HAL
open science

Le point sur la contraception d'urgence en 2014

Joanne Garcia

To cite this version:

Joanne Garcia. Le point sur la contraception d'urgence en 2014. Sciences pharmaceutiques. 2014. dumas-01010731

HAL Id: dumas-01010731

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01010731v1

Submitted on 20 Jun 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Bordeaux 2 – Victor Segalen

U.F.R DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

Année 2014 Thèse N°

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

Par **GARCIA Joanne**

Née le 11 mai 1988 à Mont-de-Marsan

Le 21 mars 2014

LE POINT SUR LA CONTRACEPTION D'URGENCE EN 2014

Directeur de thèse

Mr Christian TOUSSAINT

Jury :

Mr Christian TOUSSAINT	Maître de conférence	Président
Mr Stéphane TERRAL	Docteur en Pharmacie	Juge
Mme Brigitte CIEUTAT	Docteur en Pharmacie	Juge

REMERCIEMENTS

A mes parents

Pour votre amour, votre confiance, votre patience, votre soutien sans faille dans les bons comme dans les mauvais moments. Merci pour tout le bonheur que vous me procurez et le dévouement dont vous avez toujours fait preuve à mon égard. Même si je ne vous le dis jamais (ou plutôt peu) je vous aime plus que tout au monde et vous êtes les meilleurs parents du monde. Merci, merci et encore merci d'être vous.

A Aurélie

Ma sœur chérie que je n'échangerais pour rien au monde même avec son caractère de cochon et son vieil accent marseillais qui j'espère disparaîtra aussi vite qu'il est apparu quand elle nous reviendra dans le Sud-Ouest.

A mes amis

Amandine, JB, Sophie, Suzy. Pour toutes les aventures qu'on a vécues ensemble et pour toutes celles que l'on vivra encore pendant longtemps, je l'espère. Pour tout nos fous rires, nos bêtises, nos galères, nos joies, nos peines. Vous êtes mes piliers, mes meilleurs amis et j'espère ne jamais vous perdre. Je vous aime à la folie les amis.

A Soso, qui est toujours présente pour moi. Tu es une fille en or et je te remercie de faire partie des personnes sur qui je peux compter à n'importe quel moment.

A toute ma famille

Pour leurs encouragements.

Aux directeurs du lycée Jean Cassaigne et du collège Saint-Pierre

Pour m'avoir ouvert les portes de leurs établissements afin de distribuer mon questionnaire et d'interroger leurs élèves.

A mon président de thèse :

Mr Christian TOUSSAINT

Pharmacien, Maître de conférence en Pharmacologie à l'Université Bordeaux 2

Pour me faire l'honneur de présider cette thèse, votre disponibilité et vos précieux conseils lors de sa réalisation. Merci pour le temps que vous m'avez consacré. Que ce travail me permette de vous exprimer toute ma reconnaissance !

A mes juges :

Mr Stéphane TERRAL

Docteur en Pharmacie,

Pharmacie TERRAL à Mont-de-Marsan (40)

Pour m'avoir accueillie dans votre officine au cours de mes stages et durant l'été et m'avoir ainsi permis de découvrir le métier de pharmacien dans les meilleures conditions.

Pour votre disponibilité, votre enthousiasme à partager vos conseils expérimentés et pour avoir accepter de juger ce travail.

Pour m'accompagner dans cette ultime épreuve de l'obtention de mon diplôme.

Mme Brigitte DARRIEUTORT-CIEUTAT

Docteur en Pharmacie

Pharmacie DARRIEUTORT-CIEUTAT à Benquet (40)

Pour avoir accepté avec enthousiasme d'être membre de mon jury. Sachez que je suis très sensible à la gentillesse et au soutien que vous avez manifesté à mon égard. Merci d'avoir été si compréhensive au cours de cette dernière semaine de travail et d'avoir essayer de me remonter le moral. Soyez assurée de ma profonde reconnaissance.

Table des matières

INTRODUCTION **6**

I) Histoire de la contraception **8**

A) Evolution des méthodes contraceptives **8**

B) Légalisation de la contraception en France **13**

II) La contraception d'urgence **23**

A) Rappel sur le cycle ovarien **24**
1) Phase folliculaire 24
2) Ovulation 25
3) Phase lutéale 25
4) Rôle des hormones ovariennes 25
a) Estrogènes 26
b) Progestérones 26

B) Méthodes utilisées **27**
1) Norlevo® ou Levonorgestrel Biogaran® 28
a) Indication 28
b) Posologie et mode d'action 28
c) Contre-indications et effets indésirables 29
d) Précautions d'emploi et conseils aux femmes 30
2) Ellaone® 32
a) Indication 32
b) Posologie et mode d'action 32
c) Contre-indications et effets indésirables 34
d) Précautions d'emploi et conseils aux femmes 35
3) Le DIU au cuivre 37
a) Indication 37
b) Mode d'action 37
c) Contre-indications et effets indésirables 37
d) Précautions d'emploi et conseils aux femmes 38
4) Modalités d'accès 39
a) Particularités de la contraception d'urgence au levonorgestrel 40
b) Les centres de planification et d'éducation familiale 42

C) Recours à la contraception d'urgence **43**
1) Données d'utilisation de la contraception d'urgence en France 43
2) Circonstances de l'utilisation de la contraception d'urgence 47
a) Etudes françaises 47
b) Etudes dans d'autres pays européens 47
3) Freins à l'utilisation de la contraception d'urgence 48

D) Rôle du pharmacien **49**

III) Enquête sur les connaissances relatives à la contraception d'urgence 52

IV) Contraception et IVG 64

A) La contraception 64
1) Les différentes méthodes contraceptives 64
a) La pilule contraceptive 64
b) Le patch contraceptif 65
c) L'implant contraceptif 65
d) L'anneau vaginal 66
e) Les progestatifs injectables 66
f) Le DIU ou stérilet 66
g) Le diaphragme et la cape cervicale 67
h) Les spermicides 67
i) Le préservatif masculin 67
j) Le préservatif féminin 68
k) Les méthodes naturelles 68
l) La stérilisation a visée contraceptive 69
2) Le modèle contraceptif français 71
3) Des taux d'échec préoccupants 74
4) Les freins à une bonne utilisation de la contraception 76

B) Interruption Volontaire de Grossesse 78
1) L'IVG en pratique 78
2) L'IVG en chiffre 79
3) Le paradoxe Français 81
a) La diffusion de la contraception d'urgence n'a pas eu d'impact notable sur les pratiques contraceptives ni sur l'IVG 81
b) Une insuffisance de lien entre contraception d'urgence et contraception régulière 82

CONCLUSION 86

BIBLIOGRAPHIE 89

ANNEXES 96

SERMENT DE GALIEN 100

INTRODUCTION

En France, le cadre législatif qui régit le recours à la contraception a connu, depuis la loi novatrice défendue en 1967 par Lucien Neuwirth, plusieurs modifications pour en assouplir les dispositions et l'adapter aux évolutions de notre société. Mais, si ce cadre a indiscutablement favorisé le développement de la contraception dans notre pays et permis aux femmes de maitriser leur fécondité, divers indicateurs montrent que la situation actuelle est encore loin d'être pleinement satisfaisante.

La situation française se caractérise par un taux de couverture contraceptive élevé : la proportion de femmes ayant une activité sexuelle et qui n'utilisent pas de contraception, alors qu'elles ne souhaitent pas avoir d'enfant, est faible : aux alentours de 3 %. L'ensemble des études met en évidence la forte diffusion en France des méthodes de contraception dites « modernes » (par opposition aux méthodes « naturelles »). En 2010, parmi les femmes qui déclarent avoir eu recours à un moyen de contraception, 45 % utilisaient la pilule, 20,7 % le dispositif intra-utérin (DIU) et 12,2 % le préservatif.

Cependant, l'étude Cocon indique qu'un tiers des grossesses est qualifié de « non prévue », et que deux fois sur trois elles surviennent chez des couples utilisant un moyen de contraception. Un oubli de pilule, un préservatif qui glisse ou se déchire, un anneau vaginal mal placé…: il y a de nombreuses situations à risque qui peuvent entraîner une grossesse que l'on n'avait pas prévue. Toute femme en âge de procréer peut, un jour, avoir besoin de recourir à la contraception d'urgence afin d'éviter une grossesse non désirée. La contraception d'urgence est une méthode de rattrapage, conçue pour être utilisée en situation d'urgence dans les 3 à 5 jours suivant un rapport non protégé, un échec ou un usage défectueux d'une méthode contraceptive, un viol. Deux types de méthode peuvent être utilisés : la méthode mécanique, ou DIU au cuivre, et la méthode hormonale ou pilule contraceptive d'urgence (PCU). Deux types de PCU sont actuellement disponible en France : le levonorgestrel et l'ulipristal acétate. En 2010, près d'une femme en âge de procréer sur quatre avait déjà utilisé la PCU au cours de sa vie.

On peut donc se demander pourquoi, avec l'un des taux de couverture contraceptive parmi les plus élevés du monde et l'existence de méthodes de rattrapage pouvant pallier les aléas d'utilisation, le nombre d'IVG reste stable en France. On estime que 36 % des femmes en

France métropolitaine (60 % dans les départements d'outre- mer) ont recours à l'IVG au moins une fois dans leur vie. En 2011, 222 300 IVG ont été réalisées en France.

Dans une première partie nous aborderons l'histoire de la contraception à travers l'évolution des méthodes contraceptives et nous verrons les dates clés de sa légalisation en France.

Nous étudierons ensuite la contraception d'urgence en nous intéressant aux méthodes existantes et à leurs modalités d'accès mais aussi à son utilisation en France. Nous parlerons un peu plus particulièrement de la spécialité Norlevo® à base de levonorgestrel dont la législation permet une obtention sans prescription médicale de manière anonyme et gratuite pour les mineures et le rôle joué par le pharmacien dans sa délivrance.

Dans une troisième partie, nous évaluerons les connaissances relatives à la contraception d'urgence à travers une enquête réalisée auprès de collégiens, de lycéens et d'internautes afin de montrer que le manque d'informations sur le délai d'efficacité ou les croyances relatives à la contraception d'urgence sont des freins à son utilisation.

Enfin, nous parlerons des moyens contraceptifs disponibles en France et de l'interruption volontaire de grossesse dont le nombre reste stable en France malgré un nombre important de dispositifs permettant d'éviter ces grossesses non désirées.

I) Histoire de la contraception

Le désir de limiter les naissances semble avoir existé de tout temps et dans toutes les populations ou presque. Divers moyens furent utilisés : mariage retardé, tabous sexuels, infanticide, avortement et contraception longtemps rudimentaire. En l'absence de connaissances anatomiques et physiologiques, les procédés contraceptifs et abortifs furent bien souvent confondus. L'acquisition des techniques de contrôle de la procréation les a progressivement dissociés, recouvrant des comportements indépendants : contrôle préventif pour la contraception et correctif pour l'avortement.

A) Evolution des méthodes contraceptives (1) (3) (4) (5) (7) (8)

Les pratiques anciennes

La limitation des naissances est présente depuis les époques reculées et est probablement née dans la préhistoire. Les hommes ont imaginé mille recettes pour essayer de parer aux conséquences indésirées des rapports amoureux :

- introduction dans le vagin de miel ou de pommade à base d'excréments de crocodile en Egypte
- badigeonnage d'huile de cèdre ou d'onguent de plomb ou d'encens mélangé à l'huile d'olive en Grèce
- aux huiles (safran, acacia, racines de mandragore) mélangées à la pulpe de grenade ou figue pour éviter que le sperme pénètre dans le vagin préconisé par un médecin dans l'antiquité (les prémices des spermicides actuels)
- à l'eau froide pour tuer le sperme vivant à l'époque romaine
- aux tampons occlusifs en laine (principe à la base du diaphragme), pour fermer le col de l'utérus, étudié par Soranos, le plus brillant gynécologue de l'antiquité
- à l'étude des cycles préconisant l'abstinence juste avant et après les règles, pensant que la femme est fertile à ce moment là
- aux instructions sur les périodes d'abstinence donnée par le Kâma-Sûtra en Inde à partir du IVème siècle
- à l'apparition en Asie au XVIème siècle du préservatif ; les Chinois le fabrique en papier de soie huilée, les Japonais en écaille de tortue ou en cuir

Les Grecs et les Romains ont tenté d'utiliser la méthode du retrait, des tisanes, des tampons, des pessaires (ancêtre du diaphragme), des douches et fumigations vaginales, tenté d'étudier le cycle pour savoir qu'elles étaient les périodes fécondantes avec plus ou moins de succès. Des préservatifs en vessie d'animaux étaient utilisés pour protéger des maladies vénériennes. Magie et superstition tenaient également une grande place dans la prévention des grossesses. Il est difficile d'évaluer dans quelle proportion ces méthodes étaient utilisées.

Toutes ces méthodes connues des sociétés antiques furent condamnées par l'Eglise catholique. Infanticide, avortement et contraception devinrent des péchés mortels. Les manuels des confesseurs les décrivent avec précision de façon à graduer la peine en fonction de la faute.

Au moyen âge

L'Eglise n'admettait la sexualité que si elle avait pour but la procréation. Pendant ses règles, l'épouse était déclarée impure et devait éviter tout rapport, de même pendant la grossesse. La pression de l'Eglise multipliait les périodes d'abstinence et interdisait les relations sexuelles entre les époux pendant les fêtes : Carême, Noël, Pâques, jours des saints, le dimanche jour du seigneur, etc.…

Pour éviter les grossesses à répétition, les femmes utilisaient des méthodes abortives à base de plantes, décoctions, amulettes et potions, se provoquaient des chocs, tout cela proscrit par l'Eglise. En désespoir de cause il leur restait la solution de l'abandon ou pire de l'infanticide.

Ce sont les classes paysannes qui forment l'essentiel de la société à cette époque. Elles pratiquaient peu la contraception et la mortalité infantile était très élevée.

La première description médicale du préservatif date de 1564 par l'anatomiste italien Gabriel Fallope. Il s'agissait d'un fourreau de toile de lin imbibé d'une solution antiseptique et utilisé comme protection contre les maladies vénériennes comme la syphilis.

Au XVIIIème siècle

La limitation des naissances atteint massivement la noblesse et la bourgeoisie (pour limiter une dispersion de la fortune), puis les campagnes (idée d'une ascension sociale). La fécondité commence à fléchir, elle passe de plus de 5 enfants à 2,5 par femme. Elle ne bougera quasiment plus jusqu'à nos jours.

Les préservatifs sont alors utilisés comme contraceptifs. Ils furent préparés à partir de membrane d'animaux : peau, vessie, caecum de porc, de veau, d'agneau ou de mouton. Avec le développement de la vulcanisation du caoutchouc du à l'Anglais Hancock et à l'Américain Goodyear (1843-1844), une production industrielle du préservatif fut possible, ce qui en baissa le prix et en améliora la qualité. En 1930, l'introduction du latex liquide permit l'amélioration de la commercialisation et de la fiabilité du préservatif.

Petit à petit, les générations qui nous ont précédé se sont appropriées la maitrise de la fécondité. Nous sommes passé de la maternité subie à la maternité choisie.

Au XIXème siècle

De nouveaux procédés contraceptifs sont découverts. En 1838 le médecin allemand F.Wilde met au point une cape cervicale en caoutchouc, en 1882 le gynécologue allemand W.P.J Mensinga préconise l'emploi d'un diaphragme associé à une douche vaginale. Ces dispositifs sont onéreux et impliquent la visite chez un médecin pour la prise de mesure, c'est pour cela que ces méthodes se développent peu. Le premier spermicide réellement actif est commercialisé en 1880 par WJ. Rendell, un pharmacien anglais.

Les familles ont un nombre d'enfants plus réduit. La France est malthusienne (nécessité de réduire la population afin de préserver ses moyens de subsistance) sans le savoir. Sans aucune contrainte, les Français ont adopté une attitude volontaire de restriction de la fécondité. La place de l'enfant dans la famille et dans la société change. L'enfant à naitre n'est plus une contrainte mais un désir. Une nouvelle morale familiale se crée en même temps que de nouvelles relations dans les couples. En 1851, avec 36 millions d'habitants, la population de la France se situait au deuxième rang parmi les grandes puissances. En 1871, elle se retrouve au quatrième rang alors que l'Allemagne continue de voir sa population croitre.

A la fin du XIXème siècle, les jurés populaires manifestent aux femmes qui avortent une certaine indulgence alors que l'infanticide, plus fréquent dans les campagnes, est plus sévèrement puni. Le nombre d'avortement est considérable à cette époque. Il est évalué (d'après les hospitalisations) à 100 000 par an à Paris. Des publicités pour des remèdes abortifs apparaissent régulièrement dans les journaux. Pour les plus fortunés, les « faiseuses d'ange » sont des sages-femmes, voire des médecins. Pour les autres, ce sont des matrones sans diplôme, utilisant des méthodes moins fiables mais beaucoup moins chères.

Au XXème siècle

En 1909, Richard Richter décrit pour la première fois, en Pologne, un dispositif intra-utérin (DIU) à usage contraceptif (anneau en boyau de ver à soie). Ce dernier permet de prévenir la conception en introduisant dans l'utérus un fil spiralé métallique. Ce procédé avait été essayé, suivi d'autres modèles. Tous avaient été abandonnés à l'approche de 1940 en raison du risque très élevé d'infection.

En 1912, une infirmière new-yorkaise, Margaret Sanger assiste à la mort d'une mère de trois enfants qui avait tenté d'avorter seule. Très choquée, elle va ensuite consacrer sa vie à se battre pour le *Birth control* (contrôle des naissances).

En 1916, elle ouvre à Brooklyn N.Y, la première clinique de contraception. Elle sera fermée dix jours après, et Margaret Sanger, accusée d'outrage aux bonnes mœurs, sera condamnée à 20 jours de prison. Elle sera ainsi emprisonnée à huit reprises au cours de sa vie. Pour éviter de tomber sous le coup de la loi qui interdit toute publicité, elle déserte New York, s'embarque pour Londres, où elle ouvre une nouvelle clinique en 1921. Puis revient à New York, où bravant les lois américaines, elle fonde le premier centre de planning familial en 1923. Trois ans plus tard, il en existe 250 aux Etats-Unis.

En France, le néo-malthusianisme contribue à la volonté de limiter les naissances : les contraceptifs sont préconisés et l'avortement est considéré comme un dernier recours. Sa légalisation est réclamée pour éviter les conséquences dramatiques des avortements clandestins. Il existe d'autre part des volontés politiques d'argumenter la natalité, confortées par l'influence d'une église catholique particulièrement puissante en France. Avec la première guerre mondiale et ses conséquences démographiques catastrophiques sur la mortalité, la nuptialité et la natalité, la maternité devient un enjeu politique. La loi du 31 juillet 1920 est voté et interdit l'avortement et la promotion des moyens anticonceptionnels.

En 1924, Kyusaku Ogino, médecin japonais, découvrit la loi physiologique qui porte son nom (méthode Ogino) selon laquelle chez la femme l'ovulation se produit d'habitude une seule fois au cours du cycle menstruel, c'est-à-dire entre le 12ème et le 16ème jour après le début des menstruations. Une telle connaissance permettait aux couples qui désiraient un enfant de savoir à quel moment les rapports offraient les meilleures chances de conception.

En 1928, le gynécologue autrichien Hermann Knaus confirmait et précisait la découverte Ogino, mettant au point la méthode Ogino-Knaus qui consiste à prévoir à chaque fois, grâce à un calcul statistiques des cycles menstruels précédents, la période de l'ovulation, c'est à dire pendant laquelle la fécondation est possible. Seulement il modifia considérablement l 'esprit de cette méthode pour en faire un moyen de contraception.

L'Eglise catholique n'accepte que ce type de méthodes de contraception dites « naturelles » mais n'admet pas pour autant la régulation des naissances. Ainsi l'encyclique *Casti connubii* du Pape Pie XI interdit en 1930 l'emploi de tout moyen contraceptif.

En 1951, aux Etats-Unis, à l'initiative de Margaret Sanger, la millionnaire Katherine McCormick finance les travaux du Dr Gregory Pincus qui ouvre un centre de recherche en biologie pour travailler sur les hormones sexuelles. Cinq ans plus tard, il met au point avec son équipe, une combinaison de progestérone et d'estrogène de synthèse : c'est la première pilule, baptisée Enovid. Il s'agit d'un médicament hormonal qui bloque l'ovulation. Cette pilule a rapidement acquis, avec l'affinement des dosages, une efficacité supérieure à 99,5% apportant ainsi aux femmes une sécurité bien plus grande que les méthodes d'auto-observation ou les autres moyens contraceptifs.

La pilule est commercialisée pour la première fois en Allemagne Fédérale dès 1956, avant même que la vente ne soit autorisée dans le pays de son invention, les Etats-Unis (en 1960). Elle ne saura autorisée en France qu'en 1967.

En 1960, la découverte du polyéthylène, plastique biologiquement inerte et temporairement déformable relance l'idée des stérilets. En 1969, Zipper et Tatum créent des stérilets « bioactifs » dont le revêtement en cuivre provoque une réaction inflammatoire de l'endomètre interdisant la nidation de l'embryon. En 1976, les études de Nilsson conduisent à la fabrication de stérilets qui libèrent de la progestérone dont l'effet sur l'endomètre se double d'une transformation du mucus cervical.

En attendant, les Françaises se débrouillent comme elles peuvent : abstinence, méthode Ogino, contrôle des températures, coït interrompu, et en cas d'échec, avortement clandestin. Les femmes qui avortent risquent non seulement la prison (loi de 1920 toujours en vigueur), mais également la stérilité, l'infirmité ou la mort suite aux conditions non hygiéniques dans lesquelles l'avortement a lieu. De même, les sages-femmes ou les médecins réalisant les avortements, risquent des sanctions pénales mais aussi disciplinaires (radié à vie).

B) Légalisation de la contraception en France (2) (3) (4) (5) (6) (7) (9) (10)

1810 Article 317 du Code Pénal Napoléonien : l'avortement est criminel.

1920 La Loi du 31 juillet 1920 puni de lourdes peines les auteurs, ou complices, de publicité ou information sur la contraception, ainsi que de la diffusion de moyens contraceptifs ou abortifs.

1923 L'avortement criminel sera jugé en correctionnelle pour éviter l'indulgence des jurys populaires.

1942 L'avortement devient crime d'Etat, donc est passible de la peine de mort. Pour exemple, une avorteuse est condamnée à mort et guillotinée en 1943. Cette loi sera abrogée à la Libération.

1947 Marie Andrée Lagroua Weill-Hallé découvre les méthodes utilisées par les médecins anglo-saxons, en visitant les cliniques américaines du Birth control, initiées par Margaret Sanger. La communication qu'elle fait à l'Institut de France en mars 1955 sur la « maternité volontaire » a un grand retentissement et constitue le départ d'une campagne pour la contraception et l'avortement.

1955 Rapport des docteurs P. Simon et P.O. Hubinont contre la loi de 1920 qui interdit la contraception

1956 Evelyne Sullerot et Marie Andrée Lagroua Weill-Hallé créent avec l'appui de la franc-maçonnerie et de l'Eglise réformée, l'association « Maternité Heureuse » dans le but de légaliser la contraception et de lutter contre les avortements clandestins.

Sous couvert d'assurer l'équilibre psychologique du couple et de promouvoir la santé des femmes, cette association pratique une propagande totalement interdite : revendiquer pour chaque couple, et chaque femme, le droit de contrôler les naissances (la loi de 1920 toujours en vigueur interdit et réprime la contraception et l'avortement).

L'idée de la doctoresse M.A. Lagroua Weill-Hallé était de « satisfaire aux vœux du couple en ce qui concerne les problèmes de la naissance, du couple lui même et de la famille ; c'est-à-dire la fécondité, la stérilité, la conception, la maîtrise de la procréation, l'acceptation d'une

grossesse en cours ». Lorsqu'elle crée, avec le docteur Pierre Simon, la Maternité Heureuse, son but est de prévenir les drames de l'avortement en développant la contraception.

En adhérant, les femmes peuvent bénéficier des avantages de l'association : information sur les méthodes contraceptives, adresses de médecins formés, commandes de contraceptifs à l'étranger.

1960 La « Maternité Heureuse » devient le « Mouvement Français pour le Planning Familial » MFPF

1961 Le premier centre de planning familial en France est ouvert à Grenoble par Henri Fabre. La première pilule contraceptive Enidrel® est mise sur le marché français, cependant ses indications sont limitées au traitement de la stérilité. Les oestroprogestatifs se développent en effet et certaines de ces spécialités sont parfois en réalité utilisées comme contraceptif.

1967 La Loi Neuwirth (Loi n°67-1176 du 28 décembre 1967) abroge la loi de 1920, autorise la fabrication, l'importation, la dispensation par les pharmacies et sous contrôle de l'Etat des contraceptifs dont pilules, dispositifs intra-utérins, diaphragmes, spermicides. La publicité pour la contraception n'est permise qu'à destination des médecins et pharmaciens. Une réglementation est mise en place pour les centres de planification familiale, leur rôle est reconnu.

Les mineures sont soumises à l'autorisation d'un parent pour avoir accès à la contraception. Les contraceptifs sont inscrits à un tableau spécial et l'utilisation d'un carnet à souche lors de la délivrance doit être mis en place. Le bon ainsi que l'ordonnance doivent être nominatifs et conservés pendant trois ans par le pharmacien.

La Loi Neuwirth a donc ouvert aux femmes de France la possibilité de maîtriser leur fécondité en posant comme principe le droit à la contraception et à l'information, tout en l'encadrant de manière très rigoureuse.

Elle marque a priori un tournant puisqu'elle abroge les articles L.648 et L.649 du Code de la santé publique punissant « quiconque, dans un but de propagande anticonceptionnelle, aura (…) décrit ou divulgué, ou offert de révéler des procédés propre à prévenir la grossesse ». Elle libéralise ainsi la vente des produits contraceptifs en France. Pourtant, il ne s'agit aucunement de la « révolution » attendue. Quelques mois avant le vote de la loi, Lucien Neuwirth prédisait que « les conditions d'existence de millions de couples seraient transformées ». Mais en

réalité son impact est très limité pour plusieurs raisons. En premier lieu, les restrictions contenues dans la loi limitent l'accès aux contraceptifs modernes : l'ordonnance prescrivant la pilule doit être « accompagnée d'un bon tiré d'un carnet à souche » pour éviter les abus ou les trafics, système qui existe pour les médicaments contenants de la morphine et qui peut sembler culpabilisant. Les stérilets doivent être posés dans des établissements hospitaliers ou des centres de soins agréés. De plus, les mineures de moins de 18 ans ne peuvent acheter des contraceptifs que si elles possèdent une ordonnance médicale « délivré en la présence et avec le consentement écrit de l'un des parents ou du représentant légal » et, pour les contraceptifs oraux, l'autorisation parentale est nécessaire jusqu'à l'âge de 21 ans (âge de la majorité). Enfin, toute propagande antinataliste ou publicité pour les méthodes contraceptives reste interdite (sauf dans les publications médicales). Il faut ajouter que ni la consultation médicale ni les contraceptifs ne sont remboursés par la Sécurité Sociale pour éviter d'encourager la limitation des naissances. Tout cela donne l'impression que « la pilule contraceptive passe de la clandestinité à la liberté surveillée ».

Ensuite, les décrets d'application qui doivent préciser les modalités de la mise en place de la nouvelle législation tardent à être promulgués, alors que la loi précisait qu'ils devaient être pris dans les six mois : ils ne seront promulgués que de 1969 à 1972. Lucien Neuwirth dénonce « l'action sournoise qui consistait à différer d'année en année la sortie des décrets d'application sans lesquels la loi restait lettre morte ». On peut en effet y voir une entrave de la part de l'administration, qui limite très concrètement l'accès de la population aux contraceptifs oraux et aux stérilets. Ce n'est finalement qu'après mai-juin 1968 et surtout sous la pression d'un mouvement féministe qui porte, à partir de 1970, la revendication de contraception et d'avortement libre et gratuit que les décrets sortent progressivement.

En conséquence, les pratiques contraceptives des Français n'évoluent que très lentement malgré la libéralisation. L'information se diffuse mal : une enquête de l'INED effectuée en janvier-février 1968 précise que 81 % des personnes interrogées ne connaissent pas la loi Neuwirth, et 77 % ignorent les expressions « limitation, contrôle ou régulation des naissances ». Dans le contexte du blocage de la loi Neuwirth, ce dernier écrit dans la presse que « sa loi a été sabotée ».

1970 Création de l'association opposée à l'avortement « Laissez-les vivre ».

1971 Un évènement médiatique d'importance voit le jour : trois cent quarante-trois femme, dont beaucoup très célèbres comme Simone De Beauvoir, Marguerite Duras, Jeanne Moreau, Françoise Sagan, Catherine Deneuve « déclarent avoir avorté » et réclament « le libre accès aux moyens anticonceptionnels et à l'avortement libre ». Le manifeste des « 343 salopes » est publié par le Nouvel Observateur le 5 avril. Aucune de ces femmes ne sera inculpée.

