

Intérêt de la prescription d'avance en contraception d'urgence

Philippe Bouchard

Endocrinologie, Hôpital St Antoine, 184, rue du Fbg St Antoine, 75012 Paris
Tél. : 01 49 28 24 09

La France est un pays qui connaît un des plus forts taux d'utilisation de méthodes contraceptives efficaces : 61,9 % des femmes en âge de procréer utilisent un moyen de contraception de type hormonal ou stérilet [1]. Pourtant, le nombre d'avortements reste stable, ce qui est en partie explicable par l'échec de ces méthodes pourtant réputées très efficaces. Une étude récente indique que 21 % des IVG ont lieu chez les femmes utilisant la pilule contraceptive, et la très grande fréquence des oublis de pilule est connue : jusqu'à 60 % des femmes indiquent avoir oublié leur pilule au moins une fois au cours des 6 derniers mois [1, 2]. Par ailleurs, un certain nombre de couples ont choisi de faire des préservatifs leur méthode de contraception régulière et l'on sait que les problèmes liés à l'utilisation des préservatifs sont extrêmement courants : dans une enquête, 30 % des hommes indiquent avoir été confrontés au glissement ou à la rupture d'un préservatif au cours de trois mois d'utilisation [4]. Enfin, un certain nombre de femmes choisissent délibérément le recours à des méthodes contraceptives dites naturelles (retrait, méthode des températures, abstinence périodique) lesquelles, même bien maîtrisées, ont un taux d'échec d'environ 20 % [5]. Le *tableau 1* résume les taux d'échec des différentes méthodes contraceptives en utilisation « typique » (en dehors d'un essai

clinique) ainsi qu'en utilisation parfaite (sans oubli ni erreur) pendant les 12 premiers mois d'utilisation.

Il paraît donc clair qu'indépendamment de tout comportement à risque parfois invoqué pour expliquer la non diminution des IVG, les échecs prévisibles des méthodes contraceptives disponibles, liés aux méthodes ou aux utilisatrices, conduisent inévitablement à la survenue de grossesses non désirées. Un calcul simple (*tableau 2*) permet de prévoir le nombre de femmes qui ont un rapport « à risque », c'est-à-dire pouvant donner lieu à une grossesse non désirée, en fonction du nombre de défaillances contraceptives.

Comme le montre ce tableau, un calcul très conservateur indique qu'au moins 7,6 millions de couples français sont confrontés chaque année à une défaillance contraceptive. Il est bien évident que tous ces rapports à risque ne donnent pas lieu à une grossesse non désirée car le risque de fécondation dépend non seulement de la date du rapport à risque dans le cycle, mais aussi de la méthode utilisée : en ce qui concerne la contraception hormonale, il est certain que selon le type de contraceptif, la date de l'oubli et sa durée, et l'âge de l'utilisatrice, le risque de fécondation est très variable [7]. On peut néanmoins comprendre pourquoi, même en prenant un taux de fécondation très faible (5 %) on peut s'attendre à environ

mter

Tirés à part : P. Bouchard
E-mail : philippe.bouchard@sat.ap-hop-paris.fr

Tableau 1. Taux de grossesse (%) des différentes méthodes contraceptives en utilisation typique (de routine) et utilisation parfaite pendant les 12 premiers mois d'utilisation

Méthode	Utilisation typique (%)	Utilisation parfaite (%)
Pas de contraception	85	85
Spermicides	21	6
Abstinence périodique	20	1-91
Retrait	19	4
Diaphragme	18	6
Préservatif masculin	21	5
Préservatif féminin	12	3
Pilule progestative	3	0,5
Pilule combinée	3	0,1
Stérilet (cuivre)	0,8	0,6
Stérilet (progestérone)	2	1,5
Injectables	0,3	0,3
Implant	0,09	0,09

Source : Hatcher et al. 1994 [5]

450 000 grossesses non désirées, dont une partie donnera lieu à une IVG. Rappelons qu'en France environ 20 % des 750 000 naissances sont considérées comme non planifiées et qu'il y a environ 200 000 IVG [8].

