



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATIONS EN SANTÉ PUBLIQUE

Contraception d'urgence

Prescription et délivrance à l'avance

Date de validation par le collège : avril 2013

L'argumentaire scientifique de cette évaluation est téléchargeable sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé
Service documentation – Information des publics
2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Introduction	5
1. Saisine	6
2. Méthode de travail	7
2.1 Méthode <i>Recommandations en santé publique</i>	7
2.2 Gestion des conflits d'intérêt	9
2.3 Champ de l'évaluation	9
2.3.1 Problématique	9
2.3.2 Objectifs	10
2.3.3 Questions incluses dans le champ de l'évaluation	10
2.3.4 Questions exclues du champ de l'évaluation	10
2.4 Revue de la littérature	10
2.5 Analyse de bases de données	11
3. Argumentaire	12
3.1 Contexte	12
3.1.1 Épidémiologie	12
3.1.2 Politiques publiques en matière de contraception	13
3.1.3 Contraception d'urgence	15
3.1.4 Populations et professionnels de santé concernés par la contraception d'urgence	21
3.2 Recours à la contraception d'urgence	23
3.2.1 Données d'utilisation de la contraception d'urgence en France	23
3.2.2 Circonstances et déterminants de l'utilisation de la contraception d'urgence	28
3.3 Freins au recours à la contraception d'urgence	29
3.3.1 Freins au niveau des usagers (potentiels) de la contraception d'urgence	30
3.3.2 Freins au niveau des professionnels de santé impliqués dans la prescription et la délivrance de la contraception d'urgence	37
3.3.3 Freins structurels au recours à la contraception d'urgence	40
3.4 Évaluation de l'efficacité et des risques d'une fourniture et/ou prescription à l'avance de la contraception d'urgence	44
3.4.1 Revue systématique de la littérature des essais contrôlés randomisés et des essais contrôlés non randomisés	44
3.4.2 Revue des projets pilotes et études observationnelles	51
3.4.3 Discussion et conclusion	52
3.5 Recommandations existantes sur la prescription et/ou la fourniture à l'avance de la contraception d'urgence	53
3.6 Questions d'évaluation	57
3.6.1 Quelle efficacité à l'échelle populationnelle de la prescription à l'avance systématique de la PCU dans les conditions d'accès actuelles à la PCU en France ?	57
3.6.2 Quels risques de la prescription à l'avance systématique de la PCU sur les IST, les rapports sexuels non protégés et la contraception régulière dans les conditions d'accès actuelles la PCU en France ?	58
3.6.1 Quels freins à l'utilisation de la contraception d'urgence ?	58
3.6.2 Quelles modalités de prescription à l'avance de la PCU, dans quelles conditions et pour quelles populations ?	59
3.6.3 Quelle place de la prescription à l'avance parmi les stratégies visant à améliorer l'utilisation de la contraception d'urgence ?	59
3.6.4 Quelles méthodes de suivi et d'évaluation ?	60
Synthèse de l'argumentaire	61

4. Recommandations	66
4.1. Replacer la contraception d'urgence dans le cadre général de la santé sexuelle et reproductive	66
4.2. Améliorer l'information sur la contraception d'urgence	66
4.3. Envisager une prescription à l'avance de la pilule de contraception d'urgence au cas par cas	66
Listes des tableaux et figures	68
Glossaire.....	69
Abréviations et acronymes	70
Bibliographie	72
Participants	78
Annexe 1. Lettre de saisine de la DGS.....	81
Annexe 2. Prévalence contraceptive dans les différents pays européens	83
Annexe 3. Centres planification ou d'éducation familiale (CPEF)	84
Annexe 4. Tarifs et taux de remboursements des consultations de professionnels habilités à prescrire une contraception d'urgence	85
Annexe 5. Historique du cadre juridique et réglementaire de la contraception d'urgence	86
Annexe 6. Évolution du nombre de contraceptions d'urgence hormonales vendues chaque année en France	88
Annexe 7. Contraception d'urgence en milieu scolaire.....	89
Annexe 8. Baromètre Santé 2010 : Déterminants de l'utilisation de la contraception d'urgence.....	91
Annexe 9. Diagramme du processus de revue systématique des freins à l'utilisation de la contraception d'urgence	92
Annexe 10. Études incluses dans la revue de littérature des freins à l'utilisation de la contraception d'urgence	93
Annexe 11. Stratégie de recherche documentaire.....	102
Annexe 12. Évaluation des revues systématiques sélectionnées sur les effets de la prescription et/ou la fourniture à l'avance de la PCU	107
Annexe 13. Essais visant à évaluer les effets de la prescription et/ou la fourniture à l'avance de la contraception d'urgence	108
Annexe 14. Projets pilotes et études observationnelles visant à évaluer les effets de la facilitation de l'accès à la contraception d'urgence	121
Annexe 15. Fiche descriptive	124

Introduction

L'expression contraception d'urgence désigne une contraception de « rattrapage », utilisable par les femmes en situation d'urgence dans les quelques jours qui suivent un rapport sexuel non ou mal protégé pour éviter une grossesse non prévue. Deux méthodes de contraception d'urgence sont disponibles : la pilule de contraception d'urgence (PCU) et le dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre. Deux types de PCU sont actuellement disponibles en France : le lévonorgestrel et l'ulipristal acétate.

En France, la PCU au lévonorgestrel est disponible en pharmacie sans prescription médicale depuis 1999. Si elle est délivrée sans ordonnance, elle n'est pas remboursée. Si elle est prescrite, elle est remboursée à 65 %. Pour les mineures, elle est délivrée gratuitement et anonymement (sans vérification de leur identité). Elle 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.

L'autorisation de délivrance de la PCU sans prescription médicale, gratuite et anonyme pour les mineures, a eu pour résultat une augmentation importante de l'utilisation de la contraception d'urgence, surtout chez les jeunes femmes.

Malgré une prévalence contraceptive élevée en France et une augmentation du recours à la contraception d'urgence, un tiers des grossesses sont non prévues.

La HAS a été saisie par la Direction générale de la Santé (DGS) afin d'évaluer la pertinence et les risques d'une prescription à l'avance à titre systématique d'une PCU, en particulier les risques de moindre observance et de moindre mise en œuvre d'une contraception régulière et de comportements sexuels à risque en termes d'infections sexuellement transmissibles (IST).

1. Saisine

La Direction générale de la santé (DGS) a demandé, par courrier en date du 7 avril 2010 (voir Annexe 1), l'avis de la HAS sur la préconisation de prescription et de délivrance de la contraception d'urgence à l'avance.

Cette préconisation est issue d'une évaluation de l'IGAS de l'impact de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. Un rapport de synthèse dresse un bilan des politiques de prévention des grossesses non prévues et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG) (1). Ce rapport fait le constat d'une situation paradoxale caractérisée par une bonne couverture contraceptive globale, mais avec de trop nombreux échecs contraceptifs, une approche préventive insuffisante, une utilisation insuffisante de la contraception d'urgence pour pallier les échecs contraceptifs et de progrès réels mais incomplets concernant la prise en charge des IVG. Il présente une série de recommandations, dont la recommandation relative à la contraception d'urgence sus-citée.

Dans un rapport thématique « La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence » (2), accompagnant le rapport de synthèse mentionné plus haut, l'IGAS émet plusieurs recommandations visant à tirer un meilleur parti de la contraception d'urgence¹. Étant donné que l'efficacité de la contraception d'urgence dépend de son délai d'utilisation, l'IGAS préconise de s'assurer de la disponibilité à l'avance du produit « pour le cas où », et envisage un certain nombre de modalités pratiques dont « la prescription systématique et détaillée d'une contraception d'urgence lors de la première prescription d'une contraception orale, afin de diminuer le nombre des grossesses sous pilule »².

Dans sa demande, la DGS souhaite que soient évalués la pertinence d'une prescription à l'avance d'une contraception d'urgence à titre systématique et les risques potentiels liés à une telle prescription, et notamment :

- le risque d'une moindre observance de la contraception orale régulière ;
- le risque d'un effet contre productif sur la mise en œuvre d'une contraception régulière ;
- une prise de risque accrue en matière d'infections sexuellement transmissibles (non utilisation du préservatif).

Une première réponse de la HAS, datée du 7 juin 2010, soulignait l'importance d'une analyse approfondie des risques potentiels d'une prescription à l'avance de la contraception d'urgence, mais également de l'efficacité d'une telle mesure et de sa place relative parmi d'autres actions de santé publique visant à réduire les grossesses non prévues³.

Le cabinet de la ministre de la Santé s'est associé à la demande de la DGS, en date du 28/09/2010, et a souhaité que, si la coprescription à l'avance d'une contraception d'urgence accompagnant une prescription de contraception régulière s'avérait pertinente, soient formulées des recommandations en termes d'encadrement de la prescription et du suivi.

Par ailleurs, la ministre de la Santé a saisi la HAS, en date du 19/12/2012, lui demandant d'élaborer un référentiel de bonnes pratiques à l'intention des professionnels de santé afin que la contraception proposée, avec un volet spécifique pour les jeunes mineur(e)s soit la plus adaptée possible à la situation de chacun.

¹ Il s'agit d'encourager la prescription et la délivrance de la CU à l'avance, mais également de développer des outils opérationnels de guidance pour les pharmaciens dans la délivrance de la CU, d'élargir les possibilités pour l'infirmière scolaire d'apporter une réponse de premier recours, d'organiser et financer l'approvisionnement des pharmacies scolaires, et de développer des formations sur la CU pour les infirmières scolaires et les doter d'outils d'aide à la décision.

² Les autres modalités pratiques sont : des protocoles d'évaluation pour apprécier les effets d'une telle stratégie, notamment sur l'observance, des conditionnements adaptés, sous forme par exemple de kits de prévention regroupant pilule, préservatifs et CU, et l'inclusion de CU parmi les produits figurant dans les trousse de secours d'urgence (nécessaire de voyage, trousse de secours des bateaux, des automobiles, etc.).

³ Par grossesse non prévue, on entend une grossesse qui, au moment de la conception, est soit inopportune car survenant au mauvais moment (trop tôt), soit non planifiée, soit non désirée.

2. Méthode de travail

2.1 Méthode *Recommandations en santé publique*

L'évaluation des actions de santé publique constitue une aide à la décision publique. Les recommandations en santé publique consistent à réunir les arguments permettant de juger de l'opportunité de mettre en place ces actions et d'en préciser les modalités.

La méthode de travail repose, d'une part sur l'analyse et la synthèse critiques de la littérature scientifique disponible, et, d'autre part sur l'avis d'un groupe pluridisciplinaire de professionnels et de représentants d'usagers ou de patients concernés par le thème des recommandations.

Choix du thème de travail

Les thèmes des recommandations en santé publique sont choisis par le Collège de la HAS. Ce choix tient compte des priorités de santé publique et des demandes exprimées par les ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale. Le Collège de la HAS peut également retenir des thèmes proposés par des sociétés savantes, l'Institut national du cancer, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'Union nationale des professionnels de santé, des organisations représentatives des professionnels ou des établissements de santé, des associations agréées d'usagers.

Pour chaque thème retenu, la méthode de travail comprend les étapes suivantes.

Cadrage du sujet

Un cadrage du sujet est réalisé par le chef de projet du Service évaluation économique et santé publique afin d'évaluer l'intérêt de la question posée et la disponibilité de la littérature, de définir le périmètre de l'étude et le calendrier envisagé, de proposer les axes de réponse aux objectifs poursuivis.

Une note détaillée est présentée à la commission évaluation économique et santé publique (CEESP) puis au Collège de la HAS pour validation. La note de cadrage de la présente évaluation a été mise en ligne sur le site internet de la HAS (www.has-sante.fr) le 28/11/2011.

Groupe de travail

Un groupe de travail pluridisciplinaire est constitué par la HAS. Ce groupe est le garant scientifique de l'argumentaire et de sa cohérence avec la pratique.

Les experts du groupe de travail s'engagent à compléter une déclaration d'intérêt, et à respecter le caractère confidentiel des travaux jusqu'à leur publication officielle par la HAS.

Tout au long du processus de rédaction de l'argumentaire, les experts du groupe de travail sont invités à donner leur avis sur sa qualité, et apportent tous les compléments d'information pour décrire le contexte français du problème de santé publique évalué (état des pratiques, travaux scientifiques en cours, etc.). Ils sont consultés à l'occasion de réunions de travail, et peuvent être sollicités sur des questions spécifiques ou pour des validations intermédiaires de l'argumentaire (par mail). Au cours des dernières réunions de travail, les experts participent à la finalisation de la rédaction des propositions de recommandations. Ils s'assurent également de la conformité de la synthèse avec l'argumentaire.

