no contraindications to the use of UPA-EC. The SPC for ellaOne advises against use in women with severe asthma controlled with oral steroids because	U.S. SPR is a companion document to U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use (U.S. MEC), which provides recommendations on safe use of contraceptive methods for women with various medical conditions and other characteristics	Le recours à la CU hormonale ne compte aucune contre-indication absolue, à l'exception de la présence connue d'une grossesse en raison de son inefficacité dans un tel cas ou d'une hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients	The Centers for Disease Control and Prevention's U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2010 include no conditions in which the risks of emergency contraception use outweigh the benefits	Pour déterminer si des femmes présentant une pathologie ou une caractéristique particulière peuvent bénéficier sans risque d'une CU, se référer au document Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, cinquième édition (MEC)	LNG : - Grossesse. - Hypersensibilité au médicament. UPA : - Grossesse. - Hypersensibilité au médicament.

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada) Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) (Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare) Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 (Centers for Disease Control and Prevention) États-Unis	#4 CNGOF-2018 (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) France	#5 ACOG-2015 (American College of Obstetricians and Gynecologists) États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 (World Health Organisation) International	#7 INSPQ-2018 (Institut national de santé publique du Québec) Canada
	of the anti-glucocorticoid effect of UPA. UPA-EC should be avoided by women with hepatic impairment. However, pregnancy poses a significant risk in women with severe hepatic impairment and expert opinion suggests that use of a single dose of UPA 30 mg is therefore acceptable. (Evidence level 4)					
Constats : - La présence de grossesse en raison d'une inefficacité dans cette situation est une contre-indication - Une hypersensibilité au produit utilisé ou à l'un ou l'autre des ingrédients qui composent la COU - Des critères de recevabilité médicale pour l'utilisation de la contraception d'urgence ont été produits par le FSRH, le CDC et le OMS et ont été extraits (voir Annexe A) le constat est le suivant : l'UPA et le LNG n'appellent aucune restriction ou, dans certaines conditions les avantages de la COU l'emportent en général sur les risques théoriques ou avérés. - Selon le GPC du FSRH, la monographie de l'UPA indique que l'UPA ne convient pas aux femmes asthmatiques sévères contrôlées par des glucocorticoïdes oraux (voir Annexe B) - La présence d'insuffisance hépatique grave pourrait être une contre-indication à l'usage de la COU selon le FSRH, toutefois une grossesse pourrait causer des risques majeurs dans cette situation.						
INTERACTION MEDICAMENTEUSE						
Bien que certains inducteurs enzymatiques puissent, en théorie, atténuer l'efficacité de la CU-LNG, de la CU-UPA et de la méthode de Yuzpe, l'Organisation mondiale de la santé a indiqué qu'elle ne considérerait pas que ces médicaments constituaient une contre-indication à l'utilisation de quelque pilule de CU que ce soit. Bien que certaines lignes directrices recommandent de doubler la	Recommandation : EC providers should advise women using enzyme-inducing drugs that the effectiveness of UPA-EC and LNG-EC could be reduced (D). Recommandation : Women requiring EC who are using enzyme-inducing drugs should be	CDC MEC 2016 : Strong CYP3A4 inducers might reduce the effectiveness of ECPs.	Les médicaments ou produits de santé inducteurs enzymatiques accélèrent le métabolisme de la contraception hormonale et peuvent diminuer l'efficacité de la CU hormonale. Cette caractéristique pharmacocinétique concerne : - certains médicaments utilisés	Although these studies suggest that coadministration of ulipristal acetate and progestins may reduce the contraceptive effect of either product, there have been no clinical studies demonstrating an increased rate of pregnancy.	En outre, l'efficacité des PCU peut être réduite par [...] la prise de certains autres médicaments (inducteurs de l'enzyme cytochrome P450 3A4 [CYP 3A4], par exemple)... L'UPA (un antiprogéstatif) et les méthodes contraceptives utilisant des progestatifs peuvent	- La COU-UPA pourrait être moins efficace chez les femmes qui utilisent les médicaments ou produits suivants (liste non exhaustive) : bosentan, carbamazépine, eslicarbazépine, millepertuis, phénobarbital, phénytoïne, primidone, oxcarbazépine,

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 <i>(Société des obstétriciens et gynécologues du Canada)</i> Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) <i>(Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare)</i> Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 <i>(Centers for Disease Control and Prevention)</i> États-Unis	#4 CNGOF-2018 <i>(Collège national des gynécologues et obstétriciens français)</i> France	#5 ACOG-2015 <i>(American College of Obstetricians and Gynecologists)</i> États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 <i>(World Health Organisation)</i> International	#7 INSPQ-2018 <i>(Institut national de santé publique du Québec)</i> Canada
dose de CU-LNG à 3,0 mg chez les femmes qui utilisent des inducteurs enzymatiques, aucune donnée probante ne soutient une telle façon de faire à l'heure actuelle.	offered a Cu-IUD if appropriate. A 3 mg dose of LNG can be considered but women should be informed that the effectiveness of this regimen is unknown. A double-dose of UPA-EC is not recommended. (✓) The metabolism of both UPA-EC and LNG-EC is increased during and for 28 days after use of drugs that induce liver enzymes (Evidence level 4). Use of LNG-EC within 5 days after taking UPA-EC could theoretically reduce the ability of the UPA-EC to delay ovulation after the episode of UPSI for which it was taken.		pour traiter l'épilepsie comme les barbituriques, primidone, phénytoïne ou carbamazépine; - certains médicaments utilisés pour traiter la tuberculose comme la rifampicine, la rifabutine; - certains médicaments utilisés pour traiter le VIH comme le ritonavir; l'éfavirenz; - certains médicaments utilisés pour traiter les infections fongiques comme la griséofulvine; - certains produits à base de plantes dont les compléments alimentaires contenant du millepertuis. En conséquence, les femmes ayant besoin d'utiliser une contraception d'urgence et ayant été traitées par un inducteur enzymatique au cours des 4 dernières semaines doivent recourir à une contraception d'urgence non hormonale (DIU au cuivre).		interagir, ce qui diminue potentiellement l'efficacité de l'un et l'autre médicament.	rifampicine, rifampine, ritonavir, topiramate. Les preuves sont insuffisantes concernant les effets de la COU à l'UPA sur l'efficacité des contraceptifs hormonaux combinés et à progestatif seul. Elle ne doit pas être utilisée en même temps que la COU-LNG.

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada) Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) (Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare) Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 (Centers for Disease Control and Prevention) États-Unis	#4 CNGOF-2018 (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) France	#5 ACOG-2015 (American College of Obstetricians and Gynecologists) États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 (World Health Organisation) International	#7 INSPQ-2018 (Institut national de santé publique du Québec) Canada
Constats : • Selon 5 GPC, les inducteurs enzymatiques du CYP3A4 pourraient atténuer l'efficacité de la COU. • Le FSRH recommande de doubler la dose de LNG (3,0 mg) chez les femmes qui utilisent des inducteurs enzymatiques alors que le CNGOF encourage le recours au stérilet de cuivre. • Selon 3 GPC, l'UPA (un antiprogestatif) et les progestatifs peuvent interagir et ainsi diminuer potentiellement l'efficacité de l'un et l'autre médicament.						
MODE D'ACTION DE LA COU						
LNG : Le LNG agit en interférant avec l'ovulation. Il affecte le développement folliculaire après la sélection du follicule dominant, mais avant le début de la hausse pré-ovulatoire de LH. Une fois la hausse de LH entamée, le LNG est incapable d'inhiber l'ovulation. Puisque le LNG n'affecte ni la réceptivité endométriale ni l'implantation il ne peut être considéré comme un agent abortif. UPA : L'UPA est un modulateur sélectif des récepteurs de la progestérone. L'UPA compte une fenêtre d'efficacité de plus longue durée que celle du LNG, puisqu'il exerce un effet inhibiteur direct sur la rupture folliculaire qui lui permet de demeurer efficace même lorsqu'on l'administre peu avant l'ovulation. L'UPA n'exerce que peu ou pas d'effet sur l'endomètre. Les taux moindres de grossesse que l'on constate dans le cas de l'UPA sont	Sperm are viable in the female genital tract for about 5 days after UPSI. If ovulation occurs within those 5 days, fertilisation could take place and a woman is at risk of pregnancy. LNG : LNG-EC inhibits ovulation, delaying or preventing follicular rupture and causing luteal dysfunction. If taken prior to the start of the LH surge, LNG inhibits ovulation for the next 5 days, until sperm from the UPSI for which it was taken are no longer viable. In the late follicular phase, however, LNG-EC becomes ineffective. Although post-ovulation effects of LNG-EC have been suggested, subsequent studies have not shown a significant EC effect of LNG-EC administered after ovulation.	Ø	La CU peut agir à différents stades du cycle reproductif, mais son mode d'action précis n'est pas connu. L'ulipristal acétate (UPA) est un modulateur synthétique sélectif des récepteurs de la progestérone.	The mode of action varies according to the day of the menstrual cycle on which sexual intercourse occurs, the time in the menstrual cycle that the emergency contraceptive is administered, and the type of emergency contraceptive. Ulipristal acetate and the levonorgestrel-only regimen have been shown to inhibit or delay ovulation. Levonorgestrel delays follicular development when administered before the level of luteinizing hormone increases. Ulipristal acetate inhibits follicular rupture even after the level of luteinizing hormone has started to increase. Review of the evidence suggests that emergency contraception is unlikely to prevent implantation of a fertilized egg.	Ø	Pilule contraceptive d'urgence : - Informer la femme que la COU retarde ou empêche l'ovulation et n'est pas un médicament qui cause l'avortement.

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada) Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) (Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare) Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 (Centers for Disease Control and Prevention) États-Unis	#4 CNGOF-2018 (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) France	#5 ACOG-2015 (American College of Obstetricians and Gynecologists) États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 (World Health Organisation) International	#7 INSPQ-2018 (Institut national de santé publique du Québec) Canada
probablement liés à la capacité de ce dernier d'interrompre l'ovulation, même après le début de la poussée de LH, tandis que le LNG est inefficace à la suite du début de celle-ci.	UPA : A selective progesterone receptor modulator – acts by delaying ovulation for at least 5 days, until sperm from the UPSI for which EC was taken are no longer viable. UPA-EC delays ovulation even after the start of the luteinising hormone (LH) surge. UPA-EC cannot inhibit ovulation at or after the LH peak.			Emergency contraception can prevent pregnancy after sexual intercourse and is ineffective after implantation.		
Constats : • Selon 4 GPC, le mode d'action de la COU serait, entre autres, de retarder ou d'inhiber l'ovulation. • Les COU n'ont pas d'effet sur l'implantation et n'ont aucun impact lorsqu'ils sont administrés après l'ovulation.						
POSOLOGIE POUR LA COU						
LNG : Ces produits font appel à deux comprimés de 750 µg de LNG devant être administrés de façon concomitante pour l'obtention d'une dose unique de 1,5 mg. UPA : Son schéma posologique approuvé aux fins de la CU consiste en l'administration d'une dose orale de 30 mg. Recommandation : L'acétate d'ulipristal et le lévonorgestrel ne devraient pas être utilisés de façon concomitante à des fins de contraception d'urgence. (III-B)	LNG : • 1.5 mg single oral dose A double dose (3 mg) of LNG-EC is recommended if a woman is taking an enzyme-inducing drug. A double dose (3 mg) of LNG-EC should be considered if a woman has a body mass index >26 kg/m ² or weight >70 kg UPA : • 30 mg single oral dose	LNG : • a single dose (1.5 mg) or; • as a split dose (1 dose of 0.75 mg of levonorgestrel followed by a second dose of 0.75 mg of levonorgestrel 12 hours later). UPA : • UPA in a single dose (30 mg) Vomiting Within 3 Hours of Taking ECPs : Another dose of ECP should be taken as soon as possible. Use of an antiemetic should be considered.	Ø	LNG : • 1 tablet, containing 1.5 mg of LNG • 2 tablets, each containing 0.75 mg of levonorgestrel; The product using two levonorgestrel doses of 0.75 mg has fallen out of use in favor of the simpler one-dose regimen, which is at least as effective as the two-dose product. UPA : • 1 tablet, containing 30 mg of UPA Although these studies suggest that coadministration of	LNG : • dose unique : 1,50 mg (deux comprimés de 0,75 mg) • dose fractionnée : une dose de 0,75 mg, suivie d'une deuxième dose de 0,75 mg, 12 heures plus tard. Le GELD a cependant considéré l'option dose unique comme préférable à l'autre pour des raisons d'observance. UPA : • dose unique – un comprimé de 30 mg	LNG : • 2 comprimés de 0,75 mg administrés en une seule dose • ou 1 comprimé de 1,5 mg en dose unique. UPA : • 1 comprimé de 30 mg. Annexe C : Raison(s) de la demande de contraception d'urgence : Vomissements d'un comprimé de COU < 3 heures après la prise et non repris

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 <i>(Société des obstétriciens et gynécologues du Canada)</i> Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) <i>(Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare)</i> Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 <i>(Centers for Disease Control and Prevention)</i> États-Unis	#4 CNGOF-2018 <i>(Collège national des gynécologues et obstétriciens français)</i> France	#5 ACOG-2015 <i>(American College of Obstetricians and Gynecologists)</i> États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 <i>(World Health Organisation)</i> International	#7 INSPQ-2018 <i>(Institut national de santé publique du Québec)</i> Canada
	If vomiting occurs within 3 hours of taking oral EC, a repeat dose should be given. Use of LNG-EC within 5 days after taking UPA-EC could theoretically reduce the ability of the UPA-EC to delay ovulation after the episode of UPSI for which it was taken. The GDG recommends therefore that LNG-EC should not be taken in the 5 days after UPA-EC. Recommandation : EC providers should be aware that if a woman has already taken UPA-EC, LNG-EC should not be taken in the following 5 days. (✓) The GDG recommends that if a woman requests EC having taken LNG-EC within the previous 7 days (the half-life of LNG-EC in the human body is about 26 hours), it is theoretically possible that the effectiveness of UPA-EC could be reduced by residual circulating LNG.[...] further administration			ulipristal acetate and progestins may reduce the contraceptive effect of either product, there have been no clinical studies demonstrating an increased rate of pregnancy.	<u>Vomissements intervenant dans les 2 heures suivant la prise de pilules (PCU-LNG) :</u> - La femme devra prendre dès que possible une autre dose de PCU. <u>Vomissements intervenant dans les 3 heures suivant la prise d'une dose de PCU-UPA</u> - La femme devra prendre une autre dose de PCU- UPA dès que possible. Recommandation : Si une femme vomit dans les 3 heures suivant la prise d'une dose de PCU-UPA, elle devra prendre une autre dose dès que possible (GRADE :pas de données directes; Recommandation : forte).	Les preuves sont insuffisantes concernant les effets de la COU à l'UPA sur l'efficacité des contraceptifs hormonaux combinés et à progestatif seul. Elle ne doit pas être utilisée en même temps que la COU-LNG.

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada) Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) (Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare) Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 (Centers for Disease Control and Prevention) États-Unis	#4 CNGOF-2018 (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) France	#5 ACOG-2015 (American College of Obstetricians and Gynecologists) États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 (World Health Organisation) International	#7 INSPQ-2018 (Institut national de santé publique du Québec) Canada
	of LNG-EC may be considered. Recommandation : EC providers should be aware that if a woman has already taken LNG-EC, UPA-EC could theoretically be less effective if taken in the following 7 days. (✓)					
Constats : - Les posologies sont unanimes dans les GPC : - LNG : 1,5 mg ou 2 x 0,75 mg PO en dose unique ou dose fractionnée de 0,75 mg, suivi d'une deuxième dose de 0,75 mg, 12 heures plus tard (CDC, OMS); - UPA : 30 mg PO en dose unique. - Si vomissement dans les 2 heures (OMS) ou 3 heures (FSRH, CDC, INSPQ) après la prise de LNG : prendre une autre dose dès que possible. - Si vomissement dans les 3 heures (FSRH, CDC, OMS, INSPQ) après la prise d'UPA : prendre une autre dose dès que possible. 4 GPC indiquent de ne pas donner d'UPA et du LNG de façon concomitante à des fins de contraception d'urgence. - Le GPC du FSRH indique que l'UPA peut être donnée 7 jours après le LNG et que le LNG peut être donné 5 jours après l'UPA. - Le GPC du FSRH mentionne qu'une dose de 3,0 mg de LNG pourrait être prise lorsqu'une femme possède un IMC >26 kg/m² ou 70 kg, de même que pour les femmes prenant des médicaments inducteurs d'enzyme.						
EFFICACITE DE LA CU						
Le dispositif intra-utérin au cuivre constitue la méthode de contraception d'urgence la plus efficace. (II-2)	EC providers should explain that the observed pregnancy rate after UPSI is significantly lower if a Cu-IUD is inserted than if oral EC is used. If a woman opts for oral EC, it should be taken as soon as possible after UPSI to have the maximum chance of being taken early enough to delay ovulation. Recommandation :	Ø	La CU hormonale n'est pas efficace à 100 % et son efficacité est d'autant plus grande que sa prise a été faite plus précocement après le rapport non protégé (LE1).	Recommandation : Insertion of a copper IUD is the most effective method of emergency contraception. (Level A) Recommandation : Treatment with emergency contraception should be initiated as soon as possible after unprotected or inadequately protected sexual intercourse to	Le DIU-Cu est une méthode de CU efficace qui réduit le risque de grossesse de plus de 99 % s'il est posé dans les 120 heures suivant le rapport.	Le stérilet au cuivre, dont le taux d'échec n'est que de 0,1 %, est nettement plus efficace que la contraception orale d'urgence (COU).
					Les PCU diminuent aussi substantiellement le risque de grossesse. Néanmoins, il importe de noter que l'efficacité de chaque méthode varie en fonction des circonstances, dont le type de PCU choisi, le jour considéré dans le	Le stérilet au cuivre d'urgence est la méthode contraceptive d'urgence la plus efficace. Il peut être inséré jusqu'à 7 jours après la RSNP à condition que l'on ait éliminé la présence d'une grossesse et