La nécessité de prévoir une assistance juridique pour les femmes qui se sont placées dans l'illégalité en signant le manifeste des 343 et qui auraient pu, selon la loi, être poursuivies, conduit l'avocate Gisèle Halimi à créer, avec d'autres personnalités, en juillet 1971, l'association « Choisir ». Cette dernière a pour but de se battre sur le terrain du droit et de la justice : faire abroger les lois existantes, et défendre toute personne poursuivie pour cause d'avortement. C'est une association mixte, déclarée à la préfecture, avec initialement trois objectifs : l'éducation sexuelle, la contraception et la défense gratuite des femmes poursuivies pour avortement.

La Marche internationale des femmes pour l'abolition des lois contre l'avortement a lieu en novembre 1971. Elle rassemble des milliers de femmes et démontre la popularité des idées défendues au départ par des mouvements minoritaires.

Le MFPF est agrée comme mouvement d'éducation populaire.

1972 Publication des textes d'applications à propos du rôle des centres de planification familiale. Leur objectif est la diffusion de l'information sur la régulation des naissances. Ils assurent pour cela des consultations médicales relatives à la maîtrise de la fécondité, diffusent des informations et mènent des actions de prévention portant sur la sexualité et l'éducation familiale. Ces centres relèvent d'une collectivité publique ou d'un organisme privé ne poursuivant pas un but lucratif.

Le 8 novembre a lieu le retentissant procès de Bobigny, durant lequel Gisèle Halimi défend une jeune fille, Marie-Claire, accusée d'avortement clandestin. Celle-ci alors âgée de 16 ans, s'était faite avorter à la suite d'un viol. Sa mère et deux de ses collègues sont inculpées pour complicité, une quatrième est inculpée pour avoir effectué l'acte illégal. Gisèle Halimi et Simone de Beauvoir décident de mener un procès politique de l'avortement : elles dénonceront la loi de 1920 qui réprime l'avortement, et parleront du fait que les Françaises qui le peuvent vont en Grande-Bretagne ou en Suisse pour avorter ; et les plus pauvres doivent le faire clandestinement en France et dans des conditions sanitaires déplorables. Ce

procès sera une formidable tribune pour les partisans de la légalisation de l'avortement. Pour la première fois, une jeune fille qui a pratiqué un avortement n'est pas condamnée. La relaxe de Marie-Claire démontre que la loi de 1920 n'est plus applicable. Cependant, sa mère est condamnée à 500 francs d'amande pour complicité d'avortement, et l'avorteuse, à un an de prison avec sursis.

La découverte de la méthode Karman en 1972, représente un tournant dans la lutte pour l'avortement libre et gratuit. Harvey Karman, psychologue et militant pour la liberté de l'avortement en Californie depuis les années 1950, est le promoteur d'une nouvelle méthode, découverte en Chine, pour faire des avortements dans les premières semaines de grossesse. Elle consiste à aspirer le contenu de l'utérus à l'aide d'une canule et d'une seringue, méthode relativement simple à mettre en œuvre. En août 1972 à Paris, dans l'appartement d'une célèbre actrice de cinéma, Delphine Seyrig, Harvey Karman en fait la démonstration.

1973 Publication des textes relatifs à l'information sexuelle dans les écoles. Les premières autorisations de commercialisation pour les pilules sont délivrées.

Malgré l'apparition tardive de ces autorisations, on estime que les ventes de pilules se sont développées petit à petit depuis 1968 : 384 000 utilisatrices, 1970 : un peu plus de 600 000, 1972 : 1,2 millions, pour atteindre 2 millions d'utilisatrices en 1974.

1974 La Loi du 4 décembre 1974 (Loi n°74-1026) élargit les dispositions mises en place par la loi de 1967 : suppression de l'autorisation parentale pour les mineurs de 18 à 21 ans, suppression des carnets à souche, remboursement par la sécurité sociale de certaines spécialités, développement de l'information, délivrance gratuite sur prescription de dispositifs ou médicaments contraceptifs par les centres de planification familiale.

1975 La Loi Veil du 18 janvier 1975 (Loi n°75-17) suspend pour 5 ans l'article 317 réprimant l'avortement, celui-ci ne pouvant être effectué que par un médecin, jusqu'à 10 semaines de grossesse sur une femme en situation de détresse. Un délai d'une semaine de réflexion après l'entretien est mis en place. Les mineurs ont besoin de l'accord parental et une résidence minimale de 3 mois est exigée pour une étrangère. L'avortement thérapeutique est autorisé quel que soit l'âge de la grossesse.

1979 La Loi du 31 décembre 1979 (Loi n°79-1204) rend les propositions de la Loi Veil définitives. L'article 317 est aboli lorsque l'avortement est réalisé dans le cadre légal

préalablement défini. La mineure doit être consentante et la décision d'un juge des enfants peut pallier l'absence d'autorisation parentale. Un enseignement sur la contraception sera donné aux médecins et aux paramédicaux.

1982 La Loi du 31 décembre 1982 (Loi n°82-1172) permet le remboursement de l'avortement par une prise en charge par la sécurité sociale.

1988 Autorisation de mise sur le marché du RU 486, Mifégyne®, permettant l'avortement médicamenteux.

1991 La Loi du 18 janvier 1991 (Loi n°91-73) autorise la publicité du préservatif masculin comme moyen de contraception.

L'apparition du SIDA au cours des années 80 a remis le préservatif au premier plan puisque lui seul peut lutter contre la transmission de cette infection, tout en conservant son rôle contraceptif.

1993 La Loi Neiertz punie l'entrave à l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) (amende et emprisonnement). La violence et la multiplicité des attaques des commandos anti-avortement dans les centres où se pratiquent les IVG ont rendu nécessaire le vote de cette loi.

1999 En avril 1999, le levonorgestrel, qui est un progestatif, obtient l'autorisation de mise sur le marché dans l'indication de contraception d'urgence sous le nom de Norlevo®. Dès le mois de mai, il est autorisé à la vente sans prescription médicale. Il est également disponible gratuitement pour les mineures dans les centres de planification familiale.

L'arrêté du 8 août 2001 inscrit le Norlevo® sur la liste des médicaments remboursables sur prescription par l'assurance maladie au taux de 65%.

Un générique Levonorgestrel® sera commercialisé en 2007 par les laboratoires Biogaran.

2000 La Loi du 13 décembre 2000 (Loi n°2000-1209) relative à la contraception d'urgence ne soumet plus à la prescription obligatoire les médicaments ayant pour but la contraception d'urgence qui ne sont pas susceptibles de présenter un danger pour la santé. Elle autorise la délivrance de la contraception d'urgence, dans des conditions définies par décret, aux mineures désirant garder le secret dans les pharmacies. Enfin elle autorise l'administration de la contraception d'urgence par les infirmières, aux élèves mineures et majeures des collèges et

lycées, dans les cas d'urgence et de détresse caractérisée. Dans ce cas, les infirmières s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en œuvre d'un suivi médical.

En avril 1999, Mme Joëlle Brunerie-Kauffmann déplorait qu'aucune campagne d'information sur la contraception n'ait été menée auprès du grand public depuis celle de 1982-1983 et s'indignait de la méconnaissance des femmes et des jeunes filles quant à leurs droits. En effet, dans le contexte sanitaire des années 1985-1995, tout l'effort informatif des pouvoirs publics s'est concentré sur la prévention du SIDA et des MST (Maladies Sexuellement Transmissibles), limitant notamment le préservatif masculin à son seul rôle prophylactique.

Une campagne d'information est alors lancée par le Gouvernement le 12 janvier 2000 avec pour slogan « La contraception, a vous de choisir la vôtre », et pour objectifs de réaffirmer l'importance de la contraception en l'associant à des valeurs « positives » (liberté, protection, responsabilité), sans culpabiliser les femmes en « échec de contraception », de lever les freins à l'utilisation de la contraception liés à certaines peurs ou a priori non fondés, d'améliorer et de développer l'information sur les différents moyens existants sans promouvoir une méthode privilégiée afin de favoriser le choix individuel, et enfin de permettre une meilleur connaissance des lieux, structures et points d'accueil où il est possible de se procurer l'information ou un moyen contraceptif. La campagne avait pour message essentiel que la contraception étant désormais une évidence, seul importait le choix parmi la large gamme des méthodes et produits aujourd'hui disponible.

Afin de poursuivre le travail d'information des femmes sur la diversité des moyens de contraception une nouvelle campagne sera lancée en 2009 et 2013 avec notamment les slogans « La meilleur contraception c'est celle que l'on choisit », « La contraception qui vous convient existe ».

Cependant l'évolution des mentalités ne passe pas seulement par des campagnes d'information grand public, aussi incisives soient-elles. L'efficacité de ces dernières dépend directement de la capacité des personnes, potentiellement concernées, à comprendre le message.

2001 Mai : mise sur le marché d'un implant progestatif, Implanon®, pour une contraception de trois ans.

La Loi Aubry du 4 juillet 2001 (Loi n°2001-588) modifie la Loi Veil :

- l'IVG peut-être pratiquée jusqu'à 12 semaines de grossesse (quatorze semaines d'aménorrhée)
- la consultation médicale doit informer sur les techniques possibles et les risques
- l'entretien de conseil préalable ne reste obligatoire que pour les mineures
- l'autorisation parentale ou tutorale n'est plus obligatoire, une personne majeure choisie par la mineure devant alors l'accompagner ; la prise en charge est anonyme et gratuite pour les mineures
- la méthode médicamenteuse peut-être utilisée sans obligation d'hospitalisation
- l'Interruption Médicale de Grossesse (IMG) sans limitation d'âge de grossesse est soumise à une commission de 3 membres non exclusivement médicale
- la stérilisation à visée contraceptive est autorisée
- l'information et l'éducation à la sexualité sont dispensées 3 fois par an dans les collèges et lycées.

2002 Aout : mise sur le marché européen d'un patch oestroprogestatif, Evra®, pour une contraception hebdomadaire.

2004 Avril : mise sur le marché d'un anneau vaginal oestroprogestatif, Nuvaring®, pour une contraception mensuelle.

2005 L'Arrêté du 12 octobre 2005 autorise les sages-femmes à prescrire la contraception hormonale en suite de couches ou d'IVG, la contraception hormonale d'urgence et les spermicides.

2009 La Loi « HPST » du 21 juillet 2009 autorise les sages-femmes à réaliser des IVG médicamenteuses, prescrire des examens biologiques, poser des stérilets, prescrire une contraception hormonale sauf situations pathologiques devant être prises en charge par un médecin. Les pharmaciens et les infirmiers sont autorisés à honorer ou délivrer pour 6 mois non renouvelables une prescription médicale de contraception hormonale remboursable datant de moins d'un an. Les services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé sont aussi autorisés à délivrer une contraception notamment d'urgence.

En octobre 2009, un nouveau produit, Ellaone®, est commercialisé en France et sera remboursé sur ordonnance a partir de septembre 2010. Il est utilisé dans la contraception d'urgence et a montré une efficacité jusqu'à 5 jours.

En Poitou-Charentes, Ségolène Royal, Présidente de la Région, a créé le Pass contraception, outil concret qui permet d'assurer, dans un souci d'anonymat et de confidentialité, la gratuité de la contraception orale pour les jeunes filles mineures qui, pour des raisons sociales, financières ou familiales, ont des difficultés d'accès à la contraception et ce quel que soit leur statut scolaire ou pas. En accord avec les professionnels de santé et les syndicats de l'ordre des médecins, le Pass contraception a donc été mis en juillet 2010 à disposition des jeunes filles mineures chez les 1830 médecins généralistes, gynécologues et pédiatres libéraux de la région Poitou-Charentes. A la rentrée scolaire 2011, le Pass contraception a été étendu aux établissements scolaires, aux sages-femmes libérales ainsi qu'au Mouvement Français pour le Planning Familial. Il prend la forme d'un chéquier de coupons qui permet aux jeunes de bénéficier gratuitement de consultations médicales, de prélèvements et d'analyses ainsi que de la délivrance de produits contraceptifs. Chaque coupon fait office de paiement. Les coûts des consultations médicales, des analyses médicales éventuellement prescrites, et des contraceptifs sont pris en charge par la Région qui rembourse directement les professionnels de santé.

Un dispositif similaire a été mis en place en Ile-de-France, Rhône-Alpes, Pays de la Loire, Aquitaine et Champagne-Ardennes. Si l'offre de ces dispositifs est assez homogène, en revanche, le public bénéficiaire est disparate d'une région à l'autre. En région Poitou-Charentes, le Pass contraception n'est accessible qu'aux jeunes filles de moins de 18 ans. En Ile-de-France, il concerne les garçons comme les filles mais est limité aux jeunes en classe de seconde ou niveau équivalent pour les jeunes en lycées professionnels, en centre de formation d'apprentis ou en formation sanitaire ou sociale. En revanche, les dispositifs créés par les régions Rhône-Alpes et Aquitaine offrent une couverture plus large puisqu'ils s'adressent à l'ensemble des jeunes âgés de 16 à 25 ans.

2011 Janvier : mise sur le marché de l'implant Nexplanon® qui remplace Implanon®.

2012 La Loi du 17 décembre 2012 (Loi n°2012-1404) de financement de la sécurité sociale pour 2013 prévoit une prise en charge à 100% des IVG par l'assurance maladie et le

remboursement à 100% des contraceptifs inscrits sur la liste des produits remboursables pour les jeunes filles de 15 à 18 ans.

La vente en ligne de médicaments est désormais autorisée en France, et est strictement encadrée. Elle n'est autorisée qu'aux pharmaciens titulaires d'une officine. Le site internet doit obligatoirement être adossé à une officine de pharmacie physique. En France, les médicaments qui peuvent être commercialisés en ligne sont les médicaments non soumis à prescription obligatoire, c'est-à-dire qui peuvent être obtenus sans ordonnance. Il est interdit de vendre par internet des médicaments soumis à prescription obligatoire, ainsi que l'a rappelé le Conseil d'Etat dans son arrêté du 17 juillet 2013. La contraception d'urgence au levonorgestrel fait donc partie de cette liste.

2014 L'Assemblée nationale a adopté le 21 janvier un amendement qui assouplit le droit à l'IVG. Celui- ci supprime de la loi Veil de 1975 la notion « d'état de détresse » justifiant pour une femme le droit à l'avortement, le remplaçant simplement par « le droit des femmes à choisir ou non de poursuivre une grossesse ».

Malgré tout les moyens de contraception actuellement disponibles, et qui pour beaucoup trouvent leur origines dans les civilisations les plus antiques, il se pratique encore plus de 200 000 avortements en France chaque année, soit environ 14 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans, dont un grand nombre dû à la méconnaissance des méthodes de contraception, surtout chez les jeunes. Si le nombre d'IVG reste stable en France depuis le début des années 2000, la proportion d'IVG médicamenteuses a fortement progressé et représente à présent un peu plus de la moitié des IVG pratiquées (54 IVG sur 100).

Le cadre législatif qui régit en France le recours à la contraception a connu, depuis la loi novatrice défendue en 1967 par Lucien Neuwirth, plusieurs modifications pour en assouplir les dispositions et l'adapter aux évolutions de notre société. Mais si ce cadre a indiscutablement favorisé le développement de la contraception dans notre pays et donc la maîtrise par les femmes de leur liberté d'avoir ou non des enfants, divers indicateurs montrent que la situation actuelle est encore loin d'être pleinement satisfaisante. Des progrès reste à accomplir avec notamment une plus grande détermination dans la volonté de mieux informer les hommes et les femmes mais surtout les adolescentes, sur la sexualité et la contraception.

II) La contraception d'urgence

Malgré une prévalence contraceptive élevée (75% des femmes en âge de procréer utilisent une méthode de contraception moderne), les échecs contraceptifs sont fréquents : 1 grossesse sur 3 est non prévue et parmi celles-ci la moitié font l'objet d'une IVG (soit 1 grossesse sur 6).

Parmi les grossesses non prévues, 2 sur 3 surviennent sous contraception et 1 sur 3 est due à la non-utilisation de la contraception ; la première raison de non-utilisation déclarée par les femmes est le manque de perception du risque de grossesse.

La persistance de fausse croyance sur la fécondation autorisant les mineurs à ne pas se protéger lors de leurs ébats amoureux et les difficultés d'accès à une contraception ou ses mauvaises conditions d'observance conduisent, d'année en année, de plus en plus d'adolescentes à recourir à des solutions plus extrêmes telle que la contraception d'urgence et l'IVG dont l'accès leur est paradoxalement davantage facilité que celui de la contraception.

La contraception d'urgence est une méthode contraceptive d'« exception », qui doit être utilisée en situation d'urgence, pour éviter la survenue d'une grossesse non prévue 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.

La contraception d'urgence ne provoque pas l'interruption d'une grossesse. Elle est inefficace une fois que l'œuf fécondé s'est fixé dans l'utérus et que la nidation a commencé. C'est pourquoi elle est indiquée uniquement dans les jours suivant le rapport à risque.

La contraception d'urgence est une méthode de rattrapage qui ne vise pas à être utilisée de façon régulière. Elle 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. Toute femme en âge de procréer peut un jour en avoir besoin pour éviter une grossesse non désirée.

A) Rappel sur le cycle ovarien (3) (4) (11) (12)

Le cycle ovarien ou cycle menstruel, qui est induit par des sécrétions hormonales de l'hypophyse et de l'ovaire, se manifeste par des modifications au niveau de l'ensemble de l'appareil génital, et dure en moyenne 28 jours. Il débute à la puberté, et se répète inlassablement tout au long de la vie de la femme, et ceci, jusqu'à la ménopause.

Ce cycle débute et se termine par les menstruations et comporte 3 grandes phases distinctes :

- la phase folliculaire
- l'ovulation
- la phase lutéale

L'hypothalamus secrète la GnRH (*gonadotropin-releasing hormone*), celle-ci régulant la sécrétion hypophysaire de FSH (*follicle-stimulating hormone*) et de LH (*luteinizing hormone*). L'ovaire produits les stéroïdes sexuels, estrogènes et progestérones. L'hypothalamus, l'hypophyse et l'ovaire (axe gonadotrope) sont liés par un système de rétrocontrôle, les hormones ovariennes étant capables, selon le moment du cycle d'inhiber (rétrocontrôle négatif) ou de stimuler (rétrocontrôle positif) la sécrétion hypothalamo-hypophysaire. Chaque ovaire contient de nombreux follicules primaires (ou primordiaux) renfermant chacun un ovocyte. Périodiquement, un petit groupe de follicules entame un processus de croissance pour devenir des follicules préantraux. Ceux-ci sont constitués de deux types de cellules formant la granulosa, qui entoure l'ovocyte, et la thèque, en périphérie du follicule.

1) Phase folliculaire

Cette phase s'étend du 1er jour du cycle jusqu'à l'ovulation qui a généralement lieu le 14ème jour d'un cycle idéal de 28 jours. C'est la FSH qui, en se fixant au niveau de récepteurs situés dans la granulosa, permet la différenciation des follicules préantraux en follicules antraux, puis le recrutement de quelques- uns d'entre eux, pour aboutir à la sélection de un, voire deux follicules dominants (follicule de De Graaf). Les follicules non parvenus à maturation disparaissent. Le follicule dominant sécrète de l'estradiol, ce qui stimule sa propre croissance et exerce un effet de rétrocontrôle négatif sur l'hypophyse, d'où une baisse du taux de FSH (phase préovulatoire). Les récepteurs de la LH sont majoritairement présents à la surface des cellules de la thèque. Durant la phase folliculaire, la LH stimule la synthèse d'androgènes qui

seront convertis en estrogènes au niveau de la granulosa. Pendant de temps, au niveau de l'utérus, sous l'influence des estrogènes, l'endomètre qui avait été éliminé lors des règles, commence à se régénérer : c'est la phase proliférative.

2) Ovulation

Le pic plasmatique de LH, lié à une augmentation d'activité de la GnRH hypothalamique, permet au follicule d'achever sa maturation, puis induit sa rupture et l'expulsion de l'ovocyte dans la trompe (35 à 36 heures après le pic de LH). L'ovulation a lieu classiquement au 14ème jour, avec des variations inter- et intra-individuelles. L'ovule survit environ 24 heures dans les voies génitales féminines. L'ovulation survient environ 400 fois dans la vie d'une femme. Parallèlement, la glaire cervicale devient perméable, filante et abondante, le myomètre se contracte.

3) Phase lutéale

Après l'ovulation, le follicule se transforme en corps jaune. Celui-ci sécrète (via la granulosa) de la progestérone, de l'inhibine (rôle de rétrocontrôle négatif au niveau de l'hypophyse) et, en quantité plus faible, de l'estradiol. En l'absence de grossesse (fécondation et nidation), le corps jaune se sclérose, la chute des taux hormonaux entraine la menstruation et la montée progressive du taux plasmatique de FSH, dans les derniers jours du cycles, stimule le recrutement de quelques follicules primaires en vue du prochain cycle. Au niveau de l'utérus, l'endomètre se développe et se prépare à une éventuelle nidation : sous l'action de la progestérone, la paroi de l'endomètre s'épaissit et se vascularise (phase sécrétoire). En l'absence de nidation, suite à la chute de progestérone, cette paroi va être éliminée en fin de cycle, ce qui déclenche les saignements (menstruation).

4) Rôle des hormones ovariennes

Les stéroïdes ovariens sont synthétisés dans les follicules à partir du cholestérol. Durant la phase folliculaire, une cascade de réactions permet aux cellules de la thèque de produire des androgènes, eux même transformés au sein de la granulosa en estradiol et estrone. Il n'y a pas de production de progestérone. La phase lutéale se caractérise par la production d'estrogène et de progestérone par le corps jaune. A noter qu'une partie des estrogènes est produite dans le tissu adipeux par transformation des androgènes circulants.

a) Estrogènes

Préparation de l'organisme à la fécondation et maturation folliculaire, prolifération des glandes de l'endomètre et augmentation de la contractilité du muscle lisse utérin (myomètre), production d'une glaire cervicale propice au passage des spermatozoïdes, maturation de l'épithélium vaginal et développement de la glande mammaire. Autres tissu cibles : système cardiovasculaire et os.

b) Progestérones

Effets globalement antagonistes à ceux des estrogènes. Arrêt de la prolifération endométriale, préparation de l'endomètre à la nidation, diminution de la contractilité du myomètre facilitant l'implantation éventuelle d'un œuf, arrêt de la production de glaire cervicale.

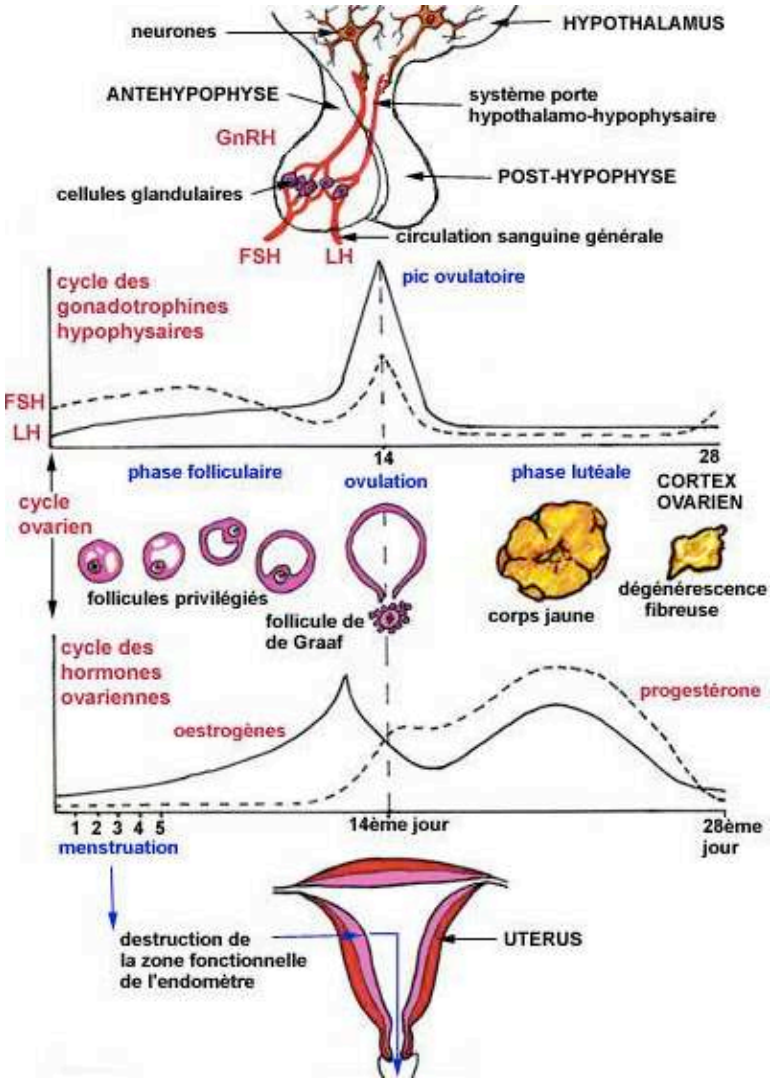


Figure 1 : Schéma du cycle menstruel (13)

B) Méthodes utilisées (3) (10) (14)

Il existe deux méthodes de contraception d'urgence :

- la contraception d'urgence hormonale : elle se présente sous la forme d'un seul comprimé à prendre à n'importe quel moment du cycle, si possible dans les douze heures après le rapport à risque et au plus tard :
    - dans les trois jours pour le Norlevo® et le Levonorgestrel Biogaran® ; « pilule du lendemain »
    - au plus tard dans les cinq jours pour Ellaone® ; « pilule du surlendemain »

  Ces médicaments agissent en bloquant temporairement ou en retardant l'ovulation et en empêchant l'œuf de se fixer dans l'utérus.
- la contraception d'urgence mécanique : le dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre. Cette méthode est moins connue mais est tout aussi efficace. Ce DIU au cuivre doit être posé par le médecin ou la sage-femme dans les cinq jours maximum qui suivent le rapport sexuel à risque. Il ne bloque pas l'ovulation, mais empêche l'œuf fécondé de se fixer dans l'utérus. Une fois posé, le stérilet peut rester en place et devenir une contraception régulière.

Il existe par ailleurs d'autres méthodes de contraception d'urgence hormonale (la méthode hormonale combinée et la mifépristone) qui ne sont pas ou plus disponibles en France. Historiquement, la première méthode développée a consisté en l'administration de forte quantité d'estradiol. Cette première pilule du lendemain, apparue dans les années soixante, présentait le défaut de provoquer de nombreux effets secondaires. Elle a été abandonnée à la fin des années soixante-dix, pour la méthode hormonale combinée, également connue sous le nom de méthode YUZPE. Cette méthode consistait en une première prise de deux pilules combinées contenant chacune 50µg d'éthinylestradiol et 250µg de levonorgestrel, aussitôt que possible après un rapport sexuel non protégé et, au plus tard, dans les 72 heures suivant ce rapport, suivie, 12 heures plus tard, d'une deuxième prise de deux autres comprimés identiques. Cette contraception d'urgence (CU) estroprogestative était commercialisée sous le nom de Tétragynon® en France. Elle a été retirée du marché du fait de ses risques et de sa moindre efficacité au regard du levonorgestrel. La mifépristone (modulateur des récepteurs de la progestérone de 1ère génération), initialement connue sous le nom de RU 486, est utilisée dans l'IVG médicamenteuse et également, à dose beaucoup plus faible, comme contraception d'urgence dans quelques pays (Chine, Russie, Vietnam) (49).

1) Norlevo® ou Levonorgestrel Biogaran®

En avril 1999, le levonorgestrel, qui est un progestatif, obtient l'autorisation de mise sur le marché dans l 'indication contraception d'urgence sous le nom de Norlevo®. Dès le mois de mai 1999, il est autorisé à la vente sans prescription médicale. Conformément à la loi Neuwirth, il est également disponible gratuitement pour les mineures dans les centres de planification familiale.

Un générique Levonorgestrel® a été commercialisé en 2007 par les laboratoires Biogaran.

Souvent dénommé « pilule du lendemain » ou « contraception post-coïtale », ces termes sont inappropriés car ils sont générateurs de confusion sur le délai d'efficacité ou les modalités de prise.

a) Indication

L'indication de Norlevo®, selon le RCP, correspond à celle de contraception d'urgence dans un délais de 72h après un rapport sexuel non protégé ou en cas d'échec d'une méthode contraceptive, notamment :

- rupture ou oubli d'un préservatif
- oubli du contraceptif oral au delà du délai maximal acceptable depuis la dernière prise
- expulsion d'un DIU
- déplacement ou ablation trop précoce d'un diaphragme vaginale ou d'une cape contraceptive
- échec de la méthode de coït interrompu
- rapport sexuel pendant la période supposée fertile lors de la méthode de l'abstinence périodique (méthode des températures)
- viol

b) Posologie et mode d'action

Le traitement nécessite la prise d'un comprimé unique contenant 1,5 mg de levonorgestrel. L'efficacité du traitement est d'autant plus grande qu'il est mis en route rapidement après le rapport non protégé. C'est pourquoi le comprimé doit être pris le plus tôt possible, si possible dans les 12 heures après le rapport sexuel non protégé, et dans les 72 heures (3 jours) au plus

tard après le rapport, à n'importe quelle période du cycle menstruel sauf en cas de retard des règles. La pilule du lendemain n'est pas efficace à 100 % et son efficacité est fortement corrélée à sa rapidité d'utilisation : elle est estimé à 95 % dans les 24 heures suivant le rapport, à 85 % entre 24 et 48 heures et à 58 % entre 49 et 72 heures.