Le groupe de travail est composé de professionnels de santé, ayant un mode d'exercice public ou privé, d'origine géographique différente et de représentants d'associations de patients et d'usagers.

Le groupe de travail a été composé à partir des propositions de noms d'experts des Collèges professionnels et sociétés savantes, associations et institutions concernés par le thème de travail et sollicités par la HAS.

Il comprenait 18 membres : 1 sociologue-démographe, 3 gynécologues-obstétriciens ou gynécologues médicaux, 1 médecin généraliste, 2 pharmaciens d'officine, 2 sages-femmes, 1 conseillère conjugale, 2 représentants d'associations de patientes ou d'usagers du système de santé, 1 représentant de mutuelle étudiante, 1 représentant de la Direction des services départementaux de l'éducation nationale, 1 représentant de l'ANSM, 1 représentant de l'Inpes et 1 représentant de la Direction Générale de la Cohésion Sociale. Le groupe de travail s'est réuni une fois, en septembre 2012. Il a été consulté par mail suite aux résultats de la phase de consultation du groupe de lecture.

Argumentaire scientifique, synthèse et recommandations

L'argumentaire scientifique s'est fondé sur une revue systématique de la littérature sur le thème proposé ainsi que sur un état des lieux de l'utilisation de la contraception d'urgence en France et des analyses de bases de données. Les travaux ont été conduits par un chef de projet du Service évaluation économique et santé publique de la HAS, suivant les principes méthodologiques de la HAS.

L'argumentaire scientifique précise les méthodes de travail mises en œuvre : recherche documentaire approfondie, effectuée par interrogation systématique des banques de données bibliographiques médicales et scientifiques, analyses de bases de données. Il comprend les éléments de réponse à la question posée, et identifie les besoins majeurs et axes de travail complémentaires qui devront être pris en compte afin d'améliorer l'utilisation de la contraception d'urgence en France. L'argumentaire scientifique, dans ses versions intermédiaires, évolue entre chacune des réunions du groupe de travail en fonction des suggestions proposées et modifications demandées par les experts. Dans sa forme finale, l'argumentaire mentionne explicitement l'avis des membres du groupe de travail, lorsque celui-ci n'est pas fondé sur l'analyse des données de la littérature ou lorsqu'il existe un désaccord entre l'analyse que la HAS fait des données issues de la littérature et celles qu'en fait le groupe de travail. Dans tous les autres cas, le groupe de travail est réputé être en accord avec les données présentées dans l'argumentaire.

Une synthèse de l'argumentaire scientifique ainsi que des propositions de recommandations sont rédigées dans les dernières phases de consultation du groupe de travail. Les recommandations en Santé publique de la HAS sont issues des éléments de l'argumentaire scientifique, des conclusions des discussions du groupe et de l'appréciation que la HAS fait de ces éléments. Elles sont rédigées par le chef de projet de la HAS.

Groupe de lecture

La méthode de travail repose également sur l'avis d'un groupe de lecture. Son rôle est de donner un avis sur la qualité de l'argumentaire et de sa synthèse (sur le fond et dans la forme), ainsi que sur la pertinence et l'applicabilité des propositions de recommandations avant la dernière réunion du groupe de travail.

Les experts du groupe de lecture rendent un avis écrit sur un document de travail intermédiaire. Leurs remarques sont transmises de façon anonyme au groupe de travail, libre d'en tenir compte ou pas (avis consultatif). Les membres du groupe de lecture s'engagent à respecter le caractère confidentiel des travaux jusqu'à leur publication par la HAS.

Le groupe de lecture est composé selon les mêmes critères que le groupe de travail (pluridisciplinaire comprenant des professionnels, représentants d'usagers ou de patients et institutions concernés par le thème des recommandations), mais est constitué d'un plus grand nombre d'experts.

S'agissant des présentes recommandations, tous les experts proposés par les collègues professionnels et sociétés savantes, ainsi que par les associations de patients ou d'usagers au moment de la sollicitation initiale, ont été invités à participer au groupe de lecture. En outre, un appel à candidatures pour participer au groupe de lecture a été lancé sur le site internet de la HAS, et toutes les personnes ayant candidaté ont été invitées à participer. Le groupe de lecture a

également été étendu aux médecins conseils des trois principaux régimes d'assurance maladie (Cnamts, Mutualité sociale agricole [MSA], Régime social des indépendants [RSI]) ainsi qu'aux services concernés de la HAS, dont les projets en cours entraînent dans le champ de l'évaluation. Enfin, le groupe de lecture a été complété par les experts proposés par les membres du groupe de travail.

Parmi les experts invités par la HAS à participer au groupe de lecture, 43 ont accepté d'en faire partie. La composition du groupe de lecture au plan qualitatif était la suivante : 9 gynécologues, 9 sages-femmes, 4 médecins généralistes, 3 médecins de santé publique, 3 démographes, 2 pharmaciens/pharmacologues, 3 médecins/pharmaciens conseils nationaux, 2 infirmières scolaires, 2 représentants d'usagers et 4 autres professions.

La phase de consultation du groupe de lecture a eu lieu du 28/11/2012 au 09/01/2013. Le recueil de l'avis des relecteurs s'est effectué par le biais d'un questionnaire en ligne *via* une interface Web, sécurisée et accessible à partir du site internet de la HAS. Quarante et un experts ont complété le questionnaire de relecture, soit un taux de participation de 95 %.

Version finale des recommandations en santé publique

La version finale de l'argumentaire, des recommandations et le processus de réalisation sont discutés par la CEESP. La commission rend son avis au Collège de la HAS.

Validation par le Collège de la HAS

Sur proposition de la commission évaluation économique et santé publique, le Collège de la HAS valide le rapport final et autorise sa diffusion.

Diffusion

La HAS met en ligne sur son site (www.has-sante.fr) l'intégralité de l'argumentaire, les recommandations et leur synthèse. La synthèse et les recommandations peuvent être éditées par la HAS.

2.2 Gestion des conflits d'intérêt

Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêt à la HAS. Elles ont été analysées et prises en compte, et la composition du groupe de travail a été validée par le bureau de la CEESP.

L'ensemble des déclarations publiques d'intérêt des membres du groupe de travail est consultable sur le site internet de la HAS.

2.3 Champ de l'évaluation

2.3.1 Problématique

L'autorisation de délivrance de la contraception d'urgence sans prescription médicale gratuite, et anonyme pour les mineures, s'est accompagnée d'une augmentation importante de l'utilisation de la contraception d'urgence, surtout chez les jeunes femmes. Si cette augmentation de l'utilisation de la contraception d'urgence ne s'est pas traduite par une diminution du nombre d'IVG, il est utile de rappeler que le taux d'IVG est influencé par de multiples facteurs (sociaux, économiques et culturels), et que les tendances des taux d'IVG ne constituent pas nécessairement un bon indicateur de l'efficacité d'un programme de contraception, y compris la contraception d'urgence.

Une des mesures proposées pour augmenter l'utilisation de la pilule de contraception d'urgence et, *in fine*, réduire l'incidence des grossesses non prévues est la fourniture à l'avance en général et la prescription à l'avance. Se pose la question de l'efficacité et des risques (comportements

sexuels en matière de contraception régulière et risque d'IST) d'une telle mesure en général et, en particulier, dans le contexte actuel où la contraception d'urgence est largement accessible et son utilisation croissante.

Les objectifs et questions d'évaluation, définis dans la note de cadrage, sont repris ci-dessous.

2.3.2 Objectifs

L'objectif de ce travail est d'évaluer la pertinence de la prescription et fourniture à l'avance de la pilule de contraception d'urgence (PCU) et de produire des recommandations en santé publique relatives à une telle stratégie.

2.3.3 Questions incluses dans le champ de l'évaluation

- Quelle efficacité à l'échelle populationnelle de la prescription à l'avance de la PCU dans les conditions d'accès actuelles à la PCU en France ?
- Quels risques de la prescription à l'avance de la PCU sur les rapports sexuels non protégés, les IST et la contraception régulière dans les conditions d'accès actuelles en France ?
- Quels freins à l'utilisation de la contraception d'urgence ?
- Quelles modalités de prescription à l'avance de la PCU, dans quelles conditions et pour quelles populations ?
- Quelle place de la prescription à l'avance de la PCU parmi les stratégies visant à améliorer l'utilisation de la contraception d'urgence ?
- Quelles méthodes de suivi et d'évaluation ?

2.3.4 Questions exclues du champ de l'évaluation

- Conditions d'utilisation et recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur la contraception d'urgence ;
- Évaluation des autres approches visant à éviter les grossesses non désirées : information et éducation sexuelle dès le plus jeune âge, développement de meilleurs moyens contraceptifs, utilisation correcte de la contraception régulière et recours à l'IVG (cette dernière mesure visant à éviter non pas l'occurrence mais la poursuite d'une grossesse non désirée).

2.4 Revue de la littérature

Une recherche documentaire approfondie est effectuée par interrogation systématique des banques de données bibliographiques médicales et scientifiques, sur une période adaptée à chaque thème. En fonction du thème traité, elle est complétée, si besoin, par l'interrogation d'autres bases de données spécifiques. Une étape commune à toutes les études consiste à rechercher systématiquement les recommandations, articles de décision médicale, revues systématiques, méta-analyses et autres travaux d'évaluation déjà publiés au plan national et international. Tous les sites internet utiles (agences gouvernementales, sociétés savantes, etc.) sont explorés. Les documents non accessibles par les circuits conventionnels de diffusion de l'information (littérature grise) sont recherchés par tous les moyens disponibles. Par ailleurs, les textes législatifs et réglementaires pouvant avoir un rapport avec le thème sont consultés. Les recherches initiales sont réalisées dès le démarrage du travail et permettent de construire l'argumentaire. Elles sont mises à jour régulièrement jusqu'au terme du projet. L'examen des références citées dans les articles analysés permet de sélectionner des articles non identifiés lors de l'interrogation des différentes sources d'information. Enfin, les membres des groupes de travail et de lecture peuvent transmettre des articles de leur propre fonds bibliographique. Les langues retenues sont le français et l'anglais.

Une revue systématique de la littérature a été effectuée sur chacun des thèmes suivants :

- Effets à l'échelle d'une population de la prescription ou de la fourniture à l'avance de la PCU ;
- Freins à l'utilisation de la contraception d'urgence ;

- Recommandations en matière de prescription ou de fourniture à l'avance de la PCU.

2.5 Analyse de bases de données

Les bases de données suivantes ont été analysées afin d'estimer l'utilisation de la PCU en France :

- Enquête Baromètre Santé 2010 de l'INPES. Cette enquête, réalisée en population générale, constitue la cinquième vague du Baromètre Santé.
- Les données de marché de l'industrie pharmaceutique recueillies par le Groupement pour l'élaboration et la réalisation statistique (GERS). Ces données sont compilées par le GERS à partir des sources suivantes :
 - des grossistes répartiteurs qui transmettent la totalité de leurs ventes, réalisées aux pharmacies d'officine et établissements de soins ;
 - des industriels adhérents au GERS ou leurs dépositaires pour les ventes qu'ils réalisent en direct aux officines et aux hôpitaux ;
 - d'un panel de plus de 5 000 pharmacies qui vient en complément des deux autres sources de données. Cette source permet de disposer entre autres des données sur les ventes aux consommateurs et les stocks en officine.
- La base de données de ventes en pharmacie de la société Celtipharm. Cette base de données inclut, par nom commercial, le volume et montant estimé des unités dispensées sur un panel de 3 004 officines françaises métropolitaines. Des estimations pour la France entière (22 500 officines sur le territoire) sont restituées sur une année en cumul annuel fixe via un logiciel propriétaire.
- Les données de remboursement de l'Assurance maladie.
- Les données de l'Éducation nationale sur les demandes et les prescriptions.

3. Argumentaire

3.1 Contexte

3.1.1 Épidémiologie

► Prévalence contraceptive

Depuis la légalisation de la contraception en France en 1967, l'utilisation des produits contraceptifs modernes (pilule et stérilet) n'a cessé de se généraliser (3). L'avènement de l'épidémie de sida, au début des années 80, est venu modifier cette tendance, si bien que le préservatif est devenu la méthode de protection des premiers rapports sexuels presque universelle, reflétant l'efficacité des campagnes de prévention du sida.