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada) Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) (Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare) Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 (Centers for Disease Control and Prevention) États-Unis	#4 CNGOF-2018 (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) France	#5 ACOG-2015 (American College of Obstetricians and Gynecologists) États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 (World Health Organisation) International	#7 INSPQ-2018 (Institut national de santé publique du Québec) Canada
	EC providers should advise women that the Cu-IUD is the most effective method of EC. (C)			maximize efficacy. (Level B)	cycle menstruel et la durée écoulée entre le rapport non protégé et la prise de la PCU.	que la femme n'ait pas de contre-indications à l'utilisation de ce stérilet.
Constat : 5 GPC mentionnent que l'insertion du stérilet de cuivre est la CU la plus efficace.						
IMPACT DE LA CHRONOLOGIE D'ADMINISTRATION EN FONCTION DE LA RSNP SUR L'EFFICACITÉ DE LA COU						
La CU-UPA est plus efficace que la CU-LNG, particulièrement aux jours 4 et 5 à la suite d'une RSNP. LNG : Bien que trois ECR aient également démontré l'efficacité des schémas posologiques de LNG lorsqu'ils étaient administrés entre 72 et 120 heures à la suite d'une RSNP, plusieurs études ont constaté que leur efficacité était réduite lorsqu'ils étaient administrés entre 72 h et 120 h. La contraception d'urgence au lévonorgestrel est efficace jusqu'à cinq jours (120 heures) à la suite d'une relation sexuelle non protégée; son efficacité diminue au fur et à mesure que s'allonge le délai entre la relation sexuelle non protégée et son administration (II-2). la plupart des études ont démontré que plus la CU-LNG est administrée tôt, plus elle est efficace	LNG : A Cochrane review in 2012 concluded that women who took LNG-EC within 72 hours after UPSI were significantly less likely to become pregnant than those who took it more than 72 hours after UPSI (Evidence level 1+) Studies have reported the overall pregnancy rate amongst women taking LNG-EC within 72 hours of UPSI to be about 0.6–2.6%. The percentage of pregnancies prevented by LNG-EC taken within 72 hours of a single episode of UPSI was estimated to be about 85%. More recent data from the LNG-EC arms of RCTs comparing LNG-EC with UPA-EC have suggested that the percentage of pregnancies prevented by LNG-EC taken within 72 hours	LNG: Five studies found that the levonorgestrel and combined regimens decreased risk for pregnancy through the fifth day after unprotected sexual intercourse; however, rates of pregnancy were slightly higher when ECPs were taken after 3 days. A meta-analysis of levonorgestrel ECPs found that pregnancy rates were low when administered within 4 days after unprotected sexual intercourse but increased at 4–5 days (Level of evidence: I to II-2, good to poor, direct). UPA: Two studies of UPA use found consistent decreases in pregnancy rates when administered within 120 hours of unprotected sexual intercourse. (Level of evidence: I to II-2, good to poor, direct).	LNG : Dans une étude 2221 patientes randomisées de non-inférieure de Glasier <i>et al.</i>, le LNG est significativement plus efficace s'il est pris dans les 72 heures après le rapport non protégé que s'il est pris après 72 heures (RR : 0,51 ; IC95 % [0,31–0,84]). Dans une étude randomisée multicentrique prospective double insu de 4071 patientes, le taux de grossesse par rapport au délai de prise du LNG était 1,7 % à 24 h (20/1194), 0,77 % à 48 h (5/738), 2,55 % 72 h (11/449), 1,1 % à 96 h (2/188) et 4,8 % à 120 h (6/126) p = 0,0034 Le LNG est un progestatif qui doit être utilisé dans les 72 heures après un rapport sexuel non protégé ou en cas d'échec d'une méthode contraceptive (LE1).	LNG : Levonorgestrel has decreasing efficacy with time after unprotected sex and is labeled for use up to 72 hours. However, studies have shown it is still moderately effective when the first dose is taken up to 5 days after sexual intercourse. UPA: Ulipristal acetate's effectiveness is maintained for 5 days after sexual intercourse. Studies have found that ulipristal acetate is more effective than the levonorgestrel-only regimen and maintains its efficacy for up to 5 days. A meta-analysis of comparative efficacy trials found a lower pregnancy rate among users of ulipristal acetate (1.4%) compared with users of the levonorgestrel-only regimen (2.2%). Phase III studies had an overall pregnancy rate of 1.9%	Le GELD a examiné les preuves de la plus grande efficacité des PCU lorsqu'elles étaient prises plus précocement après un rapport non protégé, et idéalement dans les 72 heures suivantes. Les éléments disponibles indiquaient aussi que les PCU étaient encore efficaces entre 72 et 120 heures après le rapport, mais que leur efficacité diminuait, notamment au-delà de 96 heures. L'une des études laisse à penser que les PCU-UPA sont plus efficaces que les PCU-LNG entre 72 et 120 heures après un rapport non protégé. L'efficacité après 120 heures n'est pas connue. Recommandation : Une femme devra prendre une dose de PCU-UPA le plus tôt possible, dans les 120 heures qui suivent le rapport sexuel. (GRADE : faible;	UPA : La COU à l'acétate d'ulipristal (COU-UPA) 30 mg est plus efficace que la COU au lévonorgestrel (COU-LNG), quel que soit le délai entre la RSNP et la consultation, en particulier, 4 à 5 jours après la RSNP.

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 <i>(Société des obstétriciens et gynécologues du Canada)</i> Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) <i>(Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare)</i> Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 <i>(Centers for Disease Control and Prevention)</i> États-Unis	#4 CNGOF-2018 <i>(Collège national des gynécologues et obstétriciens français)</i> France	#5 ACOG-2015 <i>(American College of Obstetricians and Gynecologists)</i> États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 <i>(World Health Organisation)</i> International	#7 INSPQ-2018 <i>(Institut national de santé publique du Québec)</i> Canada
UPA : Dans le cas de l'UPA, aucune relation significative n'a été constatée entre l'efficacité et la chronologie du recours à la CU. La contraception d'urgence à l'acétate d'ulipristal est plus efficace que celle qui fait appel au lévonorgestrel, et ce, jusqu'à cinq jours à la suite d'une relation sexuelle non protégée. Cette différence en matière d'efficacité devient plus prononcée au fur et à mesure que s'allonge le délai entre la relation sexuelle non protégée et l'administration, particulièrement après 72 heures. (I) Une méta-analyse ayant porté sur deux ECR de grande envergure a signalé que la CU-UPA était considérablement plus efficace que la CU-LNG.	is significantly lower than 85%; Creinin et al. estimated 69% [95% confidence interval (95% CI) 46–82]. Recommandation : EC providers should advise women that LNG-EC is licensed for EC up to 72 hours after UPSI. (B) Recommandation : The evidence suggests that LNG-EC is ineffective if taken more than 96 hours after UPSI (B) UPA : UPA-EC has been demonstrated to be effective when taken up to 120 hours after UPSI. No significant reduction in effectiveness is observed with increasing time between UPSI and UPA-EC (up to 120 hours). (Evidence level 1+) The overall pregnancy rate after administration of UPA-EC has been reported to be about 1–2%. The percentage of pregnancies prevented by UPA-EC	UPA and levonorgestrel ECPs have similar effectiveness when taken within 3 days after unprotected sexual intercourse; however, UPA has been shown to be more effective than the levonorgestrel formulation 3–5 days after unprotected sexual intercourse.	Plus la prise du LNG est proche du rapport à risque, plus il est efficace en termes de taux de grossesse (LE1). UPA : Un essai randomisé de non-infériorité comparait l'UPA par rapport au LNG en double insu, chez 1549 femmes dans les 72 heures suivant un rapport non protégé. [...] L'odds ratio (OR) comparant les résultats d'UPA vs. LNG est en faveur de l'UPA (OR : 0,50 ; IC95 % [0,18–1,24]) mais de manière non significative (p = 0,135) Chez 941 femmes recevant l'UPA entre 0 et 120 h après le rapport non protégé. [...] L'odds ratio était de 0,61 (IC95 % [0,32–1,15]) soit en faveur de l'efficacité de l'UPA, mais la différence n'était pas significative (p = 0,091). Entre 72 et 120 h, on ne retrouve aucune grossesse après prise d'UPA (0/97) et 3 grossesses après LNG (3/106). L'UPA est supérieur au LNG que la prise soit avant ou après	for women who used ulipristal acetate. Recommandation : Ulipristal acetate is more effective than the levonorgestrel-only regimen and maintains its efficacy for up to 5 days (Level A).	Recommandation : Forte). Dans l'idéal, les PCU-UPA, les PCU-LNG ou les PCU combinées devraient être prises dès que possible après le rapport non protégé, dans un délai de 120 heures au maximum.	

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada) Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) (Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare) Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 (Centers for Disease Control and Prevention) États-Unis	#4 CNGOF-2018 (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) France	#5 ACOG-2015 (American College of Obstetricians and Gynecologists) États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 (World Health Organisation) International	#7 INSPQ-2018 (Institut national de santé publique du Québec) Canada
	has been estimated in different studies to be around 60–80%. Meta-analysis of data from two large randomised controlled trials (RCTs) suggests that UPA-EC is significantly more effective than LNG-EC at preventing pregnancy when taken from 0–120 hours after UPSI (Evidence level 1+). Recommandation : EC providers should advise women that UPA-EC has been demonstrated to be effective for EC up to 120 hours after UPSI. (B) Recommandation : EC providers should advise women that UPA-EC has been demonstrated to be more effective than LNG-EC (B).		72 h jusqu'à 120 h après un rapport sexuel non protégé (LE1). Recommandation : Il est recommandé d'utiliser l'UPA entre 72 et 120 h (Grade A). Recommandation : Il est recommandé d'utiliser l'UPA ou le LNG entre 0 et 72 h avec une supériorité pour l'UPA (Grade A).			
Constats : 5 GPC indiquent que le LNG est efficace lorsque prit moins de 72 h après une RSNP et qu'une perte d'efficacité du LNG est constatée plus le temps entre la RSNP et la prise augmente. 4 GPC mentionnent que l'efficacité de l'UPA n'est pas affectée par le temps entre la prise et la RSNP jusqu'à un maximum de 5 jours. 5 GPC mentionnent que parmi les COU, l'UPA est plus efficace que le LNG. 6 GPC précisent que cette différence d'efficacité de l'UPA est plus particulièrement présente aux jours 4 et 5 à la suite d'une RSNP.						
IMPACT DU POIDS ET DE L'INDICE DE MASSE CORPORELLE (IMC) SUR L'EFFICACITE DE LA COU						
LNG : Une analyse secondaire [...] a indiqué que le recours à la	LNG: A recent study of the pharmacokinetics of	The levonorgestrel formulation might be	Les résultats montrent que la variable ayant le plus d'impact sur le	Body weight influences the effectiveness of oral emergency	En outre, l'efficacité des PCU peut être réduite par	La COU-LNG pourrait être moins efficace chez les femmes ayant

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada) Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) (Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare) Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 (Centers for Disease Control and Prevention) États-Unis	#4 CNGOF-2018 (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) France	#5 ACOG-2015 (American College of Obstetricians and Gynecologists) États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 (World Health Organisation) International	#7 INSPQ-2018 (Institut national de santé publique du Québec) Canada
CU-LNG menait à des taux de grossesse considérablement plus élevés chez les femmes présentant un IMC ≥ 30 kg/m² (5,8 %, IC à 95 % 3,5 % - 9,5 %) que chez les femmes présentant un IMC normal (1,3 %, IC à 95 %, 0,8 % - 2,2 %). Les taux de grossesse constatés chez les femmes qui présentaient un IMC se situant entre 25 et 29 kg/m² (2,5 %, IC à 95 % 1,3 % - 4,6 %) n'étaient pas considérablement accrus. UPA : L'analyse secondaire de 2011 a également constaté que le taux de grossesse n'était pas considérablement plus élevé chez les femmes faisant appel à la CU-UPA qui présentaient un IMC ≥ 30 kg/m² (2,6 %, IC à 95 %, 1,2 % - 5,6 %) ou un IMC se situant entre 25 et 29 kg/m² (1,1 %, IC à 95 %, 0,4 % - 2,7 %), par comparaison avec les femmes qui présentaient un IMC normal (1,1 %, IC à 95 %, 0,6 % - 1,9 %) La contraception d'urgence au lévonorgestrel pourrait être moins efficace chez les femmes dont l'indice de masse corporelle est supérieur à 25 kg/m², tandis que la contraception d'urgence à l'acétate d'ulipristal pourrait être	LNG-EC in five obese and five non-obese women demonstrates that obesity adversely impacts maximum serum concentrations of LNG. [...] In this study, doubling the dose of LNG-EC appears to correct the obesity-related pharmacokinetic changes without observed adverse effects. [...] This is supported by very recently published data from a pharmacokinetic study comparing 16 women with obese-BMI and 16 with normal-BMI. The study concludes that after a single dose of LNG-EC, obese-BMI women are exposed to lower concentrations of LNG when compared to normal-BMI women. (Evidence level 2-) However, 3 mg LNG-EC is well tolerated and pharmacokinetic data suggest its potential ability to prevent unintended pregnancy more effectively than 1.5 mg LNG-EC in women weighing >70 kg or with a BMI >26 kg/m².	less effective than UPA among obese women. ECPs might be less effective among women with BMI ≥ 30 kg/m² than among women with BMI < 25 kg/m². Despite this, no safety concerns exist. Limited evidence from secondary data analyses suggests that women with BMI ≥ 30 kg/m² experience an increased risk for pregnancy after use of LNG compared with women with BMI <25 kg/m². Two analyses suggest obese women might also experience an increased risk for pregnancy after use of UPA compared with non-obese women, although this increase was not significant in one study.	risque de grossesse est l'indice de masse corporelle (IMC) : les femmes en surpoids (IMC entre 25 et 30) ont 1,5 fois plus de risque de grossesse que celles ayant un IMC inférieur à 25, quelle que soit la molécule utilisée. Ce risque est multiplié par 3,6 si l'IMC est supérieur ou égal à 30. Le risque est multiplié par 4,4 chez les femmes obèses (IMC > 30) ayant pris du LNG d'urgence (p = 0,002) et par 2,6 chez celles qui ont pris de l'UPA (différence non significative, mais d'autant plus marquée que le poids est élevé). Chez les femmes en surpoids, les différences constatées ne sont pas statistiquement significatives, mais montrent la même tendance (risque multiplié par 2 avec le LNG (p > 0,05)). Les analyses regroupées pour la grossesse ont démontré que l'IMC supérieur à 30 kg/m² diminuait significativement l'efficacité (OR : 8,27 ; IC95 % [2,70–25,37]) par rapport aux femmes avec un IMC inférieur.	contraception. Levonorgestrel emergency contraception may be less effective in women who are overweight (body mass index [BMI] 25–29.9 kg/m²) or obese (BMI of 30 kg/m² or greater). Additionally, some research suggests that ulipristal acetate has lower effectiveness among obese women. The efficacy of the copper IUD is not affected by body weight. Therefore, consideration should be given to use of a copper IUD as an alternative to oral emergency contraception in obese women. However, oral emergency contraception should not be withheld from women who are overweight or obese because no research to date has been powered adequately to evaluate a threshold weight at which it would be ineffective. Recommandation : Body weight influences the effectiveness of oral emergency	[...] un poids ou un indice de masse corporelle (IMC) élevé. L'efficacité des PCU peut être moindre chez les femmes présentant un IMC ≥ 30 kg/m² que chez les femmes présentant un IMC < 25 kg/m². Toutefois, il n'y a pas de risques pour la santé. Des données limitées provenant d'une étude ont suggéré que les femmes obèses (IMC ≥ 30 kg/m²) présentent un risque supérieur de grossesse à la suite de l'utilisation de LNG par comparaison aux femmes avec un IMC < 25 kg/m². Deux études ont indiqué que les femmes obèses peuvent également présenter un risque supérieur de grossesse après avoir utilisé l'UPA par comparaison aux utilisatrices ne souffrant pas d'obésité. Dans l'une des études, toutefois, cette augmentation n'était pas significative.	un poids égal ou supérieur à 75 kg ou un indice de masse corporelle (IMC) égal ou supérieur à 25 kg/m². La COU à l'UPA pourrait être moins efficace chez celles dont l'IMC est égal ou supérieur à 35 kg/m². Cependant, on estime que la COU en général conserve une certaine efficacité, quel que soit le poids ou l'IMC de la femme. L'infirmière ne doit pas décourager les femmes d'utiliser la COU en raison d'un problème de poids. Cependant, chez celles qui consultent pour la contraception d'urgence et dont l'IMC est égal ou supérieur à 30 kg/m², l'utilisation d'un stérilet au cuivre d'urgence devrait être encouragée.