En cas de vomissement survenant dans les 3 heures suivant la prise d'un comprimé, un deuxième comprimé doit être pris immédiatement. Il est recommandé d'utiliser un moyen de contraception local (préservatif, spermicide,…) jusqu'aux prochaines règles car ce contraceptif d'urgence ne protège pas du risque de grossesse jusque-là.

La contraception d'urgence peut agir à différents stades du cycle reproductif, mais son mode d'action précis n'est pas connu. Elle peut bloquer ou retarder l'ovulation ou empêcher la fécondation. Dans certains cas, elle peut également inhiber l'implantation de l'œuf fécondé dans l'utérus (nidation), mais elle n'a pas d'effet une fois que la nidation a débuté. Tout médicament ou dispositif qui agit après la nidation est, par convention, considéré comme abortif et non comme contraceptif.

Le levonorgestrel agit principalement en inhibant ou retardant l'ovulation. Il n'a cependant pas d'action s'il est administré une fois que la phase d'augmentation de la LH a débuté (environ 24 heures avant l'ovulation). Administré en phase folliculaire avant le pic de LH, il entraine, soit une absence de rupture folliculaire, soit un dysfonctionnement de l'ovulation pendant les 5 jours suivant chez 80 % des femmes environ.

On peut retenir que Norlevo® administré avant l'ovulation inhibe celle-ci pendant 5 à 7 jours, temps de perte du pouvoir fécondant des spermatozoïdes éventuellement présents dans le tractus génital. Par ailleurs ce contraceptif d'urgence au levonorgestrel n'entraîne pas l'interruption d'une éventuelle grossesse déjà existante et ne semble pas avoir d'effets nocifs sur le fœtus.

c) Contre-indications et effets indésirables

Le Norlevo® est contre indiqué en cas d'hypersensibilité au levonorgestrel et également en cas de grossesse, selon l'OMS, en raison de son inefficacité si une grossesse est établie et non en raison du risque fœtal. Les dosages sanguins de l'hormone utilisée sont relativement faibles et les pilules ne sont utilisées que sur une période courte, de sorte que les contre-indications associées à l'utilisation régulière des contraceptifs oraux combinés et de la pilule

progestative ne s'appliquent pas au levonorgestrel. Aucun risque particulier n'est démontré dans la littérature pour ce type de méthode contraceptive.

Les effets indésirables sont généralement modérés et de courte durée. Ils disparaissent habituellement en 48 heures après la prise du comprimé.

On observe :

- troubles des règles (spotting, retard de règles ou règles en avance)
- fatigue
- nausées
- vomissements
- douleurs abdominales
- diarrhées
- céphalées
- vertiges
- tension mammaire

d) Précautions d'emploi et conseils aux femmes

Toujours selon le RCP, la contraception d'urgence est une méthode occasionnelle, elle ne doit en aucun cas se substituer à une contraception régulière. Elle ne permet pas d'éviter une grossesse dans tous les cas, surtout si la date du rapport non protégé est incertaine. En cas de doute, réaliser un test de grossesse si les règles ne surviennent pas dans les 5 à 7 jours après la date attendue, ou en cas de saignements anormaux à la date prévue des règles, ou en cas de signes évocateurs de grossesse.

Si la femme a déjà eu un premier rapport sexuel non protégé dans le même cycle et datant de plus de 72 heures, une fécondation liée à ce premier rapport sexuel est possible. Le traitement par Norlevo® suivant un deuxième rapport sexuel pourrait être alors inefficace pour prévenir une grossesse.

Le Norlevo® est déconseillé chez les femmes présentant un risque de grossesse ectopique (antécédents de salpingite ou de grossesse extra-utérine)

L'allaitement n'est pas recommandé pendant 8 heures suivant la prise de levonorgestrel (allaiter juste avant la prise du comprimé).

Après la prise de Norlevo®, les règles sont habituellement normales en abondance et surviennent en général à la date prévue, mais il existe parfois une avance ou un retard de quelques jours. Il est recommandé de consulter un médecin pour mettre en route ou réadapter une contraception régulière. Dans le cas où les règles ne surviendrait pas à la fin de la plaquette de contraceptif orale suivant la prise de Norlevo®, il faut éliminer la possibilité d'une grossesse.

Il n'est pas recommandé d'utiliser plusieurs fois Norlevo® au cours d'un même cycle menstruel en raison du taux élevé d'hormones et de la possibilité de perturbations importantes du cycle menstruel. Cependant l'utilisation répétée de la contraception d'urgence au levonorgestrel semble possible mais est hors AMM. Néanmoins, les recommandations sur les critères d'éligibilité aux contraceptions de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), du *Centers for Disease Control* et de la *Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare* s'accorde sur la possibilité d'utiliser plus d'une fois au cours d'un même cycle la contraception au levonorgestrel, sans effets indésirables notoires démontrés. Dans cette situation, on conseillera à la femme de choisir une méthode contraceptive à long terme.

L'utilisation de la contraception d'urgence ne dispense pas des précautions à prendre contre les maladies sexuellement transmissibles.

2) Ellaone®

L'ulipristal acétate, commercialisé sous le nom d'Ellaone®, a obtenu son autorisation de mise sur le marché en mai 2009 et est remboursé sur ordonnance depuis septembre 2010. Il s'agit d'un modulateur du récepteur de la progestérone ayant des effets antagonistes et partiellement agoniste au niveau des récepteurs de la progestérone.

a) Indication

L'indication d'Ellaone®, selon le RCP, correspond à celle de contraception d'urgence dans les 120 heures (5jours) après un rapport sexuel non protégé ou en cas d'échec d'une méthode contraceptive (idem Norlevo®).

b) Posologie et mode d'action

Ellaone® est un comprimé unique contenant 30 mg d'ulipristal acétate (UPA). L'efficacité de la contraception d'urgence est d'autant plus efficace qu'il est utilisé précocement après le rapport non ou mal protégé. C'est pourquoi le comprimé doit être pris le plus tôt possible, et au plus tard dans les 120 heures (5jours) après le rapport, à n'importe quelle période du cycle menstruel sauf en cas de retard des règles. En cas de vomissement dans les 3 heures suivant la prise d'Ellaone®, un autre comprimé doit être pris.

L'UPA est un modulateur synthétique sélectif des récepteurs de la progestérone actif par voie oral qui agit en se liant avec une forte affinité aux récepteurs de la progestérone humaine. Le mécanisme d'action principale de l'UPA est d'inhiber ou de retarder l'ovulation. Des données pharmacodynamiques montrent que, même s'il est pris immédiatement avant la date d'ovulation prévue, l'UPA est capable de retarder la rupture folliculaire chez certaines femmes. Contrairement au levonorgestrel qui n'a pas d'action s'il est administré une fois que la phase d'augmentation de l'hormone lutéinisante (LH) a débuté (environ 24 heures avant l'ovulation), l'UPA semble agir même après que la LH ait commencé à augmenter.

Dans une étude multicentrique et randomisée qui a été rapporté par Glasier et al. (15), 1696 femmes ont utilisé soit l'UPA (n=844), soit le levonorgestrel (n=852) dans les 72 heures suivant un rapport sexuel non protégé. Il y a eu 15 grossesses dans le groupe UPA (1,8 %) et 22 dans le groupe levonorgestrel (2,6 %).

Dans cette étude, 3 grossesses sont survenues chez 203 patientes ayant utilisé un contraceptif d'urgence (UPA ou levonorgestrel) entre 72 et 120 heures après un rapport sexuel non protégé. Ces 3 grossesses ont été constatées dans le groupe levonorgestrel.

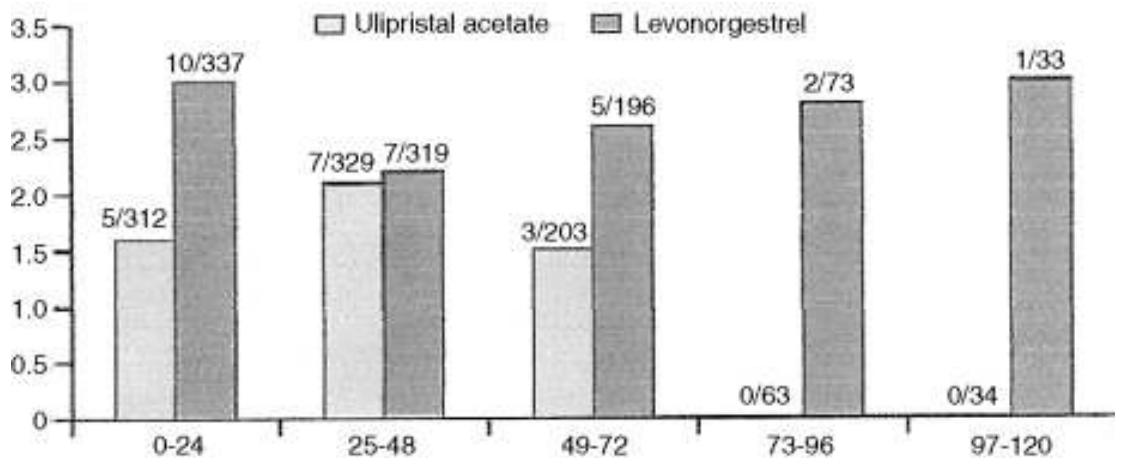


Figure 2 : Taux de grossesse en fonction du temps écoulé entre le rapport sexuel et la prise du contraceptif d'urgence (15)

Dans une étude antérieure rapporté par Creinin et al. (16), en 2006, il y a eu 7 grossesses chez 773 femmes ayant utilisé l'UPA dans les 72 heures après un rapport sexuel non protégé (0,9 %) et 13 grossesses chez 773 femmes ayant utilisé le levonorgestrel (1,7 %) dans les mêmes conditions.

Dans une méta-analyse concernant l'utilisation de la contraception d'urgence soit par UPA soit par levonorgestrel dans les 72 heures après un rapport sexuel non protégé, il y a eu 22 grossesses chez 1617 femmes dans le groupe UPA (1,4 %) et 35 grossesses dans le groupe levonorgestrel (2,2 %)

Essai randomisé contrôlé	Taux de grossesse (%) dans les 72H consécutives à un rapport sexuel non protégé ou en cas d'échec de la méthode contraceptive		Odds ratio (OR) (IC 95%) du risque de grossesse, ulipristal acétate vs levonorgestrel
	Ulipristal acétate	Levonorgestrel	
Glasier et al.	1,78 (15/844)	2,59 (22/852)	0,68 (0,35-1,31)
Creinin et al.	0,91 (7/773)	1,68 (13/773)	0,50 (0,18-1,24)
Méta-analyse	1,36 (22/1617)	2,15 (35/1625)	0,58 (0,33-0,99)

Tableau 1 : Efficacité de l'UPA et du levonorgestrel en fonction du temps écoulé entre le rapport sexuel non protégé et la prise du contraceptif d'urgence (15) (16)

Les résultats de ces deux essais indépendants ont montré que l'efficacité de l'UPA n'était pas inférieure à celle du levonorgestrel chez des femmes qui se sont présentées pour une contraception d'urgence entre 0 et 72 heures après un rapport sexuel non protégé ou en cas d'échec de la méthode contraceptive.

On peut retenir que l'intérêt essentiel d'Ellaone® est d'avoir une efficacité prolongée jusqu'à 120 heures après un rapport sexuel non protégé sans perte d'efficacité pendant ces 120 heures. Ellaone® semble, de plus, davantage efficace dans cette indication que Norlevo® et ce, même dans les 72 heures après un rapport sexuel non protégé, tout en étant aussi bien toléré.

c) Contre-indications et effets indésirables

Ellaone® est contre indiqué en cas d'hypersensibilité à l'UPA et de grossesse existante ou suspectée. Les données disponibles concernant l'effet sur le fœtus/nouveau-né d'une exposition à l'UPA pendant la grossesse sont extrêmement limitées. Chez l'animal, les données concernant la toxicité sur la reproduction sont insuffisantes, même si aucun potentiel tératogène n'a été observé. Un registre de recueil des effets de cette pilule sur la grossesse est ouvert depuis sa commercialisation, pour suivre le devenir des grossesses survenues malgré son utilisation (lorsqu'elle est en échec et que la femme a choisi de poursuivre la grossesse). Les patientes et les professionnels de santé sont encouragés à signaler toute grossesse exposée a Ellaone® au titulaire de l'autorisation de mise sur le marché, HRA Pharma.

Les effets indésirables les plus fréquemment rapportés sont :

- troubles des règles (spotting, retard ou avance de règles)
- fatigue
- nausées, vomissements
- douleurs abdominales
- céphalées
- vertiges
- tension mammaire
- trouble de l'humeur
- myalgies
- douleurs dorsales
- douleurs pelviennes

La grande majorité de ces effets indésirables sont d'intensité légère ou modérée et disparaissent spontanément.

Dans l'étude multicentrique et randomisée rapporté par Glasier et al. comparant l'UPA et le levonorgestrel, la tolérance de ces deux contraceptifs d'urgence fut jugée comparable. Les céphalées ont constitué l'effet secondaire le plus fréquent dans cette étude : 19,3 % dans le groupe UPA et 18,6 % dans le groupe levonorgestrel.

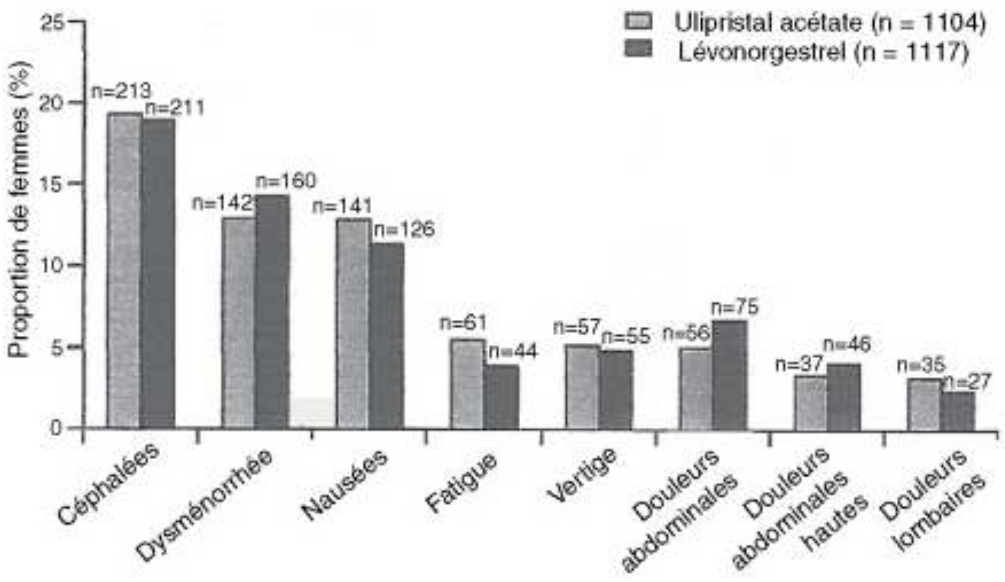


Figure 3 : Ellaone et Norlevo : effets secondaires les plus fréquents ; Etude Glasier et al. (15)

d) Précautions d'emploi et conseils aux femmes

Ellaone® est un médicament relativement récent (mise sur le marché autorisé en 2009), il existe beaucoup moins de données sur sa sécurité que le levonorgestrel.

Dans la mesure où Ellaone® se lie au récepteurs à la progestérone, l'UPA est susceptible de réduire l'action d'une contraception hormonale régulière par contraceptif combiné ou par progestatif seul. Il est par conséquent recommandé, qu'après une contraception d'urgence, les rapports sexuels ultérieures soient protégés par une méthode de contraception barrière fiable (telle que préservatif) jusqu'au début des règles suivantes. Par conséquent, Ellaone® ne doit pas être utilisé simultanément avec le levonorgestrel dans le cadre d'une contraception d'urgence.

L'utilisation chez des femmes atteintes d'insuffisance hépatique sévère et d'asthme sévère insuffisamment contrôlé par un glucocorticoïde oral n'est pas recommandée.

Après la prise d'Ellaone®, l'allaitement n'est pas recommandé pendant une semaine. Au cours de cette période, il faut tirer et jeter le lait maternel afin de maintenir la stimulation de la lactation.

La contraception d'urgence avec Ellaone® est une méthode contraceptive occasionnelle qui ne doit en aucun cas remplacer une contraception régulière. Il est important d'informer la femme sur les méthodes de contraceptions régulières existantes et proposer une consultation dédiée afin de faire le point. Il est nécessaire de rappeler que cette méthode de protège pas contre les infections sexuellement transmissibles.

Il n'est pas recommandé d'utiliser plusieurs fois Ellaone® au cours d'un même cycle menstruel, la tolérance et l'efficacité d'une administration réitérée au cours du même cycle menstruel n'ayant pas été étudiées.

Cette méthode de contraception n'empêche pas la survenue d'une grossesse dans tout les cas. En cas de doute, de retard des règles suivantes de plus de 7 jours, de saignements anormaux à la date prévue des règles ou de signe de grossesse, il faut exclure une grossesse éventuelle par un test de grossesse.

3) Le DIU au cuivre

Le DIU au cuivre (plus couramment appelé « stérilet ») est une contraception régulière mais il peut également être utilisé comme contraception d'urgence dans les 5 jours après le rapport à risque. Il se présente la plupart du temps sous la forme d'un « T » et mesure entre 2,8 et 3,8 cm de long. Il est en plastique avec un ou plusieurs manchons de cuivre.

a) Indication

En contraception d'urgence, l'OMS recommande d'insérer un DIU au cuivre dans un délai de 120 heures maximum (5 jours) suivant un rapport non protégé. Cette méthode a pour avantage de constituer également une contraception régulière fiable et peu contraignante. Afin de se faire poser un DIU au cuivre, il faut au préalable consulter un médecin généraliste, un gynécologue ou une sage-femme. Il peut être nécessaire de vérifier lors de la prise de rendez-vous que le professionnel pratique la pose de DIU en précisant qu'il s'agit d'une urgence. Il convient aux femmes qui ne peuvent pas prendre d'hormones.

b) Mode d'action

On observe deux mécanismes principaux :

- un effet cytotoxique du cuivre sur les gamètes inhibant ainsi la fécondation
- une inflammation locale de l'endomètre empêchant l'implantation dans l'utérus de l'ovocyte fécondé

Inséré dans les 120 heures suivant le rapport sexuel non protégé, le DIU postcoïtal n'est pas abortif si on admet que la grossesse débute avec l'implantation.

Le DIU est considéré comme la méthode de contraception d'urgence la plus efficace en cas de rapport non ou mal protégé : efficacité de plus de 99 % s'il est inséré jusqu'à cinq jours après le rapport à risque.

c) Contre-indications et effets indésirables

Les contre-indications sont celles des DIU en particulier malformations utérines, infections en cours ou saignements inexpliqués. La nulliparité/nulligestité n'est pas une contre-indication.

Les effets indésirables sont également ceux propres au DIU en général :

- risque d'expulsion, risque de perforation lié à la pose (exceptionnel)
- effets sur les règles (règles plus importantes ou dysménorrhées)

La pose du DIU peut entrainer de légères pertes de sang et des douleurs du bas du ventre pendant quelques jours qui seront calmées par des antalgiques habituels.

d) Précautions d'emploi et conseils aux femmes

Le DIU au cuivre est peu utilisé comme contraceptif d'urgence et ce, malgré sa très grande efficacité et le fait qu'il peut rester en place après avoir rempli son rôle de contraceptif d'urgence, assurant ainsi une contraception continue si l'utilisatrice le souhaite. En effet, la majorité des candidates à la contraception d'urgence sont des adolescentes ou des jeunes. Elles sont a priori à haut risque d'IST et notamment d'infections par *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*. On comprend la réticence des médecins à insérer un DIU en urgence dans ce contexte potentiellement à haut risque infectieux pelvien.

Avant la pose, il est donc nécessaire d'évaluer et d'écarter un risque infectieux notamment chez les jeunes de moins de 25 ans et celles avec des partenaires multiples donc à plus haut risque d'IST.

Il est important de rappeler que la pose d'un DIU dans le cadre d'une contraception d'urgence représente également une méthode de contraception régulière efficace (au minimum 4 ans).

Il faut informer la femme sur les complications potentielles et les symptômes les évoquant.

En cas de retard de règles de 5 à 7 jours, il est conseillé de faire un test de grossesse

Enfin, il est recommandé de programmer une consultation 1 à 3 mois après la pose puis annuellement ainsi qu'en cas de douleurs pelviennes, de saignements ou de fièvre inexpliqués.

4) Modalités d'accès (17) (18) (21) (22)

L'accès à la contraception d'urgence au levonorgestrel est possible en France sans prescription médicale depuis mai 1999. Cette disposition sera inscrite dans la loi n°2000-1209 du 13 décembre 2000, dont l'article premier autorise la délivrance, sans prescription médicale, de médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et non susceptibles de présenter un danger pour la santé dans les conditions normales d'emploi. Cette disposition facilite donc largement l'accès à la contraception d'urgence au levonorgestrel, et permet à ses usagers d'y avoir recours sans délai induit par la nécessité d'une consultation médicale. On peut l'obtenir de diverses manières :

- dans les pharmacies, la délivrance se fait directement sans prescription médicale (anonyme et gratuit pour les mineures en situation d'urgence – sinon, non remboursé et payante) ou après prescription par un médecin ou une sage femme (remboursement à 65%)
- dans les centres de planification et d'éducation familiale, la délivrance est anonyme et gratuites pour les mineures et pour les majeures sans couverture sociale
- dans les établissements scolaires, les infirmières peuvent délivrer, de manière anonyme et gratuite, la contraception d'urgence aux élèves des collèges et lycées (mineures ou majeures)
- dans les services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé, la délivrance est anonyme et gratuite pour les étudiants

Au contraire, l'utilisation d'Ellaone® et du DIU au cuivre nécessite une prescription médicale (médecin ou sage femme) pour être délivré en pharmacie. Ces contraceptifs d'urgence sont remboursés à 65 %. Il faut donc consulter un médecin généraliste, un gynécologue, une sage-femme ou un centre de planification afin d'obtenir l'ordonnance. Les jeunes filles mineures (mais aussi les femmes majeures non assurées sociales) peuvent consulter gratuitement un médecin d'un centre de planification et d'éducation familiale. Une plus grande couverture est obtenue avec ces méthodes (utilisation jusqu'à 5 jours) mais elles ont l'inconvénient d'être moins accessible que la contraception d'urgence au levonorgestrel puisqu'elles nécessitent obligatoirement un passage chez un professionnel de santé pour obtenir une ordonnance ainsi qu'une intervention médicale pour la pose du DIU au cuivre. Ceci est souvent considéré comme plus contraignant pour les femmes en situation d'urgence.

a) Particularités de la contraception d'urgence au levonorgestrel

(1) Dispositif d'accès gratuit pour les mineures

La loi du 13 décembre 2000 inscrit dans le code de la santé public la délivrance gratuite et anonyme de la contraception d'urgence pour les mineures. Le décret n°2002-39 du 9 janvier 2002 explicite l'organisation de cette procédure :

- la délivrance par le pharmacien est précédée d'un entretien visant à s'assurer que la situation de la mineure correspond bien aux critères d'urgence et aux conditions d'utilisation de cette contraception
- « la minorité à laquelle est subordonnée la gratuité de la délivrance est justifiée par simple déclaration orale faite au pharmacien » (Art.2)
- l'entretien permet également au pharmacien de fournir une information sur la contraception régulière et la prévention des maladies sexuellement transmissibles
- l'information par le pharmacien est complétée par la remise de documentation sur ces sujets et la communication des coordonnées du centre de planification le plus proche
- le pharmacien facture la contraception d'urgence à la caisse d'assurance maladie selon une procédure anonyme : nom URGENCE prénom CONTRACEPTION avec la date de naissance déclarée par la mineure, à défaut une date fictive

De fait, si la procédure est clairement explicitée dans le décret, la délivrance aux mineures se fait rarement dans les conditions prescrites par la réglementation comme le relève en 2009 le rapport de l'IGAS (19): les demandes de paiement sont relativement fréquentes et certains pharmaciens exigent, de façon abusive, une pièce d'identité. Mais c'est au niveau de l'accompagnement et de l'information que les carences sont les plus importantes.

Une enquête testing réalisée par le Service de Gynécologie du CHU de Nice (20), en 2006, dans 53 pharmacies de Nice, montre que 20 pharmacies, soit 37,7 %, ont refusé la délivrance gratuite pour une mineure. Les motifs de refus de délivrance étaient pour 85 % une exigence de paiement, 10 % l'allégation d'une rupture de stock et pour 5 % un refus de principe. Parmi les pharmacies ayant délivré le Norlevo®, un tiers a demandé la présentation d'une pièce d'identité et 45,5 % d'entre elles ont réclamé un règlement avant de se faire rappeler par les jeunes filles leur statut de mineure.

Cependant le réseau des pharmacies présente des avantages incontestables pour des adolescents à la recherche d'une médication qui doit être prise dans un court délai : les pharmacies sont aisément repérables ; elles se répartissent de façon homogène et en grand nombre sur l'ensemble du territoire national ; leurs horaires d'ouverture, 6 jours sur 7 sans compter les services de garde, ont une amplitude plus large que celle des emplois du temps scolaire permettant aux intéressées d'y passer après leurs cours ; la confidentialité y est assurée même si elle n'est pas absolue dans les petits villages ou dans les îles.

(2) Délivrance par les infirmières scolaires

Autorisée par une circulaire de janvier 2000, les modalités de la délivrance de la contraception d'urgence par les infirmières scolaires aux élèves mineures et majeures, ont été précisées par le décret du 27 mars 2001.

Cette intervention se situe dans un cadre plus limité et conditionné par « les cas d'urgence et de détresse caractérisée » et « si un médecin, une sage-femme ou un centre de planification n'est pas immédiatement disponible ». Les infirmières sont donc tenues non seulement d'avoir un entretien préalable avec l'élève afin de déterminer si cette dernière se trouve réellement dans un état d'urgence et de détresse, et, dans une telle hypothèse, elles doivent rechercher pour elle une pharmacie ou un centre de planification ou d'éducation familiale auprès desquels elle pourra obtenir une contraception d'urgence.

Cette nécessaire condition préalable d'une absence d'accessibilité d'un professionnel extérieur à l'établissement est par elle-même paradoxale : alors que, pour être véritablement efficace, la contraception d'urgence doit être prise le plus rapidement possible après un rapport sexuel non protégé, son administration est en l'occurrence retardée de quelques heures supplémentaires, le temps de prendre un rendez-vous qui peut ne pas être immédiat et le temps de déplacement de l'établissement scolaire vers ledit professionnel.

Le rôle des infirmières ne se limite pas à la délivrance mais elles assurent l'accompagnement psychologique et la mise en œuvre d'un suivi médical.

b) Les centres de planification et d'éducation familiale

A l'heure actuelle, seuls les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) peuvent proposer des consultations médicales gratuites et délivrer de manière gratuite et confidentielle une contraception aux mineures et aux jeunes majeures sans couverture sociale. Ces prestations comprennent l'accueil, le conseil et l'écoute individuelle sur les questions liées à la sexualité, l'accompagnement et le suivi d'une première contraception, la consultation et la prescription contraceptive, la pose de dispositifs contraceptifs ainsi que la délivrance de la contraception d'urgence.

Ces centres permettent une réponse adéquate à la demande individuelle grâce à des délais de rendez-vous plus courts que dans le secteur hospitalier ou libéral et la prise en compte des situations d'urgence et de précarité. Mais les CPEF, compétence des conseils généraux, sont inégalement répartis sur le territoire et malheureusement, leurs missions ou même leur existence ne sont pas toujours connues par les jeunes.

La contraception d'urgence n'est pas destinée à se substituer à la contraception conventionnelle. Elle a pour but d'élargir le champ d'application de cette contraception et de réparer dans une certaine mesure quelques-uns de ses échecs. Il existe une contraception postcoïtal adaptée à chaque cas particulier. Parmi les critères de choix, le temps écoulé depuis le rapport sexuel non protégé est le facteur essentiel. Mais les contre-indications à chaque méthode et le désir personnel de chacun interviennent également.

L'information « préventive » des femmes sur la contraception d'urgence par les médecins ou les sages-femmes qu'elles consultent pour contraception conventionnelle devrait être systématique. L'information sur les possibilités et les limites de la contraception d'urgence devrait être obligatoire chez les adeptes des méthodes naturelles de contraception (retrait, Ogino, température), chez les utilisatrices de méthode locale (préservatifs, spermicides, diaphragme, etc.) et surtout chez les adolescentes.