Avec 75 % des femmes de 15 à 49 ans utilisant une méthode de contraception moderne⁴, la France se situe parmi les pays européens ayant une prévalence contraceptive haute (voir Figure 5 dans l'Annexe 2 pour une comparaison européenne). 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 Santé⁵ 2005 (4,5) et 3,1 % d'après l'étude Fecond⁶ (6).

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 (5). 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 %) (5). L'analyse par âge confirme la place centrale de la pilule comme moyen de contraception dans toutes les tranches d'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.

L'étude Fecond montre, qu'en 2010, 50 % des femmes de 15-49 ans concernées par la contraception utilisent la pilule (6). Cette proportion a légèrement diminué depuis le début des années 2000, et l'étude montre que cette baisse est compensée par l'adoption de nouvelles méthodes hormonales de contraception dans tous les groupes d'âges sauf chez les 20-24 ans. Une des raisons à la diminution de la prévalence contraceptive dans ce groupe d'âge avancée par les auteurs est la dégradation de la situation économique des jeunes femmes.

► Grossesses non prévues et interruptions volontaires de grossesses

Malgré une prévalence contraceptive élevée en France, il subsiste un nombre important d'échecs de la contraception. L'étude Cocon⁷ indique que 33 % des grossesses sont des grossesses non prévues et, que parmi celles-ci, 50 % ont fait l'objet d'une IVG (7). Cette étude montre également

⁴ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, World Contraceptive Use 2011 World Contraceptive use 2011. Disponible sur :

<http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2011/contraceptive2011.htm> (Consulté le 23/08/2011).

Les méthodes modernes incluent les méthodes hormonales, le stérilet, le préservatif et autres méthodes barrières et la stérilisation masculine et féminine.

⁵ Les enquêtes Baromètre santé sont des enquêtes transversales réalisées par vague régulière sur des échantillons aléatoires de la population générale et portant sur les connaissances, les attitudes, les croyances et les comportements de la population face à la santé.

⁶ Étude sur enjeux reproductifs et sexuels réalisée en 2010 sur un échantillon aléatoire de plus de 8 500 personnes de 15-49 ans (dont environ 5 300 femmes).

⁷ Étude socio-épidémiologique de suivi prospectif sur les pratiques contraceptives et le recours à l'avortement en France, conduite parmi un échantillon aléatoire de 2 863 femmes de 18-44 ans en 2000-2004.

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) (8). Ces résultats s'expliquent notamment par l'écart qui existe entre l'efficacité contraceptive théorique et l'efficacité pratique dans les conditions d'utilisation courante.

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 (8).

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 (9). Avec un taux d'IVG de 14,6⁸ pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans par an, la France se situe à un niveau élevé par rapport aux autres pays d'Europe occidentale (9-11). Environ 225 000 IVG ont été réalisées en 2010 (12). Alors que le taux global d'IVG est resté relativement stable depuis la fin des années 1980, on observe une augmentation du taux d'IVG chez les moins de 25 ans à partir des années 1990 et jusqu'au milieu des années 2000 (11,13). Cette augmentation s'explique par une propension toujours plus élevée à interrompre une grossesse à ces âges, phénomène également imputable au report de l'âge de la maternité, plutôt qu'à une augmentation du taux de grossesses non prévues (13).

Il est toutefois utile de rappeler que les tendances des taux d'IVG ne constituent pas nécessairement un bon indicateur de l'efficacité d'un programme de contraception. En effet, la décision de recourir à l'IVG en cas de grossesse non prévue est influencée par de multiples facteurs – sociaux, économiques et culturels et par des interactions complexes entre ces facteurs. Dès lors, toute corrélation entre les tendances des IVG et de l'utilisation de la contraception, et notamment du recours à la contraception d'urgence, doit être interprétée avec prudence.

► Grossesses chez les mineures

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 (10). 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.

Il est à noter que la France se situe parmi les pays d'Europe de l'Ouest enregistrant des taux de naissances chez les mineures relativement bas, les taux les plus élevés étant au Royaume-Uni qui se situe loin devant la plupart des autres pays (14).

3.1.2 Politiques publiques en matière de contraception

► Priorités et actions

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

⁸ Taux pour la France métropolitaine.

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 lévonorgestrel 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 (voir 3.1.3 ci-dessous et Annexe 5 pour plus de détails sur les dispositifs concernant la contraception d'urgence). 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 2004 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, les infirmiers et infirmières et les pharmaciens 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.

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 (voir <http://www.choisirsacontraception.fr>). Concernant la contraception d'urgence, une nouvelle campagne de communication est diffusée depuis le 22 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. Elle comporte trois spots radio et des actions sur internet (bannières web, site de référence sur la contraception)⁹. Une fiche d'information sur la contraception d'urgence a été élaborée en juillet 2012 par le ministère de la Santé¹⁰.

Le Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française (Cespharm) et l'Assurance maladie ont élaboré dès 2002 un dépliant pour accompagner la dispensation anonyme et gratuite de la contraception d'urgence aux mineures en pharmacie. Ce dépliant est destiné à être remis systématiquement par les pharmaciens aux jeunes filles concernées comme support aux messages éducatifs¹¹.

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*¹² », 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. Mis en place dans plusieurs régions, ce dispositif n'a à ce jour pas fait l'objet d'évaluations.

⁹ Voir <http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2012/022-contraception-urgence.asp> (consulté le 9/8/2012).

¹⁰ Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Depliant_La_contraception_d_urgence.pdf

¹¹ Disponible sur le site du Cespharm <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante>

¹² Ce dispositif peut avoir un nom différent dans différentes régions (par ex. Pass contraception et prévention).

Il n'y a pas actuellement de plan national sur la contraception. Les Agence régionales de santé (ARS) sont chargées de mettre en œuvre, au plan régional, les politiques de santé publique. Il n'existe cependant pas d'inventaire centralisé recensant les différentes actions menées.

► Organismes de planification, de conseil et d'éducation familiale

Les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) et les établissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF) ont été institués par la loi Neuwirth de 1967 (voir Annexe 5) pour accompagner la diffusion des méthodes contraceptives (15). Il existe aujourd'hui 1 255 CPEF¹³ et 390 EICCF répartis sur l'ensemble du territoire. Les CPEF et les EICCF proposent une palette de prestations très large de conseil, écoute et prévention sur les questions liées à la sexualité et à la contraception. Seuls les CPEF disposent de compétences médicales.

Les CPEF assurent des consultations de contraception, des actions individuelles et collectives de prévention portant sur la sexualité et l'éducation familiale, des entretiens préalables à l'IVG et des entretiens relatifs à la régulation des naissances dans les suites d'une IVG. Ils délivrent gratuitement des médicaments ou objets contraceptifs, y compris la contraception d'urgence, aux mineurs désirant garder le secret ainsi qu'aux personnes ne bénéficiant pas de prestations maladie, assurées par un régime légal ou réglementaire.

Les EICCF offrent les prestations suivantes : accueil, conseil et écoute individuelle sur des questions concernant la sexualité, accompagnement des personnes victimes de violence, accompagnement de la 1^{re} contraception et de l'IVG, et prévention des risques (15). Contrairement aux CPEF, ils ne disposent pas de compétence médicale ; ils n'assurent pas de consultation médicale et n'effectuent pas de prescription de contraception, de pose de DIU, de délivrance de contraception d'urgence, ou d'autres services cliniques.

En 2011, l'IGAS a réalisé un bilan de la situation des organismes de planification, de conseil et d'éducation familiale (15). Dans son rapport, l'IGAS indique que si les CPEF et les EICCF répondent à une demande en apportant un ensemble de prestations dont le professionnalisme est reconnu, ils ne couvrent pas l'ensemble des besoins. L'accès aux prestations dépend de la proximité géographique qui constitue un véritable problème pour les régions rurales et périurbaines, où l'objectif de proximité doit par ailleurs être concilié avec celui de la discrétion. Il existe une hétérogénéité importante selon les départements en termes de nombre de CPEF rapporté à la taille de la population (voir Annexe 3, Tableau 14). En outre, les horaires d'ouverture sont souvent restreints, et nombre de structures ne sont ouvertes que certains jours et généralement fermées en soirée et le week-end. Il est estimé que seuls 5 à 10 % des jeunes de moins de 20 ans fréquentent les CPEF (15).

L'IGAS souligne également le manque de cohérence et l'absence de pilotage d'ensemble du dispositif, ce qui a pour résultat de limiter son efficacité globale (15). Cette situation provient en partie de l'existence parallèle de deux catégories de structure ayant des missions, des orientations, des publics, des organisations et des financements différents¹⁴, mais sans stratégie globale d'intégration.

3.1.3 Contraception d'urgence

La contraception d'urgence ou contraception post-coïtale se définit comme les méthodes contraceptives qu'une femme peut utiliser pour prévenir la survenue d'une grossesse après un rapport sexuel non protégé ou mal protégé.

Deux types de méthode peuvent être utilisées : (i) la méthode mécanique, ou dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre et (ii) la méthode hormonale ou pilule contraceptive d'urgence (PCU),

¹³ Liste des CPEF disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/les-centres-de-planification-ou-d-education-familiale.html> (consulté le 6/08/2012).

¹⁴ Les CPEF relèvent des compétences des conseils généraux et les EICCF sont subventionnés par l'État.

appelée parfois pilule du lendemain. Ce terme est trompeur, car la PCU peut être utilisée immédiatement et jusqu'à 72 à 120 heures (selon le produit) après un rapport sexuel non ou mal protégé. Comme son nom l'indique, la contraception d'urgence est une méthode de rattrapage, conçue pour être utilisée en situation d'urgence, après un rapport non protégé, un échec ou un usage défectueux d'une méthode contraceptive (comme l'oubli de la pilule ou la déchirure du préservatif), le viol ou des rapports sous la contrainte. Elle n'est pas destinée (du moins en ce qui concerne la PCU) à être utilisée de façon régulière en raison du risque d'échec plus grand qu'avec les autres contraceptifs modernes.

► Dispositif intra-utérin au cuivre

Le DIU au cuivre est une méthode de contraception régulière qui peut également être utilisée comme contraception d'urgence. Il doit être posé par un médecin ou une sage-femme. Lorsqu'il est utilisé en contraception d'urgence, il doit être posé dans les 5 jours après le rapport à risque ou la date présumée de l'ovulation. Bien qu'étant la méthode de contraception d'urgence la plus efficace (16), le DIU au cuivre n'est pas abordé dans cette évaluation, car il n'est pas propice à une prescription à l'avance.

► Pilule contraceptive d'urgence (PCU)

Produits disponibles en France

En France, deux PCU sont actuellement disponibles : le lévonorgestrel (progestatif) et l'ulipristal acétate (modulateur des récepteurs de la progestérone de 2^e génération) (Tableau 1). Ces deux produits diffèrent en termes de mode d'action, d'indication, de disponibilité sans prescription, de prix et de dispositif de gratuité pour les mineures.

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, mais qui ont été utilisés dans les études évaluant la fourniture à l'avance de la PCU (voir 3.4). La méthode hormonale combinée, également connue sous le nom de méthode Yuzpe¹⁵, n'est plus recommandée et n'est plus disponible sous forme commercialisée en France. La mifépristone (modulateur des récepteurs de la progestérone de 1^{re} 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).

Tableau 1. Produits utilisés pour la contraception d'urgence disponibles en France

	Méthode	Classe	Produit	Posologie recommandée	Indication
Pilule contraceptive d'urgence (PCU)	Lévonorgestrel (LNG)	Hormone – progestatif	Norlevo 1,5 mg®, Lévonorgestrel Biogaran 1 500 µg	1,5 mg en 1 prise orale	Contraception d'urgence dans les 72 heures après un rapport sexuel non protégé ou en cas d'échec d'une méthode contraceptive
	Ulipristal acétate (UPA)	Modulateur des récepteurs de la progestérone	EllaOne 30 mg®	30 mg en 1 prise orale	Contraception d'urgence dans les 120 heures après un rapport sexuel non protégé ou en cas d'échec d'une méthode contraceptive

¹⁵ La méthode Yuzpe, d'après le nom du médecin canadien qui a le premier décrit la méthode au début des années 1980, repose sur une modification de la prise de contraceptifs oraux associés, c'est-à-dire de pilules contraceptives contenant un œstrogène de synthèse (éthynyl œstradiol) et un progestatif (généralement lévonorgestrel ou norgestrel). Deux doses sont administrées dans les 72 heures suivant un rapport non protégé, à 12 heures d'intervalle. Cette combinaison a été commercialisée temporairement en France sous le nom de Tétragnon® mais retirée du marché en 2005 du fait de ses risques et de sa moindre efficacité au regard du lévonorgestrel.