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 <i>(Société des obstétriciens et gynécologues du Canada)</i> Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) <i>(Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare)</i> Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 <i>(Centers for Disease Control and Prevention)</i> États-Unis	#4 CNGOF-2018 <i>(Collège national des gynécologues et obstétriciens français)</i> France	#5 ACOG-2015 <i>(American College of Obstetricians and Gynecologists)</i> États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 <i>(World Health Organisation)</i> International	#7 INSPQ-2018 <i>(Institut national de santé publique du Québec)</i> Canada
moins efficace chez les femmes dont l'indice de masse corporelle est de 35 kg/m² ou plus. Quoi qu'il en soit, la contraception d'urgence hormonale pourrait tout de même conserver une certaine efficacité, peu importe le poids ou l'indice de masse corporelle de la femme qui en fait la demande. (II-2) Après avoir pris en considération l'accessibilité et les coûts mis en cause, il serait raisonnable d'offrir une CU-UPA aux femmes qui présentent un IMC ≥ 25 kg/m², et ce, en raison de son efficacité accrue. Recommandation : 18. Les fournisseurs de soins ne devraient pas déconseiller l'utilisation de la contraception d'urgence hormonale en fonction de l'indice de masse corporelle de la femme qui en fait la demande. L'utilisation d'un dispositif intra-utérin au cuivre à des fins de contraception d'urgence devrait être recommandée pour les femmes présentant un indice de masse corporelle supérieur à 30 kg/m² qui sollicitent une contraception d'urgence. En présence de conditions favorables en matière d'accessibilité et de coût,	A pooled analysis of data from the LNG-EC comparator arms of two RCTs carried out comparing UPA-EC with LNG EC demonstrates a sharp increase in pregnancy rates with LNG-EC for women weighing >70 kg or with BMI >26 kg/m². Considering the same data, women with raised BMI who took LNG-EC were at four times greater risk of pregnancy than women with BMI <25 kg/m² who took LNG-EC (OR 4.41; 95% CI 2.05–9.44; p=0.0002) (Evidence level 2+). Recommandation : 1.5 mg levonorgestrel emergency contraception (LNG-EC) appears to be less effective in women with BMI >26 kg/m² or weight >70 kg. (C) UPA : A recently published pharmacokinetic study comparing serum UPA concentrations in 16 obese-BMI women and 16 normal-BMI women after taking		Le risque d'échec de la CU chez les patientes obèses (IMC ≥ 30) est multiplié par 4,4 avec le LNG et par 2,6 avec l'UPA mais l'efficacité de la CU reste supérieure à 95 % (LE1). Un indice de masse corporelle ≥ 25 augmente les risques de grossesse après la prise de lévonorgestrel en contraception d'urgence (LE1). Le DIU semble représenter la méthode la plus fiable en CU chez les patientes avec IMC ≥ 30.	contraception. The efficacy of the copper IUD is not affected by body weight. Therefore, consideration should be given to use of a copper IUD as an alternative to oral emergency contraception in obese women. However, oral emergency contraception should not be withheld from women who are overweight or obese. (Level B).		

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 <i>(Société des obstétriciens et gynécologues du Canada)</i> Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) <i>(Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare)</i> Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 <i>(Centers for Disease Control and Prevention)</i> États-Unis	#4 CNGOF-2018 <i>(Collège national des gynécologues et obstétriciens français)</i> France	#5 ACOG-2015 <i>(American College of Obstetricians and Gynecologists)</i> États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 <i>(World Health Organisation)</i> International	#7 INSPQ-2018 <i>(Institut national de santé publique du Québec)</i> Canada
la contraception d'urgence faisant appel à l'acétate d'ulipristal devrait constituer l'option de première intention à offrir aux femmes présentant un indice de masse corporelle de 25 kg/m² ou plus qui préfèrent avoir recours à une contraception d'urgence hormonale. (II-2B) Jusqu'à ce que de nouvelles données soient disponibles, les fournisseurs de soins ne devraient pas refuser d'offrir une CU-LNG à leurs patientes pour des raisons liées au poids corporel.	UPA 30 mg found no significant difference between the two groups. There is no evidence that an increased dose of UPA-EC is more effective than the standard 30 mg dose in these women. Double dosing of UPA-EC is not currently recommended. <u>Recommandation :</u> Ulipristal acetate emergency contraception (UPA-EC) may be less effective in women with BMI >30 kg/m² or weight >85 kg. (C) <u>Recommandation :</u> Double-dose UPA-EC is not recommended for women of any body weight or BMI. (✓) <u>Recommandation :</u> Consider UPA-EC and, if this is not suitable, double-dose (3 mg) LNG-EC if BMI >26 kg/m² or weight >70 kg. The effectiveness of double-dose LNG-EC is unknown (✓). For women weighing >85 kg or with a BMI					

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada) Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) (Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare) Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 (Centers for Disease Control and Prevention) États-Unis	#4 CNGOF-2018 (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) France	#5 ACOG-2015 (American College of Obstetricians and Gynecologists) États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 (World Health Organisation) International	#7 INSPQ-2018 (Institut national de santé publique du Québec) Canada
	>30 kg/m ² , it is not known whether UPA- EC or 3 mg LNG-EC is more effective.					
Constats : - Dans 7 GPC, il est mentionné que le LNG est moins efficace chez les femmes ayant un IMC ≥ 25 kg/m² ou un poids ≥ 70 kg (FSRH) ou 75 kg (INSPQ). - Dans les GPC du FSRH et du CNGOF, l'UPA est considérée moins efficace lorsque l'IMC est > 30 kg/m² alors que pour les GPC de la SOGC et de l'INSPQ l'efficacité est moindre lorsque l'IMC > 35 kg/m². 5 GPC précisent cependant que la COU ne devrait pas être déconseillée en fonction de l'IMC de la femme qui en fait la demande. - Lorsque le stérilet de cuivre n'est pas une option, la COU à donner en premier choix chez les femmes ayant un IMC > 25 kg/m² serait l'UPA selon 3 GPC. Et lorsque l'UPA n'est pas une option, une dose de 3 mg (double) de LNG pourrait être donnée selon le FSRH.						
IMPACT DU CYCLE MENSTRUEL (POUSSEE DE LH, OVULATION) SUR L'EFFICACITE DE LA COU						
La contraception d'urgence hormonale (au lévonorgestrel ou à l'acétate d'ulipristal) n'est pas efficace lorsqu'elle est administrée le jour de l'ovulation ou par la suite. (II-2) L'efficacité de la CU hormonale (LNG et UPA) lorsqu'elle est administrée le jour de l'ovulation ou le jour précédant immédiatement celle-ci n'a pas été démontrée; de surcroît, la CU hormonale n'exerce aucun effet lorsqu'elle est administrée après l'ovulation. Une méta-analyse du mécanisme d'action de la CU-LNG semble indiquer que cette dernière ne peut différer l'ovulation lorsqu'elle est administrée le jour de l'ovulation ou le jour précédant immédiatement celle-ci.	LNG : LNG-EC effectively delays ovulation when taken before the beginning of the LH surge, but (in contrast to UPA-EC) not thereafter. This has implications for choice of oral EC when a woman is likely to be close to ovulation. (Evidence Level 1+) The evidence suggests that LNG-EC is not effective when administered after ovulation. (Evidence level 2+) UPA : UPA-EC can delay ovulation even after the start of the LH surge, a time when LNG-EC is no longer effective. The GDG recommend that this has implications for choice of oral EC	Ø	LNG : Une étude [...] évalue l'action du LNG sur la rupture folliculaire. Il est retrouvé chez 58 femmes utilisant LNG 1,5 mg dans les 120 h suivant un rapport non protégé que le LNG était plus efficace lorsque le diamètre du follicule était compris entre 12 et 17 mm. En revanche, le LNG est inefficace quel que soit le moment de la prise lorsque la taille du follicule a dépassé 18 mm. Le LNG est d'autant plus efficace à distance de la période d'ovulation (LE2). UPA : L'UPA administré en présence d'un follicule dominant inhibait la rupture du follicule	Ø	Ø	Ø

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 <i>(Société des obstétriciens et gynécologues du Canada)</i> Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) <i>(Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare)</i> Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 <i>(Centers for Disease Control and Prevention)</i> États-Unis	#4 CNGOF-2018 <i>(Collège national des gynécologues et obstétriciens français)</i> France	#5 ACOG-2015 <i>(American College of Obstetricians and Gynecologists)</i> États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 <i>(World Health Organisation)</i> International	#7 INSPQ-2018 <i>(Institut national de santé publique du Québec)</i> Canada
	when a woman is likely to be close to ovulation. UPA-EC may be the most suitable choice of oral EC in that situation. (Evidence level 1+) The evidence suggests that UPA-EC taken after ovulation is not effective. (Evidence level 2+) <u>Recommandation :</u> EC providers should advise women that the available evidence suggests that oral EC administered after ovulation is ineffective. (B)		pendant au moins 5 jours, dans 100 % des cas lorsqu'il était administré avant toute augmentation du taux de LH, 78,6 % au début du pic et 8,4 % après le pic de LH ($p=0.08$). L'UPA est efficace, qu'il soit pris avant ou au début du pic de LH, ce qui correspond à un follicule dominant de 18 mm de diamètre et moins. Aucune protection n'est assurée s'il est pris le jour de l'ovulation. L'UPA est donc efficace dans les 48 heures qui précèdent l'ovulation, c'est-à-dire lorsque le diamètre folliculaire dépasse 14 mm jusqu'à 18 mm. L'UPA peut retarder l'ovulation pendant au moins 5 jours chez un nombre significativement plus élevé de femmes que le LNG lorsqu'il est donné en période folliculaire tardive. L'UPA retarde la rupture folliculaire de 5 jours lorsqu'il est donné juste avant l'augmentation du taux de LH (LE2). L'UPA retarde mieux l'ovulation que le LNG lorsqu'il est donné en			

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada) Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) (Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare) Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 (Centers for Disease Control and Prevention) États-Unis	#4 CNGOF-2018 (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) France	#5 ACOG-2015 (American College of Obstetricians and Gynecologists) États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 (World Health Organisation) International	#7 INSPQ-2018 (Institut national de santé publique du Québec) Canada
			période folliculaire tardive (LE1).			
Constats : - Les COU sont inefficaces lorsqu'elles sont prises le jour de l'ovulation ou après (SOGC, FSRH, CNGOF). - Le LNG est efficace avant la poussée de LH (FSRH, CNGOF) et lorsque la taille du follicule dominant est entre 14 et 17 mm (CNGOF). - Le LNG est inefficace lorsque la poussée de LH est commencée (SOGC, FSRH, CNGOF) ou lorsque la taille du follicule dominant a atteint 18 mm (CNGOF). - L'UPA est efficace jusqu'au pic de LH (FSRH, CNGOF) ou lorsque la taille du follicule dominant a atteint 18 mm (CNGOF).						
EFFETS INDÉSIRABLES						
LNG : La CU-LNG est associée à une incidence significativement moindre de nausée (23,1 %), de vomissement (5,6 %), d'étourdissement (11,2 %) et de fatigue (16,9 %), comparaison avec la méthode de Yuzpe. UPA : La CU-UPA est associée à des effets indésirables semblables à ceux de la CU-LNG. L'utilisation répétée de 0,75 mg de LNG au cours d'un cycle ne semble pas être associée à quelque événement indésirable grave que ce soit. L'utilisation répétée d'UPA n'a pas particulièrement fait l'objet d'études.	Systematic review of safety data for adverse events relating to use of EC by healthy women concludes that such events are rare. However, evidence for UPA-EC is limited. Headache, nausea and dysmenorrhoea are side effects common to both UPA-EC and LNG-EC and have been reported in around 10% of users.	Levonorgestrel and UPA ECPs cause less nausea and vomiting than combined estrogen and progestin ECPs. Routine use of antiemetics before taking ECPs is not recommended. Pretreatment with antiemetics may be considered depending on availability and clinical judgment.	Les effets indésirables comprennent : céphalées, nausées, vertiges, douleurs abdominales, tensions mammaires, fatigue et saignements. L'UPA a un profil d'effets secondaires similaire au LNG (LE1). Dans un essai comparatif randomisé évaluant les effets indésirables de l'UPA vs. LNG, il n'a pas été retrouvé de différence significative concernant l'apparition d'effets indésirables tels que les nausées et vomissements (IC95 % [0,93–1,41])	No deaths or serious complications have been causally linked to emergency contraceptive pills. Ulipristal acetate and levonorgestrel products have similar adverse effect profiles. The most frequently reported adverse effects are headache (19%) and nausea (12%). Some patients have reported experiencing other short-term adverse effects with oral regimens, such as breast tenderness, abdominal pain, dizziness, and fatigue	Les PCU-LNG et les PCU-UPA sont préférables aux PCU combinées parce qu'elles provoquent moins de nausées et de vomissements. Recommandation : Les pilules PCU-LNG ou PCU-UPA sont à préférer aux PCU combinées car elles provoquent moins de nausées et de vomissements. L'utilisation systématique d'antiémétiques avant la prise de PCU n'est pas recommandée. Un prétraitement par certains antiémétiques peut être envisagé en fonction de la disponibilité de ces produits et du jugement clinique. (GRADE : moyenne à faible; Recommandation : Forte).	Ø

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada) Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) (Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare) Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 (Centers for Disease Control and Prevention) États-Unis	#4 CNGOF-2018 (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) France	#5 ACOG-2015 (American College of Obstetricians and Gynecologists) États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 (World Health Organisation) International	#7 INSPQ-2018 (Institut national de santé publique du Québec) Canada
Constats : - Les effets indésirables mentionnés dans les différents GPC sont mineurs : céphalée, nausée, vomissement, fatigue, vertiges, saignement, douleur abdominale, tension mammaire. - Pas d'effets indésirables graves ne sont associés à la COU selon le GPC du ACOG. - L'usage de routine d'antiémétique n'est pas recommandé par 2 GPC (CDC, OMS). - L'usage répété de COU dans un cycle ne semble pas être associé à quelques événements indésirables graves (SOGC).						
RISQUE DE GROSSESSE ECTOPIQUE						
Bien que certains exposés de cas aient fait part d'une grossesse ectopique à la suite de l'utilisation d'une CU-LNG, une analyse systématique n'a constaté aucune hausse des taux de grossesse ectopique dans le cas de la CU-LNG ou de la mifépristone, par comparaison avec la population générale.	LNG : A Cochrane review in 2012 identified only five cases of ectopic pregnancy amongst over 55 000 oral EC users included in their review. A systematic review by Cleland et al. concluded that the rate of ectopic pregnancy when LNG-EC or mifepristone EC failed did not exceed that of the general population. A recent large case-control study in China concluded that use of LNG-EC in the current cycle reduced the overall risk of both intrauterine and of ectopic pregnancy. UPA : A 2014 post-marketing study evaluating adverse events in over 1.4 million women who used UPA-EC found 376 reports of pregnancy, 232 of which had known	Ø	Ø	Existing data indicate that use of levonorgestrel emergency contraception does not increase the chance that a subsequent pregnancy will be ectopic. Emergency contraception, like all other contraceptives, actually reduces the absolute risk of ectopic pregnancy by preventing pregnancy overall.	Ø	Ø

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada) Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) (Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare) Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 (Centers for Disease Control and Prevention) États-Unis	#4 CNGOF-2018 (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) France	#5 ACOG-2015 (American College of Obstetricians and Gynecologists) États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 (World Health Organisation) International	#7 INSPQ-2018 (Institut national de santé publique du Québec) Canada
	outcomes. There were four reports of ectopic pregnancies (1.1% of all pregnancies) during the 2.5 years examined. The rate of ectopic pregnancy in this study did not exceed that of the general population (0.8–2%).					
Constat : L'usage du LNG (SOGC, FSRH, ACOG) ou de l'UPA (FSRH) ne semble pas augmenter le risque de grossesse ectopique.						
EFFETS DE LA COU SUR LE CYCLE MENSTRUEL						
Tant la CU-LNG que la CU-UPA pourraient être associées à une modification de la chronologie des menstruations suivantes : celles-ci pourraient être précoces, inchangées ou tardives. Dans le cadre d'une étude, lorsque les menstruations se sont manifestées, elles l'ont fait dans les sept jours du moment prévu de leur manifestation chez 75 % des femmes utilisant une CU-UPA et 71 % des femmes utilisant une CU-LNG.	LNG : The majority of women menstruate within 7 days of the expected time after LNG-EC. Menstruation is delayed for over 7 days in fewer than 10% of women. UPA : After UPA-EC, 75 % of women in Phase III studies had their next menstrual period at the expected time or within 7 days of the expected time. A small number of women had menses more than 7 days early and about 20% more than 7 days late. Fewer than 10% of women reported intermenstrual bleeding.	Ø	LNG : Les menstruations sont plus susceptibles d'arriver précocement avec le LNG (LE1). UPA : Dans un essai clinique en double insu randomisée, évaluant la prise d'une CU dans les 72 h suivant le rapport non protégé [...] Les femmes des deux groupes ont connu une grande variation de la durée du cycle. Dans le groupe UPA les auteurs notaient un allongement de la durée du cycle de 4 à 19 jours dans 25 % des cas vs 16 % dans le groupe LNG, p < 0,001. Les menstruations sont plus susceptibles d'être retardées avec l'UPA (LE1).	After emergency contraceptive pill use, the menstrual period usually occurs within 1 week of the expected time. Some patients experience irregular bleeding or spotting in the week or month after treatment; one trial of the levonorgestrel-only regimen found that 16 % of women reported nonmenstrual bleeding in the first week after use. If emergency contraception is taken earlier in the cycle, it is more likely that a woman will experience bleeding before the expected menses. Irregular bleeding associated with emergency contraception resolves without treatment.	Ø	Ø

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada) Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) (Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare) Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 (Centers for Disease Control and Prevention) États-Unis	#4 CNGOF-2018 (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) France	#5 ACOG-2015 (American College of Obstetricians and Gynecologists) États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 (World Health Organisation) International	#7 INSPQ-2018 (Institut national de santé publique du Québec) Canada
	Delay of menstruation for more than 7 days was significantly more common when UPA- EC was administered prior to ovulation than after ovulation.					
Constats : - La prise de COU pourrait affecter le temps avant la prochaine menstruation selon 5 GPC. - La majorité des femmes prenant une COU auront leur menstruation dans les sept jours du moment prévu (SOGC, FSRH). - La prise de LNG augmente les chances que les menstruations arrivent plus précocement (CGNOF). - La prise d'UPA augmente les chances que les menstruations arrivent plus tardivement (FSRH, CGNOF).						
GROSSESSE ET ALLAITEMENT						
Risque de grossesse en raison d'une RSNP subséquente						
La contraception d'urgence hormonale est associée à des taux d'échec plus élevés lorsque les femmes qui l'utilisent continuent par la suite à connaître des relations sexuelles non protégées. (II-2) Peu importe le type de CU utilisé, les femmes qui connaissent d'autres relations sexuelles non protégées sont de 4 à 26 fois plus susceptibles de devenir enceintes après avoir pris une CU que les femmes qui s'abstiennent de telles relations sexuelles. Une méta-analyse d'études ayant porté sur la CU-UPA a confirmé que les RSNP subséquentes constituaient le plus important facteur contribuant à la baisse de l'efficacité de cette méthode.	LNG : After taking LNG-EC, women who ovulate later in the cycle are at risk of pregnancy from further UPSI. It is essential that women are made aware of this risk and advised regarding ongoing contraception. UPA : Importantly, after UPA-EC, the majority of women will go on to ovulate later in the cycle and are therefore at risk of pregnancy from subsequent UPSI. It is essential that women are made aware of this risk and advised regarding ongoing contraception.	Ø	Ø	In fact, because emergency contraception may work by delaying ovulation, women who have taken emergency contraceptive pills are at risk of becoming pregnant later in the same menstrual cycle.	En outre, l'efficacité des PCU peut être réduite par des rapports non protégés supplémentaires au cours du même cycle.	Ø