Il paraît donc nécessaire d'essayer de prévenir les conséquences d'un rapport mal protégé lié à une défaillance contraceptive. La contraception d'urgence est une arme efficace puisque son efficacité en termes de grossesses évitées est de 90 % environ, mais elle implique trois préalables : que l'utilisatrice soit consciente de l'existence d'une défaillance contraceptive, qu'elle connaisse la contraception d'urgence et qu'elle y ait rapidement accès [9].

Tableau 2. Estimation du nombre de couples français confrontés chaque année à un rapport mal protégé du fait d'un échec de leur méthode contraceptive habituelle

Méthodes contraceptives de moindre efficacité (retrait, abstinence périodique, méthode des températures)	
Nombre de femmes*	232 261
Nombre d'échecs par femme et par an	2
Nombre de rapports à risque*	464 522
Oublis de pilule	
Nombre de femmes*	5 065 495
Nombre d'échecs par femme et par an	1
Nombre de rapports à risque	5 065 495
Préservatifs	
Nombre de couples*	829 502
Nombre de préservatifs par couple et par semaine	4
Taux d'échec par préservatif	1,25 %
Nombre de rapports à risque	2 156 705
Nombre de rapports à risque du fait d'une défaillance contraceptive	7 686 722

*Source : INSERM/INED, 2000, et INED, 2003 [1, 6]

Tableau 3. Bonnes pratiques de prescription de la contraception d'urgence

- Avant de débiter toute contraception, il est recommandé d'informer la patiente sur la contraception d'urgence et son mode d'utilisation.
- Les études prouvent que le lévonorgestrel en contraception d'urgence (Norlevo®) administré le plus rapidement possible après le rapport sexuel non protégé permet de garantir une efficacité optimale. Donc, pour contribuer à une utilisation efficace, la contraception d'urgence doit être prescrite à l'avance [12].
- Norlevo® ne présente pas de contre-indications.
- En cas de demande tardive, la contraception d'urgence peut être proposée jusqu'au cinquième jour suivant le rapport sexuel [18].
- Il est démontré que le lévonorgestrel (Norlevo®) est mieux toléré que la contraception d'urgence oestro-progestative [9].
- L'utilisation répétée de la contraception d'urgence ne pose aucun risque pour la santé et ne devrait pas constituer de frein à sa large accessibilité [19].
- En cas d'échec de la contraception d'urgence, la grossesse évoluera normalement et il n'y a pas de risque particulier pour le fœtus [20].

Des études faites chez des femmes ayant une IVG indiquent que dans la grande majorité des cas, elles ont eu conscience de la défaillance contraceptive [10]. Cela est particulièrement vrai en cas d'emploi de préservatifs, dont l'oubli, la déchirure ou une difficulté lors de la mise en place ou du retrait sont évidents. Ce l'est moins en cas d'oubli de pilule dont l'enquête récente déjà citée indique la grande fréquence et qui est compliquée par le fait qu'en cas d'oubli, le rapport fécondant a pu avoir lieu jusqu'à cinq jours plus tôt et avoir ainsi été oublié. Et c'est encore moins évident lors des méthodes naturelles où la perception d'un retard au retrait ou une erreur de mesure de la température peut être totalement méconnue.

À ces faits s'ajoutent des croyances erronées qui donnent à la femme une fausse impression de sécurité et l'empêchent de recourir à la contraception d'urgence. Dans l'étude citée plus haut [10], les femmes ayant une IVG avaient eu conscience de la défaillance contraceptive mais n'avaient pas employé la contraception d'urgence comme on aurait pu s'y attendre, alors qu'elles en avaient entendu parler : interrogées sur cet état de fait, dans l'immense majorité des cas, les femmes ont répondu qu'elles ne pensaient pas être dans la période fertile de leur cycle. De fait, il existe une très grande ignorance des utilisatrices, et souvent de l'entourage, en matière de physiologie du cycle menstruel et de la fécondation : la croyance que la fécondation n'est possible qu'au jour 14 reste profondément ancrée et l'immense majorité des utilisatrices ignore que la fécondation n'est possible que si le rapport sexuel a précédé la date de l'ovulation, celle-ci étant d'ailleurs éminemment variable d'un cycle à l'autre. La connaissance de la contraception d'urgence paraît donc bien établie chez les femmes, ce que confirment d'autres études, mais des idées fausses en gênent l'utilisation : une éducation en profondeur des femmes et de leur entourage

apparaît donc indispensable et le rôle du médecin est ici fondamental [11].