Méthode		Classe	Produit	Posologie recommandée	Indication
DIU au cuivre*	Dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre	Contraception intra-utérine	Différents types autorisés pour la contraception	Le DIU est laissé en place jusqu'à ce qu'un diagnostic de grossesse ait été écarté ou peut-être conservé comme moyen de contraception pendant 5 ans	Contraception d'urgence dans les 120 heures après un rapport sexuel non protégé ou en cas d'échec d'une méthode contraceptive, ou jusqu'à 5 jours après la date présumée d'ovulation

* Le DIU au cuivre a été inclus dans le tableau pour une question d'exhaustivité mais n'est pas traité dans ce rapport.

Mécanisme d'action

La contraception d'urgence peut agir à différents stades du cycle reproductif, mais son mode d'action précis n'est pas connu (17,18). 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) (18), 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 lévonorgestrel (LNG) et l'ulipristal acétate (UPA) agissent principalement en inhibant l'ovulation. Le LNG n'a cependant 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), alors que l'UPA semble agir même après que la LH ait commencé à augmenter (18-20).

Efficacité

La contraception d'urgence 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 (21).

L'efficacité de la contraception d'urgence est habituellement calculée en comparant le nombre de grossesses observées étant donné l'utilisation de la contraception d'urgence (O) au nombre de grossesses attendues en son absence (A), au moyen de la formule suivante : $1 - O/A$ (18). Étant donné que des études observationnelles non comparatives avaient initialement montré que la contraception d'urgence était efficace, il a été jugé non éthique par la suite d'évaluer son efficacité contre placebo dans des essais contrôlés randomisés (ECR).

L'efficacité estimée du LNG varie de 52 % à 100 % selon les études et celle du régime de Yuzpe de 47 % à 89 % (18). Une revue systématique Cochrane incluant une méta-analyse (16) montre que le LNG est environ deux fois plus efficace que le régime Yuzpe, le risque relatif (RR) de grossesse étant de 0,54 (intervalle de confiance [IC] à 95 % : 0,36 – 0,80). Ce résultat, qui n'est fondé sur aucune hypothèse quant au nombre de grossesses attendues en l'absence de traitement, implique que même si le régime Yuzpe était complètement inefficace, l'efficacité du LNG serait de 46 %.

L'efficacité du LNG a été démontrée jusqu'à 96 heures après le rapport non protégé (22). Le LNG est cependant significativement plus efficace s'il est pris dans les 72 heures après le rapport non protégé que s'il est pris après 72 heures (RR : 0,51, IC 95 % : 0,31 – 0,84) (16). L'utilisation après 72 heures est cependant en dehors de l'indication de l'autorisation de mise sur le marché.

L'efficacité de l'UPA a été démontrée jusqu'à 120 heures après le rapport non protégé (23,24). Lorsqu'il est pris dans les 72 heures, l'UPA semble être plus efficace que le LNG mais cette estimation basée sur deux études n'était pas statistiquement significative à la limite de 5 % (RR : 0,63, P = 0,09) (16). Un seul essai contrôlé randomisé a comparé l'efficacité de l'UPA et du LNG chez des femmes ayant pris la PCU entre 72 et 120 heures après le rapport sexuel (23) ; dans

cette étude, les seules grossesses observées l'ont été dans le groupe ayant reçu du LNG (P = 0,037).

Sécurité et tolérance

Les effets indésirables de la PCU sont similaires pour le LNG et l'UPA et comprennent : céphalées, nausées, vertiges, douleurs abdominales, tensions mammaires, fatigue et saignements (25).

L'OMS ne reconnaît aucune contre-indication à l'utilisation du LNG en dehors de la grossesse (en raison de son inefficacité si une grossesse est établie et non en raison du risque fœtal) (26). 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 LNG. Aucun risque particulier n'est démontré dans la littérature pour ce type de méthode contraceptive (21). Une revue Cochrane ayant évalué l'utilisation répétée du LNG juste avant ou après un rapport sexuel, comme méthode de contraception principale¹⁶, a montré qu'une telle utilisation ne semblait pas poser de problèmes de sécurité particulier (27). Si des doutes avaient été soulevés sur le risque accru de grossesse ectopique suite à la prise de LNG, une revue systématique de la littérature a démontré qu'en cas grossesse (échec du LNG), le taux de grossesse ectopique n'était pas plus élevé qu'en population générale (28).

L'UPA étant un médicament relativement récent (la mise sur le marché a été autorisée en 2009 en Europe et en 2010 aux États-Unis), il existe beaucoup moins de données sur sa sécurité que pour le LNG. Des données sur la tératogénicité (capacité d'induire des anomalies de développement fœtal) sont difficiles à obtenir en raison de l'efficacité élevée du produit. L'UPA est contre-indiqué en cas d'hypersensibilité à ce produit ou à un de ces composants et en cas de grossesse. Le résumé des caractéristiques du produit (RCP) précise que l'UPA n'est pas recommandé en cas d'insuffisance hépatique sévère et d'asthme sévère insuffisamment contrôlé par un glucocorticoïde oral. L'utilisation répétée au cours d'un même cycle menstruel n'est pas recommandée. Le RCP précise également que l'allaitement n'est pas recommandé dans les 36 heures après la prise d'UPA.

Accessibilité : aspects réglementaires et législatifs

Concrètement et dans le cas général, l'accès à la PCU au LNG 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 1^{er} 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 (voir Annexe 5). Cette disposition facilite donc largement l'accès à la PCU au LNG, et permet à ses usagers d'y avoir recours sans délai induit par la nécessité d'une consultation médicale. En l'absence de prescription médicale et dans le cas général, la dispensation de la PCU est payante et non-remboursée ; la prescription médicale permet aux assurées sociales de voir le taux de remboursement porté à 65 %. Une prescription médicale est toutefois obligatoire pour la dispensation de l'UPA, dont l'indication couvre une fenêtre d'action plus étendue.

Des dispositions juridiques particulières concernent l'accès des mineures à la PCU au LNG. Bénéficiant de dispositions de l'article L. 5134-1 du Code de la santé publique (CSP), celles-ci peuvent se voir prescrire, délivrer ou administrer des contraceptifs, y compris d'urgence, sans consentement des titulaires de l'autorité parentale ou de leur représentant légal. Surtout, les mineures peuvent bénéficier d'une PCU au LNG à titre gratuit sous certaines conditions. L'article D. 5134-1 du CSP pris en application de la disposition précédente subordonne notamment la délivrance à un entretien préalable destiné à vérifier que la situation de la mineure correspond aux critères d'urgence et aux conditions d'utilisation de la contraception d'urgence. L'article

¹⁶ Une telle utilisation est en dehors des indications de l'Autorisation de mise sur le marché et n'est actuellement pas recommandée.

D. 5134-2 du CSP stipule par ailleurs que la condition de minorité qui ouvre droit à la délivrance gratuite est justifiée par simple déclaration orale de l'intéressée.

D'autres dispositions particulières concernent l'accès des jeunes femmes scolarisées dans l'enseignement secondaire ou inscrites dans l'enseignement supérieur. Les modalités de la délivrance de la PCU au LNG en milieu scolaire sont fixées par les articles D. 5134-5 à D. 5134-10 du CSP, disposant que celle-ci doit être réalisée par un infirmier scolaire exclusivement dans une « situation de détresse caractérisée » de l'élève concernée. En milieu universitaire, ces modalités sont définies par l'article D. 5134-10-1 du CSP ouvrant un accès anonyme et gratuit à la PCU dans les services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé.

Un accès à la contraception d'urgence est enfin possible dans les Centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF), autorisés depuis la loi du 4 décembre 1974 à délivrer à titre anonyme et gratuit des contraceptifs, sur prescription médicale, aux mineures désirant garder le secret et aux majeures sans couverture sociale.

Par ailleurs, la vente en ligne de médicaments est désormais autorisée en France. Elle n'est autorisée qu'aux pharmaciens titulaires d'une officine de pharmacie. L'ordonnance du 19 décembre 2012, en son article L. 5125-34, prévoyait que seuls pouvaient être vendus en ligne les médicaments dits « de médication officinale ». Il s'agissait des médicaments présentés au public en libre accès, c'est-à-dire « devant le comptoir » des pharmaciens. Par ordonnance du 14 février 2013, le juge des référés du Conseil d'État a suspendu l'exécution de l'article L. 5125-34 du Code de la santé publique « en tant que cet article ne limite pas aux seuls médicaments soumis à prescription obligatoire l'interdiction de faire l'objet de l'activité de commerce électronique ». Dans l'attente du jugement de l'affaire au fond par le Conseil d'État, tous les médicaments non soumis à prescription médicale obligatoire peuvent donc être vendus sur internet. La PCU au LNG fait donc *a priori* partie de cette liste.

Contrairement au LNG, l'UPA n'est délivré que sur prescription médicale.

Coûts et évaluation économique

Les prix et taux de remboursement des PCU sont indiqués dans le Tableau 2.

Tableau 2. Pilules de contraception d'urgence disponibles en France : prix et taux de remboursement par l'Assurance maladie

Produit	Dénomination commune internationale	Durée de conservation	Soumis à prescription	Date d'accès au remboursement	Prix fabricant (HT) *	Prix public (TTC) *	Taux de remboursement
Norlevo® 1,5 mg †	Lévonorgestrel	3 ans	Non	28/10/2004	5,07 €	7,41 €	65 %
Lévonorgestrel Biogaran® 1 500 µg	Lévonorgestrel	4 ans	Non	13/07/2007	4,06 €	6,07 €	65 %
Ellaone® 30 mg	Ulipristal acétate	3 ans	Oui	16/09/2010	17,00 €	23,59 €	65 %

HT = hors taxe ; TTC = toute taxe comprise.

* Source : AMELI. Date d'application : 1/1/2012.

† Une ancienne présentation de Norlevo® consistant en 2 comprimés de 750 µg à prendre à 12 heures d'intervalle a fait l'objet d'un remboursement à 65 % du 18/08/2001 au 27/05/2005.

Le coût de l'achat direct en pharmacie du LNG sans prescription (donc sans remboursement) est inférieur au coût d'un achat sur prescription (donc remboursé) qui aurait nécessité une consultation médicale spécifique pour obtenir la prescription, puisqu'il faut rajouter le coût d'une consultation (Annexe 4, Tableau 15) et que le reste à charge est supérieur au prix public du

produit. Il faut par ailleurs également ajouter d'autres coûts liés à une consultation (e.g. temps, transport, barrière psychologique).

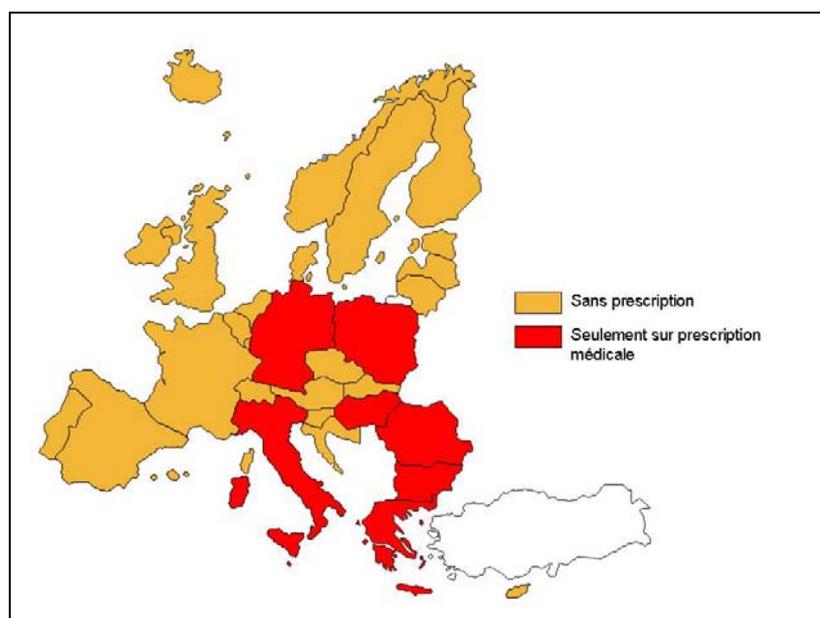
Le coût total des PCU vendues en France peut être estimé en multipliant le nombre total de boîtes vendues (voir Annexe 6) par le prix unitaire (prix public, Tableau 2), ce qui correspond à un montant annuel pour les années 2010 et 2011 d'environ 9 millions € (2010 : 8 980 539 € ; 2011 : 9 212 213). En comparaison, le montant remboursé par l'Assurance maladie pour les PCU en 2010 était de 3 103 793 €, soit environ le tiers du coût total des PCU vendues cette même année.