La régulation des naissances et la contraception y compris la contraception d'urgence concernent tout le monde, les femmes et les hommes. Les adolescentes et les jeunes femmes sont particulièrement vulnérables aux risques et aux conséquences d'une grossesse non prévue et particulièrement concernées par la contraception d'urgence.

C) Recours à la contraception d'urgence (10) (22) (47)

L'utilisation de la pilule de contraception d'urgence (PCU) a augmenté de manière très importante depuis que le levonorgestrel n'est plus sujet à prescription médicale et cette augmentation se poursuit au-delà du changement de législation. Le nombre de vente de PCU a plus que doublé en 10 ans, pour atteindre 1,3 million en 2010. L'augmentation du nombre de ventes, très rapide au début des années 2000, semble cependant avoir atteint un plateau depuis 2009.

1) Données d'utilisations de la contraception d'urgence en France

Le Baromètre Santé de 2010, montre que l'utilisation de la contraception d'urgence a continué d'augmenter de manière importante en 2010 et notamment dans les groupes d'âge les plus jeunes. Le recours à la contraception d'urgence (au moins une fois dans la vie) a triplé en 10 ans chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, passant de 8,8 % en 2000 à 23,9 % en 2010 alors que chez les femmes de 15 à 19 ans, celui-ci à pratiquement quadruplé, passant de 11,6 % en 2000 à 42,4 % en 2010.

Groupe d'âge	2000 %	2005 %	2010 %
15 – 17 ans	12,3	27,9	40,6
18 – 19 ans	10,9	30,1	43,7
Total 15 – 19 ans	**11,6**	**29,0**	**42,4**
20 – 24 ans	15,7	29,8	43,3
25 – 29 ans	11,0	19,4	34,7
30 – 39 ans	8,3	11,8	20,9
40 – 49 ans	5,5	6,4	11,0
Total 15 – 49 ans	**8,8**	**14,4**	**23,9**
Source : Inpes, Baromètre santé 2000, 2005, 2010			

Tableau 2 : Pourcentage de femmes sexuellement actives ayant déjà eu recours à la contraception d'urgence (au moins une fois dans la vie) selon l'âge au moment de l'enquête (10)

En 2010, près d'une femme en âge de procréer sur quatre avait déjà utilisé la PCU au cours de sa vie. Le recours à la PCU est plus élevé chez les femmes les plus jeunes. Parmi les femmes sexuellement actives, la proportion ayant utilisé la PCU au cours de ces 12 derniers mois était de 20,5 % chez les 15-19 ans contre 11,1 % chez les 24-25 ans et 6,7 % chez les 25-29 ans.

Groupe d'âge	Effectifs	Recours à la contraception d'urgence au cours des 12 derniers mois		
		Une seule fois %	Plus d'une fois %	Total (≥ une fois) %
15 – 19 ans	364	14,6	5,9	**20,5**
20 – 24 ans	827	7,8	3,3	**11,1**
25 – 29 ans	1043	4,2	2,5	**6,7**
Total 15 – 29 ans	**2234**	**7,6**	**3,4**	**11,0**
Source : Inpes, Baromètre santé 2010				

Tableau 3 : Pourcentage de femmes ayant eu recours à la contraception d'urgence au cours des 12 derniers mois selon l'âge en 2010 (10)

Cette augmentation de l'utilisation de la contraception d'urgence au cours du temps, montrée par le Baromètre Santé est aussi reflétée au travers des données de marché de l'industrie pharmaceutique qui montre que le nombre de PCU vendues en France a plus que doublé en 10 ans, passant de 570 000 en 2000 à 1,27 millions en 2010.

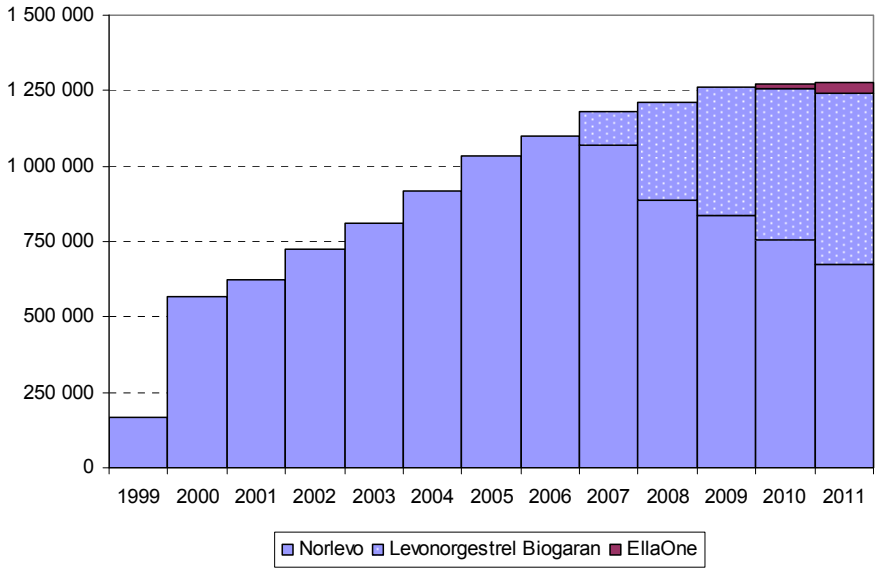


Figure 4 : Evolution du nombre annuel de PCU vendues en France de 1999 à 2011 (10)

Depuis 2007, la part du générique augmente. Ellaone® ne représente qu'une toute petite partie de la consommation de la contraception d'urgence et pour cause, son utilisation étant liée à une prescription médicale.

Une des raisons du succès de la contraception d'urgence avec un nombre de boîtes vendues multiplié par 7 entre 1999 et 2011 est liée à son bas coût (7,41 euros pour le Norlevo® et 6,07 euros pour le Levonorgestrel Biogaran®), même si pour les jeunes, majeures ou mineures, ce coût reste significatif. La mise sur le marché d'une contraception d'urgence efficace sur 5 jours (Ellaone®), mais un coût 3,5 fois supérieur (23,59 euros), n'est pas estimée pouvoir rendre un service médical important en santé publique par l'HAS, à la fois parce qu'elle n'est utilisable que sur prescription médicale pour l'instant, mais aussi compte tenu du prix.

Les données de l'Assurance maladie indiquent qu'en 2009, 346 960 traitements par contraception d'urgence au levonorgestrel ont été remboursés par l'assurance maladie contre 418 237 en 2010. Ceci montre une augmentation de 21 % du nombre de PCU remboursées en 2010 par rapport en 2009.

Taux de remboursement	2009	2010
Remboursement à 100 % (délivrance gratuite aux mineures)	305 506	362 273
Remboursement à 65 % (délivrance sur prescription)	41 454	55 964
Total	**346 960**	**418 237**

Tableau 4 : Nombre de PCU au levonorgestrel remboursées par l'Assurance maladie en 2009 et 2010 (10)

Si l'on compare, pour l'année 2010, les chiffres du GERS (1 258 040 boîtes de CU vendues) à ceux de l'Assurance maladie (418 237 CU remboursées), on peut en déduire que seuls 33 % des traitements par contraception d'urgence ont fait l'objet d'un remboursement par l'Assurance maladie. Par ailleurs, parmi les traitements remboursés, 87 % ont été remboursés à 100 % ce qui signifie que la plupart des CU remboursées ont concerné des mineures.

Il semble donc que la plus grande partie des utilisatrices recourt à l'achat direct en pharmacie sans demander de prise en charge financière. Ce type d'utilisation peut correspondre à un choix délibéré : il préserve mieux la confidentialité, évitant, notamment pour les mineures, des questions et un entretien auxquelles elles préfèrent se dérober, et leur permettant d'utiliser

un intermédiaire. Le coût du produit (entre 6 et 8 euros) est certainement considéré comme supportable par un bon nombre de femmes pour une utilisation ponctuelle. Mais le paiement reflète aussi le refus de combat des femmes pour leurs droits : nombre de mineures se le voient réclamer en pharmacie sans savoir qu'elles ont le droit à un accès gratuit ou sans oser le demander.

La Direction générale de l'enseignement scolaire (Dgesco) produit régulièrement des chiffes sur le nombre de demandes et de délivrance de PCU (au levonorgestrel). Alors que la délivrance aux mineures par les pharmaciens augmente de façon très importante, les chiffres de l'Education Nationales montrent que la demande auprès des infirmeries scolaires est restée globalement stable de 2003 à 2012. Environ 14 000 demandes et 11 000 délivrances (soit environ 80 % des demandes) de contraception d'urgence sont enregistrées en moyenne chaque année. Environ 80 % de ces demandes et de ces délivrances concernent des mineures.

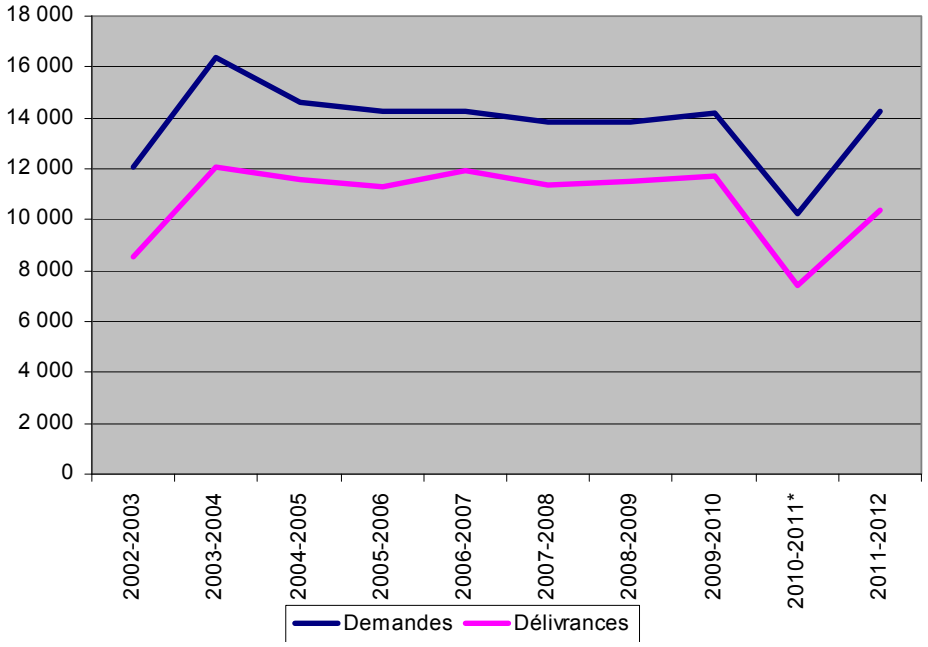


Figure 5 : Nombre annuel de demandes et de délivrances de contraception d'urgence en milieu scolaire (10)

Le rapport de l'IGAS relève dans ce dispositif deux difficultés principales : l'absence ou l'insuffisance du budget des infirmeries scolaires pour procéder à l'achat de la contraception d'urgence mais aussi la lecture très rigoureuse des conditions légales d'intervention et notamment de la notion d'urgence et de détresse. L'infirmière scolaire apparaît plus comme un derniers recours que comme une voie supplémentaire d'accès à la contraception d'urgence.

2) Circonstances de l'utilisation de la contraception d'urgence

a) Etudes française

D'après le Baromètre santé 2004, la raison principale de recours à la PCU concerne des échecs de contraception régulière, soit un oubli de pilule (30,7 %) soit un problème de préservatif (31 %), alors que l'absence de méthode contraceptive n'intervient que pour 17 % des recours (23). Les circonstances de la prise varient également selon l'âge. Les problèmes d'utilisation du préservatif étant le plus souvent évoqués par les femmes de 15 à 19 ans, tandis que les oublis de pilule sont plus fréquemment rapportés par les femmes de 20 à 24 ans. L'absence de contraception ou l'échec de méthodes naturelles sont plus fréquemment observés après 35 ans. L'enquête Fecond, révèle qu'en 2010, seule une femme sur quatre déclarant un problème avec l'utilisation du préservatif au cours des 4 dernières semaines indique avoir eu recours à la PCU (24). Le recours à la PCU est associé de manière indépendante à un âge plus jeune, à un niveau d'éducation plus élevé, au fait de résider dans une agglomération de taille importante, ainsi qu'à des antécédents d'IVG et de comportements sexuels à risque.

b) Etudes dans d'autres pays européens

Si la France a été le premier pays à autoriser la dispensation sans prescription médicale en pharmacie de la PCU au levonorgestrel en 1999, celle-ci est maintenant disponible sans prescription dans la majorité des pays européens, ainsi qu'aux Etats-Unis, au Canada, en Australie et Nouvelle-Zélande et dans certains pays asiatiques.

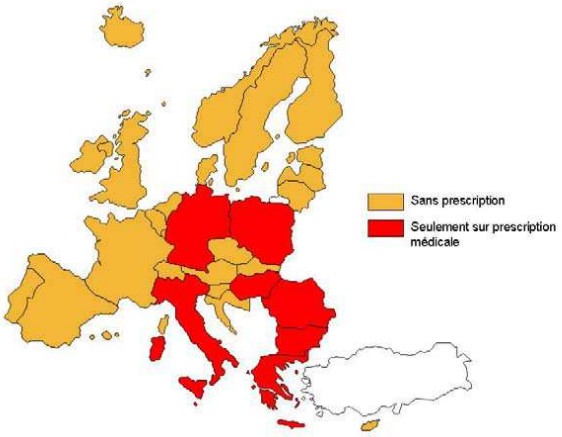


Figure 6 : Disponibilité de la pilule de contraception d'urgence au levonorgestrel dans les pays de l'UE et de l'AELE (10)

La date à laquelle la PCU au levonorgestrel est devenue disponible sans prescription varie selon les pays. Au Royaume-Uni, par exemple, elle est disponible depuis 2001 pour les personnes de plus de 16 ans. Aux Etats-Unis, la *Federal Drug Agency* (FDA) a autorisé en 2006 la vente du levonorgestrel sans prescription pour les femmes de 18 ans et plus ; en 2009 la limite est passée à 17 ans.

Au Royaume-Uni, une étude transversale répétée a évalué l'impact du changement de législation sur le recours à la PCU parmi les femmes de 16-49 ans. Cette étude montre que, contrairement à ce qui s'est passé en France, le recours à la PCU est resté stable, et aucune variation significative n'a été observée (8,4 % en 2000, 7,9 % en 2001, 7,2 % en 2002). En revanche une proportion croissante de femmes a acheté la PCU directement en pharmacie sans prescription (0 % en 2000, 19,7 % en 2001, 32,6 % en 2002).

3) Freins à l'utilisation de la contraception d'urgence

Malgré les efforts pour faciliter l'accès à la CU, celle-ci reste sous-utilisée. Les freins à l'utilisation sont de deux ordres : d'une part un manque de connaissances des femmes et des médecins et d'autre part, des difficultés d'accès. Dans une étude de cohorte française en population générale (étude Cocon) auprès de plus de 700 femmes à risque de grossesse non prévue, seules 11 % des femmes ont utilisé la CU. Les femmes qui avaient une relation stable ou qui utilisaient une méthode contraceptive régulière étaient moins susceptibles d'utiliser la CU que les autres.

Au niveau des usagers, les principaux freins identifiés concernent le manque de perception du risque de grossesse, le manque de connaissance de la contraception d'urgence et de son délai d'utilisation, les attitudes négatives vis-à-vis de la contraception d'urgence, les craintes du regard social et de la stigmatisation ainsi que la perception exagérée du risque d'effets indésirables.

Au niveau des professionnels, on trouve une méconnaissance de la contraception d'urgence, un manque de perception de son utilité, un manque d'information fournie par les cliniciens aux femmes ainsi que les attitudes moralisatrices notamment des pharmaciens.

Au niveau collectif, les freins sont les difficultés d'accessibilité au niveau géographique et/ou d'horaire, ainsi que le coût financier, la limite de la gratuité aux mineures filles en situation d'urgence, et la législation restrictive de délivrance en milieu scolaire.

D) Rôle du pharmacien (21)

Les pharmaciens sont au centre du dispositif de prévention des grossesses non désirées à travers la contraception d'urgence en étant souvent en contact avec des jeunes filles (mais aussi parfois leur compagnon) et des femmes en manque d'information sur la contraception.

Les 23 000 officines de pharmacie offrent une couverture géographique plus complète et plus dense qu'aucune autre structure sanitaire ou sociale, notamment en milieu rurale. Elles fournissent un accès de proximité, sans rendez-vous, sur une grande amplitude horaire, particulièrement adapté à la délivrance d'un produit comme la CU qui doit être pris rapidement pour être efficace. Le pharmacien a l'obligation de délivrer la CU à qui le lui demande, sans exigence de prescription médicale. Il a l'obligation de la délivrer gratuitement aux jeunes filles qui déclarent être mineures.

Mais leur rôle va bien au-delà de la simple délivrance. En l'absence de prescription obligatoire, on estime à 90 % la part de la contraception d'urgence délivrée sans ordonnance dans les officines. Si le produit est en lui-même considéré comme sans danger pour la santé, sa délivrance intervient souvent à un moment où son utilisatrice est en situation de fragilité et reflète par définition un échec ou un défaut de couverture contraceptive.

Premier et parfois seul interlocuteur, le pharmacien est appelé à jouer un rôle particulièrement important d'information et de conseil dans une circonstance et sur un sujet particulièrement délicat, qui peut s'avérer décisif en termes de prévention. Pour les jeunes mineures cette responsabilité du pharmacien est précisée et organisé par la réglementation. Selon les termes du décret du 9 janvier 2002 « *la délivrance par le pharmacien est précédée par un entretien visant à s'assurer que la situation de la personne mineure correspond aux critères d'urgence et aux conditions d'utilisation de cette contraception. L'entretien permet également au pharmacien de fournir à la mineure une information sur l'accès à une contraception régulière, sur la prévention des maladies sexuellement transmissibles et sur l'intérêt d'un suivi médical. Cette information est complétée par la remise de la documentation dont dispose le pharmacien sur ces sujets. Le pharmacien communique également à la mineure les coordonnées du centre de planification ou d'éducation familiale le plus proche* ».

Le pharmacien devra encourager le suivi médical par un centre de planification familiale, le médecin traitant ou un médecin spécialiste, et surtout préciser aux jeunes filles que la contraception d'urgence ne peut en aucun cas remplacer un contraception régulière.

L'entretien devra avoir lieu dans un espace de confidentialité afin d'aider la jeune fille à se sentir à l'aise. Au cours de cet entretien, le pharmacien corrigera une information contraceptive mal comprise ou erronée, il devra aussi aborder les problèmes des MST et du Sida. L'information sur la contraception demande toujours du temps, que l'on s'adresse à des jeunes filles ou à des femmes plus âgées.

La démarche éducative requise du pharmacien est délicate à mettre en œuvre du fait notamment :

- de la situation d'urgence dans laquelle se trouve la jeune fille, qui ne la met pas a priori dans une position d'écoute
- de l'absence de connaissance (la plupart du temps) par le pharmacien de l'environnement de la jeune fille et de ses conditions de vie
- du manque de confidentialité de l'officine, qui peut alors constituer un frein au dialogue

Une enquête sur la contraception d'urgence chez les mineures a été réalisée auprès de 462 pharmacies d'officine en Alsace à la demande de l'IGAS et a permis de recueillir leur point de vue sur le dispositif de délivrance de la contraception d'urgence dix ans après sa mise en place (21). Il ressort de cette enquête que si la majorité d'entre eux considèrent que le bilan est positif, voire très positif, une part significative (57 %) fait état de difficultés dans la mise en œuvres du dispositif. La tenue de l'entretien préalable à la délivrance de la contraception d'urgence apparaît comme la principale source de préoccupation, avant les problèmes d'information.

Cette enquête fait état d'un certain nombre de difficultés rencontrées par les pharmaciens concernant :

- l'entretien
    - manque de réceptivité, surtout chez les jeunes
    - demande formulée par un tiers ne permettant pas de mener un entretien en direct
    - difficulté d'assurer la confidentialité, qui peut résulter d'un problème de disposition des locaux, de l'affluence, ou d'un environnement peu favorable à l'anonymat (dans les villages)
    - manque de temps, surtout du coté de la clientèle qui fuit l'entretien

- l'information
    - manque d'information des pharmaciens (une minorité)
    - manque de documentation (brochure à remettre aux clientes) en quantité suffisante ou ignorance de leur existence
    - carence d'informations des clientes (conditions d'utilisation, efficacité relative)
- la déclaration de la minorité
    - incertitude sur l'âge réel de la demandeuse
- les demandes à l'avance
    - généralement considérées par les pharmaciens comme du mésusage
- les achats réitérés
    - certains pharmaciens sont demandeurs d'un guide sur la conduite à tenir en cas de demandes réitérées ; un petit nombre déclare refuser de délivrer la contraception d'urgence dans ces conditions

Les pharmaciens d'officine, par leur solide formation scientifique, leur proximité, leur disponibilité et la confiance des patients dont ils jouissent, jouent un rôle significatif en matière d'éducation à la contraception et de délivrance de la contraception d'urgence. L'ensemble des mesures relatives à la contraception d'urgence revalorise l'acte pharmaceutique et permet au pharmacien de ne pas être considéré comme un simple « distributeur de médicaments ».

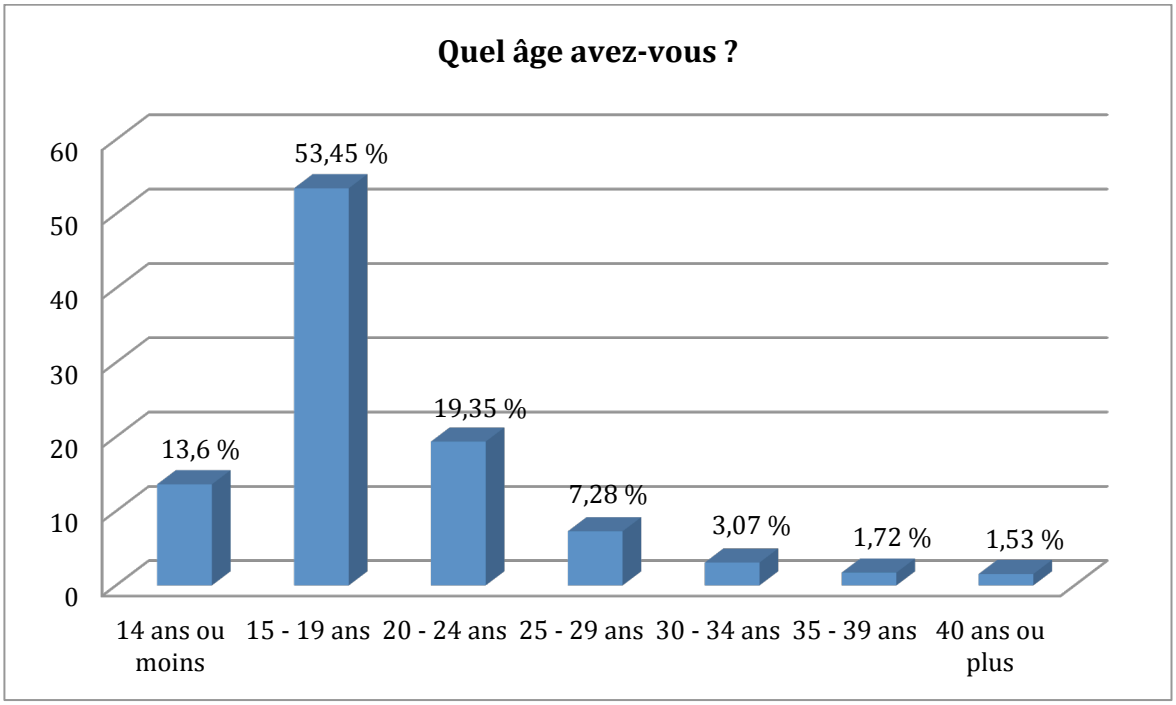
III) Enquête sur les connaissances relatives à la contraception d'urgence

Annexe 1

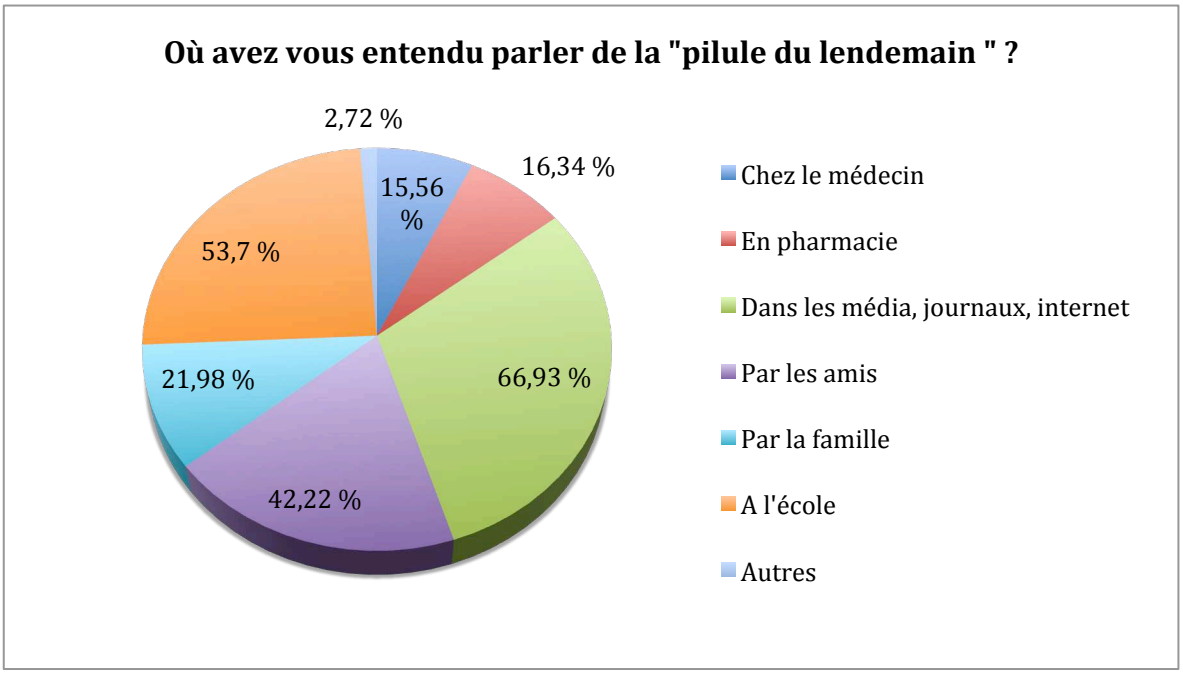
Dans un contexte où la sexualité ne s'inscrit pas uniquement dans une dimension conjugale et n'implique plus forcément la reproduction, toute femme sexuellement active et capable de procréer, si elle ne désire pas d'enfant, doit utiliser une méthode contraceptive adaptée à son âge et à ses pratiques sexuelles. Cependant, bien que les Françaises soient les « championnes du monde » de l'utilisation de la contraception, les échecs demeurent fréquents puisque d'après l'étude Cocon, une grossesse sur trois est qualifiée de « non prévu » et les deux tiers des grossesses non prévues surviennent chez des femmes utilisant une contraception. Pour éviter une grossesse non prévue ou non désirée, mais avant de recourir à l'avortement, les femmes ont à leur disposition depuis 1999, la contraception d'urgence dite « pilule du lendemain ». En 2010, près d'une femme en âge de procréer sur quatre avait déjà utilisé la pilule contraceptive d'urgence au cours de sa vie. Le recours à la contraception d'urgence fait partie des stratégies de rattrapage pour palier un défaut de contraception identifié. Elle est le signe des difficultés que les femmes rencontrent dans la gestion quotidienne de leur pratique contraceptive.

Malheureusement, en France, la contraception d'urgence est souvent méconnue. En effet, beaucoup de femmes de tout âge ignorent les délais des différentes méthodes existantes, les modes d'utilisation, les possibilités d'accès, etc. Des informations fausses continuent de circuler sur ces pilules incorrectement baptisées « du lendemain » ou du « surlendemain ».

A partir de ce constat, j'ai réalisé un questionnaire portant essentiellement sur la contraception d'urgence au levonorgestrel ou « pilule du lendemain » afin de faire un point sur les connaissances des Français sur ce sujet. J'ai diffusé mon formulaire sur internet via des forums et j'ai également pu intervenir auprès des lycéens du lycée Jean Cassaigne à Saint-Pierre-du-Mont dans les Landes (classes de 2nd, 1ère, Terminales et BTS esthétique) ainsi qu'auprès des élèves de 3ème du collège Saint Pierre à Casseneuil dans le Lot-et-Garonne. Au total, j'ai recueilli 522 réponses. Les sondés sont essentiellement des femmes avec un taux de 74,5 % pour 25,5 % d'hommes. Seul 1,5 % des personnes interrogées déclarent ne pas connaître la « pilule du lendemain » (dont 2 femmes et 6 hommes tous âgés de moins de 19 ans).