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada) Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) (Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare) Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 (Centers for Disease Control and Prevention) États-Unis	#4 CNGOF-2018 (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) France	#5 ACOG-2015 (American College of Obstetricians and Gynecologists) États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 (World Health Organisation) International	#7 INSPQ-2018 (Institut national de santé publique du Québec) Canada
	Studies have demonstrated a higher pregnancy rate after EC amongst women who have further UPSI in the same cycle than amongst women who do not have further UPSI (Evidence level 1+)					
Constat : Une chance accrue de grossesse existe chez les femmes ayant utilisé une COU et ayant une ou des RSNP subséquentes dans le même cycle (4 GPC).						
Effet de la prise d'une COU sur la grossesse						
Aucun effet sur la croissance physique, le développement mental ou la manifestation d'anomalies congénitales chez les enfants issus des grossesses n'ayant pu être prévenues n'est constaté à la suite de l'exposition à la CU-LNG. Bien que les données soient limitées quant aux issues des grossesses attribuables à l'échec de la CU UPA, l'exposition <i>in utero</i> à cette dernière ne semble pas accroître le risque d'anomalies congénitales.	There is no evidence of adverse pregnancy outcomes or fetal abnormality if pregnancy occurs despite use of LNG-EC or UPA-EC. Evidence relating to UPA-EC is limited. LNG: There is no evidence that it disrupts existing pregnancy or negatively affects pregnancy outcomes if taken in very early pregnancy. (Evidence level 4) UPA: The available data suggest that UPA-EC does not disrupt existing pregnancy or increase the risk of fetal abnormality if taken in very early pregnancy. (Evidence level 2+)	Although this method is not indicated for a woman with a known or suspected pregnancy, no harm to the woman, the course of her pregnancy, or the fetus if ECPs are inadvertently used is known to exist. Evidence suggests that poor pregnancy outcomes are rare among pregnant women who used ECPs during conception cycle or early in pregnancy.	Une étude prospective évaluait les issues de grossesse à la suite d'un échec de CU au LNG de 664 femmes. Quatre malformations ont été trouvées dans le groupe LNG vs. 4 dans le groupe sans prise de CU. En termes de malformation, il n'a pas été retrouvé de différence significative $p = 1$. En termes de poids de naissance, il n'a pas été retrouvé de différence significative $p = 0,86$ pour les poids de naissance > 4000 g et $p = 0,65$ pour les poids < 2500 g.	Studies of high-dose oral contraceptives indicate that hormonal emergency contraception confers no risk to an established pregnancy or harm to a developing embryo. No studies have specifically investigated adverse effects of exposure to emergency contraceptive pills during early pregnancy. However, numerous studies of the teratogenic risk of conception during daily use of oral contraceptives (including older, higher-dose preparations) have found no increase in risk to either the pregnant woman or the developing fetus.	Bien que cette méthode ne soit pas indiquée chez une femme enceinte ou présumée enceinte, elle n'a aucun effet nocif connu pour la femme, le déroulement de sa grossesse ou le fœtus, en cas d'utilisation accidentelle.	Ø

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada) Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) (Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare) Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 (Centers for Disease Control and Prevention) États-Unis	#4 CNGOF-2018 (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) France	#5 ACOG-2015 (American College of Obstetricians and Gynecologists) États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 (World Health Organisation) International	#7 INSPQ-2018 (Institut national de santé publique du Québec) Canada
Constats : • Selon 4 GPC, la prise d'une COU en présence de grossesses n'amène aucun risque sur le déroulement de celle-ci. • 6 GPC mentionnent que la prise d'une COU, tôt au début d'une grossesse, n'affecterait pas le développement ou la croissance du fœtus.						
COU vs allaitement						
Ø	LNG: The use of LNG-EC is not contraindicated during breastfeeding. The SPC for Levonelle advises that LNG is secreted into breast milk and that potential exposure of the infant to levonorgestrel can be reduced if the woman takes the tablet immediately after feeding and avoids nursing for at least 8 hours. However, studies report no evidence of an adverse effect on the infant or on lactation and the GDG consider that women can be advised to continue to breastfeed after using LNG-EC. (Evidence level 3) Recommandation : Women who breastfeed should be informed that available limited evidence indicates that LNG-EC has no adverse effects on breastfeeding or on their infants. (C)	LNG: Breastfeeding outcomes do not seem to differ between women exposed to LNG and those who are not exposed. One pharmacokinetic study demonstrated that LNG passes to breast milk but in minimal quantities. UPA: Breastfeeding is not recommended for 24 hours after taking UPA because it is excreted in breast milk, with highest concentrations in the first 24 hours, and maximum maternal serum levels are reached 1–3 hours after administration. Mean UPA concentrations in breast milk decrease markedly from 0 to 24–48 hours and then slowly decrease over 5 days. Breast milk should be expressed and discarded for 24 hours after taking UPA.	LNG : La quantité de LNG ingérée via le lait est faible : l'enfant reçoit jusqu'à 4 % de la dose maternelle (en mg/kg). Chez les enfants allaités, les concentrations sanguines de LNG sont indétectables ou très faibles après des prises maternelles orales de 250 µg/j. Elles représentent environ 4 % des concentrations plasmatiques maternelles. Aucun événement particulier n'est retenu chez des enfants allaités de mères sous lévonorgestrel. Considéré ces éléments, la CU par LNG est utilisable en cours d'allaitement. UPA : La quantité d'UPA ingérée via le lait après une prise maternelle unique est très faible: l'enfant reçoit moins de 1 % de la dose maternelle d'UPA.	These criteria specifically note that women [...] who are breastfeeding may use emergency contraception.	UPA : L'allaitement au sein n'est pas recommandé au cours de la semaine qui suit la prise d'UPA en raison de son excrétion dans le lait maternel. Durant cette période, le lait maternel devrait être tiré et éliminé.	Ø

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada) Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) (Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare) Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 (Centers for Disease Control and Prevention) États-Unis	#4 CNGOF-2018 (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) France	#5 ACOG-2015 (American College of Obstetricians and Gynecologists) États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 (World Health Organisation) International	#7 INSPQ-2018 (Institut national de santé publique du Québec) Canada
	UPA: UPA is excreted in breast milk. The safety of use of UPA-EC during breastfeeding has not been studied. The SPC for ellaOne advises that breastfeeding is avoided for a week after using UPA-EC; milk should be expressed and discarded during that time (Evidence Level 4). Recommandation : Breastfeeding women should be advised not to breastfeed and to express and discard milk for a week after they have taken UPA-EC. (D)		Aucun événement particulier n'est signalé chez des enfants allaités par des mères ayant pris une contraception d'urgence par UPA. Au regard de ces éléments, il n'est pas nécessaire de suspendre l'allaitement lors d'une contraception d'urgence par UPA.			
Constats : Pour le LNG : La femme qui allaite qui a eu recours à une COU de LNG, n'a pas besoin d'arrêter l'allaitement selon 3 GPC; il est proposé dans le GPC du FSRH que la prise de LNG pourrait se faire tout juste après l'allaitement, et attendre 8 heures avant d'allaiter de nouveau l'enfant. Pour l'UPA : 2 GPC (FSRH, OMS) indiquent que l'allaitement devrait être suspendu pour une semaine chez la femme qui allaite et qui a eu recours à une COU d'UPA et que durant cette période, le lait maternel devrait être tiré et éliminé. Cependant, le GPC du CDC indique qu'une suspension de l'allaitement de 24 h pourrait être suffisante, alors que le GPC du CNGOF mentionne qu'il n'est pas nécessaire de suspendre l'allaitement.						
ACCESSIBILITE DE LA COU						
La CU-LNG est disponible en pharmacie sans ordonnance. ...ils sont maintenus derrière le comptoir en Saskatchewan et au Québec pour des raisons liées au remboursement.	In the UK, LNG-EC and UPA-EC are available from: - Community pharmacies (there may be a charge) - General practice (GP) surgeries (free of charge)	Ø	L'UPA est en vente en pharmacie et délivré à titre anonyme et gratuit aux mineures. Recommandation : Le choix entre l'UPA et le LNG entre 0 et 72 h doit prendre en	LNG: - LNG 1,5 mg tablet : Available over the counter without age restriction - LNG 2x 0,75 mg tablet Available over the counter to those 17	Ø	Concernant le coût de la COU : la COU-LNG est remboursée par les régimes publics et privés d'assurance-médicaments. Au moment de cette publication, la COU-UPA n'est pas

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 <i>(Société des obstétriciens et gynécologues du Canada)</i> Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) <i>(Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare)</i> Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 <i>(Centers for Disease Control and Prevention)</i> États-Unis	#4 CNGOF-2018 <i>(Collège national des gynécologues et obstétriciens français)</i> France	#5 ACOG-2015 <i>(American College of Obstetricians and Gynecologists)</i> États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 <i>(World Health Organisation)</i> International	#7 INSPQ-2018 <i>(Institut national de santé publique du Québec)</i> Canada
La CU-UPA nécessite actuellement une ordonnance au Canada Il a été démontré que la disponibilité de la CU-LNG en pharmacie entraîne une hausse de l'accès à ce mode de CU et de son utilisation, en plus d'en réduire le délai avant l'utilisation. Recommandation : Des services de santé devraient être élaborés pour permettre aux Canadiennes d'obtenir un accès en temps opportun à toutes les méthodes efficaces de contraception d'urgence. (III-B)	- Sexual and reproductive health (SRH) clinics and genitourinary medicine clinics (free of charge). - Young people's services (where registered nurses are employed) - School nurses - Accident and emergency departments - National Health Service (NHS) walk-in centres (England only) - NHS minor injuries unit - Online pharmacies. Oral EC is available free from pharmacies in Scotland and Wales. Recommandation : EC providers who cannot offer all EC methods should give women information regarding the other methods and signpost them to services that can provide them. (✓)		compte l'ensemble des points importants de la CU (délivrance en pharmacie, coût, répercussions d'une contraception hormonale après prise d'UPA) (Accord professionnel).	years and older with photo identification. UPA: UPA 30 mg tablet : Requires a prescription. Recommandation : Emergency contraceptive pills or the copper IUD should be made available to patients who request it up to 5 days after unprotected or inadequately protected sexual intercourse. (Level B)		remboursée par le régime public d'assurance-médicaments, mais peut être remboursée par certains régimes privés d'assurance-médicaments. S'assurer que la femme reçoive sa contraception d'urgence : - soit en remettant à la femme le contraceptif oral d'urgence; - soit en signant et en remettant à la femme une ordonnance individuelle de contraceptif oral d'urgence à l'intention du pharmacien; - soit en dirigeant la femme vers un médecin ou une IPS pour l'insertion d'un stérilet au cuivre d'urgence.
Constats : - Les COU devraient être accessibles à tous, en temps adéquat. - Le LNG et l'UPA sont accessibles à différent niveau (avec ou sans ordonnance, gratuit en fonction de l'âge ou de la situation) dans les différents pays correspondant aux GPC. - Il est recommandé dans le GPC du FSRH que lorsque le fournisseur de soin ne peut fournir une COU en particulier, il doit fournir l'information sur celle-ci et diriger la patiente vers les endroits où ce produit est disponible.						

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada) Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) (Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare) Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 (Centers for Disease Control and Prevention) États-Unis	#4 CNGOF-2018 (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) France	#5 ACOG-2015 (American College of Obstetricians and Gynecologists) États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 (World Health Organisation) International	#7 INSPQ-2018 (Institut national de santé publique du Québec) Canada
INITIATION OU REPRISE DE LA CONTRACEPTION HORMONALE APRES UNE COU						
LNG : Une contraception hormonale peut être entamée le jour de l'utilisation d'une contraception d'urgence au lévonorgestrel, ou le jour suivant celle-ci, en s'assurant de mettre en oeuvre une contraception d'appoint pendant les sept premiers jours. (III) Une femme peut amorcer ou recommencer une contraception (pilule, timbre, anneau, implant ou injection) le jour même ou le jour suivant la prise de la CU-LNG; un SIU-LNG peut être inséré le jour même de la prise de la CU-LNG s'il n'y a pas de contre-indications et si vous êtes raisonnablement certain que la femme n'est pas enceinte. Une méthode d'appoint (abstinence ou méthode de barrière) est nécessaire entre la prise de la CU et le 7^e jour suivant l'amorce de la contraception hormonale. Recommandation : La contraception hormonale devrait être entamée dans les 24 heures suivant l'administration d'une contraception d'urgence faisant appel au lévonorgestrel; de plus,	LNG : After LNG-EC, a woman is at risk of pregnancy if she ovulates later in the cycle and has subsequent UPSI. Women should be advised to quick start a suitable, reliable contraceptive method immediately after LNG-EC (Evidence level 4). Recommandation : After taking LNG-EC, women should be advised to start suitable hormonal contraception immediately. Women should be made aware that they must use condoms reliably or abstain from sex until contraception becomes effective. (D) UPA: It has been demonstrated that starting a desogestrel POP immediately after UPA-EC reduces the ability of the UPA-EC to delay ovulation. Studies to investigate whether this affects pregnancy rates or whether quick starting CHC, IMP and DMPA	Data on when a woman can start regular contraception after ECPs are limited to pharmacodynamic data and expert opinion LNG : Any regular contraceptive method can be started immediately after the use of levonorgestrel. The woman needs to abstain from sexual intercourse or use barrier contraception for 7 days. UPA : Among women taking UPA followed by desogestrel, a higher incidence of ovulation in the first 5 days was found compared with UPA alone (45% versus 3%, respectively), suggesting desogestrel might decrease the effectiveness of UPA. Advise the woman to start or resume hormonal contraception no sooner than 5 days after use of UPA, and provide or prescribe the regular contraceptive method	LNG : En l'absence de contraception hormonale au long cours, il est possible de débiter immédiatement une contraception hormonale après prise de LNG. L'utilisation de préservatifs pendant 7 jours, temps nécessaire pour l'efficacité de la contraception hormonale, est recommandée. UPA : L'efficacité de la CU par UPA pourrait être diminuée par la prise d'un progestatif débuté le lendemain, en revanche il n'a pas été démontré d'impact de la prise d'UPA sur une contraception progestative ou estro-progestative débutée juste après la prise d'UPA. Ces données restent limitées, basées sur l'évaluation de la rupture folliculaire. L'efficacité de la CU par UPA pourrait être diminuée par la prise d'un progestatif débuté le lendemain (LE3). Concernant l'UPA, il est recommandé de débiter une contraception hormonale 5 jours après	LNG: Any regular contraceptive method can be started immediately after the use of levonorgestrel or combined estrogen-progestin emergency contraception, but the woman should abstain from sexual intercourse or use barrier contraception for 7 days. UPA: The FDA changed the ulipristal acetate labeling to include a new warning about its use with hormonal contraceptives and a recommendation to delay initiating hormonal contraception until no sooner than 5 days after intake of ulipristal acetate.	LNG: Recommandation : Après la prise de PCU-LNG ou de PCU combinées, une femme peut reprendre sa méthode contraceptive ou débiter toute autre méthode de contraception immédiate-ment, y compris un dispositif intra-utérin au cuivre (DIU-Cu). (GRADE : pas de donnée directe; Recommandation : Forte). On conseillera à la femme de s'abstenir de relations sexuelles ou d'utiliser une contraception barrière pendant les 2 jours suivant le début de la prise de PPS ou pendant les 7 jours suivant la mise en route de contraceptifs hormonaux combinés (COC, patch, AIV ou contraceptifs injectables) ou de contraceptifs à progestatif seul (contraceptifs injectables AMPR ou NET-EN, implants ou DIU-LNG) et d'effectuer un test de grossesse au moment approprié, s'il s'avère nécessaire.	LNG : Dans les situations d'oubli de contraceptif hormonal ou de « Quick Start » de la contraception hormonale, quel que soit l'IMC de la femme ou le délai de la RSNP, il est préférable d'opter pour la COU-LNG car elle n'interagit pas avec les contraceptifs hormonaux et ne nécessite qu'une protection contraceptive supplémentaire de 7 jours après sa prise et le début des contraceptifs hormonaux. Dans le cas de l'utilisation de la COU-LNG, la femme peut commencer une méthode contraceptive hormonale en « Quick Start » ou reprendre sa méthode contraceptive (en cas d'oubli) le jour même ou le lendemain. La COU-LNG est la méthode de choix dans les circonstances de « Quick Start » • <u>Contraceptif oral combiné (COC), timbre et anneau contraceptifs :</u> commencer la