Dans une revue récente de la littérature, Trussel et Raymond indiquent que les études économiques disponibles, fondées sur des modélisations, montrent que la contraception d'urgence est coût-efficace, que celle-ci soit fournie au moment où le rapport sexuel non protégé survient ou qu'elle soit fournie à l'avance (18). Cependant, comme ils le soulignent, ces modélisations font toutes l'hypothèse que la contraception d'urgence sera effectivement utilisée après un rapport non protégé. Or, aucune étude empirique n'a encore pu démontrer qu'une augmentation de l'accès à la PCU diminue les taux de grossesses ou d'IVG à l'échelle d'une population. Par conséquent le coût-efficacité de la fourniture à l'avance de la PCU à l'échelle populationnelle n'a pas été démontré.

Disponibilité de la pilule de contraception d'urgence au lévonorgestrel à l'étranger

Si la France a été le premier pays à autoriser la dispensation sans prescription médicale en pharmacie de la PCU au LNG – en 1999, celle-ci est maintenant disponible sans prescription dans la majorité des pays européens (Figure 1), ainsi qu'aux États-Unis, au Canada, en Australie et Nouvelle-Zélande et dans certains pays asiatiques. La date à laquelle la PCU au LNG est devenue disponible sans prescription variant selon les pays. Au Royaume-Uni, par exemple, elle est disponible depuis 2001 pour les personnes de plus de 16 ans. Aux États-Unis, la *Federal Drug Agency* (FDA) a autorisé en 2006 la vente du LNG sans prescription pour les femmes de 18 ans et plus ; en 2009, la limite d'âge est passée à 17 ans.

Figure 1. Disponibilité de la pilule de contraception d'urgence au lévonorgestrel dans les pays de l'UE et de l'AELE



AELE = association économique de libre échange. En Grèce et en Roumanie, l'achat LNG nécessite une prescription médicale du point de vue réglementaire, mais en pratique il peut s'acheter en pharmacie sans prescription.

Sources : <http://www.cecinfo.org/database/pill/pillData.php> ;
http://en.wikipedia.org/wiki/Emergency_contraceptive_availability_by_country ;
<http://ec.princeton.edu/questions/dedicated.html>.

3.1.4 Populations et professionnels de santé concernés par la contraception d'urgence

La régulation des naissances et la contraception (y compris la contraception d'urgence) concernent tout le monde, les femmes et les hommes. Certains segments de la population sont cependant particulièrement concernés par la contraception d'urgence. Il s'agit en premier lieu des femmes, puisque la contraception d'urgence est une méthode utilisable par les femmes. Il s'agit ensuite des adolescentes et des jeunes femmes, puisque celles-ci sont particulièrement vulnérables au risque et aux conséquences d'une grossesse non prévue. Le nombre total de femmes en âge de procréer est d'environ 15 millions et le nombre de jeunes femmes de 15-24 ans de 4 millions (Tableau 3).

Tableau 3. Taille des populations particulièrement concernées par la contraception d'urgence, 2011

Populations (âge en années)	Filles/Femmes
Mineures (15-17)	1 136 373
Jeunes de moins de 20 ans (15-19)	1 930 814
Jeunes de 20 à 24 ans (20-24)	2 040 752
Femmes en âge de procréer (15-49)	14 796 530

Source : Institut national des études démographiques (Ined)¹⁷

Les catégories et effectifs de professionnels de santé concernés particulièrement par la contraception d'urgence sont indiqués dans le Tableau 4.

Tableau 4. Professionnels de santé concernés par la contraception d'urgence

Professionnels de santé	Effectif	Année	Source/Référence
Pharmacien/ne exerçant en officine (pharmacie d'officine)	54 934 (22 842)	2012 2012	Ordre des pharmaciens ¹⁸
Médecin généraliste omnipraticien	62 488	2010	Éco-santé ¹⁹
Gynécologue/obstétricien(ne)	7 741	2011	Éco-santé
Sage-femme (toute)	18 835	2011	Éco-santé
Sage-femme libérale	3 409	2011	
Infirmier(ère) (tous)	515 754	2010	Éco-santé
Infirmier(ère) libéral(e)	77 190	2010	
Infirmier(ère) scolaire	7 546	2012	Éducation nationale
Médecin scolaire	1 488	2012	Éducation nationale
Service d'urgence	> 600		
* Conseiller(ère) conjugal(e) et familial(e)	2 200	2006	IGAS (29)

* Bien que concernés par la contraception d'urgence, les conseillers(ères) conjugaux(ales) ne sont pas autorisés(ées) à la prescrire ou à la délivrer.

¹⁷ Données disponibles sur :

http://www.ined.fr/fichier/t_telechargement/34935/telechargement_fichier_fr_copie.de.pyramide.des.ages.2011.xls

(Consulté le 30/08/2011).

¹⁸ Disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/14427/212949/version/2/file/Demographie+2012-depliant.pdf> (consulté le 30/01/2013).

¹⁹ Les bases de données Éco-Santé sont compilées et mises à jour par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES). Disponibles sur : www.ecosante.fr (consulté le 30/01/2013).

Points-clés

- 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.
- 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.
- 36 % des femmes en France métropolitaine ont recours à l'IVG au moins une fois dans leur vie. Il est cependant utile de rappeler que les tendances des taux d'IVG ne constituent pas nécessairement un bon indicateur de l'efficacité d'un programme de contraception. En effet, la décision de recourir à l'IVG en cas de grossesse non prévue est influencée par de multiples facteurs, sociaux, économiques et culturels et par des interactions complexes entre ces facteurs. Toute corrélation entre les tendances des IVG et de l'utilisation de la contraception et notamment du recours à la contraception d'urgence doit donc être interprétée avec prudence.
- La contraception d'urgence est une méthode de « rattrapage » qu'une femme peut utiliser pour prévenir la survenue d'une grossesse après un rapport sexuel non ou mal protégé. Deux méthodes peuvent être utilisées : la pilule de contraception d'urgence (PCU) et le stérilet au cuivre. Cette dernière méthode, très efficace, n'est pas traitée dans ce document car non propice à une prescription et/ou délivrance à l'avance. Deux types de PCU sont disponibles en France actuellement : le lévonorgestrel (LNG) et l'ulipristal acétate (UPA).
- La PCU agit principalement en inhibant l'ovulation. 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. La PCU n'est pas destinée à être utilisée de façon régulière en raison du risque d'échec plus grand qu'avec les autres contraceptifs modernes.
- La PCU au LNG est disponible en pharmacie sans prescription médicale. Si elle est délivrée sans ordonnance, elle n'est pas remboursée. Si elle est prescrite, elle est remboursée à 65 %. Pour les mineures, elle est délivrée gratuitement et anonymement. Elle peut également être délivrée par les infirmiers scolaires aux élèves mineures ou majeures de l'enseignement secondaire et aux étudiants par les infirmiers des services de médecine préventive des universités. L'UPA en revanche est soumis à prescription médicale.
- 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 au risque et aux conséquences d'une grossesse non prévue et particulièrement concernées par la contraception d'urgence.
- Les professionnels de santé concernés par la prescription ou la délivrance de la contraception d'urgence sont les pharmaciens d'officine, les médecins généralistes, les gynécologues et obstétriciens, les sages-femmes, les infirmiers et médecins scolaires et les médecins des services d'urgence. Les conseillères conjugales sont concernées par la contraception d'urgence mais n'ont pas le droit de la délivrer.

3.2 Recours à la contraception d'urgence

3.2.1 Données d'utilisation de la contraception d'urgence en France

L'utilisation de la PCU en France et son évolution peuvent être estimées en termes quantitatifs à partir des sources de données suivantes :

- enquête Baromètre Santé de l'Inpes qui inclut des questions sur l'utilisation de la contraception d'urgence ;
- les données de marché de l'industrie pharmaceutique recueillies par le Groupement pour l'élaboration et la réalisation statistique (GERS) qui permettent de suivre le nombre d'unités de PCU vendues en officine et à l'hôpital ;
- les données de remboursement de l'Assurance maladie en ce qui concerne les PCU remboursées par l'Assurance maladie.
- les données de la base Celtipharm concernant les dispensations en pharmacies.
- les données de l'Éducation nationale sur les demandes et délivrances de PCU en milieu scolaire.

Les ventes de contraceptifs utilisés en contraception d'urgence, et les nombres d'unités de contraceptifs d'urgence délivrées dans les pharmacies et les établissements d'enseignement du second degré sont des indicateurs de suivi de l'objectif n° 97 de la loi de Santé publique du 9 août 2004 (30).

Il est à souligner qu'il n'existe pas de recueil centralisé du volume de PCU délivrées dans les CPEF.

► Baromètre Santé

La dernière vague du Baromètre Santé – 2010 – montre que l'utilisation de la contraception d'urgence a continué d'augmenter de manière substantielle en 2010, et que son utilisation est la plus élevée dans les groupes d'âges les plus jeunes (Tableau 5). Parmi l'ensemble des femmes âgées de 15-49 ans et ayant déjà eu au moins un rapport sexuel, le recours à la contraception d'urgence au moins une fois dans la vie a triplé en 10 ans, passant de 8,8 % en 2000 à 14,4 % en 2005 et à 23,9 % en 2010. L'augmentation est encore plus importante chez les 15-19 ans où cette proportion a quadruplé, passant de 11,6 % en 2000 à 29,0 % en 2005 et à 42,4 % en 2010. Les données montrent un effet de cohorte : les filles nées après 1980, qui avaient donc moins de 20 ans en 2000, utilisent nettement plus fréquemment la contraception d'urgence que les cohortes plus âgées.

Tableau 5. Proportion (en %) de femmes sexuellement actives ayant déjà eu recours à la contraception d'urgence selon l'âge au moment de l'enquête, en 2000, 2005 et 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

En 2010, 11 % des femmes de 15-29 ans (sexuellement actives au cours des 12 derniers mois) avaient eu recours au moins une fois à la contraception d'urgence au cours de l'année précédente et près d'un tiers de ces femmes y ont eu recours plus d'une fois (Tableau 6). Chez les 15-19 ans, une jeune fille sur cinq (20,5 %) a eu recours au moins une fois dans l'année à la contraception d'urgence.

Tableau 6. Proportion (en %) de femmes ayant eu recours à la contraception d'urgence au cours des 12 derniers mois selon l'âge en 2010

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	1 043	4,2	2,5	6,7
Total 15 – 29 ans	2 234	7,6	3,4	11,0

Source : Inpes, Baromètre Santé 2010.

Champ : femmes sexuellement actives durant les 12 derniers mois.

L'Inpes a réalisé, à partir des données du Baromètre Santé 2010, une estimation du nombre de femmes ayant utilisé la PCU au moins une fois au cours de l'année 2010 ainsi que le nombre de contraceptions d'urgence utilisées au cours de cette même année en multipliant les proportions de femmes ayant utilisé la contraception d'urgence par groupe d'âge²⁰ par les tailles des populations correspondantes. Le nombre de femmes ayant utilisé la PCU au moins une fois en 2010 a ainsi pu être estimé à 625 000 et le nombre total de PCU utilisées à 975 000 (CI 95 % : 654 000 – 1 300 000) (Tableau 7).

Tableau 7. Estimation du nombre de femmes ayant utilisé la PCU et du nombre de PCU utilisées en 2010

Groupe d'âge	Nombre de femmes ayant utilisé la PCU en 2010 N	Nombre de PCU utilisées en 2010	
		N	Intervalle de confiance à 95 %
15 – 19 ans	160 813	222 464	164 217 – 280 711
20 – 24 ans	184 690	282 102	192 957 – 371 246
25 – 29 ans	122 149	210 580	136 415 – 284 746
30 – 39 ans	119 971	216 688	135 527 – 297 850
40 – 49 ans	37 559	43 586	25 212 – 61 960
Total 15 – 49 ans	625 182	975 420	654 327 – 1 296 512

Source : Inpes, Baromètre Santé 2010 et Insee pour les tailles des populations utilisées dans les calculs des estimations.