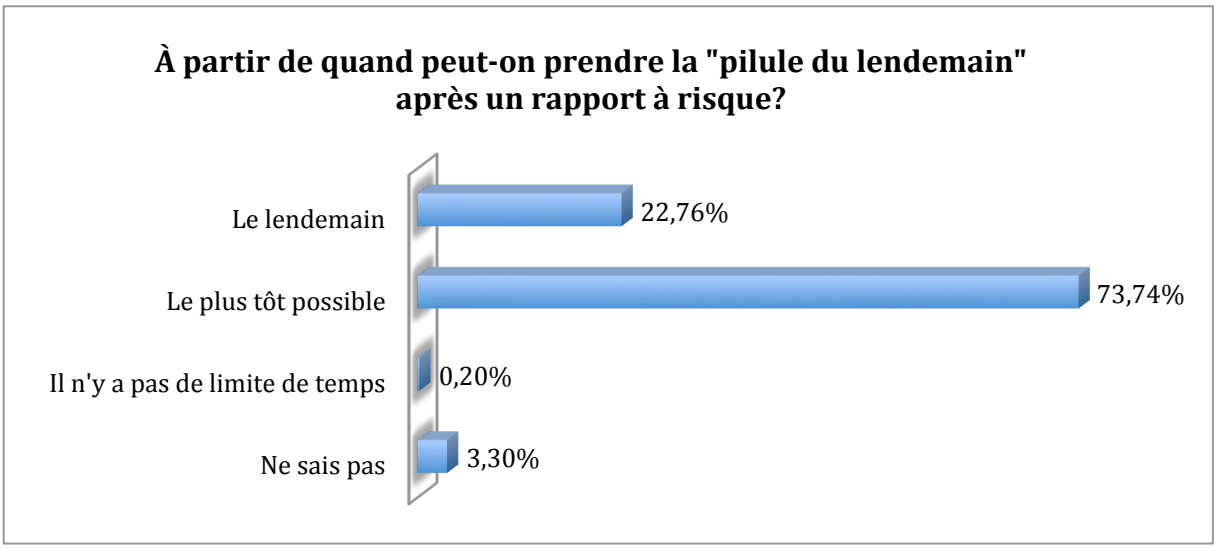
Les participants les plus nombreux sont les jeunes âgées de moins de 25 ans (86,4 %) suivit par les 25 – 29 ans (7,3 %) et enfin les plus de 30 ans (6,3 %).



Les média, journaux et internet représentent un relai important pour la transmission d'information sur la contraception d'urgence puisqu'ils sont les plus cités suivit par l'enseignement et les proches (famille et amis). Les professionnels de santé, médecins et pharmaciens, ne sont pas les plus sollicités comme source d'information.

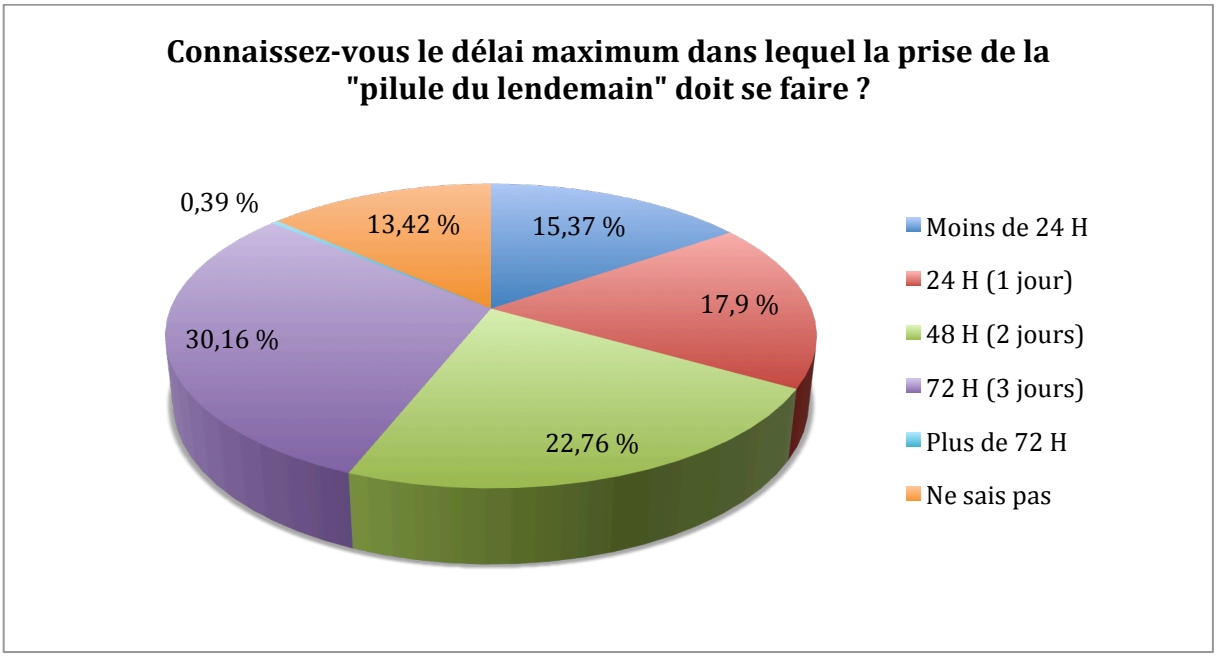
Les circonstances dans lesquelles la « pilule du lendemain » peut être prise, sont connues dans plus de la majorité des cas et seulement 2,72 % des personnes interrogés déclarent ne pas savoir :

- rapport non ou mal protégé : 87,74 %
- absence de contraception : 60,31 %
- accident de préservatif : 89,16 %
- oubli de pilule : 63,62 %

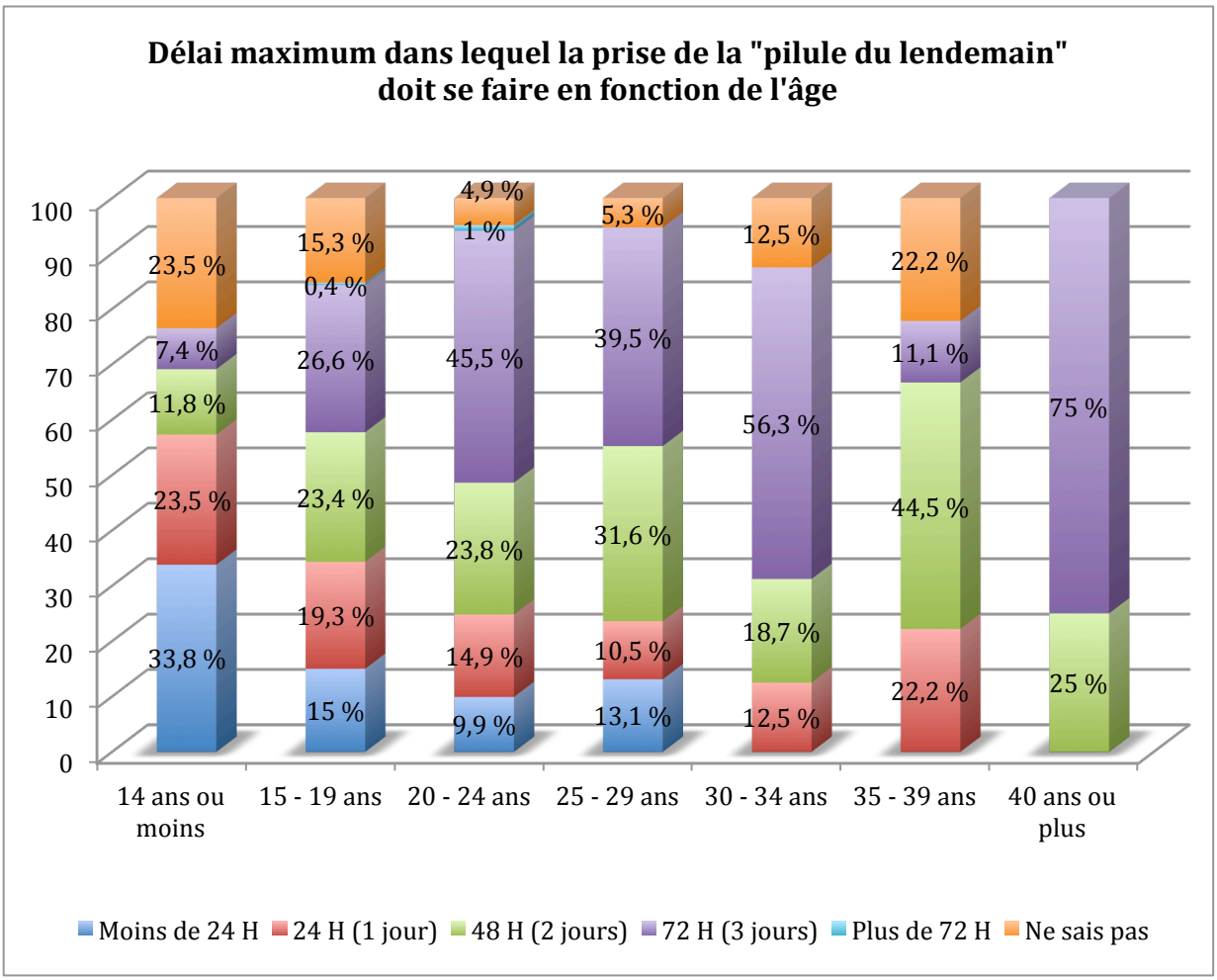


Bien que plus des deux tiers des personnes sondées savent qu'il faut prendre la « pilule du lendemain » le plus tôt possible après un rapport à risque, encore une personne sur quatre pense qu'il faut attendre le lendemain. Cette proportion est beaucoup plus élevée chez les jeunes puisqu'ils sont 41,18 % des 14 ans ou moins et 26,4 % des 15 – 19 ans à citer ce délai.

Le terme « pilule du lendemain » entraîne de nombreuses confusion auprès des utilisateurs notamment sur les modalités de prises ou encore sur le délai d'efficacité. Dans l'enquête sociologique sur la contraception d'urgence en 2009 (25), Yaëlle Amsellem-Mainguy souligne que le terme « pilule du lendemain » comprend une double ambigüité : certaines femmes, qui en auraient besoin, ne l'utilisent pas car elles pensent avoir dépassé le délai, identifié au lendemain. D'autre part, le lendemain fait référence à une norme adulte du rapport sexuel ayant lieu la nuit, d'ou une prise de la contraception d'urgence le lendemain. Or, pour beaucoup de jeunes, les rapports sexuels ont lieu dans la journée, par exemple en l'absence des parents, ils n'ont donc pas forcément à attendre le lendemain pour prendre la contraception d'urgence si nécessaire.

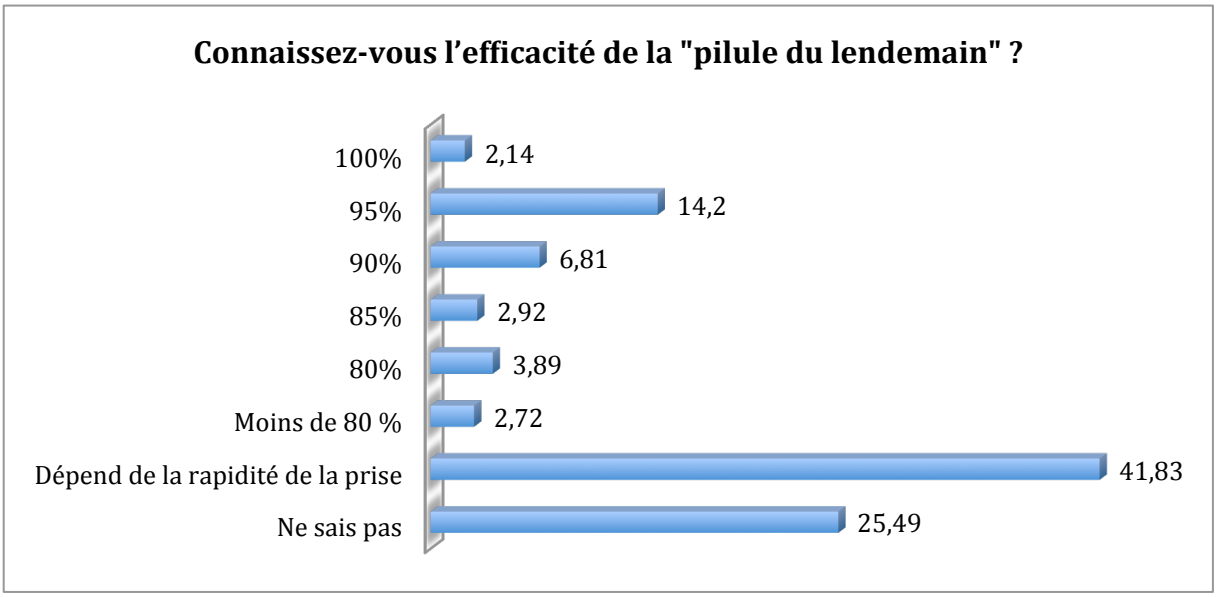


Seulement 30 % des personnes interrogées connaissent précisément le délai d'utilisation (72 heures), 56 % le sous-estiment, moins de 1 % le surestiment et 13 % n'en savent rien.



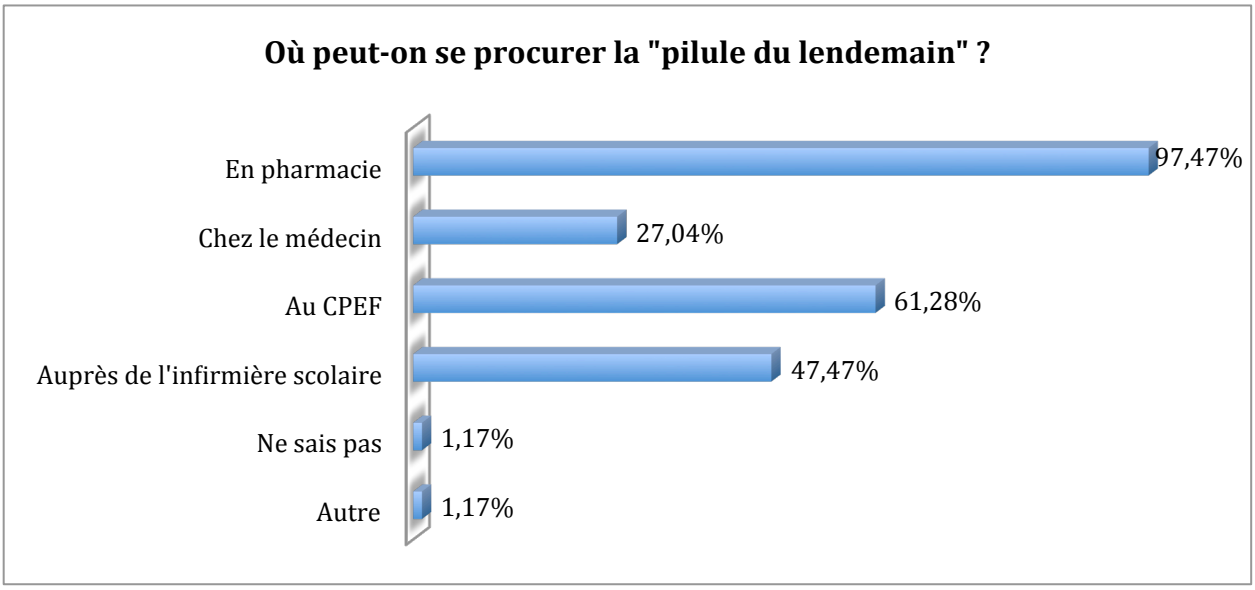
Si l'on compare les données précédentes avec l'âge des sondés, on peut observer que le niveau de connaissance est plus élevé dans les classes d'âge moyen (45,5 % chez les 20 – 24 ans, 39,5 % chez les 25 – 29 ans et 56,3 % chez les 30 – 34 ans). Les plus jeunes ont plutôt tendance à sous-estimer le délai dans lequel la prise de la contraception d'urgence peut se faire puisque seulement 7,4 % des moins de 14 ans citent le bon temps. De même, les femmes (33,9 %) sont, de manière générale, mieux informées de ce délai que les hommes (17,3 %).

La contraception d'urgence peut-être utilisée jusqu'à 72 heures suivant un rapport sexuel non ou mal protégé, et non pas 24 heures comme peut le laisser sous entendre le terme « lendemain ». Une partie des femmes ne l'utilise pas (ou hésite à l'utiliser) lorsque le rapport sexuel est considéré « trop loin » du « lendemain ». La méconnaissance de ce délai représente un frein important à son utilisation. Il paraît donc important de banaliser l'expression « contraception d'urgence » auprès de la population pour faciliter à la fois la compréhension et l'utilisation du produit.



Il est important de rappeler que la « pilule du lendemain » n'est pas efficace à 100 % et son efficacité est fortement corrélée à sa rapidité d'utilisation : elles est estimé à 95 % dans les 24 heures suivant le rapport, à 85 % entre 24 et 48 heures, à 58 % entre 49 et 72 heures. Donc plus la pilule est prise précocement, plus elle a de chance d'être efficace et ainsi permettre d'éviter une éventuelle grossesse qui peut être préjudiciable notamment chez les plus jeunes. La majorité des personnes interrogées semble savoir que l'efficacité de la « pilule du lendemain » dépend de la rapidité de la prise mais une part encore importante (25 %) n'a aucune idée de cette efficacité.

Si plus de 90 % des personnes sondées savent que la « pilule du lendemain » est disponible sans ordonnance et 70 % qu'on peut l'obtenir gratuitement (seulement 33,8 % des 14 ans ou moins), les conditions nécessaires à sa gratuité restent vagues pour un grand nombre et 22 % n'en ont aucune idée. Ils sont 53 % à avoir cité que le fait d'être mineur permet d'obtenir gratuitement la « pilule du lendemain » et seulement 13 % et 5 % qu'il est également possible de l'avoir gratuitement respectivement dans les CPEF et les infirmeries scolaires que l'ont soit mineure ou majeure. 3 % d'entre eux, pensent qu'il est possible de l'obtenir gratuitement dans tous les cas ou dans des situations extrêmes tel que le viol.

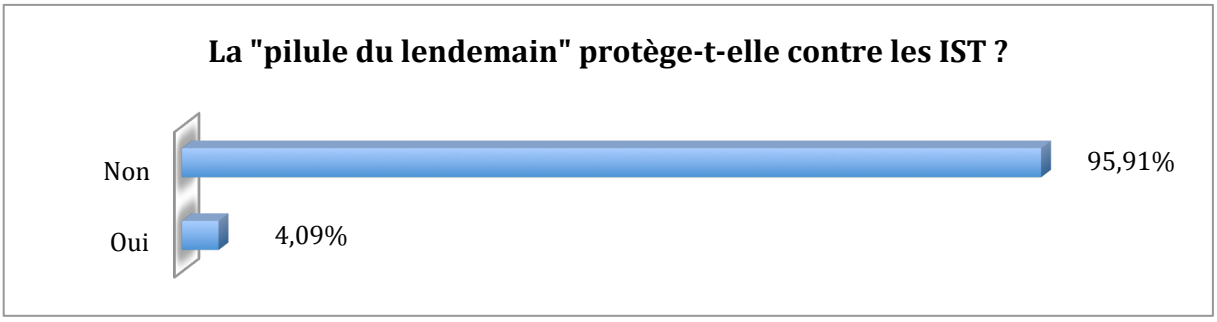


Les structures disponibles permettant d'obtenir une contraception d'urgence sont connues dans la majorité des cas puisque plus de 97 % des personnes ont cité la pharmacie, 61 % les CPEF et 47,5 % l'infirmerie scolaire. Cependant, si l'on compare les réponses avec l'âge des sondés on constate que chez les collégiens, les CPEF ne sont connus que par 17 % d'entre eux. Au cours de mon intervention auprès des élèves, j'ai en effet pu constater qu'un grand nombre avait plus ou moins entendu parler de ces centres voir ne les connaissaient pas du tout. Or, à l'heure actuelle, seuls les CPEF peuvent proposer des consultations médicales gratuites et délivrer de manière gratuite et confidentielle une contraception aux mineures et jeunes majeures sans couvertures sociale. De même, en ce qui concerne l'infirmière scolaire, elle est citée par prés de 36 % des collégiens et 45 % des lycéens. Au lycée Jean Cassaigne, l'infirmière scolaire ne détient pas de stock de « pilule du lendemain », les élèves sont donc automatiquement réorientés vers une autre structure par cette dernière, après discussion. Quand au collège Saint Pierre, il n'y a pas d'infirmière dans l'établissement, les élèves s'adressent au CPE en cas de problème.

La méconnaissance des structures disponibles et des conditions permettant d'obtenir gratuitement une contraception d'urgence représentent un frein à son utilisation. Ils sont seulement 40 % à savoir que la « pilule du lendemain » est remboursée sur présentation d'une ordonnance. Pour beaucoup, la « pilule du lendemain » paraît « hors de prix ». En évoquant son coût avec les élèves, aux alentours de 5-7 euros, j'ai pu entendre des *« Ah ouais quand même »*, *« C'est cher »*, *« C'est pas donné »*. De même, de nombreuses mineures la paient en pharmacie en ignorant qu'elles peuvent l'avoir gratuitement et les majeures pensent qu'elles doivent forcément la payer comme me l'a écrit une lycéenne *« c'est gratuit pour les mineures, les majeures doivent se débrouiller !!! »*.

Pour rappel, on peut obtenir la « pilule du lendemain » :

- dans les pharmacies directement sans prescription médicale (anonyme et gratuit pour les mineures en situation d'urgence – sinon, non remboursé et payante) ou après prescription par un médecin ou une sage femme (remboursement à 65%)
- dans les centres de planification et d'éducation familiale, de manière anonyme et gratuite pour les mineures et pour les majeures sans couvertures sociale
- dans les établissements scolaires par les infirmières, de manière anonyme et gratuite, aux élèves des collèges et lycées (mineures ou majeures)
- dans les services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé de manière anonyme et gratuite pour les étudiants

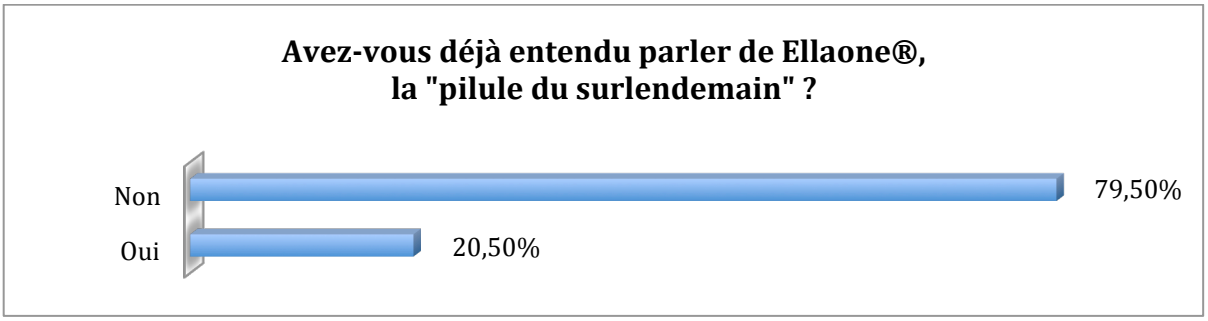


Si près de 96 % des personnes ont consciences que la « pilule du lendemain » ne protège pas des infections sexuellement transmissibles, ils sont plus nombreux chez les moins de 19 ans à penser le contraire : 12,68 % chez les 14 ans ou moins et 4, 3 % chez les 15 – 19 ans. Seuls ces classes d'âges on répondu positivement à cette question. Les préservatifs, masculins et féminins, sont les seuls moyens de contraception qui protège du VIH et des IST.

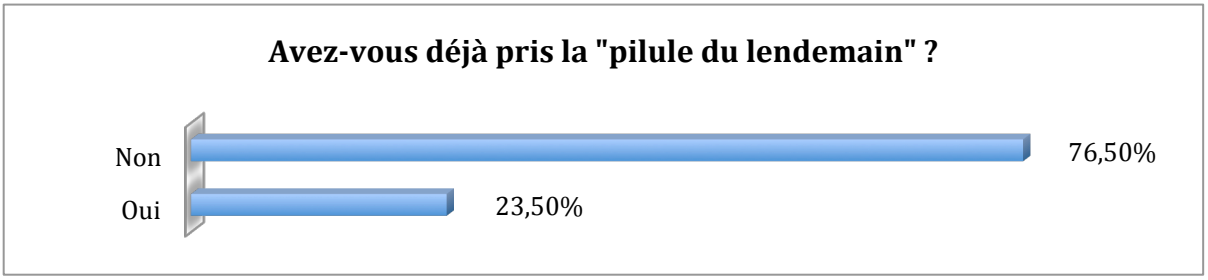
Des rumeurs circulent à propos des effets secondaires de la contraception d'urgence. Ce qui s'apparente à des « légendes urbaines » se diffusent oralement dans les groupes de pairs (dans les couloirs des collège et lycées, par exemple) ou encore sur les forums internet dédiés à la santé. Dans un contexte où la maternité est fortement valorisée et où elle ferait partie intégrante de l'identité féminine, tout ce qui alimente les angoisses liées à la stérilité se diffuse rapidement. La contraception d'urgence n'es pas tenue à l'écart des méfiances collectives : une utilisation répétée entrainerait une baisse de la fertilité, voire rendrait stérile. En effet, 26 % des personnes sondées pensent que la « pilule du lendemain » peut rendre stérile et ce pourcentage est plus important chez les classes d'âges les plus jeunes (26,5 % chez les 14 ans ou moins, 32,5 % chez les 15 – 19 ans et 24, 7 % chez les 20 – 24 ans contre seulement 6 % chez les 25 – 29 ans et 30 – 34 ans).

Les inquiétudes autour de la stérilité, le manque d'informations sur la contraception d'urgence, la perception d'un risque pour la santé ou l'exagération des effets secondaires apparaissent comme autant de freins à une nouvelle utilisation. Rappelons toutefois que si la contraception d'urgence est susceptible de provoquer des nausées, des maux de tête, des douleurs dans le bas-ventre, une fatigue ou encore des vertiges, aucun lien avec une baisse de la fécondité ou des conséquences physiques à long terme n'a été médicalement et scientifiquement prouvé. Autrement dit, la contraception d'urgence ne provoque aucun effet secondaire grave et ne comporte aucune contre-indication.

Après les questions sur la « pilule du lendemain », je me suis intéressée aux connaissances des individus sur les différentes contraception d'urgence qui existent. Ils sont 12,5 % à m'avoir répondu connaître d'autres moyens. Parmi eux ils sont 25 % à avoir cité la « pilule du surlendemain », 20,3 % le DIU au cuivre, 20,3 % les deux et 10,9 % disent ne plus savoir le nom. Par contre 11 % et 12,5 % d'entre eux pensent, respectivement, que l'avortement et les moyens contraceptifs régulier (tels que la pilule, le préservatif ou l'implant) sont une contraception d'urgence. L'usage du mot « pilule » continue de participer au brouillage des informations reçues. En effet, on parle de « pilule » pour désigner la contraception quotidienne et de « pilule du lendemain » pour désigner celle à prendre *a posteriori*, en cas de rapport non ou mal protégé, mais aussi de « pilule abortive » pour parler du RU-486, et ce manque de clarification explique en partie pourquoi certaines assimilent la contraception d'urgence à un « mini-avortement ».



Si 20 % des personnes sondées ont déjà entendu parler d'Ellaone®, la « pilule du surlendemain », seulement 40 % des personnes interrogées connaissent précisément le délai d'utilisation (5 jour), 29,5 % le sous-estiment, 1,9 % le surestiment et 28,6 % n'en savent rien.