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada) Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) (Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare) Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 (Centers for Disease Control and Prevention) États-Unis	#4 CNGOF-2018 (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) France	#5 ACOG-2015 (American College of Obstetricians and Gynecologists) États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 (World Health Organisation) International	#7 INSPQ-2018 (Institut national de santé publique du Québec) Canada
une contraception d'appoint (ou l'abstinence) devrait être mise en œuvre pendant les sept premiers jours suivant le début de l'utilisation d'une contraception hormonale.(III B) UPA : La possibilité que le démarrage rapide de l'utilisation de contraceptifs hormonaux réguliers ou que la poursuite de l'utilisation de contraceptifs hormonaux après l'oubli d'une ou de plusieurs pilules nuise à l'action de la CU-UPA suscite certaines préoccupations. Pour cette raison, il est prudent d'attendre cinq jours à la suite de l'administration d'une CU-UPA avant de commencer à utiliser des contraceptifs hormonaux ou d'en poursuivre l'utilisation. La contraception (pilule, timbre, anneau, implant ou injection) peut être amorcée cinq jours après la prise de la CU-UPA; l'insertion d'un SIU-LNG peut avoir lieu cinq jours après la prise de la CU-UPA s'il n'y a pas de contre-indications et si vous êtes raisonnablement certain que la femme n'est pas enceinte. Une méthode d'appoint (abstinence ou méthode de barrière) est	after UPA-EC has the same effect have not been done. (Evidence Level 1+) In the absence of evidence, it is recommended by the GDG that all products containing progestogen or progesterone [whether for contraceptive purposes, EC, gynaecological indications or hormone replacement therapy (HRT)] are avoided for 5 days after UPA-EC to avoid compromising the ability of UPA-EC to delay ovulation. Recommandation : Women should be advised to wait 5 days after taking UPA-EC before starting suitable hormonal contraception. Women should be made aware that they must use condoms reliably or abstain from sex during the 5 days waiting and then until their contraceptive method is effective. (D)	as needed. For methods requiring a visit to a health care provider, such as DMPA, implants, and IUDs, starting the method at the time of UPA use may be considered; the risk that the regular contraceptive method might decrease the effectiveness of UPA must be weighed against the risk of not starting a regular hormonal contraceptive method. Any nonhormonal contraceptive method can be started immediately after the use of UPA. The woman needs to abstain from sexual intercourse or use barrier contraception for the next 7 days after starting or resuming regular contraception or until her next menses, whichever comes first.	la prise d'UPA et d'utiliser une contraception additionnelle de type mécanique pendant les 12 jours qui suivent la prise d'UPA.		UPA : Recommandation : Après l'administration d'une PCU-UPA, une femme peut reprendre ou débiter toute méthode contenant un progestatif (contraceptif hormonal combiné ou progestatif seul) le 6ème jour après la prise de cette PCU. On peut lui poser immédiatement un DIU-LNG s'il est possible de déterminer qu'elle n'est pas enceinte. On peut lui poser un DIU-Cu immédiatement. (GRADE : pas de donnée directe; Recommandation : conditionnelle). On conseillera à la femme de s'abstenir de relations sexuelles ou d'utiliser une contraception barrière à partir de la prise de PCU-UPA et jusqu'à ce qu'elle soit protégée par sa nouvelle méthode contraceptive. Si elle débute une contraception hormonale régulière 6 jours après la prise des PCU-UPA, elle devra continuer à s'abstenir de relations sexuelles ou utiliser une contraception barrière	méthode le jour même et utiliser des condoms à toutes les relations sexuelles pendant les 7 premiers jours d'utilisation. • Pilule à progestatif seul (POP) : commencer la méthode le jour même et utiliser des condoms à toutes les relations sexuelles pendant les 7 premiers jours d'utilisation. • Injection contraceptive : commencer la méthode le jour même et utiliser des condoms à toutes les relations sexuelles pendant les 7 premiers jours d'utilisation. UPA : La COU-UPA, quoique plus efficace chez les femmes dont l'IMC est égal ou supérieur à 25 kg/m² interagit avec les contraceptifs hormonaux et ces derniers peuvent en réduire l'efficacité s'ils sont débutés moins de 5 jours après la prise de COU UPA. De plus, l'utilisation de la COU-UPA nécessite une protection contraceptive

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada) Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) (Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare) Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 (Centers for Disease Control and Prevention) États-Unis	#4 CNGOF-2018 (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) France	#5 ACOG-2015 (American College of Obstetricians and Gynecologists) États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 (World Health Organisation) International	#7 INSPQ-2018 (Institut national de santé publique du Québec) Canada
nécessaire entre la prise de la CU et le 7^e jour suivant l'amorce de la contraception hormonale. Lorsque la femme décide de reporter le début de l'utilisation d'une contraception hormonale aux prochaines menstruations, l'abstinence ou une méthode de barrière devrait être mise en œuvre entre-temps.	Recommandation : EC providers should be aware that the effectiveness of UPA-EC could be reduced if a woman takes progestogen in the 5 days after taking UPA-EC. (✓)				conformément aux recommandations pour la mise en route d'un contraceptif (par exemple, 2 jours supplémentaires pour une PPS ou 7 jours supplémentaires pour l'ensemble des autres méthodes hormonales).	supplémentaire de 12 jours après sa prise et le début de l'efficacité des contraceptifs hormonaux. • <u>Contraceptif oral combiné (COC), timbre et anneau contraceptifs</u> : commencer 5 jours après la prise de COU-UPA et utiliser des condoms à toutes les relations sexuelles pendant les 5 jours qui précèdent l'utilisation du COC, timbre et anneau contraceptifs et les 7 premiers jours d'utilisation (12 jours en tout). • <u>Pilule à progestatif seul (POP) et injection contraceptive</u> : commencer la méthode 5 jours après la prise de COU-UPA et utiliser des condoms à toutes les relations sexuelles pendant les 5 jours qui précèdent l'utilisation de la POP ou de l'injection contraceptive et les 7 premiers jours d'utilisation (12 jours en tout).

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada) Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) (Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare) Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 (Centers for Disease Control and Prevention) États-Unis	#4 CNGOF-2018 (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) France	#5 ACOG-2015 (American College of Obstetricians and Gynecologists) États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 (World Health Organisation) International	#7 INSPQ-2018 (Institut national de santé publique du Québec) Canada
Constats : - L'initiation ou la reprise de contraception hormonale peut avoir lieu le jour même ou le lendemain de la prise de LNG (7 GPC). - L'initiation ou la reprise de contraception hormonale peut avoir lieu 5 jours après la prise d'UPA (7 GPC). - Une méthode de contraception d'appoint est nécessaire pendant 7 jours lors de l'initiation ou la reprise de contraception hormonale après une prise de LNG (7 GPC). - Une méthode de contraception d'appoint est nécessaire pendant 12 jours lors de l'initiation ou la reprise de contraception hormonale après une prise d'UPA (6 GPC).						
INFORMATION A FOURNIR A L'UTILISATRICE DE LA COU						
Les femmes qui utilisent des pilules de CU devraient être avisées que celles-ci ne permettent pas de prévenir la grossesse lorsque des RSNP surviennent dans les jours ou les semaines suivant le traitement et qu'un mode fiable de contraception continue devrait être mis en œuvre. Recommandation : Les fournisseurs de soins devraient discuter d'un plan visant la mise en œuvre d'une contraception continue avec les femmes qui en viennent à utiliser des pilules de contraception d'urgence; ils devraient également offrir des modes adéquats de contraception continue à ces femmes, lorsque celles-ci s'y montrent intéressées. Les fournisseurs de soins devraient également discuter avec leurs patientes de préoccupations plus élargies en matière de santé sexuelle comme, par	Recommandation : Providers of oral EC should advise women that oral EC methods do not provide contraceptive cover for subsequent UPSI and that they will need to use contraception or abstain from sex to avoid further risk of pregnancy. (✓) Recommandation : Women requesting EC should be given information regarding all methods of ongoing contraception and how to access these. (✓) Recommandation : EC providers should advise women that after oral EC there is a pregnancy risk if there is further UPSI and ovulation occurs later in the same cycle. (B)	Ø	Ø	Recommandation : Information regarding effective long-term contraceptive methods should be made available whenever a woman requests emergency contraception. (Level C) Consideration should be given to the use of the copper IUD, which is highly effective as an emergency contraceptive and an ongoing contraceptive. Information about other forms of contraception and counseling about how to avoid future contraceptive failures should be made available to women who use emergency contraception, especially those who use it repeatedly. Women should begin using barrier contraceptives to prevent pregnancy (eg,	La CU ne protège pas des infections sexuellement transmissibles (IST), et notamment du VIH. En cas de risque d'IST/de VIH, l'utilisation correcte et régulière de préservatifs est recommandée. Néanmoins, il faut avertir la femme que l'efficacité des PCU diminue avec l'allongement de l'intervalle entre le rapport non protégé et la prise de ces pilules.	L'infirmière discute avec la femme des différentes options de contraception d'urgence, en lui indiquant leur efficacité, leur mode d'utilisation et leurs effets indésirables. Donner l'enseignement et le counseling à la femme selon le choix de contraception d'urgence qu'elle a fait : - L'informer que si les comprimés sont vomis dans les 3 heures qui suivent la prise, il faut répéter la dose. - L'informer que la COU ne la protège pas de la grossesse pour les relations sexuelles non protégées qui suivent son utilisation. - L'informer qu'elle devra passer un test de grossesse si

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 <i>(Société des obstétriciens et gynécologues du Canada)</i> Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) <i>(Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare)</i> Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 <i>(Centers for Disease Control and Prevention)</i> États-Unis	#4 CNGOF-2018 <i>(Collège national des gynécologues et obstétriciens français)</i> France	#5 ACOG-2015 <i>(American College of Obstetricians and Gynecologists)</i> États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 <i>(World Health Organisation)</i> International	#7 INSPQ-2018 <i>(Institut national de santé publique du Québec)</i> Canada
exemple, la nécessité d'avoir recours à une contraception continue, la question de savoir si la RSNP en question faisait suite à de la coercition, le risque d'ITS et la nécessité de mettre en œuvre une prophylaxie postexposition. Recommandation : Les femmes devraient être avisées que le dispositif intra-utérin au cuivre constitue la méthode de contraception d'urgence la plus efficace et que ce dispositif peut être utilisé par toute femme qui ne présente pas de contre-indications à son utilisation. (II-3A)	It is important that a woman who raises concerns about EC mechanism of action is given information about what is known and what is uncertain. The main mechanism of action of oral EC is to delay ovulation. Recommandation : Women should be informed that it is possible that higher weight or BMI could reduce the effectiveness of oral EC, particularly LNG-EC.(C) The way that the effectiveness of a method of EC is explained to an individual woman is extremely important. For example, if 1 % of all women receiving a particular method of EC within 72 hours of UPSI at any time in the cycle become pregnant, the overall pregnancy rate is quoted as 1%.[...] The pregnancy rate if the EC method is used after UPSI during the fertile period would therefore be significantly higher than 1%. If an individual woman			condoms, diaphragms, and spermicides) immediately after using emergency contraception.		elle ne présente pas de menstruations normales dans les 3-4 semaines suivant la prise de la COU. Offrir un counseling contraceptif dans le but de favoriser l'amorce rapide d'une méthode contraceptive régulière et, au besoin, amorcer, renouveler ou ajuster la contraception selon le présent protocole.

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada) Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) (Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare) Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 (Centers for Disease Control and Prevention) États-Unis	#4 CNGOF-2018 (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) France	#5 ACOG-2015 (American College of Obstetricians and Gynecologists) États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 (World Health Organisation) International	#7 INSPQ-2018 (Institut national de santé publique du Québec) Canada
	requests the method of EC after UPSI that has taken place just before her likely time of ovulation, it would be inappropriate to tell her that if she uses the method she has only a 1% chance of pregnancy.					
Constats : 4 GPC mentionnent qu'il est important d'avertir la femme qui prend une COU que cela n'est pas un moyen de contraception permanent, et qu'une prochaine RSNP dans le cycle pourrait amener une grossesse et qu'une méthode barrière devrait toujours être employée. - Discuter des moyens de contraception réguliers avec les femmes employant la COU (SOGC, FSRH, ACOG), et plus particulièrement lors d'un usage répété (ACOG). - Mentionner les risques d'ITS et entreprendre les démarches d'évaluation si nécessaire (SOGC, FSRH, OMS) - Mentionner à l'utilisatrice de la COU le mode d'action et les conséquences possibles (FSRH) - Mentionner, au besoin, qu'une IMC élevée peut affecter l'efficacité d'une COU (FSRH)						
SUIVI						
Recommandation : Un test de grossesse devrait être mené en l'absence de menstruations dans les 21 jours suivant l'utilisation de pilules ou l'insertion d'un dispositif intra-utérin au cuivre à des fins de contraception d'urgence. (III-A) Une femme devrait passer un test de grossesse si elle remarque un retard de plus de sept jours dans ses règles après avoir pris une CU, ou si elle n'a pas ses règles dans les trois à quatre semaines suivant la CU. Les femmes qui ont eu recours à un traitement de CU et qui ont par la suite	It is recommended that a pregnancy test is carried out if menses are delayed by more than 7 days after EC Women who start hormonal contraception soon after use of EC should be advised to have a pregnancy test even if they have bleeding; bleeding associated with the contraceptive method may not represent menstruation. Pregnancy can be excluded by a urine pregnancy test taken 21 days after the last episode of UPSI.	Advise the woman to have a pregnancy test if she does not have a withdrawal bleed within 3 weeks.	Conseils pratiques après prise d'une CU Retard de règle >7 jours -> Dosage hCG	No scheduled follow-up is required after use of emergency contraception. However, clinical evaluation is indicated for women who have used emergency contraception if menses are delayed by a week or more after the expected time. Clinical evaluation also is indicated for women who have used emergency contraception if lower abdominal pain or persistent irregular bleeding develops because these symptoms could indicate a spontaneous pregnancy loss or an ectopic pregnancy.	Ø	HCG urinaire après 3-4 semaines si indiqué (absence de menstruations ou saignements anormaux 3-4 semaines après insertion de stérilet au cuivre d'urgence ou prise de COU).

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada) Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) (Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare) Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 (Centers for Disease Control and Prevention) États-Unis	#4 CNGOF-2018 (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) France	#5 ACOG-2015 (American College of Obstetricians and Gynecologists) États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 (World Health Organisation) International	#7 INSPQ-2018 (Institut national de santé publique du Québec) Canada
commencé à utiliser de l'acétate de médroxyprogestérone ou une contraception hormonale continue devraient subir un test de grossesse après 21 jours dans le but d'écartier la possibilité que la CU ait échoué.	Until recently, it was therefore recommended that suitable hormonal contraception (CHC, POP, IMP or DMPA) should be quick started immediately after oral EC with a pregnancy test 21 days later to exclude pregnancy resulting from EC failure. This remains the advice after LNG-EC administration. EC providers must ensure that if ongoing contraception is not commenced at the time that EC is used, a woman is given information regarding contraceptive choices and has a clear pathway to access her contraception of choice.			Recommandation : Clinical evaluation is indicated for women who have used emergency contraception if menses are delayed by a week or more after the expected time or if lower abdominal pain or persistent irregular bleeding develops. (Level C)		
Constats : • Selon 4 GPC (SOGC, FSRH, ACOG, CNGOF), un test de grossesse est indiqué si l'utilisatrice de la COU a un retard de plus de 7 jours après la date prévue de ses menstruations. • Selon 4 GPC (SOGC, FSRH, CDC, INSPQ), un test de grossesse est indiqué si l'utilisatrice de la COU n'a pas eu de menstruations plus de 21 jours après la prise de la COU. • Selon les GPC de la SOGC et du FSRH, un test de grossesse devrait être effectué à 21 jours après la prise d'une COU, lorsqu'une contraception hormonale a été début à la suite de la prise, afin d'écartier la possibilité d'une grossesse. • Selon le GPC de l'ACOG, la présence de douleur abdominale basse ou de saignement irrégulier pourrait nécessiter un suivi clinique.						