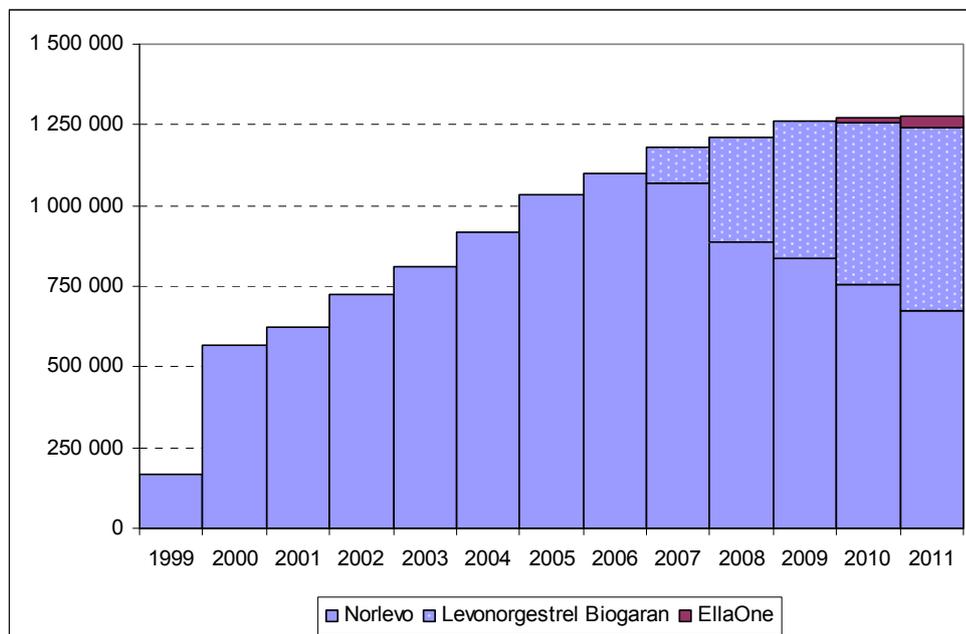
► Données de marché de l'industrie pharmaceutique

L'augmentation importante de l'utilisation de la contraception d'urgence au cours du temps révélée par le Baromètre Santé est également reflétée au travers des données de marché de

²⁰ Le calcul a tenu compte de l'utilisation de la contraception d'urgence parmi l'ensemble des femmes (et non parmi les seules femmes sexuellement actives). Il a été fait l'hypothèse que toutes les contraceptions d'urgence déclarées étaient des PCU.

l'industrie pharmaceutique qui montrent que le nombre de PCU d'urgence vendues en France a plus que doublé en 10 ans, passant de 570 000 en 2000 à 1,27 millions en 2010 (Figure 2 et Annexe 6). L'augmentation des PCU vendues, très rapide les premières années après la mise sur le marché du LNG (Norlevo®), semble cependant avoir atteint un plateau depuis 2009.

Figure 2. Évolution du nombre annuel de PCU vendues en France, 1999-2011



► Données de remboursement de l'Assurance maladie

Les données du Système national inter-régime d'assurance maladie (SNIIRAM) permettent de connaître le nombre de PCU remboursées par l'Assurance maladie et de distinguer parmi les PCU au LNG celles remboursées à 100 %, c'est-à-dire celles délivrées gratuitement et sans prescription à des mineures ou à des élèves/étudiantes et celles remboursées à 65 %, c'est-à-dire celles délivrées sur prescription (Tableau 8).

Tableau 8. Nombre de PCU au lévonorgestrel remboursées par l'Assurance maladie en 2009 et 2010

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

L'UPA n'est pas inclus dans ce tableau, car il n'est remboursé que depuis septembre 2010. Les données couvrent tous les régimes de l'Assurance maladie obligatoire.

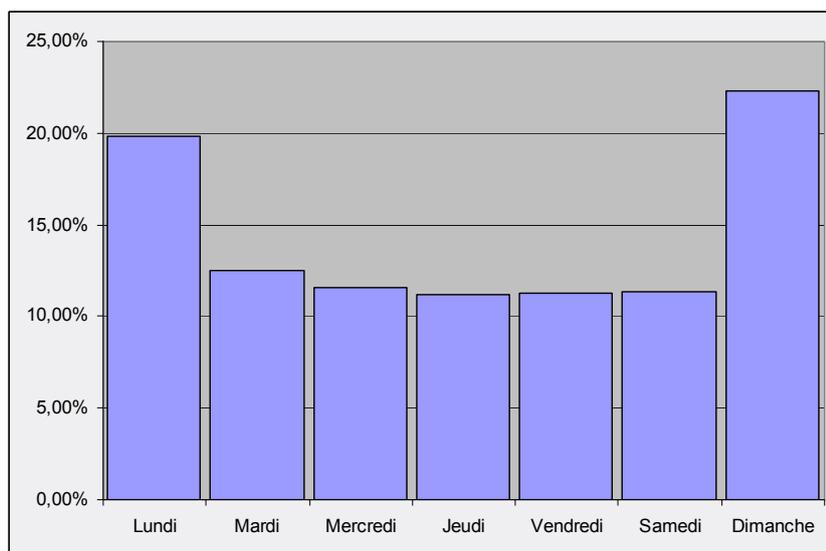
Pour l'année 2010, un total de 418 237 PCU au LNG ont été remboursées par l'Assurance maladie, dont 362 273 remboursées à 100 %, correspondant à des PCU délivrées gratuitement à des mineures) et 55 964 remboursées à 65 % (correspondant à des PCU délivrées sur prescription). Les données montrent une augmentation de 21 % du nombre de PCU remboursées en 2010 par rapport à 2009.

► **Données de dispensation de PCU en pharmacie**

La base de données Celtipharm a permis d'estimer la distribution par jour de la semaine de PCU (LNG et UPA) dispensées en pharmacies. Comme le montre la Figure 3, les dispensations se font avant tout les dimanches (23 %) et lundis (20 %).

L'estimation du nombre total de PCU dispensées en pharmacies en 2012 fournies est de 1 497 731 dont 24,5 % dispensées sur prescription²¹.

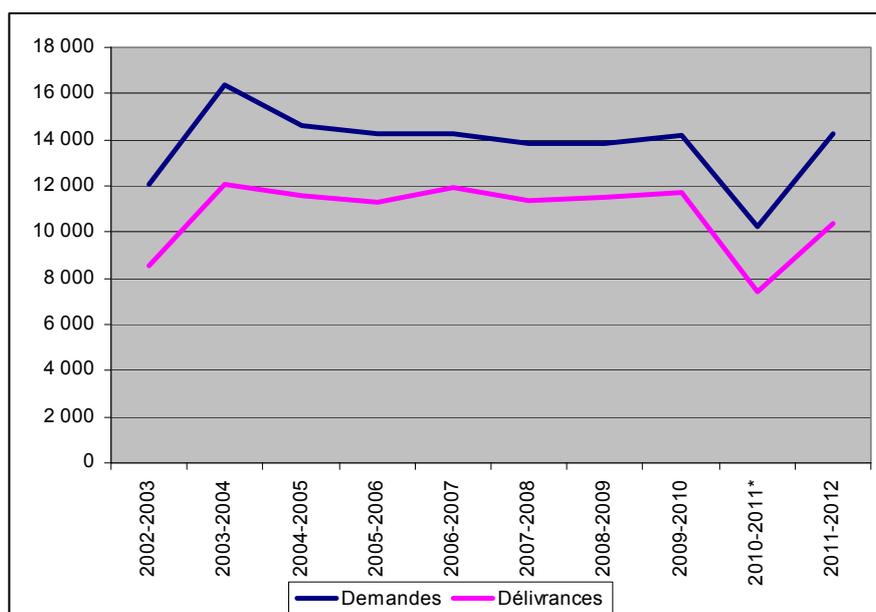
Figure 3. Distribution par jour de la semaine des ventes de PCU (LNG et UPA) en pharmacie en 2010-2011



► **Données de l'Éducation nationale sur les demandes et délivrances**

La Direction générale de l'enseignement scolaire (Dgesc) produit régulièrement des chiffres sur le nombre de demandes et de délivrance de PCU (au LNG). Ces nombres sont relativement stables (Figure 4 et Annexe 7). 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.

²¹ Ces estimations sont des extrapolations à la France entière à partir d'un panel de pharmaciens. Les données brutes ne sont pas disponibles. Elles doivent donc être considérées avec prudence. Au total, 0,1 % des prescriptions ont été faites par des sages-femmes ; la base Celtipharm ne permet pas de distinguer le type de médecin prescripteur (médecin généraliste ou spécialiste).

Figure 4. Nombre annuel de demandes et délivrances de contraception d'urgence en milieu scolaire

Source : Dgesco. * : données incomplètes pour l'année 2010-2011.

Synthèse des données disponibles

Les différentes sources de données montrent que l'utilisation de la PCU a augmenté de manière très importante depuis qu'elle n'est plus soumise à prescription médicale (1999), et que cette augmentation s'est poursuivie bien au-delà du changement de législation mais semble cependant avoir atteint un plateau depuis 2009.

La confrontation des données de ventes de l'industrie pharmaceutique et de celles de l'Assurance maladie montre que, dans la très grande majorité des cas, l'accès à la PCU se fait par achat direct en pharmacie, sans prescription. Ceci confirme les résultats d'une analyse du Baromètre Santé 2005 qui montrait que 85 % des femmes qui avaient utilisé la contraception d'urgence au cours de l'année précédente l'avaient obtenue directement en pharmacie sans prescription, et que les femmes plus âgées avaient plus souvent obtenu la PCU sur prescription que les plus jeunes (31). Une autre étude, réalisée à partir de l'enquête Cocon²², montrait que parmi les femmes ayant utilisé la PCU entre 2000 et 2001, 93 % l'avaient obtenue sans prescription (32).

La comparaison des données de ventes de l'industrie pharmaceutique et de celles de l'Assurance maladie confirme la part très importante de l'utilisation par les mineures retrouvée dans le Baromètre Santé. Sur les 1,3 millions de boîtes de contraception d'urgence vendues en 2010, environ un quart été dispensé gratuitement à des mineures. En outre, il apparaît qu'une part importante de mineures achètent directement la PCU sans passer par le dispositif de gratuité (ces recours n'étant dès lors pas comptabilisés dans les statistiques de l'Assurance maladie), soit par choix délibéré pour éviter un entretien avec le pharmacien, soit par ignorance de leurs droits (1).

²² Étude socio-épidémiologique de suivi prospectif sur les pratiques contraceptives et le recours à l'avortement en France, conduite en population générale en 2000-2004 par l'Inserm, l'Ined et le CNRS. Il s'agit d'une enquête téléphonique auprès d'un échantillon représentatif de 2 863 femmes âgées de 18 à 44 ans vivant en France, suivies annuellement entre 2000 et 2004. L'échantillon initial a été constitué par sondage aléatoire en plusieurs étapes : (i) échantillon de ménages tiré au sort à partir d'une base de sondage téléphonique et (ii) sélection aléatoire d'une femme éligible/ménage selon une probabilité d'inclusion inégale afin de surreprésenter celles ayant eu leur dernière grossesse non prévue ou une IVG récente.

L'obtention de la PCU par l'infirmière scolaire est en revanche un processus d'accès très minoritaire. Les données du Baromètre Santé montrait que seuls 3,4 % des 15-17 ans avaient obtenu la PCU par l'infirmière scolaire en 2005 (31). Environ 9 000 PCU sont délivrées chaque année à des mineures, ce qui représente une très faible proportion (< 3 % en 2009 et en 2010) de l'ensemble des PCU remboursées par l'Assurance maladie à des mineures.

3.2.2 Circonstances et déterminants de l'utilisation de la contraception d'urgence

► Études françaises

Les études françaises disponibles ont été réalisées dans plusieurs types de populations : la population générale (Baromètre Santé, enquête Cocon, enquête Fecond) et les femmes ayant eu recours à l'IVG.