La rapidité d'accès à la contraception d'urgence et sa bonne tolérance sont des facteurs clés de succès pour éviter une grossesse non désirée en cas de rapport mal protégé. En France, les contraceptifs d'urgence à base de lévonorgestrel seul (Norlevo®) ont l'avantage sur les méthodes classiques (administration de produits oestro-progestatifs) d'être au moins aussi efficaces et mieux tolérés : les vomissements sont exceptionnels et les effets indésirables se réduisent à des nausées ou des céphalées [9]. Dépourvus d'oestrogènes, ils n'ont pas de contre-indication : ces avantages ont conduit à autoriser leur dispensation sans prescription médicale, permettant ainsi de tirer le bénéfice optimal de leur efficacité : en effet, l'efficacité de la contraception d'urgence est d'autant plus élevée qu'elle est utilisée tôt après un rapport non ou mal protégé [12]. Cette mesure permet indiscutablement à un grand nombre d'utilisatrices d'avoir rapidement accès à la contraception d'urgence, notamment dans les circonstances où une consultation médicale préalable n'est pas possible (nuit, week-end, vacances). En outre, le fait que Norlevo® soit maintenant utilisable en une seule prise simultanée de 2 comprimés est un élément qui simplifie l'emploi de la contraception d'urgence et limite les risques de mauvaise utilisation (oubli de la deuxième prise). A ce sujet, un travail récent a bien montré que dans plus de 98 % des cas, les femmes ont utilisé la contraception d'urgence conformément à la notice de boîte, malgré l'absence de conseil médical préalable [13].

Il n'en reste pas moins que, pour les raisons évoquées plus haut (ignorance des notions de base de physiologie de la reproduction, méconnaissance des règles d'emploi de la contraception d'urgence), le rôle du médecin demeure central dans l'emploi de la contraception d'urgence. La prescription d'avance paraît la meilleure façon de concilier la nécessité d'une utilisation aussi précoce que possible et celle d'une information de qualité. Elle devrait faire partie des bonnes pratiques médicales pour toute consultation notamment lors de la mise en route d'une contraception régulière chez une adolescente, de la prescription (ou renouvellement de prescription) d'une contraception orale, ou de conseils pour l'emploi de préservatifs (tableau 3).

Il est toutefois nécessaire de s'assurer que la prescription d'avance ne risque pas d'induire de comportements « à risque » qui pourraient compromettre le bénéfice attendu. Ce point a déjà fait l'objet d'un certain nombre de travaux. Dans une étude prospective contrôlée chez plus de mille femmes dont la moitié disposait de contraceptif d'urgence à domicile et l'autre devait se la procurer en cas de besoin, Glasier et al. [14] ont montré d'une part que les femmes ayant la contraception d'urgence à disposition à domicile ne l'utilisaient pas de façon abusive et d'autre

part que, dans les deux groupes, l'usage d'une méthode régulière de contraception était significativement plus élevé après un an de suivi qu'à l'entrée dans l'étude, sans différence entre les deux groupes. Un travail américain a montré que les femmes ayant une prescription d'avance de contraception d'urgence l'utilisent significativement plus en cas de besoin mais avaient en même temps tendance à mieux utiliser ensuite une contraception régulière [15]. Un autre travail [16] a également montré que la prescription d'avance de la contraception d'urgence dans le post-partum conduisait à un recours plus fréquent à la méthode sans diminution de l'emploi des méthodes de contraception régulière. Par ailleurs, une étude faite chez des femmes indiennes a montré que la prescription d'avance de la contraception d'urgence ne conduisait pas à une utilisation moindre des préservatifs [1]. Les différents travaux disponibles concourent donc à montrer que la prescription d'avance de la contraception d'urgence conduit à son usage plus fréquent en cas de nécessité et n'induit pas de comportement à risque (arrêt de la pilule contraceptive, moindre emploi de préservatifs), mais au contraire aboutit à un plus grand usage de la contraception régulière.