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada) Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) (Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare) Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 (Centers for Disease Control and Prevention) États-Unis	#4 CNGOF-2018 (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) France	#5 ACOG-2015 (American College of Obstetricians and Gynecologists) États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 (World Health Organisation) International	#7 INSPQ-2018 (Institut national de santé publique du Québec) Canada
ÉVALUATION DE LA QUALITE DES ARTICLES SCIENTIFIQUES ET DE LA FORCE DES RECOMMANDATIONS						
Quality of evidence assessment* : I: Evidence obtained from at least one properly randomized controlled trial. II-1: Evidence from well-designed controlled trials without Randomization. II-2: Evidence from well-designed cohort (prospective or retrospective) or case-control studies, preferably from more than one centre or research group. II-3: Evidence obtained from comparisons between times or places with or without the intervention. Dramatic results in uncontrolled experiments (such as the results of treatment with penicillin in the 1940s) could also be included in this category III: Opinions of respected authorities, based on clinical experience, descriptive studies, or reports of expert committees. *The quality of evidence reported in these guidelines has been adapted from The Evaluation of Evidence criteria described in the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Classification of recommendations**: A. There is good evidence to recommend the clinical preventive action.	Classification of evidence levels 1++ : High-quality systematic reviews or meta-analysis of randomised controlled trials (RCTs) or RCTs with a very low risk of bias. 1+: Well-conducted systematic reviews or meta-analysis of RCTs or RCTs with a low risk of bias. 1- : Systematic reviews or meta-analysis of RCTs or RCTs with a high risk of bias. 2++: High-quality systematic reviews of case-control or cohort studies or high-quality case-control or cohort studies with a very low risk of confounding, bias or chance and a high probability that the relationship is causal. 2+: Well-conducted case-control or cohort studies with a low risk of confounding, bias or chance and a moderate probability that the relationship is causal. 2-: Case-control or cohort studies with a high risk of confounding, bias or chance and a significant risk that the	The level of evidence from the systematic reviews for each evidence summary are provided based on the U.S. Preventive Services Task Force system, which includes ratings for study design : I: randomized controlled trials; II-1: controlled trials without randomization; II-2: observational studies; and II-3: multiple time series or descriptive studies. Ratings for internal validity (good, fair, or poor), and categorization of the evidence as direct or indirect for the specific review question.	Level 1 (LE1): High power Randomized, RCT, Meta-analyses of RCT, decision analyses based on well conducted studies. Level 2 (LE2): Low level randomized controlled trials (RCT), High quality comparative non randomized studies, Cohort studies Level 3 (LE3): Case control studies Level 4 (LE4): Comparative studies with bias, Retrospective studies, Epidemiological studies, Case series Grade A : established scientific proof Grade B : Scientific presumption Grade C : Low level of evidence	I Evidence obtained from at least one properly designed randomized controlled trial. II-1 Evidence obtained from well-designed controlled trials without randomization. II-2 Evidence obtained from well designed cohort or case-control analytic studies, preferably from more than one center or research group. II-3 Evidence obtained from multiple time series with or without the intervention. Dramatic results in uncontrolled experiments also could be regarded as this type of evidence. III Opinions of respected authorities, based on clinical experience, descriptive studies, or reports of expert committees. Based on the highest level of evidence found in the data,	Dans cette troisième édition du SPR, on a mis en œuvre la démarche GRADE pour classer les recommandations concernant les sujets examinés comme « fortes » ou « conditionnelles ». L'audience cible de ce document étant principalement les responsables de l'élaboration des politiques, une recommandation « forte » désigne une recommandation pouvant être adoptée comme politique dans la plupart des situations, tandis qu'une recommandation « conditionnelle » nécessitera des débats poussés et l'implication de diverses parties prenantes avant de pouvoir devenir une politique. Dans le présent document, les recommandations sont présentées sous forme narrative à l'intention des lecteurs habitués à ce format avec les éditions antérieures du SPR.	Ø

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 <i>(Société des obstétriciens et gynécologues du Canada)</i> Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) <i>(Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare)</i> Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 <i>(Centers for Disease Control and Prevention)</i> États-Unis	#4 CNGOF-2018 <i>(Collège national des gynécologues et obstétriciens français)</i> France	#5 ACOG-2015 <i>(American College of Obstetricians and Gynecologists)</i> États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 <i>(World Health Organisation)</i> International	#7 INSPQ-2018 <i>(Institut national de santé publique du Québec)</i> Canada
B. There is fair evidence to recommend the clinical preventive action. C. The existing evidence is conflicting and does not allow to make a recommendation for or against use of the clinical preventive action; however, other factors may influence decision-making. D. There is fair evidence to recommend against the clinical preventive action. E. There is good evidence to recommend against the clinical preventive Action. L. There is insufficient evidence (in quantity or quality) to make a recommendation; however, other factors may influence decision-making. **Recommendations included in these guidelines have been adapted from the Classification of Recommendations criteria described in the Canadian Task Force on Preventive Health Care.	relationship is not causal. 3: Non-analytical studies (e.g. case report, case series). 4: Expert opinions Grading of Recommendations A : At least one meta-analysis, systematic review or randomised controlled trial (RCT) rated as 1++, and directly applicable to the target population; or A systematic review of RCTs or a body of evidence consisting principally of studies rated as 1+, directly applicable to the target population and demonstrating overall consistency of results. B: A body of evidence including studies rated as 2++ directly applicable to the target population and demonstrating overall consistency of results; or Extrapolated evidence from studies rated as 1++ or 1+. C: A body of evidence including studies rated as 2+ directly applicable to the target population and demonstrating overall			recommendations are provided and graded according to the following categories: Level A Recommendations are based on good and consistent scientific evidence. Level B Recommendations are based on limited or inconsistent scientific evidence. Level C Recommendations are based primarily on consensus and expert opinion.		

#1 SOGC-2015 (Chapitre 3) + Addenda 2016 <i>(Société des obstétriciens et gynécologues du Canada)</i> Canada	#2 FSRH-2017 + FSRH-2019 (Obesity) <i>(Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare)</i> Royaume-Uni	#3 CDC-2016 + CDC MEC 2016 <i>(Centers for Disease Control and Prevention)</i> États-Unis	#4 CNGOF-2018 <i>(Collège national des gynécologues et obstétriciens français)</i> France	#5 ACOG-2015 <i>(American College of Obstetricians and Gynecologists)</i> États-Unis	#6 OMS-2017 + OMS MEC 2015 <i>(World Health Organisation)</i> International	#7 INSPQ-2018 <i>(Institut national de santé publique du Québec)</i> Canada
	consistency of results; or Extrapolated evidence from studies rated as 2++. D: Evidence level 3 or 4; or Extrapolated evidence from studies rated as 2+. ✓ : Good Practice Point based on the clinical experience of the guideline development group.* * On the occasion when the guideline development group find there is an important practical point that they wish to emphasise but for which there is not, nor is there likely to be, any research evidence. This will typically be where some aspect of treatment is regarded as such sound clinical practice that nobody is likely to question it. It must be emphasised that these are NOT an alternative to evidence-based recommendations and should only be used where there is no alternative means of highlighting the issue.					

ANNEXE H

Critères de recevabilité - Contraception orale d'urgence

Extraction des documents contenant des critères de recevabilité médicale pour l'utilisation de la contraception d'urgence associée à 4 des 8 GPC retenus dans la revue systématique. Soit les GPC du FSRH 2017 et 2019, du CDC 2016 et de l'OMS 2015.

Catégories utilisées dans la présente publication pour définir la recevabilité d'un contraceptif oral d'urgence :

- 1 : État où l'utilisation de la méthode contraceptive n'appelle aucune restriction.
- 2 : État où les avantages de la méthode contraceptive l'emportent en général sur les risques théoriques ou avérés.
- 3 : État où les risques théoriques ou avérés l'emportent généralement sur les avantages procurés par l'emploi de la méthode.
- 4 : État équivalent à un risque inacceptable pour la santé en cas d'utilisation de la méthode contraceptive

Conditions	LNG			UPA			Commentaires
	FSRH 2016	CDC 2016	OMS 2015	FSRH 2016	CDC 2016	OMS 2015	
Postpartum ± allaitement							
• < 3 semaines	NA			NA			FSRH : EC is not required if UPSI or barrier method failure occurs <3 weeks post-partum. UPA and LNG are indicated from 3 weeks postpartum.
• 3 à < 4 semaines	1			1			
• ≥ 4 semaines	1			1			
Allaitement		1	1		1	2	FSRH: Although women who are fully or nearly fully breastfeeding, amenorrhoeic and <6 months postpartum can rely on LAM as an effective method of contraception, if breastfeeding frequency decreases or menstruation recurs EC may be indicated. Breastfeeding is not recommended for 1 week after taking UPA since it is excreted in breast milk. Breast milk should be expressed and discarded during that time. CDC : Breastfeeding is not recommended for 24 h after taking UPA because it is excreted in breast milk, with highest concentrations in the first 24 h, and maximum maternal serum levels are reached 1–3 hours after administration. Mean UPA concentrations in breast milk decrease markedly from 0 to 24–48 hours and then slowly decrease over 5 days (2). Breast milk should be expressed and discarded for 24 hours after taking UPA. Breastfeeding outcomes do not seem to differ between women exposed to LNG and those who are not exposed. One pharmacokinetic study demonstrated that LNG passes to breast milk but in minimal quantities WHO : L'allaitement au sein n'est pas recommandé au cours de la semaine qui suit la prise d'UPA en raison de son excrétion dans le lait maternel. Durant cette période, le lait maternel devrait être tiré et éliminé. (Évaluation GRADE de la qualité des données : Très faible)

Conditions	LNG			UPA			Commentaires
	FSRH 2016	CDC 2016	OMS 2015	FSRH 2016	CDC 2016	OMS 2015	
Antécédent de grossesse ectopique (extra-utérine)	1	1	1	1	1	1	FSRH : Women using contraception have a lower risk of ectopic pregnancy overall compared to women not using contraception. There does not appear to be an increased risk of ectopic pregnancy following use of Cu-IUD as EC, UPA or LNG. WHO : Évaluation GRADE de la qualité des données : Très faible
Tabagisme	1			1			
Obésité	1	2	1	1	2	1	FSRH : A review by the EMA determines that data available are too limited and not robust enough to conclude with any certainty that contraceptive effect is reduced with increased body weight. The ACMPHU recommends that LNG and UPA could continue to be used in women of all weights as the benefits are considered to outweigh the risk. CDC : ECPs might be less effective among women with BMI ≥ 30 kg/m ² than among women with BMI < 25 kg/m ² . Despite this, no safety concerns exist. WHO : L'efficacité des PCU peut être moindre chez les femmes présentant un IMC ≥ 30 kg/m ² que chez les femmes présentant un IMC < 25 kg/m ² . Toutefois, il n'y a pas de risques pour la santé. (Évaluation GRADE de la qualité des données : Moyenne)
Hypertension	1			1			
Dyslipidémies connues	1			1			
Thromboembolie veineuse (TEV)	2			2			FSRH : TEV actuel (sous anticoagulants). Inclut la thrombose veineuse profonde et l'embolie pulmonaire.
Antécédents de maladies cardiovasculaires graves (CVD) (incluant cardiopathie ischémique, attaque cérébro-vasculaire ou autres conditions thromboemboliques)	1	2	2	1	2	2	FSRH : There is no evidence that UPA or LNG increase the risk of CVD CDC : This condition is associated with increased risk for adverse health events as a result of pregnancy. The duration of ECP use is less than that of regular use of COCs or POPs and thus would be expected to have less clinical impact. WHO : La durée d'utilisation des PCU étant inférieure à celle des COC ou des PPS, on peut s'attendre à ce qu'elles présentent un risque moins important pour la santé. (Évaluation GRADE de la qualité des données : Très faible)

Conditions	LNG			UPA			Commentaires
	FSRH 2016	CDC 2016	OMS 2015	FSRH 2016	CDC 2016	OMS 2015	
Céphalées/migraines	1	1	2	1	1	2	CDC : The duration of ECP use is less than that of regular use of COCs and thus would be expected to have less clinical impact. WHO : La durée d'utilisation des PCU étant inférieure à celle des COC ou des PPS, on peut s'attendre à ce qu'elles présentent un risque moins important pour la santé. (Évaluation GRADE de la qualité des données : Très faible)
Maladie trophoblastique gestationnelle (GTD)	1			1			FSRH : Includes hydatidiform mole (complete and partial) and gestational trophoblastic neoplasia.
a) Niveau de hCG indétectable	1			1			
b) Niveau de hCG en décroissance	1			1			
c) Niveau de hCG élevé de manière persistante ou maladie maligne	1			1			
Cancer du sein							FSRH : Although the prognosis of women with breast cancer may be affected by hormonal methods of contraception, the benefit of oral EC is considered to outweigh risks.
a) Actuel	2			2			
b) Antérieur	2			2			
Fibromes utérins (avec ou sans distorsion de la cavité utérine)	1			1			
Maladie inflammatoire intestinale (comprenant la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse)	2	1		2	1		FSRH : Oral methods may be less reliable if there is significant malabsorption or small bowel resection (particularly with Crohn's disease). Oral methods are unaffected by colectomy and ileostomy.
Maladie hépatique grave (incluant la jaunisse)	1	2	2	1	2	2	FSRH : The duration of use of UPA or LNG is less than that of regular use of POP and thus would be expected to have less clinical impact. CDC : This condition is associated with increased risk for adverse health events as a result of pregnancy. The duration of ECP use is less than that of regular use of COCs or POPs and thus would be expected to have less clinical impact. WHO : La durée d'utilisation des PCU étant inférieure à celle des COC ou des PPS, on peut s'attendre à ce qu'elles présentent un risque moins important pour la santé. (Évaluation GRADE de la qualité des données : Très faible)
Porphyrie aiguë intermittente	2			2			FSRH : Acute intermittent porphyria is a rare disorder characterised by acute attacks often precipitated by drugs. Estrogen and progestogen have been implicated. Natural fluctuations in estrogen and progesterone appear to be associated with acute attacks more often than exogenous hormones. Women may use UPA or LNG following discussion of the risks and benefits and with clinical judgement.

Conditions	LNG			UPA			Commentaires
	FSRH 2016	CDC 2016	OMS 2015	FSRH 2016	CDC 2016	OMS 2015	
Antécédent de chirurgie bariatrique		1			1		CDC : This condition is associated with increased risk for adverse health events as a result of pregnancy. Bariatric surgical procedures involving a malabsorptive component have the potential to decrease oral contraceptive effectiveness, perhaps further decreased by postoperative complications such as long-term diarrhea, vomiting, or both. Because of these malabsorptive concerns, an emergency IUD might be more appropriate than ECPs.
Arthrite rhumatoïde							
a) Avec thérapie immunosuppressive		1			1		
b) Sans thérapie immunosuppressive		1			1		
Transplant d'organe solide		1			1		This condition is associated with increased risk for adverse health events as a result of pregnancy
Utilisation répétée de LNG et UPA (dans le même cycle)	1	1	1	1	1	1	FSRH : Recurrent use of EC is an indication that the woman requires further discussion about other contraceptive options. UPA or LNG can be used more than once in a cycle if clinically indicated. Frequently repeated UPA and LNG use may be harmful for women with conditions classified as Category 2, 3 or 4 for CHC or POC use. CDC : Recurrent ECP use is an indication that the woman requires further counseling about other contraceptive options. Frequently repeated ECP use might be harmful for women with conditions classified as 2, 3, or 4 for CHC or POC use. WHO: Une femme qui utilise la PCU de façon récurrente a besoin d'être davantage conseillée sur les autres méthodes contraceptives. Une utilisation fréquente et répétée de la PCU peut être nocive pour les femmes ayant une pathologie classée dans la catégorie 2, 3 ou 4 pour les CHC ou les PS. (Évaluation GRADE de la qualité des données : Très faible)
Risque d'ITS	1			1			FSRH : Women thought to be at higher risk of STI from their sexual history (aged <25 years, or with a change in sexual partner or two or more partners in the last year) should be offered testing for STI
Agression sexuelle		1	1		1	1	WHO : Il n'y a pas de restriction à l'utilisation de PCU en cas de viol. (Évaluation GRADE de la qualité des données : Très faible)
Drug interactions							FSRH : Current FSRH guidance recommends that women using liver enzyme inducers should be advised to use a Cu-IUD. If progestogen-only EC is to be used it should be given as soon as possible and within 72 hours of UPSI. In women using liver enzyme inducing drugs, two 1.5 mg LNG tablets should be taken (3 mg) as a single dose. The efficacy of LNG is not reduced by non-liver enzyme inducing antibiotics.

Conditions	LNG			UPA			Commentaires
	FSRH 2016	CDC 2016	OMS 2015	FSRH 2016	CDC 2016	OMS 2015	
Inducteur du CYP3A4 (e.g., bosentan, carbamazepine, felbamate, griséofulvine, oxcarbazepine, phénytoïne, rifampin, St. John's wort, topiramate, efavirenz, and lumacaftor)		2	1		2	1	CDC : Strong CYP3A4 inducers might reduce the effectiveness of ECPs. WHO : Les puissants inducteurs du CYP3A4 peuvent réduire l'efficacité des PCU. (Évaluation GRADE de la qualité des données : Très faible)

: Information non disponible; NA : Non applicable

Constat :
<i>Dans toutes les conditions mentionnées dans le tableau, la recevabilité d'un contraceptif oral d'urgence (COU) est soit de catégorie 1 ou 2. Par conséquent, l'UPA et le LNG n'appelle aucune restriction ou, dans certaines conditions les avantages de la COU l'emportent en général sur les risques théoriques ou avérés.</i>

ANNEXE I

Monographies

Tableau I1 Extraction des caractéristiques du lévonorgestrel (Plan B^{MD}) et de l'acétate d'ulipristal (Ella^{MD}) à partir des monographies

Santé Canada, 2019	Monographies de PlanB ^{MD} Lévonorgestrel 0,75 et 1,5 mg (26-04-18)	Monographie d'Ella ^{MD} Ulipristal 30mg (13-03-18)
Indications	Contraceptif d'urgence qui peut prévenir la grossesse s'il est pris dans les 72 heures (3 jours) qui suivent une relation sexuelle non protégée ou l'échec présumé ou avéré d'une méthode de contraception.	La prévention d'une grossesse lorsque le médicament est pris dans les 120 heures (5 jours) après une relation sexuelle non protégée ou l'échec connu ou soupçonné d'un contraceptif.
Contre-indications	Hypersensibilité à l'ingrédient actif du médicament, le lévonorgestrel, ou à l'un des ingrédients de la formulation. Grossesse connue ou soupçonnée. Il ne doit pas être utilisé par une femme déjà enceinte, en particulier si elle a eu récemment des saignements anormaux. Un test de grossesse devrait être effectué avant la prise de Plan B^{MD}. Saignements vaginaux anormaux d'étiologie inconnue. Un test de grossesse devrait être effectué avant la prise de Plan B^{MD}.	Hypersensibilité à l'ulipristal acétate, à l'un des ingrédients de la formulation du médicament ou à un composant du récipient. Grossesse avérée ou soupçonnée. Si l'on soupçonne une grossesse après une relation sexuelle antérieure, surtout si des saignements anormaux ont été observés récemment, un test de grossesse doit être effectué avant de prendre Ella^{MD}.
Mises en garde et précautions	Plan B^{MD} ne doit pas être utilisé à titre de méthode de contraception ordinaire. Il faut bien expliquer aux patientes qu'il n'offre aucune protection contre l'infection au VIH (sida) ni contre aucune autre maladie transmise sexuellement. <u>Migraine et maux de tête</u> : La cause de l'apparition ou de l'exacerbation de migraines ou de la survenue d'un nouveau cycle migraineux récurrent, persistant ou aigu à la suite de l'utilisation de Plan B^{MD} doit être évaluée, car elle peut constituer une contre-indication à l'utilisation future de comprimés de contraception d'urgence. <u>Diabète</u> : Les femmes diabétiques doivent faire l'objet d'une surveillance lorsqu'elles prennent Plan B^{MD}. <u>Effets sur le cycle menstruel</u> : Les saignements menstruels sont souvent irréguliers chez les femmes qui utilisent des contraceptifs oraux contenant un progestatif seulement et chez les femmes ayant participé à des études cliniques sur le lévonorgestrel utilisé dans la contraception post-coïtale et d'urgence.	Ella^{MD} n'est pas conçue pour un usage courant à titre de contraceptif. Les contraceptifs d'urgence n'offrent aucune protection contre les infections transmissibles sexuellement (ITS), y compris le VIH/SIDA. <u>Fonction hépatique</u> : Insuffisance hépatique grave : non-recommandé. <u>Allaitement</u> : La prise d'Ella^{MD} par les femmes qui allaitent n'est pas recommandée. <u>Effets sur le cycle menstruel</u> : Après avoir pris Ella^{MD}, les menstruations se déclenchent, parfois quelques jours plus tôt ou plus tard que prévu. Si les menstruations tardent au-delà d'une semaine, par rapport à la date prévue, un test de grossesse doit être effectué. L'utilisation répétée d'Ella^{MD} pendant un même cycle menstruel n'est pas recommandée, car l'innocuité et l'efficacité n'ont pas été évaluées dans un tel cas. L'utilisation d'Ella^{MD} avant les premières règles n'est pas indiquée.