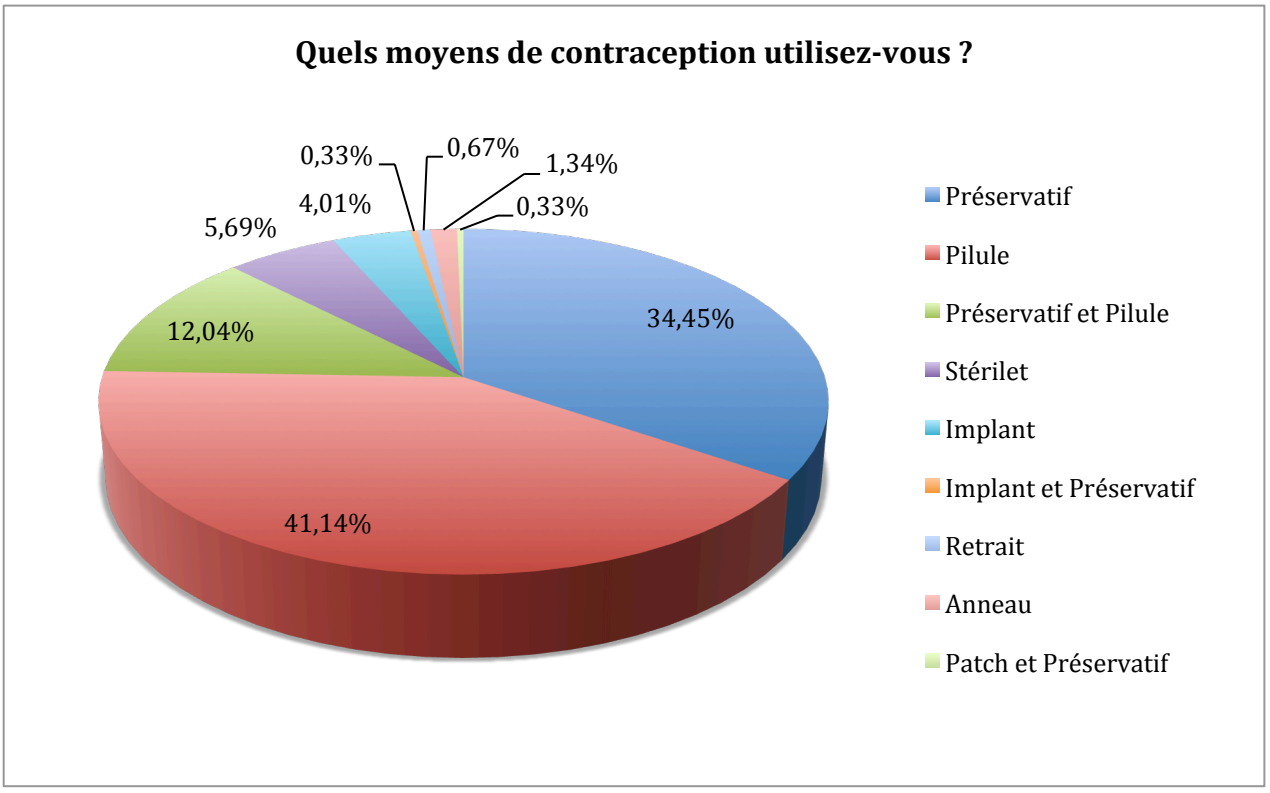


Le recours à la contraception d'urgence est plus important chez les 20 – 24 ans (51,5 %) et les 25 – 29 ans (63,2 %).

Parmi les 121 personnes ayant pris la « pilule du lendemain », 4 déclarent avoir rencontré des difficultés pour l'obtenir. Les raisons citées sont le refus de délivrance par le médecin ou le pharmacien estimant la situation non préoccupante et les préjugés du pharmacien : « *Mon médecin a estimé que je n'avais couru aucun risque et a refusé de me la donner... même son de cloche à la pharmacie... 3 semaines plus tard, le test était positif* » (26ans) ; « *Une fois, refus de la pharmacie de me la donner* » (24 ans) ; « *Étant majeur la pharmacie voulais pas la donner à mon copain car je pouvais pas y aller. J'ai du attendre et aller au planning* » (21 ans) ; « *La pharmacienne voulait connaitre toute ma vie, donc une dispute à éclaté dans la pharmacie. C'est son supérieur qui lui a dit de la boucler car j'étais majeur et je la payé puisque je connais son utilité. Et ma petite sœur 17 ans ça lui a arrivé la même dispute dans une autre pharmacie, c'est certains, le manque de professionnalisme des pharmaciennes fait monter les taux grossesse chez les jeunes car ma petit sœur c'est sentie blessé et rabaissé. Acheter un test de grossesse est plus simple que d'acheter une pilule du lendemain. Les infirmières scolaires sont là pour ramasser les jeunes passés en pharmacie qui ont été rabaissé...* » (24 ans).

De même, si certaines personnes affirment ne pas avoir eu de problème pour se procurer la « pilule du lendemain » : « *Délivrée en pharmacie avec conseils de contraception et de protection des rapports sexuels* » (23 ans) ; « *La pharmacienne n'a pas poser de questions elle me l'a juste tendue* » (17 ans) ; *« Je me suis rendue a la pharmacie et je l ai obtenu de suite* » (22 ans) ; « *Je suis allée en pharmacie expliquer mon cas, peu avant mes 18 ans, je l'ai eu gratuitement* » (23 ans) ; « *Sans problème à la pharmacie de garde car le "lendemain" était un dimanche* » (48 ans), d'autres font échos de l'attitude moralisatrice du pharmacien : « *Réflexion de la part de la pharmacienne! C'était il y a longtemps je ne me souviens plus de la remarque. Comme si c'était forcement un oubli de protection...* » (30 ans) ; « *Juste pour info, personnellement je n'ai jamais eu la nécessité de prendre le pilule du lendemain. Cependant, j'ai des connaissances qui ont eu ce besoin et qui ont eu des réflexions déplacées de la personne délivrant le produit* » (23 ans) ; « *J'ai cependant subit des remarques réellement désobligeante de la pharmacienne en question, qui pourtant ne me connaissait pas* » (21 ans).

Aller à la pharmacie, demander le produit, se voir infliger une leçon de morale, ce que certaines appellent le « chemin de la combattante », sont aussi des freins à une bonne utilisation de la contraception d'urgence, contournés lorsque cela est possible, en changeant de quartier, de ville et de pharmacie pour préserver son anonymat.



Plus de 55 % des personnes interrogées déclarent utiliser une contraception lors de rapports sexuels. Les moyens les plus cités sont la pilule (41,14 %), le préservatif (34,45 %), l'association préservatif + pilule (12,04 %), le stérilet (5,69 %), l'implant (4,01 %) et enfin l'anneau vaginal (1,34 %). Les autres moyens contraceptifs (association implant + préservatif ou patch + préservatif et le retrait) ne sont cités que par moins de 1 % des individus.

Si l'on compare ces données en fonction de l'âge, on constate que chez les plus jeunes le préservatif devient le moyen le plus utilisé avec 87,5 % chez les 14 ans ou moins et 53,6 % chez les 15 – 19 ans, ensuite viens la pilule pour plus d'une personne sur deux chez les 20 – 24 ans (59,8 %) et les 25 – 29 ans (60,6 %) et le stérilet ne s'impose qu'à partie de 35 ans (62,5 % chez les 35 – 39 ans). Ces résultats reflètent la norme contraceptive française détaillée de façon plus approfondie dans la partie suivante.

Comme le démontrent les résultats de cette enquête, le niveau d'information sur les différentes contraceptions d'urgence, les délais réels d'efficacité, les lieux pour se les procurer et les conditions de gratuité s'avère encore insuffisant. Or c'est l'ensemble de ces informations qui permet une utilisation optimale de celles-ci.

D'après les résultats du Baromètre Santé Inpes 2005 (26), près de 40 % des Français déclarent ne pas connaître le délai d'efficacité de la contraception d'urgence. Parmi ceux qui pensent le connaître, 90 % citent un délai erroné. Et 63 % pensent qu'il faut y avoir recours dans les 24 heures qui suivent le rapport non ou mal protégé : une fausse croyance probablement liée à l'expression couramment employée de « pilule du lendemain ». Or, ce terme est inapproprié, les femmes disposent en réalité jusqu'à 120 heures selon la méthode utilisée.

C'est pourquoi on doit parler de « contraception d'urgence » et non pas de « pilule du lendemain » ou de « surlendemain ». D'une part parce que le mot « lendemain » et « surlendemain » définissent un délai erroné qui entraine une confusion auprès des utilisateurs et d'autre part parce qu'il existe d'autres moyens de contraception d'urgence tel que le DIU au cuivre souvent méconnu pour cet usage.

L'information auprès du public apparaît important afin de dissiper les fausses idées sur la contraception d'urgence. Comme l'a montré mon enquête, les professionnels de santé ne sont pas les plus sollicité pour avoir des renseignements, peut-être par pudeur et difficultés pour certaines personnes de parler de sujet qui touche à son intimité. Internet

est une source d'information très exploité mais le risque, notamment via les forums de santé qui parlent de ce sujet, est de faire circuler des rumeurs (par exemple sur les effets indésirables ou la stérilité) qui peuvent effrayer les utilisatrices et ainsi restreindre l'utilisation de la contraception d'urgence.

Depuis 2000, le ministère de la Santé et l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (Inpes) réalisent régulièrement des campagnes nationales d'information sur le thème de la contraception. Concernant la contraception d'urgence, une nouvelle campagne de communication a été diffusée en juin 2012, avec pour objectif d'informer les femmes – en particulier les 18-24 ans – qu'en cas de doute, elles ont jusqu'à cinq jours pour avoir recours à la contraception d'urgence. Une fiche d'information sur la contraception d'urgence a été élaborée en juillet 2012 par le ministère de la Santé.

IV) Contraception et IVG

Depuis le vote de la loi Neuwirth en 1967 et son entrée en application en 1972, les méthodes contraceptives ont connu une large diffusion en France. La loi Aubry du 4 juillet 2001 a facilité l'accès à la contraception et à l'avortement chez les mineures en leur permettant de recourir au médecin de leur choix sans autorisation parentale ; elle a aussi légalisé la stérilisation à visée contraceptive. Au début des années 2000, les femmes se sont également vues proposer de nouvelles méthodes hormonales de contraception comme l'implant, le patch et l'anneau vaginal et elles peuvent depuis accéder à la contraception d'urgence sans ordonnance, et gratuitement pour les mineures.

Notre pays présente ainsi l'un des taux de couverture contraceptive les plus élevés au monde, soit 90,2 % des femmes de 15-49 ans sexuellement actives. Cependant en 2002, une enquête estimait qu'un tiers des grossesses n'étaient pas prévues, et que deux fois sur trois elles intervenaient alors que les couples utilisaient un moyen de contraception. La question des échecs contraceptifs se pose d'autant plus fortement dans le cas des jeunes (15-25 ans), car une grossesse non désirée peut être préjudiciable à leur vie affective, sexuelle et sociale. En outre, on constate un risque accru de recours à des IVG répétées à la suite d'une grossesse précoce. Agir au plus tôt devrait permettre un apprentissage des bonnes pratiques contraceptives et préventives des infections sexuellement transmissibles.

A) La contraception

1) Les différentes méthodes contraceptives (3) (27)

Ces dernières années, les méthodes contraceptives se sont beaucoup diversifiées. Au-delà de la pilule, du préservatif et du DIU, les femmes peuvent aussi recourir à l'implant, au patch ou encore à l'anneau contraceptif. Ces progrès sont importants. Ils permettent aujourd'hui à chacun et chacune de choisir la contraception qui lui convient le mieux.

a) La pilule contraceptive

Un comprimé à prendre quotidiennement et à heure régulière pendant les 21 jours ou 28 selon le type de pilule. Il en existe deux types : les pilules combinées oestroprogestatives qui contiennent deux hormones et les pilules progestatives qui n'en contiennent qu'une. En cas

d'oubli supérieur à 12 heures pour la première et à 3 heures pour la seconde, la protection n'est plus assurée. Les pilules oestroprogestatives sont classées selon la génération du progestatif. L'efficacité de la pilule est très grande car supérieure à 99,7 %. Mais cette efficacité peut être compromise par les oublis (plus ou moins grave selon le type de pilules), les effets indésirables (nausées, diarrhées) qui conduisent à l'arrêter et par l'interaction avec certains médicaments. Les erreurs d'utilisations font que l'efficacité de ce moyen de contraception en utilisation courante est de 91 %. Elle est prescrite par un médecin, ou une sage femme et est délivrée sur ordonnance en pharmacie. Elle peut être renouvelée par une infirmière ou un pharmacien pour 6 mois maximum. Son coût varie de 2 à 14 euros par mois ; certaines sont remboursées à 65 %. La pilule est gratuite dans les CPEF pour les mineures et les non-assurées sociales ainsi que pour les mineures d'au moins 15 ans assurées sociales ou ayant droit dans les pharmacies.

b) Le patch contraceptif

Un patch à coller soi-même sur la peau (au niveau du ventre, des épaule ou en bas du dos) une fois par semaine et à renouveler chaque semaine, pendant 3 semaines. Durant la 4ème semaine, on ne met pas de patch, ce qui provoque l'apparition des règles. Il contient une association similaire à celle d'une pilule combinée : les deux hormones (estradiol et progestatif) pénètrent dans le sang à travers la peau. Un geste hebdomadaire, efficace pour celles qui ont tendance à oublier leur pilule et qui ne veulent pas avoir à penser à leur contraception tous les jours. Utilisé parfaitement, le patch est efficace à 99,7 %. Il est délivré en pharmacie, sur ordonnance d'un médecin ou d'une sage-femme. Il coûte environ 15 euros par mois et n'est pas remboursé.

c) L'implant contraceptif

Un bâtonnet cylindrique de 4 cm de long et de 2 mm de large inséré sous la peau du bras, sous anesthésie locale. C'est un réservoir contenant les mêmes hormones que les pilules progestatives. La pose dure quelques minutes. Il peut être retiré par un médecin ou une sage-femme dès que la femme le désire. Très fiable, il permet d'avoir l'esprit tranquille car il est efficace pendant 3 ans. L'implant est efficace à 99,9 %. Il est prescrit et posé par un médecin ou une sage femme. La délivrance se fait en pharmacie sur ordonnance. Son coût est de 106,44 euros et il est remboursé à 65 %. L'implant est gratuit dans les CPEF pour les

mineures et les non-assurées sociales ainsi que pour les mineures d'au moins 15 ans assurées sociales ou ayant droit dans les pharmacies.

d) L'anneau vaginal

Un anneau souple qui contient une association d'hormones (estrogène + progestatif), à placer soi-même dans le vagin, simplement, comme un tampon. On le laisse en place pendant 3 semaines. Au début de la 4ème semaine, on enlève l'anneau soi-même, ce qui provoque l'apparition des règles. Il permet de bénéficier d'une contraception efficace sans y penser pendant 3 semaines. L'anneau est très efficace puisque lorsqu'il est utilisé de manière parfaite, il protège à 99,7 %, comme une pilule combinée. Il est prescrit par un médecin, ou une sage femme et est délivré sur ordonnance en pharmacie. Il coûte environ 16 euros par mois et n'est pas remboursé.

e) Les progestatifs injectables

Un progestatif de synthèse (médroxyprogestérone) est injecté par piqûre intramusculaire tous les 3 mois. Pendant 12 semaines, le produit assure une contraception constante. Les injections doivent être faites à intervalles réguliers par un médecin, une infirmière ou une sage-femme. Lorsque les intervalles d'injection sont respectés, l'efficacité est de 99,7 %. Les progestatifs injectables sont obtenues sur ordonnance en pharmacie. Chaque dose coûte 3,44 euros et est remboursée à 65 %.

f) Le DIU ou stérilet

Il en existe deux types : au cuivre ou à la progestérone. Le stérilet est placé dans l'utérus par un médecin ou une sage-femme. La pose dure quelques minutes. Il peut être enlevé par le médecin ou la sage-femme dès que la femme le désire. Il peut être gardé de 4 à 10 ans selon le modèle. Il a une longue durée d'action et permet d'avoir l'esprit tranquille. Les DIU sont d'une très grande efficacité : environ 99 %. Il est prescrit et posé par un médecin ou une sage-femme. La délivrance ce fait en pharmacie sur ordonnance. Le DIU au cuivre coûte 30,50 euros et le DIU hormonal coûte 125,15 euros. Ce dispositif est remboursé à 65 %. Il est gratuit dans les CPEF pour les mineures et pour les non-assurées sociales ainsi que pour les mineures d'au moins 15 ans assurées sociales ou ayant droit dans les pharmacies.

g) Le diaphragme et la cape cervicale

Le diaphragme est une coupelle en latex ou en silicone que l'on place soi-même dans le vagin. Il s'utilise associé à un produit spermicide pour une meilleure efficacité. Cela empêche le passage des spermatozoïdes. La cape est un dôme très fin, en latex ou en silicone, qui vient recouvrir le col de l'utérus. La cape cervicale ou le diaphragme peut-être posé(e) au moment du rapport sexuel, mais aussi plusieurs heures avant. Il est important de la/le garder pendant 8 heures après le rapport. Elle/il est réutilisable. En utilisation parfaite, la cape cervicale est efficace à 91 % chez les nullipares et à 74 % chez les femmes ayant eu des enfants. Pour le diaphragme, cette efficacité est de 94 % lorsqu'il est associé avec des spermicides. Ils sont prescrits par un médecin ou une sage femme qui en déterminent la taille et apprennent aux femmes à la/le poser. Ils sont délivrés sur ordonnance en pharmacie. Le diaphragme peut être obtenu dans les CPEF. Son coût est d'environ 33 euros s'il est en latex et de 45 euros s'il est en silicone. Il est remboursé sur la base de 3,14 euros. La cape cervicale en latex coûte environ 39,5 euros alors que celle en silicone coûte 60 euros. Elle n'est pas remboursée.

h) Les spermicides

Les spermicides se présentent sous forme de gel, d'ovule ou d'éponge qui se place dans le vagin quelques minutes avant chaque rapport et détruisent les spermatozoïdes. Seule l'éponge est efficace pendant 24 heures. Elle peut donc être placée bien avant le rapport sexuel et gardée plusieurs heures après. On peut les utiliser seuls ou, de préférence, en association avec une méthode « barrière » (préservatif masculin ou féminin, diaphragme, cape cervicale). Une contraception utile de dépannage. Leur efficacité est très aléatoire : entre 18 et 29 % d'échec. On peut les obtenir sans ordonnance en pharmacie. Ils coutent de 7 à 19 euros selon le type, pour plusieurs doses. Ils ne sont pas remboursés.

i) Le préservatif masculin

En latex ou en polyuréthane, il se déroule sur le pénis en érection avant la pénétration et retient le sperme. Avant la fin de l'érection, il faut se retirer en retenant le préservatif à la base du pénis, puis le nouer et le jeter à la poubelle. Le préservatif doit être changé à chaque rapport sexuel. Un gel lubrifiant peut être associé à l'utilisation du préservatif. Correctement utilisé, il n'y a que 3 % d'échec. Avec le préservatif féminin, c'est le seul moyen de contraception qui protège du VIH et des infections sexuellement transmissibles. On peut

l'avoir sans ordonnance en pharmacie mais aussi en grande surface, dans des distributeurs automatiques, des bureaux de tabac et sur internet. A partir de 20 centimes le préservatif, il n'est pas remboursé. Il est gratuit dans les CPEF et les centres de dépistage du VIH.

j) Le préservatif féminin

C'est une gaine en nitrile ou en polyuréthane munie d'un anneau souple aux deux extrémités qui se place dans le vagin. Il peut être mis en place plusieurs heures avant le rapport sexuel. Le préservatif doit être changé à chaque rapport sexuel. Correctement utilisé, il n'y a que 5 % d'échec. Avec le préservatif masculin, c'est le seul moyen de contraception qui protège contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles. On peut l'avoir sans ordonnance en pharmacie et sur internet. La boîte de 3 préservatifs coûte environ 8,70 euros et n'est pas remboursée. Il est gratuit dans les CPEF et les centres de dépistage du VIH.

k) Les méthodes naturelles

Il s'agit de toutes les méthodes qui ne font appel à aucun médicament, ni à aucun dispositif médical. Elles sont basées sur l'observation minutieuse et régulière du cycle menstruel afin de déterminer la date de l'ovulation des femmes de manière à éviter d'avoir des rapports sexuels fécondants à ce moment là. Elles nécessitent de la part des femmes et des hommes qui y ont recours une parfaite maîtrise de soi et impliquent un partage des responsabilités dans le couple. Même dans ces conditions, elles ont une efficacité limitée. Elles n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles ni contre le VIH.

On peut citer :

- l'abstinence périodique ou méthode Ogino : elle est basée sur l'hypothèse que l'ovulation survient chaque mois à la même date (en moyenne 12 à 15 jours à compter du 1er jour des dernières règles pour un cycle de 28 jours). En pratique, cette méthode nécessite d'étudier au moins 6 cycles de suite pour être en mesure de soustraire ensuite les jours identifiés comme fertiles.
- la méthode des températures : elle repose sur le fait que la température du corps s'élève de 0,2 à 0,4 °C au moment de l'ovulation (sous l'effet de la progestérone, hormone sécrétée au moment de l'ovulation). La température reste à ce niveau plus élevé jusqu'à l'arrivée des règles suivantes (en moyenne 14 jours). Le principe de cette méthode est de repérer l'élévation de la température par la prise de la

température chaque matin (avec un thermomètre fiable, avant le lever) et de la noter sur une courbe. En pratique les rapports sexuels non protégés sont « autorisés » seulement 24 h après cette phase d'élévation de la température. Attention, la température peut augmenter dans les mêmes proportions du fait d'une infection même peu grave, de réveils et de levers nocturnes, d'un travail de nuit…

- l'observation de la glaire cervicale ou méthode Billings : cette méthode s'appuie sur l'étude de la glaire cervicale, substance secrétée par le col de l'utérus qui, en période ovulatoire, devient filante et abondante. Elle nécessite de la part de la femme une bonne connaissance anatomique ainsi qu'un apprentissage. Les rapports sexuels sont possibles à partir du quatrième jour suivant la modification de la consistance de la glaire.
- le retrait : l'homme se retire avant l'éjaculation. Cette méthode nécessité une grande maîtrise de la part de l'homme et expose à un risque de grossesse si le retrait est tardif.
- la méthode MAMA (méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée) : utilisable pendant les 6 premiers mois après la naissance ou au moins jusqu'au retour de couches. Elle suppose pour être efficace, un allaitement exclusif, à la demande, jour et nuit et l'absence de règle.

Les méthodes naturelles de connaissance de l'ovulation présentent jusqu'à 25 % d'échecs. Leurs utilisations nécessitent d'avoir des cycles extrêmement réguliers et de bien connaître son corps. Les périodes d'ovulation peuvent varier en fonction d'éléments extérieurs. Même lorsque la femme connaît exactement la date de son ovulation les méthodes naturelles sont très imprécises et peu fiables.

l) La stérilisation a visée contraceptive

Cette méthode peut être envisagées chez des personnes majeures, hommes ou femmes qui en font la demande. Il s'agit d'une intervention chirurgicale à visée contraceptive : vasectomie pour l'homme ou ligature des trompes pour la femme. Elle provoque une stérilité considérée comme définitive : les réparations chirurgicales, le plus souvent, ne rétablissent pas complétement la fécondité, et entraînent parfois des complications (grossesses extra-utérine en particulier). L'intervention doit résulter d'une décision personnelle et se déroule dans un établissement de santé.

La stérilisation à visée contraceptive ne peut être pratiquée que si la personne intéressée a exprimé une volonté libre, motivée et délibérée après avoir reçue une information médicale claire et complète sur ses conséquences. Lors de la première consultation médicale, le médecin apporte des informations sur les méthodes contraceptives alternatives, sur les techniques de stérilisation qui existent et remet un dossier d'information à la personne. L'intervention n'est réalisée qu'après un délai de réflexion de 4 mois après cette première consultation médicale et après une confirmation écrite par la personne concernée de sa volonté de subir l'intervention. Il n'y a pas de condition d'âge (seulement être majeur), de nombre d'enfant ou de statut marital. L'efficacité de la stérilisation à visée contraceptive n'est pas garantie à 100 % : elle est variable en fonction des différentes méthodes.

L'entrée dans la sexualité, un changement de partenaire, des contre-indications médicales, l'arrivée d'un enfant, après une IVG ou encore la reprise du tabac, sont autant de moments de vie à l'occasion desquels la contraception peut être abordée. Aujourd'hui, grâce aux progrès de la médecine, le choix des moyens contraceptifs s'est étoffé permettant ainsi à celles qui fument, celles qui ont peur d'oublier, celles qui ne veulent pas d'hormones ou encore celles qui veulent une solution discrète de trouver la contraception qui leur convient. Adapter le contraceptif à son mode de vie, garantit une contraception plus efficace.

L'efficacité théorique d'un contraceptif n'est pas le seul critère à prendre en compte pour s'assurer d'une bonne protection. Il faut considérer son efficacité pratique et donc son usage au quotidien. Si la contraception est facile à utiliser, adaptée à la situation médicale de son utilisatrice, à son mode de vie, sa personnalité, sa vie affective, sa sexualité, elle sera convenablement utilisée et jouera son rôle de protection contre les risques de grossesse. La diversité de l'offre contraceptive permet aujourd'hui aux femmes de bénéficier d'une contraception plus adaptée et donc plus efficace. Elle renforce le droit, gagné en 1967, de choisir le moment de leur grossesse.

2) Le modèle contraceptif français (28) (29) (31) (32) (34)

Avec 75 % des femmes de 15 à 49 ans utilisant une méthode de contraception moderne, la France se situe parmi les pays européens ayant une prévalence contraceptive haute. Seule une faible minorité de femmes en âge de procréer, actives sexuellement et ne souhaitant pas avoir d'enfant n'utilisent pas de méthode contraceptive : 4,6 % d'après le Baromètre Santé 2005 (30) et 3,1 % d'après l'étude Fecond (24).

La prévalence contraceptive et les méthodes utilisées varient avec l'âge. Aujourd'hui en France, comme dans la plupart des autres pays européens, la très grande majorité des premiers rapports sexuels sont protégés : 90 % des jeunes de moins de 30 ans déclarent utiliser un préservatif lors de leur premier rapport sexuel. Les 15-24 ans sont les personnes qui déclarent le plus souvent utiliser un moyen de contraception (85 %), suivies des 25-44 ans (77 %) et des 45-54 ans (50 %) (30).

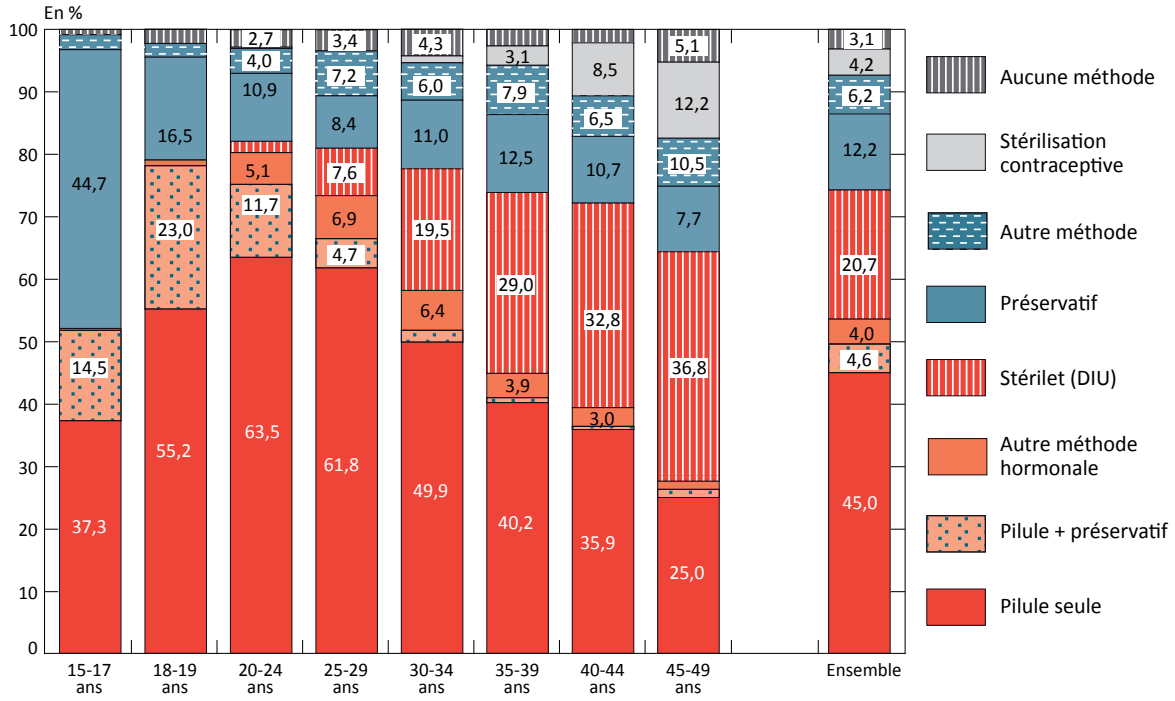
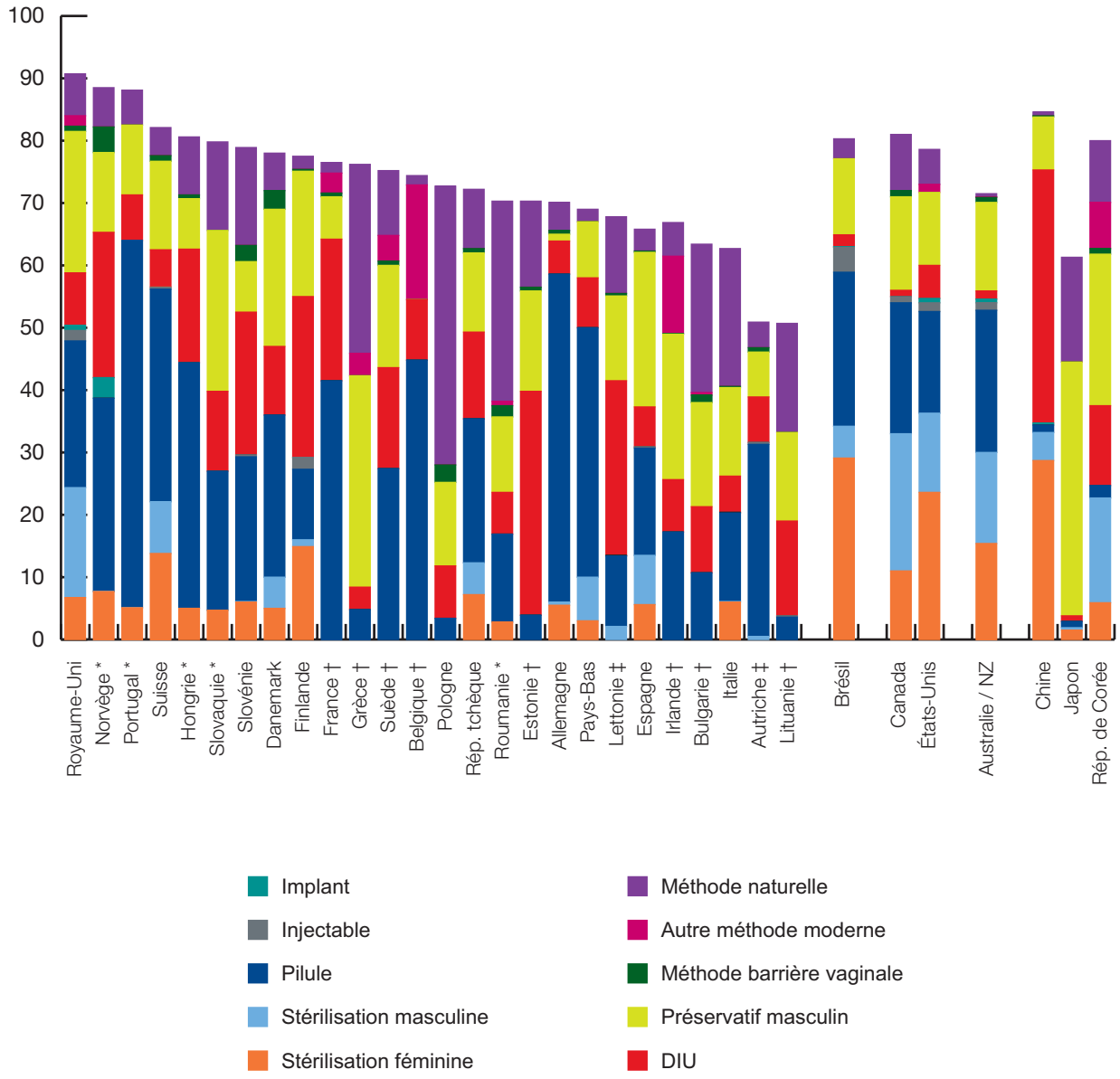


Figure 7 : Méthodes de contraception utilisées en France en 2010 selon l'âge des femmes (24)

La pilule est de loin le contraceptif le plus utilisé et ce, quel que soit l'âge. Elle devance le préservatif masculin, même aux âges les plus jeunes. Le stérilet ne s'impose véritablement comme alternative à la pilule qu'après 35 ans. En 2010, parmi les femmes qui déclarent avoir eu recours à un moyen de contraception, 45 % utilisaient la pilule, 20,7 % le stérilet et 12,2 % le préservatif.