D'après le Baromètre Santé 2004, la raison principale de recours à la PCU concerne un échec de contraception régulière, soit un oubli de pilule (30,7 % des recours), soit une rupture de préservatif (31,0 %), alors que les femmes n'utilisant aucune méthode contraceptive au moment du recours à la PCU ne constituaient qu'une proportion nettement plus faible (22 %) des recours (33). 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 (6).

Une analyse des données du Baromètre Santé (33) a montré que parmi les femmes de 15-24 ans, l'utilisation de la PCU au cours de la vie était associée de manière indépendante à un niveau d'éducation plus élevé, à une résidence dans une ville de taille plus importante et au fait d'avoir eu une IVG dans le passé. Ces résultats se retrouvaient dans les deux vagues d'enquêtes analysées – 2000 et 2004. Une analyse des données du Baromètre Santé 2010 (voir Annexe 8, Tableau 18) indique que, parmi les femmes de 15-29 ans sexuellement actives dans les 12 derniers mois, le recours à la PCU au cours des 12 derniers mois était associé de manière indépendante et significative à un âge plus jeune, un âge plus avancé au premier rapport sexuel, une résidence dans une agglomération de taille plus importante, un niveau de diplôme plus élevé et une situation financière plus difficile. L'enquête Cocon a également montré que le recours à la PCU était associée de manière indépendante à un âge jeune et à une meilleure connaissance de la PCU, ainsi qu'à un changement récent de méthodes contraceptives et à un nombre élevé de rapports sexuels (32).

L'utilisation de la PCU a également être décrite chez les femmes souhaitant avoir recours à une IVG. Dans une enquête, réalisée en 2002 auprès de 1 365 femmes se présentant pour une IVG dans 4 centres dédiés de la région parisienne et de Montpellier (34), seules 9,7 % des femmes avaient eu recours à la PCU pour réduire le risque de survenue de leur grossesse non désirée. Cette faiblesse de l'utilisation de la PCU recensée auprès de femmes se présentant pour une IVG est toutefois un résultat attendu dans la mesure où les femmes ayant utilisé la PCU voient leur risque de grossesse diminuer, si bien qu'elles sont moins susceptibles d'avoir recours à une IVG et dès lors de faire partie de ce type d'étude.

► Études dans d'autres pays européens

Au Royaume-Uni, où la PCU est disponible de longue date et le LNG accessible sans prescription depuis 2001, 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).

Enfin, des études étrangères parmi des femmes ayant recours à l'IVG réalisées avec une méthodologie proche de l'étude réalisée en France décrite plus haut (34) corroborent les

résultats de cette dernière étude. Ainsi dans une étude réalisée au Danemark en 2000-2001(35), 24 % des femmes se présentant pour une IVG avaient déjà utilisé la PCU précédemment ; surtout, seules 6,6 % l'avaient utilisée pour tenter d'éviter la grossesse pour laquelle elles ont finalement dû avoir recours à une IVG. De même, l'enquête réalisée auprès de femmes souhaitant avoir recours à une IVG dans un centre écossais en 2004-2005 (35) montre que seules 11,8 % avaient eu recours à la PCU durant le cycle qui a entraîné leur grossesse non désirée.

Points-clés

- L'utilisation de la pilule de contraception d'urgence a augmenté de manière très importante depuis que le lévonorgestrel n'est plus sujet à prescription médicale, en 1999, et cette augmentation se poursuit au-delà du changement de législation.
- Le nombre de ventes de PCU a plus que doublé en 10 ans, pour atteindre 1,3 millions en 2010. L'augmentation du nombre de ventes, très rapide au début des années 2000, semble cependant avoir atteint un plateau depuis 2009.
- En 2010, près d'une femme en âge de procréer sur quatre avait déjà utilisé la PCU au cours de la 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 des 12 derniers mois était de 20,5 % chez les 15-19 ans vs 11,1 % chez les 24-25 ans et 6,7 % chez les 25-29 ans.
- Dans plus de 90 % des cas, l'accès à la PCU se fait directement en pharmacie, sans prescription médicale.
- L'obtention de la PCU par l'infirmière scolaire est un processus d'accès très minoritaire, contribuant pour moins de 3 % à l'ensemble des PCU utilisées par des mineures.
- La raison principale de recours à la PCU concerne des échecs de contraception régulière, soit un oubli de pilule (30,7 % des recours), soit une rupture de préservatif (31,0 %) alors que l'absence de méthode contraceptive n'intervient que pour 17 % des recours.
- 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.

3.3 Freins au recours à la contraception d'urgence

Si l'utilisation de la PCU a augmenté sensiblement en France au cours des dernières années, elle reste insuffisante par rapport au nombre de rapports sexuels à risque de grossesse non prévues prévues (2).

Les analyses des circonstances et déterminants de l'utilisation de la PCU revues en 3.2.2 ci-dessus, quoique prenant en compte et ajustant sur les caractéristiques des usagers (potentiels), ne sont pas suffisantes pour déterminer la nature exacte des freins à l'utilisation de la PCU. Une revue systématique de la littérature a donc été réalisée, afin d'identifier les freins à l'utilisation de la contraception d'urgence en général et dans le cas de la prescription et de la fourniture à l'avance de la PCU en particulier.

Les freins à l'utilisation de la PCU sont très dépendants du contexte, du discours ambiant et de l'attitude de la société vis-à-vis de la sexualité. En conséquence, la revue de littérature s'est limitée aux études françaises et aux études conduites dans des pays occidentaux, où les

conditions d'accès étaient aussi proches que possible de celles prévalant en France. Les études françaises ont été présentées séparément des études conduites à l'étranger.

Revue systématique de la littérature sur les freins au recours à la contraception d'urgence

Les principaux critères de recherche pour cette revue étaient les suivants :

- Schémas d'étude : tous types d'études quantitatives et qualitatives :
 - études quantitatives : enquête transversale, étude longitudinale, analyse secondaire de données d'ECR ; échantillon supérieur à 200 individus ; taux de réponse supérieur à 40 % ;
 - études qualitatives : enquête par entretiens ou focus groups ; échantillon supérieur à 20 individus ; perspective théorique et démarche méthodologique explicitées.
- Sujet : études traitant de l'utilisation de la PCU, de la connaissance de cette méthode, des attitudes, pratiques et de l'acceptabilité de cette méthode, et des freins ou barrières identifiées à son usage ;
- Populations : usagers et professionnels impliqués dans l'utilisation, la prescription et la délivrance de la PCU ;
- Contexte : études généralisables à la France (pays occidentaux, conditions de distribution de la PCU proches) ;
- Période de recherche : janvier 2000 à septembre 2012 ;
- Langue : français, anglais.

Le diagramme du processus de revue mis en œuvre est présenté dans l'Annexe 9. Les caractéristiques des études retenues sont détaillées dans le Tableau 19 en Annexe 10.

La revue de littérature a conduit à identifier des freins à trois niveaux :

- au niveau de l'utilisateur : freins portant sur la conscience du risque de grossesse, la connaissance et la perception de la PCU, le processus d'acquisition de la PCU ;
- au niveau du professionnel de santé : freins portant sur la connaissance et la perception de la PCU ;
- au niveau structurel : freins portant sur l'accessibilité physique, juridique, financière de la PCU.

Les deux premiers niveaux d'analyse étaient suffisamment documentés dans la littérature, et les résultats étaient généralisables à la France. Le niveau structurel des freins à l'utilisation de la PCU est toutefois plus spécifique à la France, et a nécessité une analyse complémentaire du contexte institutionnel de la délivrance de la PCU, en ayant recours à d'autres sources d'informations, notamment des textes juridiques ou des données issues de la littérature grise. Ces différents niveaux d'analyse seront traités successivement.

3.3.1 Freins au niveau des usagers (potentiels) de la contraception d'urgence

Les principaux freins identifiés par la revue de littérature se concentrent au niveau des usagers de la PCU. L'ensemble des études portant spécifiquement sur la connaissance, les attitudes et pratiques des usagers vis-à-vis de la PCU identifie de tels freins. L'analyse ci-contre propose de considérer l'utilisation de la PCU comme un processus à trois principales étapes analysées successivement :

- Perception du risque de grossesse non désirée ;
- Connaissance de la PCU ;
- Recours effectif à la PCU.

► Perception du risque de grossesse

Première étape dans le processus qui amène une femme à utiliser la PCU, le manque de perception du risque de grossesse est décrit comme un frein à l'utilisation de la PCU dans huit des études recensées (34,36-42). Ces études identifient et documentent une sous-estimation apparente du risque de grossesse associée à des rapports sexuels insuffisamment protégés.

Études quantitatives françaises

La perception du risque de grossesse a été évaluée en France dans une étude auprès de 1 365 femmes souhaitant recourir à une IVG dans quatre centres dédiés de la région parisienne et de Montpellier (34). Cette étude a recensé les caractéristiques démographiques, socio-économiques, la connaissance de la PCU et la perception du risque de grossesse non désirée auprès de 1 365 femmes interrogées par questionnaire. La perception du risque de grossesse est définie dans l'étude par une question directe de la forme : « Étiez-vous consciente du risque de grossesse au moment du rapport sexuel qui a causé votre grossesse ? » ; les réponses négatives et l'incapacité de déterminer le rapport sexuel ayant causé la grossesse au moment de l'enquête ont été définies comme une mauvaise perception du risque en question.

Suivant cette définition, seules 38,4 % des femmes interrogées étaient conscientes du risque de grossesse au moment du rapport sexuel considéré ; 32,2 % ne pensaient pas être à risque, tandis que 25,5 % ne pouvaient identifier le rapport en question. Les auteurs ont analysé les déterminants potentiels de la perception du risque de grossesse. Il en ressort que la méthode contraceptive utilisée est le principal déterminant de cette perception : 54,3 % des femmes n'ayant pas utilisé de contraception, 47,6 % des utilisatrices de la méthode du retrait et 43,0 % des utilisatrices du préservatif étaient conscientes de ce risque, contre 25,7 % des femmes utilisant la pilule contraceptive et 26 % utilisant l'abstinence périodique ($P < 0,01$). La conscience du risque de grossesse était également plus forte chez les femmes célibataires (44,1 vs 34,6 %, $P < 0,001$), chez les femmes nullipares (43,4 vs 35,4 %, $P = 0,004$) et enfin chez les femmes titulaires du baccalauréat et/ou d'un diplôme de l'enseignement supérieur (43,1 vs 36,2 %, $P = 0,01$).

Cependant, cette définition de la perception du risque de grossesse n'épuise pas la réalité du processus de conscience de ce risque, et les auteurs proposent une seconde interprétation de la mauvaise perception du risque. Parmi les femmes qui auraient effectivement pu utiliser la PCU, c'est-à-dire chez qui une grossesse survient alors qu'elles étaient conscientes du risque au moment du rapport sexuel et connaissaient la PCU (450 femmes soit 33 % de l'échantillon), seules 112 (24,9 %) l'ont effectivement utilisée. Les auteurs ont demandé à l'ensemble des femmes, y compris à ces « candidates potentielles » à l'utilisation de la PCU de formuler les raisons de leur absence de recours : la première raison évoquée par les femmes « candidates », à hauteur de 47,9 % d'entre elles, était qu'elles ne se sont finalement pas considérées être dans une situation à risque de grossesse (vs 61,2 % sur l'ensemble de l'échantillon). Au-delà de la première perception, il semble donc s'être produit de la part de ces femmes une minimisation du risque de grossesse, qui a finalement conduit à une absence de démarche préventive.

Études quantitatives étrangères

D'autres études réalisées à l'étranger ont identifié la mauvaise perception du risque de grossesse comme un frein à l'utilisation de la contraception d'urgence. Une étude danoise portant sur 217 femmes demandant une IVG (36), montre que plus d'un tiers des femmes incluses ($n = 78$; 36 %) n'avaient pas conscience du risque de grossesse au moment du rapport sexuel ayant causé leur grossesse ; aucune de ces femmes n'avaient eu recours à la PCU.

En population générale cette fois, dans une étude réalisée en Australie auprès de 632 femmes représentatives de la population féminine de 16 à 35 ans (37), le manque de conscience du risque de grossesse était le premier facteur par ordre d'importance déclaré par les femmes qui ont pensé utiliser la PCU mais y ont finalement renoncé. Sur les 51 femmes concernées dans l'échantillon, 29 (57 %) ont déclaré ne pas avoir utilisé la PCU parce qu'elles ne pensaient pas

tomber enceintes. Sur la totalité de l'échantillon, 12,3 % des femmes ont déclaré percevoir comme improbable ou très peu probable la survenue d'une grossesse si elles n'utilisaient pas de moyen contraceptif durant les jours où leur fertilité était théoriquement maximale. Dans une étude réalisée auprès de 2 117 femmes de la région de San Francisco visitant des cliniques de planning familial (38), 19,6 % des femmes ont déclaré avoir renoncé à l'utilisation de la PCU parce qu'elles ne pensaient pas devenir enceintes ou ont jugé ne pas avoir besoin de la PCU.