La France a pris des mesures innovantes pour tenter de mettre un terme à l'augmentation des grossesses désirées, notamment chez les adolescentes : mise à disposition sans prescription médicale de la contraception d'urgence à base de lévonorgestrel seul, gratuité de la contraception d'urgence pour les mineures. Pour nécessaires qu'elles soient, ces mesures doivent impérativement être accompagnées d'un immense effort en matière d'éducation sur la sexualité. La prescription d'avance de la contraception d'urgence par le spécialiste ou le généraliste est l'occasion pour le corps médical de jouer pleinement son rôle d'éducateur, tout en permettant aux femmes d'avoir à leur disposition une méthode de contrôle des échecs de leur méthode habituelle de contraception.

Références

1. INSERM-INED Unité 569, Enquête Cocon-2000. <http://www.ined.fr/population-en-chiffres/france/index.html>.
2. Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N, and the COCON Group. Contraception: from accessibility to efficiency. *Human Reproduction* 2003 ; 18 : 994-9.
3. Oddens B, Guis F. L'observance et l'oubli de pilule en France en 1995. *Contracept Fertil Sex* 1996 ; 24 : 290-6.
4. Crosby RA, Sanders SA, Yarber WL, Graham CA, Dodge B. Condom use errors and problems among college men. *Sex Transm Dis* 2002 ; 29 : 552-7.
5. Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Stewart OK, Kowal D, Guest F, Cates W, Policar M. *Contraceptive technology* 1994-1996. New York NY: Irvington Publishers, 1994.
6. INED. Population de la France entière au 1^{er} janvier 2003. <http://www.ined.fr/population-en-chiffres/france/population/francentiere/index.htm>.

-
7. Korver T, Goorissen E, Guillebaud J. The combined oral contraceptive pill: what advice should we give when tablets are missed? *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1995 ; 102 : 601-7.
8. Toulemon L, Léridon H. Maitrise de la fécondité et appartenance sociale: contraception, grossesses accidentelles et avortements. *Population* 1992 ; 47 : 1-46.
9. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998 ; 352 : 428-33.
10. Larsson M, Aneblom G, Odland V, Tyden T. Reasons for pregnancy termination, contraceptive habits and contraceptive failure among Swedish women requesting an early pregnancy termination. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002 ; 81 : 64-71.
11. Aneblom G, Larsson M, Odland V, Tyden T. Knowledge, use and attitudes towards emergency contraceptive pills among Swedish women presenting for induced abortion. *BJOG* 2002 ; 109 : 155-60.
12. Piaggio G, Von Hertzen H, Grimes DA. Timing of emergency contraception with levonorgestrel on the Yuzpe regimen. *Lancet* 1999 ; 353 : 721.
13. Raymond EG, Chen PL, Dalebout SM. "Actual use" study of emergency contraceptive pills provided in a simulated over-the-counter manner. *Obstet Gynecol* 2003 ; 102 : 17-23.
14. Glasier A, Baird D. The effects of self-administering emergency contraception. *N Engl J Med* 1998 ; 339 : 1-4.
15. Raine T, Harper C, Leon K, Darney P. Emergency contraception: advance provision in a young high-risk clinic population. *Obstet Gynecol* 2000 ; 96 : 1-7.
16. Jackson RA, Bimla Schwarz E, Freedman L, Darney P. Advance supply of emergency contraception: effect on use and usual contraception – a randomized trial. *Obstet Gynecol* 2003 ; 102 : 8-16.
17. Ellertson C, Ambardekar S, Hedlay A, et al. Emergency contraception: randomized comparison of advance provision and information only. *Obstet Gynecol* 2001 ; 98 : 570-5.
18. Von Hertzen H, Piaggio G, Ding J, Chen J, Song S, Bártfai G, Ng E, Gemzell-Danielsson K, Oyunbileg A, Wu S, Cheng W, Lüdicke F, Pretnar-Darovec A, Kirkman R, Mittal S, Khomassuridze A, Apter D, Peregoudov A for the WHO Research Group on Post-ovulatory Methods of Fertility Regulation. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *Lancet* 2002 ; 360 : 1803-10.
19. WHO. *Emergency contraception: A guide for service delivery*. Geneva: WHO ; 1998.
20. Norris Turner A, Ellertson C. How safe is emergency contraception? *Drug Saf* 2002 ; 25 : 695-706.