Les enquêtes au niveau mondial montrent que le fort taux d'utilisation de la pilule est une spécificité française. En fait, le choix des modes de contraception est très pays dépendant : en Grande-Bretagne, préservatif, stérilisation et pilule représentent chacun environ 1/3 des usages. Aux Etats-Unis, au Canada ou encore au Brésil, la stérilisation est la méthode la plus utilisée. En Chine, la première méthode utilisée est le stérilet, tandis qu'au Japon les couples, même mariés, ont très largement recours au préservatif.



Les données sur la stérilisation sont incomplètes pour les pays européens, * pas de données sur la stérilisation masculine, † pas de données sur la stérilisation féminine et masculine, ‡ pas de données sur la stérilisation féminine.

Figure 8 : Prévalence contraceptive par type de méthode par pays (31)

Le modèle contraceptif français apparaît peu flexible, restant caractérisé par un recours important au préservatif (seul ou en association avec la pilule) en début de vie sexuelle, l'utilisation de la pilule dès que la vie sexuelle se régularise et le recours au stérilet quand les couples ont eu les enfants qu'ils désiraient.

En 2010, la pilule est la méthode la plus utilisée à tous les âges. Seules les femmes de 45-49 ans lui préfèrent le stérilet. Cette dernière méthode est utilisée en moyenne par 21 % des femmes. Mais, sans changement depuis les années 1970, son recours reste réservé aux plus âgées ou à celles qui ont déjà eu des enfants, en dépit des recommandations de la Haute autorité de santé diffusées en 2004 à l'ensemble des professionnels de santé précisant que le stérilet pouvait être utilisé à tous les âges, que la femme ait eu ou non un enfant (33). De fait, seules 1,3 % des femmes de 15-49 ans sans enfant utilisent le stérilet en 2010, la proportion s'élevant à 20 % parmi celles qui ont un enfant et 40 % pour celles qui en ont deux ou plus. Un peu plus de la moitié des DIU utilisés aujourd'hui sont des DIU hormonaux. Les raisons de ce faible recours au stérilet chez les femmes sans enfant sont complexes et renvoient notamment aux représentations qu'ont les femmes et les professionnels de santé de cette méthode : 54 % des femmes interrogées en 2010 considèrent qu'elle n'est pas indiquée pour une femme n'ayant pas eu d'enfant. Ce pourcentage s'élève à 69 % chez les gynécologues et 84 % chez les généralistes (24). Le stérilet est encore principalement perçu comme une méthode de contraception d'arrêt (quand le nombre final d'enfants souhaités est atteint) et non comme méthode d'espacement des naissances (48).

Le préservatif est utilisé par une majorité de femmes en début de vie sexuelle : plus d'une femme de 15-17 ans sur deux l'utilise comme méthode contraceptive (59 %), parfois en association avec la pilule (dans 15 % des cas). La proportion de femmes y ayant recours décline au fil de l'âge (24).

L'utilisation de la pilule a légèrement diminué depuis le début des années 2000. Cette baisse a été globalement compensée par l'adoption des nouvelles méthodes hormonales. Ces méthodes se sont diffusées au cours de la dernière décennie au point d'être utilisées par 4 % des femmes en 2010. Parmi elles, l'implant est la méthode la plus utilisée (2,6 % des femmes de 15-49 ans), devant l'anneau vaginal (1 %) et le patch contraceptif (0,4 %). Ces méthodes ont en commun une longue durée d'action et une efficacité élevée en pratique courante, qui se rapproche de l'efficacité théorique puisqu'elles suppriment un biais important lié à l'observance et aux conditions d'utilisations. De ce fait elles paraissent susceptibles

d'apporter une réponse particulièrement adaptée dans certaines situations, notamment pour les plus jeunes femmes, ou pour les femmes qui ont du mal à prendre une contraception orale au quotidien. Pourtant elles restent très peu utilisées. Elles sont en effet peu connues des utilisatrices. Selon l'INPES (35), moins d'un français sur deux connaît l'existence du patch (48 %), de l'implant (44 %) ou de l'anneau vaginal (44 %). Le niveau d'information chez ceux qui les connaissent fait apparaître des lacunes importantes : un sur deux ne connaît pas la durée du patch contraceptif (qui est d'une semaine), ni de l'anneau vaginale (3 semaines) tandis que 59 % ne savent pas quelle est la durée d'efficacité de l'implant contraceptif (trois ans). Ces méthodes ne sont pas non plus nécessairement bien connues des prescripteurs. Par ailleurs, à l'exception de l'implant, elles ne sont pas remboursées par la sécurité sociale. Leur coût en pratique courante (de l'ordre de 150 à 200 euros par an) constitue un obstacle évident à leur diffusion.

Le recours aux méthodes naturelles comme le retrait ou la méthode des températures, en baisse régulière depuis les années 1970, s'est stabilisé depuis 2000 et concerne aujourd'hui 6,2 % des femmes (24).

La stérilisation contraceptive continue quant à elle à ne concerner qu'une minorité de femmes (3,9 % d'entre elles et 0,3 % de leurs partenaires masculins) alors qu'elle a été légalisée en 2001 comme méthode contraceptive. Environ 35 000 stérilisations féminines et 2 000 stérilisations masculines ont été réalisées en 2011 (24).

Quant aux femmes qui n'utilisent pas de contraception du tout alors qu'elles ne souhaitent pas être enceintes, elles ne sont aujourd'hui comme hier qu'une petite minorité, environ 3 % (5,1 % des 45-49 ans et seulement 0,9 % des 15-17 ans) (24).

3) Des taux d'échec préoccupants

Malgré une prévalence contraceptive élevée en France, il subsiste un nombre important d'échecs de la contraception. L'étude Cocon indique qu'une grossesse sur trois est qualifiée de « non prévue » et, que parmi celles-ci, 60 % font l'objet d'une IVG (36) (44). Cette étude montre également que les deux tiers des grossesses non prévues surviennent chez des femmes utilisant une contraception. La plupart de ces femmes utilisaient la pilule ou une méthode naturelle (pilule : 21 %, DIU : 9 %, préservatif : 12 %, autre méthode : 23 %). Les principales raisons, données par les femmes pour expliquer l'échec contraceptif, concernent des erreurs

d'utilisation de la méthode contraceptive comme un retard ou un oubli de pilule (53 % des femmes utilisant la pilule ont déclaré cette raison) ou une rupture ou un glissement de préservatif (53 % des femmes utilisant le préservatif) (37). Ces résultats s'expliquent notamment par l'écart qui existe entre l'efficacité théorique d'une méthode contraceptive et son efficacité pratique dans les conditions d'utilisation courante.

Méthode	Taux de grossesse (%) au cours de la première année d'utilisation			Taux d'abandon (%) de la méthode après 1 an d'utilisation	
	Utilisation courante		Utilisation correcte et régulière (Trussel)		
	États-Unis (Trussel)	France (Moreau)		États-Unis (Trussel)	France (Moreau)
Implant contraceptif	0,05		0,05	16	
Vasectomie	0,15		0,1	0	
DIU au lévonorgestrel	0,2	1,1[1]	0,2	20	15[1]
Stérilisation féminine	0,5		0,5	0	
DIU au cuivre	0,8	1,1[1]	0,6	22	15[1]
Injectable progestatif (Depoprovera)	6		0,3	44	
Pilule combinée oestroprogestative et pilule progestative seule	9	2,4	0,3	32	30
Patch contraceptif	9		0,3	32	
Anneau vaginal	9		0,3	32	
Diaphragme	12[2]		6[2]		
Préservatif masculin	15	3,3	2	47	53
Préservatif féminin	21		5	51	
Retrait	22	10	4	57	45
Éponge[3]	24, 12[4]	22[5]	20, 9[6]	64	62[5]
Méthode de connaissance de l'ovulation (méthode naturelle)	25	8	0,4 – 5[7]	49	48
Spermicides	29	22[5]	18	58	62[5]
Cape cervicale	32, 16[8]		26, 9[9]		
Aucune méthode	85		85		

Tableau 5 : Efficacité contraceptive et taux d'abandons de la méthode après 1 an aux Etats-Unis et en France, adapté de l'OMS (31)

Ces écarts entre efficacité théorique et pratique sont particulièrement importants pour les méthodes qui nécessitent une utilisation à chaque rapport sexuel ou une observance rigoureuse. L'efficacité contraceptive dépend de l'observance des utilisatrices laquelle est elle-même étroitement liée à leur niveau d'adhésion à la méthode et à l'adaptation de celle-ci à leurs besoins et à leur mode de vie. Les problèmes d'observance expliquent pour une large part la différence entre l'efficacité optimale de la contraception et son efficacité constatée en utilisation pratique, différence d'autant plus significative que la méthode nécessite des conditions d'observance rigoureuse. Il est donc essentiel que les utilisateurs soient informés des différentes méthodes contraceptives, qu'ils reçoivent des conseils sur l'utilisation correcte des méthodes contraceptives et qu'ils soient pleinement impliqués dans le choix d'une méthode de sorte qu'elle soit adaptée à leurs besoins et à leur mode de vie. Cela doit

concerner les hommes aussi bien que les femmes, la contraception ne devant pas être la seule affaire des femmes.

On voit par exemple que la pilule, qui est classé parmi les méthodes les plus efficaces en utilisation optimale, ne l'est plus en pratique courante. Cet écart particulièrement important entre la théorie et la pratique ne semble guère pris en compte puisque la pilule demeure le moyen de contraception le plus prescrit en France. Ainsi, la pilule n'est pas forcément la méthode la plus adaptée quand la femme a une sexualité irrégulière ou quand son mode de vie quotidien est peu compatible avec la vigilance qu'implique la prise régulière d'une contraception orale.

Si deux grossesses non prévues sur trois surviennent sous contraception, une sur trois est due à la non-utilisation de la contraception et, la première raison (65 %) de non-utilisation déclarée par les femmes dans l'étude Cocon, était le manque de perception du risque de grossesse. Cependant, les problèmes d'accès à la contraception étaient également fréquemment cités : 12 % des femmes déclaraient ne pas savoir où aller, 30 % ne pas disposer de contraception et 34 % avoir eu un rapport sexuel non prévu (37).

4) Les freins à une bonne utilisation de la contraception (31)

Le manque d'informations objectives sur l'ensemble des méthodes contraceptives constitue un frein essentiel au choix d'une contraception adaptée par les femmes et les hommes. La contraception est considérée comme « une affaire de femmes » qui sont tenues pour responsables de sa mise en œuvre et de ses échecs. Plus de la moitié des femmes déclarent choisir seules leur moyen de contraception sans en discuter avec leur partenaire.

D'après les résultats de l'étude INPES BVA « Les Français et la contraception » (35), la quasi-totalité des utilisateurs d'un moyen de contraception se déclarent satisfaits (95 %) et même très satisfaits (79 %) du moyen qu'ils utilisent. Les Français sont également nombreux à connaître une diversité de méthodes contraceptives. Sans surprise, la pilule et le préservatif masculin sont connus par plus de 97 % des Français, et le stérilet par 93 %. Presque les trois quarts des personnes interrogées connaissent également le préservatif féminin et le diaphragme. La plupart des autres moyens sont connues par environ un Français sur deux : spermicides 52 %, patch 48 %, implant 44 %, et anneau vaginal 44 %.

Pourtant les représentations erronées sur la contraception persistent avec notamment des idées reçues qui sont largement répandues : « une femme n'est fécondable que le 14ème jour du cycle », « on ne peut pas poser de stérilet à une femme nullipare » etc. Ces idées fausses sont d'autant plus difficiles à combattre qu'elles se diffusent très rapidement dans un contexte où l'information via les forums de discussion prend le pas sur la consultation des sites officiels ou la lecture de brochures mises à disposition du public. Ainsi, toujours d'après les résultats de l'étude de l'INPES, près d'un quart (22 %) des Français et 34 % des jeunes de 15-20 ans interviewés pensent que la pilule peut rendre stérile (22 %) et fait systématiquement grossir (24 %). 50 % des français croient que l'on ne peut pas utiliser de stérilet si on n'a pas eu d'enfant. De nombreuses lacunes concernant le cycle féminin et l'utilisation des méthodes contraceptive font également surface :

- 53 % des Français croient qu'une femme ne peut pas tomber enceinte si un rapport sexuel a eu lieu pendant ses règles et 64 % qu'il existe des jours sans aucun risque de grossesse simplement identifiable en surveillant son cycle
- un jeune sur dix âgé de 15 à 20 ans n'a pas conscience que la pilule ne protège pas du VIH et des IST et la moitié ne connaît pas la recommandation de ne pas fumer quand on prend la pilule

Le choix de recourir à une pratique contraceptive peut être freiné par la réticence de certaines femmes à consulter un professionnel de santé parce qu'elles redoutent l'éventualité d'un examen gynécologique ou de questions que pourrait leur poser le professionnel de santé et qui relèvent de l'intime. Il faut souligner aussi, que les programmes de prévention se sont longtemps focalisés sur la finalité préventive du VIH et des IST plutôt que sur la finalité contraceptive : en début de relation, certains jeunes peuvent avoir tendance à reléguer au second plan le risque de grossesse par rapport au risque d'infection au VIH. Enfin, le recours à la contraception en général peut également être freiné par le coût des produits contraceptifs, tous ne faisant pas l'objet d'un remboursement par la sécurité sociale. Les données récentes sur la contraception montrent une baisse du recours à la pilule chez les femmes de 20 à 24 ans au cours des 10 dernières années. Cette baisse n'est pas compensée par l'utilisation d'autres méthodes et pourrait être attribuée, du moins en partie, à la dégradation concomitante de la situation économique dans cette tranche d'âge.

B) Interruption Volontaire de Grossesse

1) L'IVG en pratique (38) (39)

En France, l'avortement est légal depuis la loi Veil de 1975. La loi promulguée le 4 juillet 2001 a amélioré l'accès à ce droit. Toute femme, majeure ou mineure, peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Elle seule peut en faire la demande. L'IVG peut être pratiquée avant la fin de la 12ème semaine de grossesse, soit avant la fin de la 14ème semaine d'aménorrhée. Pour les mineures, le consentement d'un parent (père ou mère) ou du tuteur légal est nécessaire. Cependant si la mineure veut garder le secret ou si elle ne peut obtenir le consentement parental ou tutorial, elle doit se faire accompagner d'une personne majeure de son choix. Pour des raisons médicales, l'interruption médicale de grossesse (IMG) peut être réalisée quel que soit le terme de la grossesse, sur dossier et avis d'un comité d'experts à la demande de la femme.

Deux méthodes existent. La technique utilisée dépend du choix des femmes et du terme de la grossesse :

- la méthode chirurgicale est possible jusqu'à la 12ème semaine de grossesse. Le contenu de l'utérus est aspiré sous anesthésie locale ou générale. L'intervention a généralement lieu dans la journée
- la méthode médicamenteuse peut être réalisée jusqu'à la 5ème semaine de grossesse, ce délai pouvant être prolongé jusqu'à la 7ème semaine de grossesse dans un établissement de santé

Réalisés par des médecins, les avortements peuvent être pratiqués soit dans des établissements de santé (hôpitaux ou cliniques agréées) quelle que soit la méthode soit dans des centres de planification, des centres de santé ou en cabinet médical de ville pour la méthode médicamenteuse.

En pratique, les démarches prennent du temps. Une fois la décision d'avorter prise, il est nécessaire de prendre rapidement contact avec une structure pratiquant des avortements :

- une première consultation médicale sera proposée et des examens de laboratoire et/ou une échographie prescrits (groupe sanguin et rhésus indispensables). Le médecin remet une lettre de synthèse de la consultation

- un entretien avec une conseillère ou une assistante sociale sera proposé. Il aura lieu au moins 48h avant l'avortement. Facultatif pour les majeures, il est obligatoire pour les mineures
- le délai obligatoire de réflexion est de 7 jours à compter de la première consultation. Il peut être réduit à 2 jours en cas d'urgence
- la consultation médicale suivante confirme la demande et l'avortement peut débuter. Au cours de cette consultation, une contraception spécifique est systématiquement proposée
- une consultation médicale de contrôle aura lieu 3 à 4 semaines après l'avortement. C'est l'occasion d'un échange sur les différentes méthodes de contraception.

Les frais relatifs à l'IVG sont pris en charge à 100 % par l'assurance maladie.

2) L'IVG en chiffre

On estime que 36 % des femmes en France métropolitaine (60 % dans les départements d'outre- mer) ont recours à l'IVG au moins une fois dans leur vie (40). En 2011, 222 300 IVG ont été réalisées en France, dont 209 300 en Métropole (41). Ce nombre est stable depuis 2006, après une dizaine d'années de hausse entre 1995 et 2006. Le taux de recours en 2011 est, en moyenne, de 15,0 IVG pour 1 000 femmes. Il demeure le plus élevé chez les femmes âgées de 20 à 24 ans (27 pour 1 000). Les écarts régionaux perdurent, avec des taux plus élevés qu'ailleurs dans les départements d'outre-mer (DOM), en Île-de-France et dans le sud de la France.

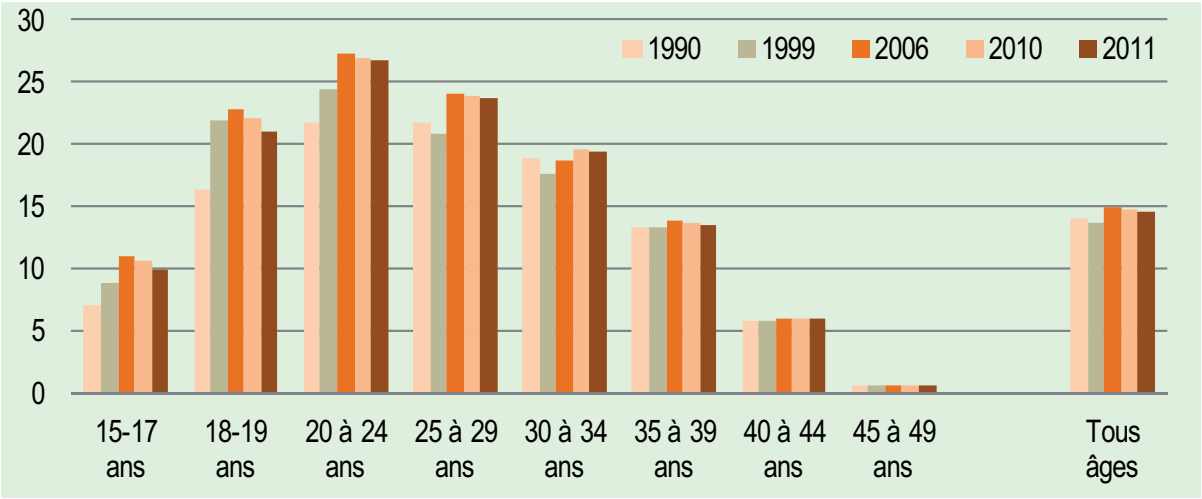


Figure 9 : Evolution du taux de recours à l'IVG de 1990 à 2011 (41)

La part des IVG médicamenteuses continue d'augmenter. Elle atteint, en Métropole, 48 % des IVG réalisées en établissements de santé (43 % dans les DOM) et 55 % (54 % dans les DOM) de l'ensemble des IVG.

Le nombre de naissances chez les mineures en France est d'environ 4 200 naissances, soit un taux de l'ordre de 10 pour 1 000 femmes de 15-17 ans. Ce taux est stable depuis la fin des années 1990 (42). En revanche, le nombre d'IVG chez les mineures a augmenté continuellement entre 2001 (9 500) et 2005 (12 100), pour se stabiliser ensuite (11 700 en 2009). Comme évoqué plus haut, ces tendances indiquent que les jeunes ont de plus en plus souvent recours à l'IVG, lors de grossesses non prévues. Dans cette tranche d'âge, on compte aujourd'hui une naissance pour trois IVG, alors que parmi l'ensemble des femmes ce ratio est de quatre naissances pour une IVG. Selon le Mouvement du planning familial, cela tient au fait qu'elles sont plus nombreuses dans ces classes d'âge à ne pas souhaiter que leur grossesse aboutisse. Cette augmentation traduit donc davantage une évolution de la « norme procréative » (43), c'est-à-dire du moment jugé opportun pour devenir parent, qu'un accroissement des grossesses précoces, qui sont fréquemment synonymes de drames sociaux.

En Europe, les taux d'IVG sont très différents d'un pays à l'autre et varient de 5 à 25 IVG pour 1 000 femmes (50). Les taux les plus élevés se retrouvent majoritairement dans les pays d'Europe de l'Est. Avec un taux d'IVG de 15 pour 1000 femmes de 15 à 49 ans par an, la France se situe à un niveau élevé par rapport aux autres pays. Elle se retrouve derrière la Suède (21 en 2008) et les nouveaux pays de l'Est membre de l'Union Européenne mais très loin devant les Pays-Bas ou l'Allemagne respectivement à 7 et 5.

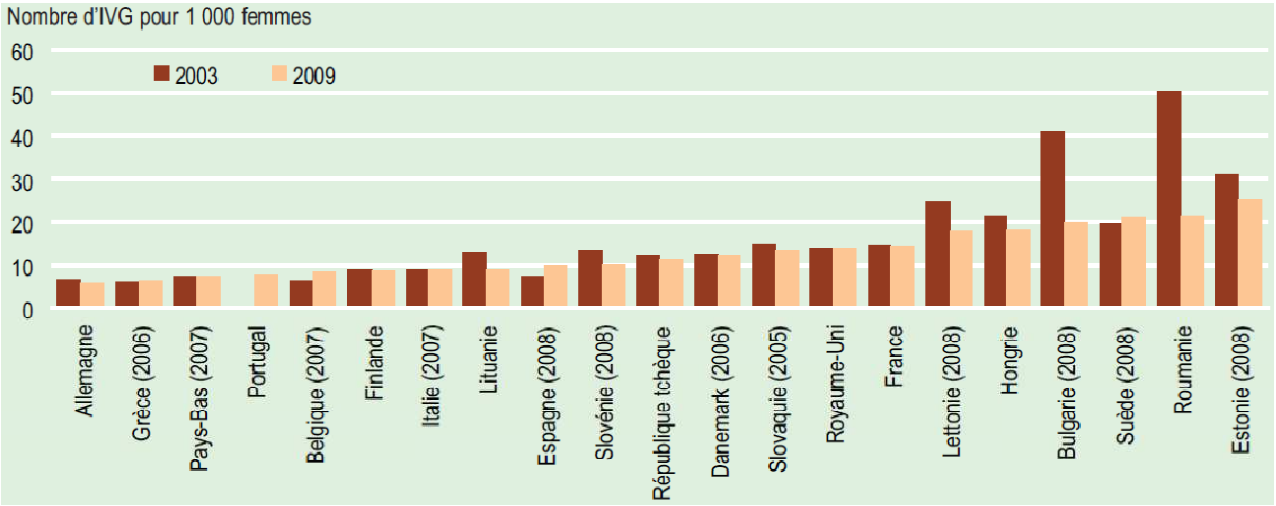


Figure 10 : Evolution du recours à l'IVG en Europe entre 2003 et 2009 (42)

3) Le paradoxe Français (21) (44) (45)

La France se trouve dans une situation paradoxale où d'une part le taux de recours et de diffusion de la contraception est l'un des plus élevés d'Europe et où, d'autre part, le nombre d'IVG se stabilise à un niveau haut et tend même à augmenter dans certaines tranches d'âge.

a) La diffusion de la contraception d'urgence n'a pas eu d'impact notable sur les pratiques contraceptives ni sur l'IVG

La contraception d'urgence n'a pas diminué le recours à la contraception régulière. En effet, une crainte fréquemment exprimée vis-à-vis de la contraception d'urgence est qu'elle pourrait s'ériger en méthode de substitution plutôt que de rattrapage, en dissuadant les utilisatrices de recourir à une contraception régulière. Pourtant l'observation des pratiques contraceptives démontre que la contraception régulière n'a pas faibli depuis 1999. La part des femmes sans couverture contraceptive a au contraire diminué et le recours à la contraception médicale s'est développé dans toutes les tranches d'âge (46). Par ailleurs l'usage de la contraception d'urgence semble répondre dans la majorité des cas à celui pour lequel elle a été conçue : celui d'une méthode de rattrapage des échecs ou erreurs de contraception. Les données du Baromètre santé 2005 de l'INPES montrent que plus de 2 femmes sur 3 ayant eu recours à la contraception d'urgence ne l'ont utilisée qu'une seule fois. Un tiers des utilisations font suite à un oubli de pilule et un autre tiers à un problème de préservatif. Dans 85% des cas les femmes recourent à une contraception régulière dans le mois qui suit la prise d'une contraception d'urgence. Si les professionnels de santé s'inquiètent des cas qu'ils rencontrent d'utilisations répétées de la « pilule du lendemain » qui tendrait à être utilisée en lieu et place d'une contraception régulière (ou qui dans certains cas peut aussi refléter l'inadéquation entre le mode de vie et la méthode de contraception régulière utilisée), il apparaît que ces cas ne concernent qu'une part marginale de la population concernée.

De même, la contraception d'urgence n'a pas non plus fait régresser le recours à l'IVG. Les mesures prises pour faciliter l'accès à la contraception d'urgence étaient explicitement motivées par la volonté de voir diminuer le nombre des grossesses non désirées notamment chez les jeunes filles et donc de prévenir les avortements. Force est de constater que cet objectif est pour le moment resté lettre morte malgré une forte utilisation de la « pilule du lendemain », puisque l'on observe une stabilité globale du nombre d'IVG pratiquées avec une tendance à l'augmentation chez les jeunes.