Santé Canada, 2019	Monographies de PlanB ^{MD} Lévonorgestrel 0,75 et 1,5 mg (26-04-18)	Monographie d'Ella ^{MD} Ulipristal 30mg (13-03-18)
	<u>Poids corporel</u>: Des données limitées et non concluantes suggèrent que le lévonorgestrel ait une efficacité diminuée avec l'augmentation du poids corporel ou de l'indice de masse corporelle (IMC). Chez toutes les femmes, le contraceptif d'urgence doit être pris le plus rapidement possible après les rapports non protégés, quel que soit le poids corporel ou l'IMC de la femme. <u>Allaitement</u> : Aucun effet indésirable dû aux contraceptifs oraux contenant un progestatif seulement n'a été observé sur l'allaitement, que ce soit sur la qualité ou la quantité du lait ou sur la santé, la croissance ou le développement du nourrisson.	Le médicament n'est pas conçu pour être utilisé chez les femmes ménopausées. <u>Poids corporel</u>: Une analyse de sous-groupes des données regroupées en fonction de l'IMC a montré un taux de grossesses de 3,1 % (IC à 95 % : 1,7 à 5,7) chez les femmes dont l'IMC était supérieur à 30 kg/m² (16 % de tous les sujets). Ce taux n'était pas significativement inférieur au taux de grossesse prévu de 4,5 % sans qu'un contraceptif d'urgence soit pris dans les 120 heures suivant une relation sexuelle non protégée. L'efficacité d'Ella^{MD} n'a pas été évaluée chez les femmes dont l'indice de masse corporelle (IMC) est ≥ 35 kg/m².
Effets indésirables	Aucun effet indésirable grave n'a été signalé consécutivement à l'utilisation de Plan B^{MD} dans l'ensemble des essais cliniques et parmi ceux rapportés suite à la surveillance après commercialisation. Effets indésirables étude pivot sur Plan B^M : ▪ Nausées : 23 %; ▪ Douleur abdominale: 18 %; ▪ Fatigue : 17 %; ▪ Céphalée : 17 %; ▪ Vomissements : 6 %; ▪ Métrorragie 16 % ▪ Altération du cycle menstruel ▪ Sensibilité mammaire 11 % ▪ Étourdissements 11 % ▪ Diarrhée 5 % On n'a observé aucune différence statistiquement significative quant à la fréquence des effets indésirables signalés selon que la dose de 1.5 mg STAT était utilisée en comparaison avec celle de 0.75 mg q12h pour 2 doses. Effets indésirables post-commercialisation : ▪ <u>Troubles gastro-intestinaux</u> : distension abdominale, douleur abdominale, diarrhée, nausées, vomissements; ▪ <u>Troubles généraux ou affections liées au site d'administration</u> : fatigue; ▪ <u>Troubles musculo-squelettiques et des tissus conjonctifs</u> : dorsalgie; ▪ <u>Troubles du système nerveux</u> : étourdissements, céphalées; ▪ <u>Troubles liés à la grossesse, à l'état puerpéral et à la périnatalité</u> : grossesse involontaire;	Les effets indésirables les plus souvent observés (≥ 5 %) dans les essais cliniques chez les femmes recevant Ella^{MD} étaient les suivants : ▪ Nausées : 9 % ▪ Céphalées : 9 % ▪ Dysménorrhée : 5 % ▪ Douleur abdominale : 5 % ▪ Fatigue : 4 % ▪ Étourdissements : 3 % ▪ Douleur à la partie supérieure de l'abdomen : 2 % ▪ Douleur pelvienne : 1 % ▪ Dorsalgie : 1 % ▪ Vomissements : 1 % En tout, 9 % des femmes ayant participé à l'étude ont rapporté des saignements intermenstruels après avoir pris Ella^{MD}. Effets secondaires post-commercialisation : <u>Troubles de la peau et des tissus sous-cutanés</u>: acné.

Santé Canada, 2019	Monographies de PlanB ^{MD} Lévonorgestrel 0,75 et 1,5 mg (26-04-18)	Monographie d'Ella ^{MD} Ulipristal 30mg (13-03-18)
	Troubles de l'appareil reproducteur et des seins : sensibilité mammaire, dysménorrhée, ménorragie, retard des règles, règles irrégulières, oligoménorrhée, douleur pelvienne, hémorragie utérine, pertes vaginales, hémorragie vaginale.	
Posologies	Plan B^{MD} peut être administré à n'importe quel moment du cycle menstruel. Lévonorgestrel 0,75 mg : Deux comprimés de 0,75 mg doivent être pris ensemble par voie orale le plus rapidement possible dans les 72 heures qui suivent une relation sexuelle non protégée par un moyen contraceptif. Le traitement consiste en une dose totale de 1,5 mg de lévonorgestrel. Lévonorgestrel 1,5 mg : 1 comprimé de 1,5mg doit être pris par voie orale le plus rapidement possible dans les 72 heures qui suivent une relation sexuelle non protégée par un moyen contraceptif. Le traitement consiste en une dose totale de 1,5 mg de lévonorgestrel prise en un seul comprimé. En cas de vomissements durant les deux premières heures après avoir pris les comprimés Plan B^{MD}. Sur l'avis du professionnel de la santé, une dose additionnelle peut être prise.	Ella^{MD} peut être prise à tout moment pendant le cycle menstruel. Prendre un comprimé par voie orale dès que possible dans les cinq jours (120 heures) suivant une relation sexuelle non protégée ou l'échec avéré ou soupçonné d'un contraceptif. Le comprimé peut être pris avec ou sans aliment. En cas de vomissements moins de trois heures après avoir pris Ella^{MD}, il faut prendre un autre comprimé.
Interactions majeures	Le métabolisme du lévonorgestrel est augmenté lors de l'utilisation concomitante d'inducteurs des enzymes hépatiques, principalement les inducteurs de l'isoenzyme CYP3A4. Médicaments contre le VIH : Il a été observé que l'administration concomitante d'éfavirenz et de lévonorgestrel réduisait les concentrations plasmatiques de lévonorgestrel (ASC) d'environ 50 %. Une réduction similaire est également soupçonnée lors de l'administration concomitante de lévonorgestrel et de ritonavir. Anticonvulsivant : Une nette diminution de l'ASC du lévonorgestrel a été observée après 12 semaines de traitement à la phénytoïne et à la carbamazépine (42 % et 40 % respectivement) ⁵. Cependant, le valproate de sodium n'a pas eu d'effet décelable. Ces données concordent avec les effets connus de ces médicaments sur l'induction enzymatique dans le foie. Rifampicine/rifabutine : La rifampicine est un puissant inducteur enzymatique et, comme c'est le cas avec les anticonvulsivants, la nature de sa molécule laisse présager une interaction pouvant affecter l'efficacité du contraceptif stéroïdien. L'échec de la contraception orale, des anomalies du cycle menstruel et de faibles taux de progestérone ont été observés chez des sujets prenant	L'ulipristal acétate est métabolisé <i>in vitro</i> par le CYP3A4. Les inducteurs du CYP3A4 (p. ex., rifampicine, phénytoïne, phénobarbital, carbamazépine, millepertuis/<i>Hypericum perforatum</i>, barbituriques, bosentan, carbamazépine, griséofulvine, oxcarbazépine, topiramate) peuvent diminuer les concentrations plasmatiques d'ulipristal acétate et, par conséquent, l'efficacité du médicament. Aussi, l'utilisation concomitante de ces produits n'est pas recommandée. Le ritonavir, un inhibiteur du CYP3A4, peut également exercer un effet inducteur sur le CYP3A4 lorsqu'il est utilisé pendant une période prolongée. Le cas échéant, le ritonavir peut diminuer les concentrations plasmatiques d'ulipristal acétate. Aussi, l'utilisation concomitante de ces produits n'est pas recommandée. La rifampine, un inducteur du CYP3A4, entraîne une diminution significative de la concentration plasmatique d'Ella^{MD}. L'induction du système enzymatique s'atténue lentement et, par conséquent, des effets sur les concentrations plasmatiques d'ulipristal acétate peuvent être observés même chez une femme ayant cessé de prendre un inducteur du système enzymatique depuis deux à trois semaines.

Santé Canada, 2019	Monographies de PlanB ^{MD} Lévonorgestrel 0,75 et 1,5 mg (26-04-18)	Monographie d'Ella ^{MD} Ulipristal 30mg (13-03-18)
	simultanément un contraceptif oral et de la rifampicine¹³. Le métabolisme du lévonorgestrel est augmenté lors de l'administration concomitante de la rifabutine. Acétate d'ulipristal : L'acétate d'ulipristal est un modulateur des récepteurs de la progestérone qui peut interagir avec l'activité progestationnelle du lévonorgestrel. Par conséquent, l'utilisation concomitante du lévonorgestrel et des médicaments contenant de l'acétate d'ulipristal n'est pas recommandée. Interactions médicament-herbe médicinale L'utilisation concomitante d'<i>Hypericum perforatum</i> (millepertuis) peut diminuer l'efficacité de Plan B^{MD}.	Comme l'ulipristal acétate a une forte affinité de liaison au récepteur de la progestérone, il peut nuire à l'action des médicaments à base de progestérone. L'effet contraceptif des contraceptifs hormonaux combinés et des contraceptifs à base de progestérone seule peut être atténué. L'utilisation concomitante de l'ulipristal acétate et d'un contraceptif d'urgence à base de lévonorgestrel n'est pas recommandée. <i>Des données in vitro</i> indiquent que l'ulipristal pourrait être un inhibiteur de la Pgp à des concentrations pertinentes sur le plan clinique. Par conséquent, l'administration conjointe d'ulipristal acétate et de substrats de la Pgp (p. ex., dabigatran etexilate, digoxine) pourrait accroître la concentration des substrats de la Pgp. Le millepertuis, en tant qu'inducteur du CYP3A4, réduit les concentrations plasmatiques d'ulipristal acétate et, par conséquent, peut diminuer son efficacité.
Mode d'action	Plan B ^{MD} (lévonorgestrel) agit comme contraceptif d'urgence en empêchant l'ovulation ou en inhibant la fécondation (en modifiant le transport du sperme ou de l'ovule, ou des deux). Il peut également empêcher l'implantation de l'ovule fécondé (en modifiant l'endomètre). Il n'est pas efficace une fois le processus d'implantation entamé.	Lorsqu'il est pris immédiatement avant l'ovulation, Ella ^{MD} retarde la rupture du follicule. Par conséquent, il est probable que le principal mode d'action de l'ulipristal acétate, en tant que contraceptif d'urgence, soit l'inhibition ou le report de l'ovulation.
Fertilité après utilisation	L'utilisation répétée de Plan B^{MD} augmente le pourcentage de probabilité de grossesse. Plan B^{MD} n'empêche pas la grossesse après une relation sexuelle subséquente non protégée par une méthode de contraception suivant la prise du produit. Après avoir pris Plan B^{MD}, la femme doit s'abstenir de toute relation sexuelle ou utiliser une autre méthode contraceptive jusqu'à ses prochaines règles.	Fertilité après l'utilisation du médicament : un retour rapide de la fertilité est probable après l'utilisation d'Ella ^{MD} ; par conséquent, il faut continuer ou reprendre un contraceptif après avoir pris Ella ^{MD} pour prévenir une autre grossesse.
Éléments de suivi	Il faut bien expliquer aux patientes qu'il n'offre aucune protection contre l'infection au VIH (sida) ni contre aucune autre maladie transmise sexuellement. Le médecin doit rester vigilant et ne pas écarter la possibilité d'une grossesse ectopique advenant qu'une femme devienne enceinte ou se plaigne de douleurs au bas-ventre après avoir pris Plan B^{MD}. La possibilité d'une grossesse doit être envisagée si les règles tardent de plus d'une semaine.	Les contraceptifs d'urgence n'offrent aucune protection contre les infections transmissibles sexuellement (ITS), y compris le VIH/SIDA. Un examen physique ou pelvien de suivi est recommandé en cas de doute concernant l'état de santé général de la femme ou la présence d'une grossesse après avoir pris Ella^{MD}. En cas de grossesse après le traitement, il faut envisager la possibilité d'une grossesse ectopique. Après avoir pris Ella^{MD}, les menstruations se déclenchent, parfois quelques jours plus tôt ou plus tard que prévu. Si les menstruations

Santé Canada, 2019	Monographies de PlanB^{MD} Lévonorgestrel 0,75 et 1,5 mg (26-04-18)	Monographie d'Ella^{MD} Ulipristal 30mg (13-03-18)
	La patiente doit être avertie de s'abstenir de toute relation sexuelle ou d'utiliser une autre méthode contraceptive (p. ex. le diaphragme ou le condom) jusqu'à ses prochaines règles. La majorité des patientes auront leurs prochaines règles à la date prévue ou à l'intérieur d'une semaine de la date prévue. Si une menstruation normale ne survient pas en dedans d'une semaine, la grossesse devrait être confirmée à l'aide d'un test de grossesse et un suivi doit être fait auprès d'un professionnel de la santé.	tardent au-delà d'une semaine, par rapport à la date prévue, un test de grossesse doit être effectué. L'utilisation de ce médicament peut diminuer l'effet contraceptif des méthodes de contraception hormonales courantes. Après la prise d'Ella^{MD}, une méthode de contraception de type barrière fiable doit être utilisée pendant les relations sexuelles subséquentes pendant le même cycle menstruel.

Santé Canada. Base de données sur les produits pharmaceutiques (BDPP) [site Web]. Ottawa, ON : Santé Canada; 2019. Disponible à : <https://produits-sante.canada.ca/dpd-bdpp/> (consulté le 8 octobre 2019).

ANNEXE J

Commentaires des lecteurs externes et réponse de l'équipe projet

Outil clinique - Usage de l'acétate d'ulipristal ou du lévonorgestrel comme contraceptif oral d'urgence (COU)	
Lecteur externe #1	
Qualité scientifique : 9/10	
Commentaires	Réponses de l'équipe projet
1. Contenu général :	
1.1. L'information contenue dans l'outil est-elle bien présentée et facile à lire ? <i>La présentation du tableau facilite la lecture. Certaines ambiguïtés pourraient ressortir pour certains lecteurs : voir section 2.</i>	Aucune modification du texte apportée à cet égard.
1.2. La méthodologie employée pour l'élaboration de cet outil vous semble-t-elle appropriée ? <i>Oui, belle revue de littérature, belle réflexion sur les zones grises, bon travail de fond du comité consultatif. Rapport très clair !</i>	Aucune modification du texte apportée à cet égard.
1.3. Les recommandations de l'outil sont-elles applicables dans le contexte québécois actuel ? <i>Oui, ils le sont.</i>	Aucune modification du texte apportée à cet égard.
1.4. Considérez-vous cet outil pertinent pour favoriser un usage optimal des contraceptifs oraux d'urgence ? <i>Oui, mets en perspective l'ensemble des éléments qui doivent être évalués, bon support pour les professionnels qui sont moins à l'aise à ce type de prescription vs profil de leur clientèle (ex : md généraliste qui fait de la gériatrie mais parfois du Sans RV avec jeunes femmes comme patientes), bon rafraîchissement vs certains éléments moins connus.</i>	Aucune modification du texte apportée à cet égard.
1.5. Les éléments de réflexion menant aux recommandations sont-ils tous présents ? <i>Oui, j'ai testé des patientes fictives pour voir si cela tient la route. Malgré quelques précisions que j'aurais aimé avoir, tout est généralement là. Excellent travail de synthèse.</i>	Aucune modification du texte apportée à cet égard.

Commentaires	Réponses de l'équipe projet
1.6. Le contenu est-il accessible pour un lecteur non spécialiste ? <i>De façon générale oui mais voir : section 2 sur les commentaires spécifiques avec des zones pouvant créer de la confusion.</i>	Aucune modification du texte apportée à cet égard.
1.7. Les références sont-elles d'actualité ? <i>Oui. Maintenant, tel que présenté dans le rapport de soutien, une certaine agilité devra être requise pour ajuster, selon le besoin certaines notions qui pourraient bouger dans le temps (zones d'incertitude)</i>	Aucune modification du texte apportée à cet égard.
2. Contenu spécifique : Vous êtes invité à commenter plus en détail les sections pour lesquelles vous avez une expertise particulière.	
<i>Une légende explicative pour les symboles gagnerait à être inscrite plus clairement en haut du document. Je l'ai découverte à ma troisième lecture. Peut-être parce que j'avais imprimé en noir et blanc...</i>	L'outil clinique a été modifié en conséquence
<i>Une note explicative générale gagnerait à être inscrite pour préciser la raison générale pourquoi certains éléments ont deux coches vertes mais qu'un est à privilégier : plus évidences pour un sans contraintes d'usage pour l'autre, plus balance couts-bénéfices, en cas de non-possibilité d'utiliser celui à privilégier (CI, interactions, intolérance antérieure) : l'autre est une bonne option de rechange, etc. Certains professionnels moins à l'aise avec ce qui n'est pas NOIR/BLANC pourraient être insécures ou voir des problèmes de cohérence.</i>	L'outil clinique a été modifié en conséquence : une note de bas de tableau a été ajoutée.
<i>On parle des dispositifs intra-utérins en cuivre mais en pratique on ne sait jamais où référer la patiente pour pouvoir en bénéficier. Md famille pour avoir une prescription, clinique de planning? CLSC? Est-ce qu'une note générale pourrait être utile dans la section en parlant?</i>	Il serait effectivement intéressant de mettre plus d'information sur le stérilet de cuivre, toutefois l'outil concerne la contraception orale d'urgence. C'est la raison pourquoi uniquement quelques rappels importants sur le DIU sont présents dans l'outil sous forme d'information complémentaire. Aucune modification du texte apportée à cet égard.