L'ambigüité de la dénomination « pilule du lendemain » contribue également à brouiller son image, une partie des utilisatrices ignorant qu'elle peut être utilisée au-delà du lendemain, d'autres l'assimilant à la « pilule abortive » (autre dénomination du RU486). Par ailleurs, le recours à la contraception d'urgence en cas de rapport mal ou non protégé est loin d'être systématique. L'appréciation par la femme du risque de grossesse se fonde trop souvent sur un pari approximatif quant à la période supposée « dangereuse », se résumant souvent au fait que l'ovulation intervient au quatorzième jour du cycle et que la femme est fécondable uniquement à cette date là. Le message à faire passer est qu'il est possible de tomber enceinte à n'importe quel moment du cycle et qu'il importe donc de se protéger de façon systématique contre le risque de grossesse.

Si elle est consciente du risque de grossesse encouru, la femme doit encore être informée des possibilités de rattrapage par la contraception d'urgence et de ses conditions de délivrance. Elle doit enfin être en mesure de se la procurer rapidement ce qui peut être parfois difficile, surtout dans certaines circonstances (jours fériés, lieu isolé...). Le passage obligé, dans un délai très court, par une pharmacie voire par un médecin (si l'on est majeure et souhaite être remboursée) peut constituer une difficulté réelle.

b) Une insuffisance de lien entre contraception d'urgence et contraception régulière

Bien que la contraception d'urgence par progestatif seul ne présente pas de contre indication, les recommandations (33) déconseillent son utilisation répétitive en raison de son insuffisante efficacité et des effets indésirables qu'elle est susceptible d'engendrer. La contraception d'urgence est donc envisagée comme une « méthode passerelle ». En tant que telle, la contraception d'urgence est supposée intervenir en complément d'une autre méthode de contraception et constitue une sécurité supplémentaire en cas d'oubli ou de défaillance de cette méthode. Dans la pratique il semble pourtant que les liens de complémentarité soit peu développés entre ces deux démarches qui sont trop rarement associées et semblent plutôt fonctionner en parallèle.

(1) De la contraception d'urgence à la contraception régulière

L'un des objectifs explicites de l'entretien prévu par la réglementation lors de la délivrance d'une contraception d'urgence vise à fournir l'information nécessaire pour l'accès à une

contraception régulière. Le pharmacien doit orienter la jeune fille vers un médecin ou vers le CPEF le plus proche. Ce rôle de conseil et d'orientation est particulièrement nécessaire en cas de recours réitéré à la contraception d'urgence qui témoigne soit de l'absence de méthode de contraception régulière soit d'une inadaptation de la méthode utilisée aux besoins et attentes de l'utilisatrice, inadaptation génératrice de problèmes d'observance.

(2) De la contraception régulière à la contraception d'urgence

Quelle que soit l'efficacité théorique d'une méthode de contraception des aléas sont susceptibles d'intervenir en pratique courante, qui exposent à un risque de grossesse : oubli de pilule, problème d'approvisionnement, trouble digestif, non utilisation ou rupture de préservatif, etc. Les recommandations invitent les praticiens, lors de la prescription et de la délivrance d'une contraception, à informer préventivement les femmes « des possibilités de rattrapage en cas de rapport non protégé, de leur efficacité et de leurs conditions d'accès ». Une telle information est loin d'être systématiquement délivrée, les médecins apparaissant dans l'ensemble encore peu sensibilisés à ce type d'approche. De même, il est important d'informer les femmes sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule ou sur le fait que les vomissements et les diarrhées peuvent être équivalent à un oubli.

Au-delà de l'information, un pas supplémentaire pourrait être franchi en assortissant la prescription contraceptive de celle d'une contraception d'urgence et en invitant la femme à se la procurer d'avance « pour le cas où ». Depuis plusieurs années, les politiques en matière de contraception ont notamment pour objectif de réduire le nombre de grossesses non prévues ainsi que celui des IVG. Une des pistes envisagées par l'Inspection générale des affaires sociales dans son évaluation de la loi de 2001 relative à l'IVG et à la contraception est de délivrer à l'avance la contraception d'urgence aux femmes. Saisie par la direction générale de la santé sur cette question, la Haute Autorité de Santé a évalué l'efficacité de la prescription systématique et à l'avance de la pilule de contraception d'urgence (PCU) sur l'incidence des grossesses non prévues, sur les risques d'une moindre utilisation de la contraception régulière et sur les comportements sexuels à risque en termes de rapports non protégés et d'infections sexuellement transmissibles (10). Dans son rapport d'évaluation de santé publique, la HAS conclut qu'il n'y a pas de preuve de l'efficacité d'une telle disposition sur le nombre de grossesses non prévues à l'échelle populationnelle. Par ailleurs, les études montrent que la prescription à l'avance de PCU n'entraine pas d'effets néfastes sur la prise d'une contraception régulière ou sur les infections sexuellement transmissibles. La HAS

recommande plutôt d'envisager cette prescription au cas par cas dans certaines situation. Ces dernières ne peuvent pas être caractérisées *a priori.* Elles peuvent inclure les situations suivantes : les femmes ayant des difficultés d'accès à la contraception d'urgence comme par exemple des difficultés d'accès à une pharmacie ou des difficultés financières, les femmes voyageant à l'étranger, les femmes utilisant comme méthode contraceptive le préservatif ou d'autres méthodes moins efficaces. De plus, la prescription à l'avance de la pilule de contraception d'urgence devrait s'accompagner systématiquement d'une information personnalisée sur l'utilisation de la contraception d'urgence ainsi que sur la contraception régulière et sur la prévention du VIH et des IST. La HAS ne recommande cependant pas la prescription et la délivrance à l'avance de la pilule de contraception d'urgence en routine à titre systématique. En effet, les études disponibles n'ont pas démontré l'efficacité d'une telle stratégie pour diminuer l'incidence des grossesses non prévues à l'échelle populationnelle.

Outre ces conclusions, la HAS insiste sur deux recommandations. Il lui apparaît essentiel de considérer la contraception d'urgence comme une « solution de rattrapage », à intégrer dans le cadre général de la santé sexuelle et reproductive. Elle défend également une meilleure information sur la contraception d'urgence, via les professionnels de santé, les associations et les programmes d'éducation à la sexualité en milieu scolaire car un frein majeur à son utilisation est sa méconnaissance. Cette information doit concerner les femmes et les hommes et aborder la contraception d'urgence sur tous ses aspects : délai d'utilisation des différentes méthodes, mode d'utilisation et possibilités d'accès.

Face aux échecs contraceptifs fréquents, le thème de la contraception a été défini comme priorité de santé publique et inscrit dans les objectifs de la loi de Santé publique du 9 août 2004 selon les termes suivants : « Assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours ». Favoriser l'accès à la contraception d'urgence est une volonté nationale forte puisque la France a été le premier pays à autoriser la vente du levonorgestrel comme contraception d'urgence sans prescription médicale en 1999.

Depuis que la loi Neuwirth de décembre 1967 a autorisé la contraception en France, différentes dispositions législatives et réglementaires visant à améliorer l'accès à la contraception y compris la contraception d'urgence ont été définies. Les jeunes femmes mineures ont fait l'objet d'attentions particulières, afin de prendre en compte leur volonté de parfois garder le secret et la détresse des situations de grossesses non désirées.

La loi du 4 juillet 2001 a facilité l'accès à la contraception et à l'IVG chez les mineures, en leur permettant de recourir au médecin de leur choix sans autorisation parentale. La loi HPST (loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires) du 21 juillet 2009 a autorisé les sages-femmes à prescrire toute méthode contraceptive et à poser les DIU. De même, les infirmiers et les pharmaciens sont autorisés à renouveler les prescriptions de contraceptifs oraux pour une durée de 6 mois et les services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé à délivrer une contraception. Plus récemment, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2013 a instauré le remboursement à 100% des contraceptifs inscrits sur la liste des produits remboursables pour les jeunes filles de 15 à 18 ans. Enfin, l'amendement de janvier 2014 qui supprime la notion de « détresse », conforte le droit à l'avortement en France.

À côté des campagnes nationales d'information, le ministère de la Santé développe, avec des associations de professionnels dont le mouvement français pour le Planning familial, des actions d'information ciblées sur des populations en situation de vulnérabilité. Par exemple, *Fil Santé Jeunes* est un dispositif téléphonique créé en 1995, à l'initiative du ministère de la Santé et destiné aux jeunes. Depuis 2001, il prend également la forme d'un site internet. Il répond aux questions posées par les jeunes en termes de santé, et notamment de sexualité et contraception. Un autre exemple est le « *Pass Contraception* », dispositif permettant un accès à une première contraception gratuite et anonyme aux jeunes. Il se compose d'un chéquier de coupons donnant accès à des consultations médicales et de prévention, des analyses biologiques, et la délivrance de contraceptifs.

CONCLUSION

L'apparition du Norlevo® constitue une étape extrêmement importante dans l'histoire de la contraception. Son autorisation de délivrance sans prescription médicale en facilite largement l'accès, et permet à ses usagers d'y avoir recours sans délai induit par la nécessité d'une consultation médicale. Délivrée gratuitement et anonymement aux mineures dans les pharmacies, la contraception d'urgence au levonorgestrel peut également être délivrée gratuitement aux élèves mineures ou majeures de l'enseignement secondaire par les infirmiers scolaires et aux étudiants des universités par les services de médecine préventive universitaire. Conformément aux dispositions de la loi Neuwirth, elle peut également être délivrée, à titre gratuit, dans les centres de planification familiale. Ces possibilités offrent une option supplémentaire aux jeunes filles, mineures ou tout juste majeures, qui hésiteraient à acheter le contragestif dans une pharmacie, soit pour des raisons de coût, soit, notamment pour celles qui vivent en milieu rural ou dans de petites communes, pour des questions de discrétion (même si le respect, par les pharmaciens, de leur obligation de secret professionnel ne saurait être mis en doute).

L'autorisation de délivrance de la contraception d'urgence sans prescription médicale et gratuite et anonyme pour les mineures s'est accompagnée d'une augmentation importante de son utilisation, surtout chez les jeunes femmes. Cette facilité d'accès devait permettre de répondre à un problème de santé publique en offrant, notamment aux plus jeunes, une alternative simple à l'IVG. Cette augmentation ne s'est cependant pas traduite par une diminution du nombre d'IVG. On peut donc penser que la contraception d'urgence n'est pas suffisamment utilisée par les femmes ayant des rapports non protégés.

L'enquête Fecond, révèle qu'en 2010, seule une femme sur quatre déclarant un problème avec l'utilisation du préservatif au cours des 4 dernières semaines indique avoir eu recours à la PCU. Il est nécessaire que la femme soit informée des possibilités de rattrapage par la contraception d'urgence et de ses conditions de délivrance. Malheureusement, en France, la contraception d'urgence est souvent méconnue et beaucoup de femmes de tout âge ignorent les délais des différentes méthodes existantes, les modes d'utilisation, les possibilités d'accès et ont une perception exagérée du risque d'effets indésirables. L'information est essentielle pour permettre une bonne utilisation de la contraception d'urgence.

Les principales recommandations formulées ces dernières années concernent un meilleur accès à la contraception pour toutes les femmes et en particulier les plus jeunes. Il est important de proposer des méthodes de contraception qui posent moins de problèmes d'observance, « de longue durée » comme l'implant et le stérilet. Il est indispensable d'envisager le remboursement des nouvelles méthodes de contraception hormonale non orales comme le patch ou l'anneau vaginal qui permettent d'améliorer l'observance. Quand on sait qu'une jeune fille, à qui l'on prescrit sa première pilule contraceptive va, le plus souvent, garder ce mode de contraception pendant une dizaine d'années, c'est plus de 4000 prises de comprimés jour après jour qu'il faut envisager. Les incidents d'observance sont inhérents au traitement au long cours et il faut envisager de gérer a priori ces erreurs de parcours en encourageant, au cas par cas, la prescription et la délivrance de la contraception d'urgence de façon anticipée, « au cas où », et en expliquant la marche à suivre.

Des progrès restent à accomplir qui, au demeurant, ne pourront résulter uniquement de nouvelles réformes, mais aussi d'une plus grande détermination dans la volonté de mieux informer les hommes et les femmes, et notamment les adolescents, sur la sexualité et sur la contraception.

J'aimerai pour terminer, parler des actualités récentes sur l'IVG. A l'heure où j'écris ma conclusion, l'assemblée nationale vient d'adopter, ce mardi 21 janvier, un amendement qui assouplit le droit à l'interruption volontaire de grossesse. Celui-ci modifie la loi Veil de 1975 qui instaurait le droit à l'avortement pour « toute femme enceinte que son état place en situation de détresse ». Soutenu par le gouvernement, il supprime cette notion de « détresse » en la remplaçant par « le droit des femmes à choisir ou non de poursuivre une grossesse ». Une victoire symbolique pour les pro-avortements sans impact dans les faits puisque la différence qu'il introduit ne devrait rien changer dans la pratique. Pourtant, il suscite de très vives réactions, certains y voyant un moyen de « banaliser » l'avortement, comme Philippe Gosselin, député UMP, de dénoncer « *l'idée selon laquelle l'avortement serait un droit comme les autres, indépendant de toute situation de détresse, tendant ainsi à banaliser cet acte* ».

Si en France le gouvernement montre une volonté de réaffirmer le droit à l'IVG, nos voisins Espagnols prennent un tout autre chemin. Le texte adopté par le gouvernement espagnol, le 20 décembre 2013, prévoit de supprimer le droit des femmes à disposer de leurs corps, sauf dans quelques cas très restrictifs : danger prouvé pour la vie ou la santé physique ou psychologique

de la femme, ou en cas de viol ayant fait l'objet d'une plainte antérieure. Il raye la loi historique votée en 2010 sous le gouvernement socialiste, qui autorise l'avortement jusqu'à 14 semaines de grossesse et jusqu'à 22 semaines en cas de malformation du fœtus. De nombreux opposants au texte dénoncent un retour en arrière de trente ans, le pays revenant de fait à une législation datant de 1985. Ce projet de loi témoigne d'une nouvelle tendance politique en Occident tendant non plus à considérer l'avortement comme une « liberté et un progrès », mais comme une violence à limiter.

Comme le dit Louis Aragon, « *Rien n'est jamais acquis à l'homme* », et le cas de l'Espagne en est la preuve.

BIBLIOGRAPHIE

1. Mc LAREN A
   Histoire de la contraception de l'Antiquité à nos jours
   Paris : Edition Noêsis, 1996, 420 p.

2. PAVARD B, ROCHEFORT F, ZANCARINI-FOURNEL M
   Les lois Veil : Contraception 1974, IVG 1975
   Paris : Edition Armand Colin, 2012, 224 p.

3. SERFATY D
   Contraception – 4ème Edition
   Paris : Edition Masson, 2011, 566 p.

4. SIBUET A
   La contraception : de la bonne connaissance par le pharmacien au bon usage par le patient - 156 p.
   Thèse de doctorat : Pharmacie : Grenoble : 2009

5. SITE DU CENTRE DE PLANIFICATION FLORA TRISTAN DU SERVICE DE GYNECOLOGIE DU CHU D'ANGERS (consulté en octobre 2013)
   Histoire de la contraception, (en ligne)
   Disponible sur : http://planif49.fr

6. JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANÇAISE (consulté en octobre 2013)
   Article de lois, (en ligne)
   Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr

7. ASSOCIATION NATIONALE DES CENTRES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE ET DE CONTRACEPTION (consulté en octobre 2013)
   Histoire de la légalisation de la contraception et de l'avortement en France, (en ligne)
   Disponible sur : http://www.ancic.asso.fr/textes/ressources/historique_ivg-veil.html

8. CHOSSON M (consulté en octobre 2013)
Il était une fois la contraception, (en ligne)
Paris : 2005
Disponible sur : http://www.ancic.asso.fr/histoirecontra.php

9. 8 MARS (consulté en octobre 2013)
Histoire de la contraception, (en ligne)
Disponible sur : http://www.8mars.info

10. HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
Contraception d'urgence : prescription et délivrance à l'avance
Saint-Denis : HAS, 2013, 125 p.

11. NAUDIN-ROUSSELLE P, FERNANDEZ H
La contraception hormonale : Le cycle ovarien en 4 questions
Le Moniteur des pharmacies, 2013, n°2974, pp. 6-7

12. PORTET P (consulté en octobre 2013)
Physiologie du cycle menstruel, (en ligne)
Disponible sur : http://philippeportet.free.fr/physiologieCycleMenstruel.html

13. CYCLE MENSTRUEL (consulté en octobre 2013)
Schéma général, (en ligne)
Disponible sur : http://fr.wikipedia.org/wiki/Cycle_menstruel

14. HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
Fiche Mémo – Contraception d'urgence
Saint-Denis : HAS, 2013, 3 p.

15. GLASIER A, CAMERON ST, FINE PM et al.
Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception : a randomized non-inferiority trial and meta-analysis
The Lancet, 2010, vol. 375, n°9714, pp. 555-562

16. CRENIN MD, SCHLAFF W, ARCHER DF et al.
Progesterone receptor modulator for emergency contraception : a randomized controlled trial
Obstet Gynecol, 2006, vol. 108, pp. 1089-1097

17. POLETTI B
Rapport d'information fait au nom de la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur la contraception des mineures.
Paris : Assemblée Nationale, 2011, rapport n°3444, 63 p.

18. CENTRE REGIONAL D'INFORMATION ET DE PREVENTION DU SIDA
La contraception d'urgence
Marseille : CRIPS Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2011, 14 p.

19. AUBIN C, JOURDAIN-MENNINGER D, CHAMBAUD L
Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des IVG suite à la loi du 4 juillet 2001 : rapport de synthèse
Paris : IGAS, 2009, 93 p.

20. DELOTTE J, MOLINARD C, TRASTOUR C, BOUCOIRAN I, BONGAIN A
Délivrance de la contraception d'urgence aux mineures dans les pharmacies françaises
Gynécologie Obstétrique & Fertilité, 2008, n° 36, pp. 63-66

21. AUBIN C, JOURDAIN-MENNINGER D
La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence
Paris : IGAS, 2009, 99 p.

22. HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
Note de cadrage : Mise à disposition à l'avance de la contraception d'urgence
Saint-Denis : INPES, 2011, 18 p.

23. MOREAU C, TRUSSELL J, BAJOS N
The determinants and circumstances of use of emergency contraceptive pills in France in the context of direct pharmacy access
Contraception, 2006, vol. 74, pp. 476-482

24. BAJOS N, BOHET A, LE GUEN M, MOREAU C
La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ?
Population et Sociétés, 2012, n°492, 4 p.

25. AMSELLEM-MAINGUY Y
Recours et résistances à l'utilisation de la contraception d'urgence
La Santé de l'Homme, 2009, n°399, pp. 8-10

26. LYDIE N, LEON C – BAROMETRE SANTE
Contraception, pilule du lendemain et interruption volontaire de grossesse
In : Baromètre santé 2005 : premiers résultats
Saint-Denis : INPES, 2006, pp. 103-108

27. SITE CHOISIR SA CONTRACEPTION (consulté en décembre 2013)
Les différents moyens de contraception
Disponible sur : www.choisirsacontraception.fr

28. INSTITUT NATIONAL DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION À LA SANTÉ
Contraception : les Françaises utilisent-elles un contraceptif adopté à leur mode de vie ?
Saint-Denis : INPES, 2011, 18 p.

29. INSTITUT NATIONAL DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION À LA SANTÉ
Contraception : que savent les Français ?
Saint-Denis : INPES, 2007, 10 p.

30. INPES, GUILBERT P, GAUTIER A
Baromètre santé 2005. Premiers résultats
Saint-Denis : INPES, 2006

31. HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
Etat des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et aux choix d'une contraception adaptée
Saint-Denis : HAS, 2013, 50 p.

32. CENTRE REGIONAL D'INFORMATION ET DE PREVENTION DU SIDA
Données sur la contraception et l'IVG en France
Marseille : CRIPS Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2012, 21 p.

33. ANAES, INPES, AFSSAPS
Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme
Paris : ANAES, 2004, 234 p.

34. CENTRE D'ANALYSE STRATÉGIQUE
Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ?
La note d'analyse, 2011, n°226, 12 p.

35. GALL B, JOUANNIC E
Les Français et la contraception (enquête BVA)
Saint-Denis : INPES, 2007, 47 p.

36. BAJOS N, GOULARD H, JOB-SPIRA N
Emergency contraception : from accessibility to counseling
Contraception 2003, vol. 67, pp. 39-40

37. BAJOS N, LERIDON H, GOULARD H, OUSTRY P, JOB-SPIRA N, Groupe Cocon
Contraception : from accessibility to efficiency
Human Reproduction, 2003, vol. 18, pp. 994-999

38. LE SITE SANTÉ DU MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ (consulté en janvier 2014)
Toute l'information sur l'Interruption Volontaire de Grossesse, (en ligne)
Disponible sur : http://www.ivg.gouv.fr

39. SITE DU PLANNING FAMILIALE (consulté en janvier 2014)
Disponible sur : http://www.planning-familial.org

40. MAZUY M, PRIOUX F, BARBIERI M
L'évolution démographique récente en France. Quelques différences entre les départements d'outre-mer et la France métropolitaine
Population-F, 2011, vol. 66, pp. 503-554

41. VILAIN A, MOUQUET MC, GONZALEZ L, RICCARDIS N
Les interruptions volontaires de grossesse en 2011
Etudes et résultats, 2013, n°843, 6 p.

42. VILAIN A, MOUQUET MC
Les interruptions volontaires de grossesse en 2008 et 2009
Etudes et résultats, 2011, n°765, 6 p.

43. BAJOS N
L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative
Sociétés contemporaines, 2006, n°61, pp. 91-117

44. BAJOS N, MOREAU C, LERIDON H, FERRAND M
Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ?
Population et Sociétés, 2004, n°407, 4 p.

45. REGNIER-LOILIER A, LERIDON H
La loi Neuwirth quarante ans après : une révolution inachevée ?
Population et Sociétés, 2007, n°439, 4 p.

46. MOREAU C, BAJOS N
Impact de la démédicalisation d'accès à la contraception d'urgence en France
Le Concours médical, vol. 128, 2006, n°25-26, pp. 1047-1050

47. BARDOU J
Rapport d'information fait au nom de la délégation du Sénat aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, après déclaration d'urgence, relative à la contraception d'urgence
Paris : Sénat, 2000, rapport n°43, 44 p.

48. LERIDON H, OUSTRY P, BAJOS N, EQUIPE COCON
La médicalisation croissante de la contraception en France
Population et Sociétés, 2002, n°381, 4 p.

49. TRUSSELL J, RAYMOND EG, CLELAND K
Emergency contraception : A last chance to prevent unintended pregnancy
Princeton : Office of Population Research, Princeton University, 2011

50. LAWLOR DA, SHAW M
Teenage pregnancy rates : high compared with where and when ?
J R Soc Med, 2004, vol. 97, pp. 121-123

ANNEXES

Annexe 1

CONTRACEPTION D'URGENCE

Dans le cadre de ma thèse sur la contraception d'urgence, je réalise un questionnaire pour faire le point sur les connaissances des français à ce sujet. Seules les questions 4, 5 et 13 sont à choix multiple.

1. Age :

2. Sexe :
   - ☐ F
   - ☐ M

3. Connaissez-vous la pilule du lendemain ?
   - ☐ Oui
   - ☐ Non

4. Où avez-vous entendu parler de la pilule du lendemain ? (Choix multiple)
   - ☐ Chez le médecin
   - ☐ En pharmacie
   - ☐ Dans les media, journaux, internet
   - ☐ Par les amis
   - ☐ Par la famille
   - ☐ A l'école
   - ☐ Autres : ……

5. Dans quelles circonstances peut-on prendre la pilule du lendemain ? (Choix multiple)
   - ☐ Rapport non ou mal protégé
   - ☐ Absence de contraception
   - ☐ Accident de préservatif
   - ☐ Oubli de pilule
   - ☐ Autres : ……..
   - ☐ Ne sais pas

6. A partir de quand peut-on prendre la pilule du lendemain après un rapport à risque ?

- ☐ Le lendemain
- ☐ Le plus tôt possible
- ☐ Il n'y a pas de limite de temps
- ☐ Autres : ……..
- ☐ Ne sais pas

7. Connaissez-vous le délai maximum dans lequel la prise de la pilule du lendemain doit se faire ?

- ☐ Moins de 24h
- ☐ 24h (1 jour)
- ☐ 48h (2 jours)
- ☐ 72h (3 jours)
- ☐ Plus de 72h
- ☐ Autres : …….
- ☐ Ne sais pas

8. Connaissez-vous l'efficacité de la pilule du lendemain ?

- ☐ 100%
- ☐ 95%
- ☐ 90%
- ☐ 85%
- ☐ 80%
- ☐ Moins de 80%
- ☐ Dépend de la rapidité de la prise
- ☐ Autres : ……..
- ☐ Ne sais pas

9. Combien de fois par mois peut-on utiliser la pilule du lendemain ?

- ☐ Occasionnellement
- ☐ 1 fois
- ☐ 2 fois
- ☐ 3 fois
- ☐ Autant de fois que l'on veut
- ☐ Autres : ……
- ☐ Ne sais pas

10. A votre avis, a-t-on besoin d'une ordonnance pour avoir la pilule du lendemain ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

11. A votre avis, peut-on avoir gratuitement la pilule du lendemain?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, dans quel cas ?

……
……

12. A votre avis, la pilule du lendemain est-elle remboursable ?
    - ☐ Oui
    - ☐ Non

13. Où peut-on se procurer la pilule du lendemain ? (Choix multiple)
    - ☐ En pharmacie
    - ☐ Chez le médecin
    - ☐ Au centre de planification
    - ☐ Auprès de l'infirmière scolaire
    - ☐ Autres : ……..
    - ☐ Ne sais pas

14. A votre avis, la pilule du lendemain protège-t-elle contre les IST (Infections Sexuellement Transmissibles) ?
    - ☐ Oui
    - ☐ Non

15. A votre avis, la pilule du lendemain peut-elle rendre stérile ?
    - ☐ Oui
    - ☐ Non

16. Connaissez-vous des contraceptions d'urgence autre que la pilule du lendemain ?
    - ☐ Oui
    - ☐ Non

Si oui, lesquelles ?

……
……
……

17. Avez-vous déjà entendu parler de Ellaone®, la pilule du surlendemain ?
    - ☐ Oui
    - ☐ Non

Si oui, connaissez-vous son délai d'efficacité ?

- ☐ 1 jour
- ☐ 2 jours
- ☐ 3 jours
- ☐ 4 jours
- ☐ 5 jours
- ☐ Plus de 5 jours
- ☐ Autres : ……
- ☐ Ne sais pas

18. Avez-vous déjà pris la pilule du lendemain ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, avez-vous rencontré des difficultés pour l'obtenir ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Pourquoi ?

……
……
……

19. Utilisez- vous une contraception ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, laquelle (préservatif, pilule, stérilet, retrait, etc.) ?

……
……

Je vous remercie de votre participation.

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruite dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobe et méprisée de mes confrères si j'y manque.

GARCIA Joanne
Le point sur la contraception d'urgence en 2014
Th. D. Pharm ; Bordeaux 2 ; 2014 ; n°

RESUME

Un oubli de pilule, un préservatif qui glisse ou se déchire, un anneau vaginal mal placé…: il y a de nombreuses situations à risque qui peuvent entrainer une grossesse que l'on n'avait pas prévue. Pour éviter celle-ci, mais avant de recourir à l'avortement, les femmes ont à leur disposition depuis 1999, la contraception d'urgence dite « pilule du lendemain ». Le recours à la contraception d'urgence fait partie des stratégies de rattrapage pour palier un défaut de contraception identifié. Elle est le signe des difficultés que les femmes rencontrent dans la gestion quotidienne de leur pratique contraceptive.

Malheureusement, en France, la contraception d'urgence est souvent méconnue, utilisée de manière non appropriée et beaucoup de femmes de tout âge ignorent les délais des différentes méthodes existantes, les modes d'utilisation, les possibilités d'accès et ont une perception exagérée du risque d'effets indésirables. Des informations fausses continuent de circuler sur ces pilules incorrectement baptisées « du lendemain » ou du « surlendemain ». Le manque d'informations sur le délai d'efficacité et les croyances relatives à la contraception d'urgence sont des freins à son utilisation.

Toute femme en âge de procréer peut, un jour, avoir besoin de recourir à la contraception d'urgence afin d'éviter une grossesse non désirée. Le pharmacien, en tant qu'acteur de santé publique est un relais important pour informer les femmes mais aussi les hommes sur la contraception.

DISCIPLINE

Pharmacie

MOTS CLES

Contraception d'urgence
Contraception
Histoire de la contraception
Interruption Volontaire de Grossesse

JURY

Président : Mr Christian TOUSSAINT, Maître de conférence
Juges : Mr Stéphane TERRAL, Docteur en pharmacie
Mme Brigitte CIEUTAT, Docteur en pharmacie

Université Bordeaux 2 – Victor Segalen
UFR des Sciences Pharmaceutiques
146 rue Léo Saignat
33076 Bordeaux cedex