Commentaires	Réponses de l'équipe projet
<i>Pour le point sur les interactions, en pratique, qu'est-ce que ça veut dire «Être vigilant!» C'est très général et ça ne signifie rien... Est-ce qu'on gagnerait plutôt à souligner à la patiente que l'efficacité pourrait être diminuée et qu'elle gagne à faire un test de grossesse si pas de règles dans 3-4 semaines?</i>	Il est mentionné dans l'outil aux points concernés, dans la section précision, que l'efficacité du traitement pourrait être diminuée dans ces situations. En ce qui concerne le suivi de la patiente après la prise d'une COU, il a été décidé de ne pas en traiter dans cet outil clinique pour la sélection de la COU. Des outils de suivi sont disponibles dans le réseau (p. ex. : protocole INSPQ) pour les professionnels de la santé. Aucune modification du texte apportée à cet égard.
<i>Je me questionne cependant sur la valeur ajoutée de l'ajout de la section du 36 heures pré-ovulation : niveau complexe d'analyse, patientes ne connaissent pas leur cycle ou y vont par approximation, plus un élément de recherche qui est fait dans un environnement contrôlé. En pratique, ça risque plus de mêler les cliniciens. Avec une première lecture de l'outil, j'étais très confus face à cet élément. C'est le rapport qui m'a éclairé. Ce ne sont pas tous les professionnels qui pousseront leur réflexion et iront lire le rapport</i> <i>Le moment du cycle pour la prise de la COU n'est, à mon avis, pas un déterminant majeur et il peut compliquer la consultation plus qu'autre chose tel que déjà exposé. Plusieurs femmes ont un cycle irrégulier en pratique.</i>	Il est tout à fait vrai que la majorité des femmes qui consulteront pour avoir recours à une COU soit posséderont un cycle menstruel irrégulier ou soit n'auront aucune idée à quel moment du cycle elles sont rendues. Toutefois, cette information demeure pertinente pour les femmes qui connaissent bien leur cycle menstruel et qui sont régulières. Il a donc été décidé de mettre cette information dans l'outil pour s'assurer que lorsque l'information est disponible, la bonne molécule est employée. De plus, la ligne suivante de l'outil propose l'option où il est impossible de déterminer la période du cycle. Aucune modification du texte apportée à cet égard.
<i>Autre relation sexuelle : prendre en charge l'épisode en cours mais si plus de 120 heures et moins de 7 jours pour l'autre RS non protégée, envisager consultation pour stérilet de cuivre.</i> <i>Il me semble que ce n'est pas clair que besoin d'analyse requis. Sinon, envisager ultérieurement un test de grossesse.</i>	L'outil clinique a été modifié en conséquence : une note de bas de tableau a été ajoutée.
<i>On ne parle pas du moment quand faire le test de grossesse si pas règles après COU : important je crois</i>	En ce qui concerne le suivi de la patiente après la prise d'une COU, il a été décidé de ne pas en traiter dans cet outil clinique pour la sélection de la COU. Des outils de suivi sont disponibles dans le réseau (p. ex. : protocole de contraception du Québec) pour les professionnels de la santé. Aucune modification du texte apportée à cet égard.

Commentaires	Réponses de l'équipe projet
<i>On ne parle pas de la reprise du CO après la COU : si on doit favoriser prise cyclique vs prise continue pour pouvoir avoir une idée de la présence de règles (prise continue stoppe les règles, on pourrait donc peut-être échapper une grossesse mais je ne suis pas certain de ce que dit la littérature à ce sujet)</i>	En ce qui concerne le type de contraception hormonale régulière à prendre après la prise d'une COU, il a été décidé de ne pas en traiter dans cet outil clinique pour la sélection de la COU. Des outils sur ce sujet sont disponibles dans le réseau (p. ex. : protocole de contraception du Québec, le site web : ça se planifie) pour les professionnels de la santé. Aucune modification du texte apportée à cet égard.
4. Transfert des connaissances :	
4.1 Quels groupes spécifiques, parmi les cliniciens, professionnels de la santé, décideurs, ou la population en général, pourraient bénéficier des informations contenues dans cet outil ? <i>Tous les prescripteurs qui font de la santé communautaire: md, IPS, infirmière en CLSC, en clinique de planning familial et en établissements d'enseignement, pharmaciens</i>	Aucune modification du texte apportée à cet égard.

Lecteur externe #2	
Qualité scientifique : 10/10	
Commentaires	Réponses de l'équipe projet
1. Contenu général :	
1.1. L'information contenue dans l'outil est-elle bien présentée et facile à lire ? <i>Oui</i>	Aucune modification du texte apportée à cet égard.
1.2. La méthodologie employée pour l'élaboration de cet outil vous semble-t-elle appropriée ? <i>Oui</i>	Aucune modification du texte apportée à cet égard.
1.3. Les recommandations de l'outil sont-elles applicables dans le contexte québécois actuel ? <i>Oui</i>	Aucune modification du texte apportée à cet égard.
1.4. Considérez-vous cet outil pertinent pour favoriser un usage optimal des contraceptifs oraux d'urgence ? <i>Oui</i>	Aucune modification du texte apportée à cet égard.

Commentaires	Réponses de l'équipe projet
1.5. Les éléments de réflexion menant aux recommandations sont-ils tous présents ? <i>Oui</i>	Aucune modification du texte apportée à cet égard.
1.6. Le contenu est-il accessible pour un lecteur non spécialiste ? <i>Oui</i>	Aucune modification du texte apportée à cet égard.
1.7. Les références sont-elles d'actualité ? <i>Oui</i>	Aucune modification du texte apportée à cet égard.
2. Contenu spécifique : Vous êtes invité à commenter plus en détail les sections pour lesquelles vous avez une expertise particulière.	
<i>J'ai trouvé que l'outil sur la COU est extrêmement pertinent et sera certainement d'une aide précieuse pour les cliniciens de première ligne. Je trouve sa mise en page très facile à consulter. Par contre, 4 points me paraissent pouvoir être améliorés, ne serait-ce que dans l'ordre dans lequel l'information est présentée.</i>	Aucune modification du texte apportée à cet égard.
1 – DIU de cuivre <i>Serait-il pertinent de présenter l'info sur le DIU tout de suite dans ou après la section « efficacité » ? Le DIU de cuivre est le grand oublié de la contraception d'urgence même pour les gens qui peuvent l'installer (médecins et IPS)</i>	Il serait effectivement intéressant de mettre plus d'information sur le stérilet de cuivre, toutefois l'outil concerne la contraception orale d'urgence. C'est la raison pourquoi uniquement quelques rappels importants sur le DIU sont présents dans l'outil sous forme d'informations complémentaires. Aucune modification du texte apportée à cet égard. Cependant, il sera évalué en infographie si l'information sur le DIU ne peut pas être mise davantage en évidence dans la seconde page de l'outil.
2 – Contraception hormonale régulière a) <i>il est précisé que celle-ci peut diminuer l'efficacité de l'UPA. Il n'est pas clair dans l'outil si la diminution de l'efficacité de l'UPA aura lieu même si la contraception hormonale régulière n'est débutée que 5 jours (ou au 6^e jour) après la prise de l'UPA.</i> b) <i>Je mettrais la section « contraception d'appoint » tout de suite avec ou après la section « contraception normale régulière »</i>	a) L'outil clinique a été modifié en conséquence : Le démarrage ou la reprise de la contraception hormonale moins de 5 jours après la prise d'UPA peut diminuer l'efficacité de cette dernière. b) Il pourrait être pertinent de rapprocher les informations sur la contraception d'appoint de la contraception régulière, toutefois dans un souci d'espace, l'information restera au verso de l'outil.

Commentaires	Réponses de l'équipe projet
3 – S'il n'y a <u>AUCUNE</u> contre-indication à la COU, je l'écrirais comme tel a la section « présence d'une CI à l'usage des COU » ou dans la section « innocuité ». Cette information devrait être clairement fournie.	C'est un point intéressant, toutefois il peut y avoir certaines précautions à prendre lors de la prise d'une COU et elles sont énoncées dans l'outil. De plus, la présence d'allergies ou d'hypersensibilités aux molécules sont des contre-indications à la prise d'une COU. Aucune modification du texte apportée à cet égard.
Dans la section « allaitement » je rajouterais pour l'UPA la recommandation de tirer et jeter son lait pendant 24 h et non simplement de cesser l'allaitement.	L'outil clinique a été modifié en conséquence
4. Transfert des connaissances :	
4.1 Quels groupes spécifiques, parmi les cliniciens, professionnels de la santé, décideurs, ou la population en général, pourraient bénéficier des informations contenues dans cet outil ? <i>Pharmaciens, infirmières cliniciennes et IPS, omnis, gynéco-obstétriciens, devrait être facilement disponible sur internet pour toutes les femmes du Québec.</i>	Aucune modification du texte apportée à cet égard.

Lecteur externe #3	
Qualité scientifique du rapport : 10/10	
Commentaires	Réponses de l'équipe projet
1. Contenu général :	
1.1. L'information contenue dans l'outil est-elle bien présentée et facile à lire ? <i>L'outil était facile à utiliser, sauf que, selon moi, les instructions suivantes pourraient prêter à la confusion.</i> <i>« pendant 12 jours lors de l'initiation ou la reprise de contraception hormonale après la prise d'UPA ».</i> <i>Mieux de préciser qu'il faut la contraception d'appoint pour 7 jours lors de la reprise d'un contraceptif hormonal</i>	Il est vrai que la période de contraception d'appoint, lors de la reprise de la contraception hormonale, est de 7 jours. Toutefois, comme il faut attendre 5 jours avant de recommencer ou d'initier la contraception hormonale après la prise d'UPA, il faut additionner ces 5 jours aux 7 jours standards, d'où le chiffre de 12 jours après la prise d'UPA dans la recommandation. Afin d'éviter une confusion, une nouvelle version du texte a été proposée. Une méthode de contraception d'appoint (p. ex. : méthode barrière) est nécessaire après l'usage d'une contraception orale d'urgence : - jusqu'à la fin du cycle menstruel et ultérieurement si aucune contraception hormonale n'est initiée OU - pendant la période entre la prise d'une COU et l'initiation ou la reprise d'une contraception hormonale (minimum de 5 jours pour l'UPA) ET pendant les 7 jours suivant l'initiation ou la reprise d'une contraception hormonale
1.2. La méthodologie employée pour l'élaboration de cet outil vous semble-t-elle appropriée ? <i>Je suis d'accord avec la méthodologie</i>	Aucune modification du texte apportée à cet égard.
1.3. Les recommandations de l'outil sont-elles applicables dans le contexte québécois actuel ? <i>Oui</i>	Aucune modification du texte apportée à cet égard.
1.4. Considérez-vous cet outil pertinent pour favoriser un usage optimal des contraceptifs oraux d'urgence ? <i>Oui</i>	Aucune modification du texte apportée à cet égard.
1.5. Les éléments de réflexion menant aux recommandations sont-ils tous présents ? <i>Oui</i>	Aucune modification du texte apportée à cet égard.

Commentaires	Réponses de l'équipe projet
1.6. Le contenu est-il accessible pour un lecteur non spécialiste ? <i>Oui, le contenu de l'outil est accessible.</i>	Aucune modification du texte apportée à cet égard.
1.7. Les références sont-elles d'actualité ? <i>Oui, elles le sont.</i>	Aucune modification du texte apportée à cet égard.
2. Contenu spécifique : Vous êtes invité à commenter plus en détail les sections pour lesquelles vous avez une expertise particulière.	
<i>Je suis en désaccord avec l'interprétation que l'UPA et l'LNG ont une efficacité équivalente dans les premières 72 heures après une RSNP. Je comprends pourquoi cette interprétation est faite. Néanmoins, il faut considérer que toutes les sous-analyses par tranche d'heures depuis un RSNP n'ont pas le « power » pour déceler une différence, et cela est soutenu par le fait que les « confidence intervals » sont larges. Les études de RF après administration de UPA et LNG soutiennent l'hypothèse que l'UPA est plus efficace. La SOGC, le ACMTS, l'ACOG appuient tous l'UPA comme plus efficace que le LNG, particulièrement après 72 heures, mais aussi avant les 72 heures. Donné que le coût personnel et sociale d'une grossesse non-désirée est substantiel, que la meta-analyse indique que l'UPA est plus efficace que le LNG, et que biologiquement et logiquement ce n'est pas possible que « Lorsqu'ils sont comparés, les traitements au LNG et à l'UPA possèdent une efficacité similaire sur les taux de grossesse lorsqu'ils sont administrés 120 h ou moins après une RSNP ».</i> <i>Que le « LNG et à l'UPA possèdent une efficacité similaire sur les taux de grossesse lorsqu'ils sont administrés 72 h ou moins après une RSNP » que « L'efficacité du LNG est plus élevée lorsqu'il est administré 72 h ou moins après une RSNP comparativement à plus de 72 h après une RSNP » et que « Le traitement à L'UPA n'est pas affecté par le délai entre la RSNP et son administration, s'il est administré moins de 120 h après une RSNP ».</i> <i>sont tous vrai.</i> <i>Je dirais que l'INESS devrait arrimer ses recommandations avec les autres organismes et favoriser l'utilisation de l'UPA sauf dans les cas particuliers et en discussion avec la patiente.</i>	Dans une revue systématique Cochrane de qualité méthodologique élevée, Shen <i>et al.</i> ne constatent aucune différence statistiquement significative entre le traitement avec l'UPA et celui avec le LNG lorsqu'ils comparent les résultats obtenus pour un intervalle de temps allant de 0 à 72 h entre la RSNP et le traitement. Dans cette même revue systématique, lorsque Shen <i>et al.</i> comparent toutes les données, sans discrimination des intervalles de temps écoulé depuis la RSNP, ils obtiennent une différence statistiquement significative en faveur du traitement avec l'UPA. Ce résultat peut porter à confusion dans son interprétation et est sujet à plusieurs limites méthodologiques dont la principale est de comparer des études n'utilisant pas les mêmes périodes de temps (les données de Glasier <i>et al.</i>, 2010 couvrent une période pouvant aller jusqu'à 120 h alors que celles de Creinin <i>et al.</i>, 2006 couvrent une période pouvant aller jusqu'à 72 h). Par conséquent, ce résultat ne peut en aucun cas servir à déterminer si l'UPA est supérieure au LNG pour une période de moins de 72 h entre la RSNP et le traitement. Il est important de noter toutefois que la parution de nouvelles données pourrait faire changer cette interprétation. Par conséquent, aucune modification du texte n'a été apportée à cet égard.

Commentaires	Réponses de l'équipe projet
<i>Cet outil appui une approche globale à la contraception, incluant la promotion du DIU de cuivre pour la CU, l'administration de la COU si le DIU n'est pas inséré le jour même, et le démarrage immédiat de la contraception hormonale.</i> <i>Je vous prie de considérer l'ajout de quatre autres éléments à cet outil :</i> 1) <i>Une assurance que les deux COU, ainsi que le DIU de cuivre sont recommandables aux adolescentes;</i>	L'outil clinique a été modifié en conséquence
2) <i>Un rappel que le DIU n'est pas couvert par la RAMQ;</i>	Il serait effectivement intéressant de mettre plus d'information sur le stérilet de cuivre, toutefois l'outil concerne la contraception <u>orale</u> d'urgence. C'est la raison pourquoi uniquement quelques rappels importants sur le DIU sont présents dans l'outil sous forme d'information complémentaire. Aucune modification du texte apportée à cet égard.
3) <i>Une considération du fait que les jeunes qui désirent accéder au COU de façon confidentielle, et qui sont couverts par l'assurance pharmaceutique de leur parent, devront payer pour la COU;</i>	Cette information n'est pas du ressort de l'actuel travail qui se concentre sur les aspects pharmacologiques de la COU. La confidentialité revient au professionnel de la santé et à la personne demandant le traitement.
4) <i>Un rappel du fait qu'à ce jour, les pharmaciens ne peuvent pas prescrire l'ulipristal sans ordonnance.</i>	Selon la loi 41, les pharmaciens peuvent prescrire un médicament lorsqu'aucun diagnostic n'est requis dans 11 situations dont : - la contraception orale d'urgence (COU) - la contraception hormonale à la suite d'une prescription de la COU, pour une durée initiale n'excédant pas 3 mois ; l'ordonnance peut être prolongée pour une durée maximale de 3 mois. Aucune modification du texte apportée à cet égard.
4. Transfert des connaissances :	
4.1 Quels groupes spécifiques, parmi les cliniciens, professionnels de la santé, décideurs, ou la population en général, pourraient bénéficier des informations contenues dans cet outil ? 1) <i>Infirmières scolaires.</i> 2) <i>Infirmières en clinique jeunesse.</i> 3) <i>Médecins de famille.</i> 4) <i>Pédiatres.</i> 5) <i>Pharmaciens</i>	Aucune modification du texte apportée à cet égard.

*Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux*

Québec



Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563
inesss.qc.ca