Études qualitatives (étrangères)

Le recours à une PCU était lié à la conscience du risque de grossesse dans des entretiens réalisés avec 20 jeunes femmes écossaises recrutées en milieu scolaire (39). Ces entretiens ont montré que ce recours était facilité par des circonstances particulières matérialisant le risque de grossesse (rupture de préservatif, oubli de prise d'une pilule contraceptive régulière, comportement sexuel à risque isolé) ; à l'inverse, l'absence de prise de la PCU était associée à une pratique routinière de comportements sexuels à risque. Dans ce cas – qui concerne dans cette étude essentiellement des jeunes femmes d'origine sociale défavorisée – cette pratique s'inscrivait dans le cadre de relations suivies, sans conscience apparente du risque de grossesse, par ailleurs confortée par l'absence de survenue immédiate d'une grossesse. Ce manque de conscience du risque de grossesse semblait se produire en dépit d'une perception très négative de l'éventualité d'une grossesse et de ses conséquences personnelles. La faible perception du risque de grossesse a également été décrite comme un frein à l'usage de la PCU dans une étude réalisée auprès de 52 femmes de la région de Vancouver d'origines ethniques diverses (40) : d'après les entretiens réalisés avec ces femmes, cette perception était améliorée par des situations particulières qui contribuent à matérialiser le risque, comme une rupture de préservatif ou un oubli de pilule.

Une autre traduction de la perception du risque de grossesse a été donnée dans une étude réalisée auprès de 30 utilisatrices de la PCU entre 18 et 35 ans du Midwest des États-Unis (41). Un thème important issu des entretiens était le désir de reporter la grossesse, réinsérant la perception du risque dans des projets à long terme et définissant l'utilisation de la PCU comme un moyen pour parvenir à ces fins. Ce lien était particulièrement visible pour les utilisatrices de méthodes contraceptives avec un risque évident d'échec (retrait, méthodes barrière) : dans ce cas, la PCU était perçue comme une solution de secours.

Enfin, le rôle de la perception du risque de grossesse comme frein à l'utilisation à la PCU a été également décrit dans une étude réalisée auprès de 41 femmes entre 16 et 25 ans et d'origine sociale défavorisée dans la région de Londres (42). Ses auteurs ont principalement distingué deux modalités de perception du risque de grossesse, et conçoivent une articulation entre vulnérabilité et sûreté. Une perception de cette vulnérabilité était associée à l'utilisation de moyens contraceptifs en général et de la PCU en particulier. Cette perception de vulnérabilité était également liée à une certaine habitude, ancrant les comportements des femmes dans la durée. Les auteurs ont ainsi distingué d'une part des femmes sensibles au risque de grossesse et pour qui une grossesse constituerait un désastre personnel et professionnel, et d'autre part des femmes qui semblent sous-estimer ce risque et fondent plutôt leurs comportements contraceptifs sur des pratiques et discours entre pairs (groupes d'amis, relations familiales), tendant à s'habituer à ne pas tomber enceintes en dépit de leurs comportements à risque. Cette perception est très étroitement liée à l'utilisation de la PCU d'après les auteurs : dans l'échantillon, les femmes qui se sentent faiblement vulnérables ou invulnérables n'ont pas utilisé la PCU, tandis que les autres l'ont utilisée.

► Connaissance de la contraception d'urgence

Le manque de connaissance sur la PCU est décrit comme un frein à son utilisation dans 12 des études recensées (32,34,35,37,38,40-46). Il constitue un frein majeur à l'utilisation de la PCU, dont la revue de littérature permet de préciser les déterminants et les modalités, celles-ci consistant notamment en une mauvaise information sur les mécanismes d'action et les effets indésirables de la PCU.

Déterminants de la connaissance de la contraception d'urgence

Dans l'étude de Moreau *et al.* réalisée auprès de femmes souhaitant recourir à une IVG (34), la connaissance de la PCU est largement diffusée : 89,5 % des femmes interrogées connaissaient l'existence de la PCU avant de recevoir toute information dans les centres d'IVG concernés. Au-delà de la simple connaissance de l'existence de la PCU, ses modalités d'accès et sa durée potentielle d'action n'étaient toutefois connues que de 23,4 % des femmes de l'échantillon ; en particulier, 65,1 % des femmes sous-estimaient la durée d'action de la PCU, vraisemblablement résumée à tort à une « pilule du lendemain ». Surtout, cette définition plus extensive de la connaissance de la PCU plus large a révélé des inégalités de connaissance, dont les auteurs ont réalisé une analyse multivariée.

Dans cette analyse, les facteurs significativement associés avec le manque de connaissance détaillée étaient l'âge, la nationalité, le niveau d'éducation, la situation professionnelle, la situation économique et l'occurrence précédente de grossesses non désirées. Les femmes de plus de 25 ans étaient plus susceptibles d'avoir une mauvaise connaissance de la PCU (OR : 3,0 [1,7 – 5,3]), comme les femmes de nationalité étrangère (OR : 4,2 [2,6 – 6,6]). Le niveau de diplôme était positivement corrélé avec la connaissance détaillée de la PCU, et les femmes n'ayant aucun diplôme disposaient d'une moins bonne connaissance de la PCU que les autres, en particulier par rapport aux diplômées de l'enseignement supérieur (OR : 4,0 [1,6 – 21,3]). Un gradient économique dans cette connaissance a également été révélé : les femmes ayant une situation économique qualifiée de « très difficile » étaient plus susceptibles de disposer d'une mauvaise connaissance que celles ne rencontrant pas de difficulté (OR : 2,3 [1,3 – 4,3]). Aucun gradient professionnel n'a cependant été observé : les femmes au chômage disposaient d'une meilleure connaissance que les femmes employées (OR : 0,3 [0,1 – 0,7]) ; les femmes inactives avaient cependant une connaissance plus faible que les femmes employées (OR : 1,8 [1,0 – 3,1]). Enfin le fait d'avoir connu une précédente grossesse non désirée est associé à une meilleure connaissance de la PCU (OR : 0,5 [0,3 – 0,8]).

D'autres facteurs potentiels dont disposaient les auteurs sont la situation contraceptive de la femme et l'efficacité de son suivi médical. Toutefois, ces deux variables n'étaient pas significativement associées à la connaissance de la PCU et n'ont pas été incluses dans l'analyse multivariée de ses déterminants. En particulier, parmi les femmes qui déclaraient disposer d'un médecin traitant soit 63,6 % de l'échantillon, seules 24,3 % affirmaient avoir déjà discuté de la contraception d'urgence avec lui. La plupart des femmes avaient acquis leur connaissance de la PCU par les médias (54,4 %) ou par des groupes de pairs amicaux (39,7 %).

Les auteurs ont enfin proposé une seconde définition de la connaissance : parmi les femmes « candidates », c'est-à-dire conscientes du risque de grossesse non désirée au moment du rapport sexuel et qui connaissaient la PCU, seules 24,9 % l'ont effectivement utilisée. Parmi les femmes qui n'y ont pas eu recours, 19,9 % affirmaient qu'elles n'ont pas pensé à le faire et 12,4 % pensaient qu'il était trop tard pour l'utiliser. Cette seconde étape dans le processus de connaissance montre l'importance d'une connaissance extensive et opératoire de la PCU.

Méconnaissance de la contraception d'urgence comme frein à son utilisation

En première approche, il est possible d'établir un lien statistique entre la connaissance de la PCU et son utilisation. Dans une étude française (32) réalisée à partir de l'enquête Cocon, 706 femmes à risque de grossesse non désirée ont été identifiées par leur déclaration d'un usage intermittent ou d'un échec dans l'usage de leur moyen de contraception régulière, ou par la déclaration de rapports sexuels sans moyen contraceptif en dehors d'une volonté de procréer. En analyse multivariée, la connaissance détaillée de la PCU, la fréquence des rapports sexuels et l'utilisation de la PCU avant 2000 étaient significativement associées à son usage ($P \leq 0.01$). Les femmes qui connaissaient à la fois la durée de la fenêtre d'action de la PCU et ses modalités d'accès en pharmacie étaient davantage susceptibles d'utiliser la PCU (OR : 5,9 [1,6 – 21,3]). Une autre analyse multivariée a porté sur les déterminants de la première utilisation de la PCU entre 2000 et 2001. Dans cette seconde régression, le nombre de changements de moyens contraceptifs réguliers, la fréquence des rapports sexuels et le nombre de partenaires sexuels

sur la période étaient les seules variables significatives alors que la connaissance de la PCU n'était plus significative.

Au-delà de cette approche descriptive, la revue de littérature a permis d'identifier deux principales modalités de la relation entre la connaissance de la PCU et son utilisation. D'une part, la méconnaissance du mécanisme d'action de la PCU constitue une cause de renoncement ; d'autre part, la méconnaissance des effets indésirables de la PCU et particulièrement leur surestimation constitue également un frein à son utilisation.

Méconnaissance du mécanisme d'action de la contraception d'urgence

La méconnaissance du mécanisme d'action de la PCU recouvre notamment la confusion qui peut être faite entre la PCU et une méthode d'avortement, décrite dans quatre des études recensées (37,40,43,47). Dans une étude réalisée en Australie auprès de 632 femmes de 16 à 35 ans (37), 31,7 % des femmes interrogées décrivaient la PCU comme une méthode d'avortement et seules 63,7 % la décrivaient comme une méthode réduisant la probabilité d'un début de grossesse. Dans une étude réalisée parmi les usagères et les professionnels de cliniques de planning familial en Pennsylvanie (47), les professionnels de santé décrivaient la confusion de la PCU avec une méthode d'avortement comme une cause de refus de la prescription de la PCU de la part des femmes dans 10 % des cas.

Dans une l'étude qualitative réalisée à Vancouver auprès de femmes d'origines ethniques diverses (40), la méconnaissance des mécanismes d'action de la PCU et en particulier sa perception comme un moyen d'avortement ont été décrites comme des barrières potentielles à son usage ; informées par les auteurs que la PCU ne pouvait causer un avortement, les participantes ont par ailleurs exprimé un soulagement, signalant l'importance de cette question dans leur perception. Dans une étude qualitative réalisée auprès de 47 adolescents et adolescentes de la ville de New York (43), la méconnaissance de la PCU et sa perception comme une méthode d'avortement ont également été décrites comme des barrières à son usage, et même comme la cause d'un précédent renoncement à la PCU par une des participantes. La majorité des participants aux entretiens et *focus groups* de cette étude signalait par ailleurs que leur médecin référent ne leur avait jamais mentionné l'existence de la PCU, y compris lors de discussions portant spécifiquement sur les comportements sexuels à risque ou les méthodes contraceptives dans leur ensemble.

Perception exagérée du risque d'effets secondaires de la contraception d'urgence

La crainte d'effets secondaires est décrite comme un frein à l'utilisation de la contraception d'urgence dans sept des études recensées (37,38,40-42,44,45). Cette crainte porte tant sur des effets à court terme (nausées, maux de tête, ou plus gravement, crainte de malformation en cas de survenue d'une grossesse) qu'à long terme (moindre fertilité).

Dans l'étude précédente réalisée en population générale en Australie (37), seules 45,2 % des femmes interrogées déclaraient considérer la contraception d'urgence comme une méthode sûre pour la santé des femmes 17,7 % l'ayant considérée comme dangereuse, voire très dangereuse en général, et 12,7 % comme un facteur réduisant la fertilité à long terme. Par ailleurs, 60,5 % pensaient de façon erronée que l'administration d'une contraception d'urgence à une femme déjà enceinte pouvait causer des malformations de l'enfant ou une fausse-couche de la mère. Enfin, les femmes australiennes avaient plus généralement une perception négative de la contraception d'urgence puisque 38,1 % considéraient que sa disponibilité favorisait les comportements sexuels à risque. Surtout, parmi les femmes ayant envisagé l'utilisation de la contraception d'urgence mais n'y ayant finalement pas recouru, 33 % avaient déclaré y avoir renoncé par craintes de ces effets secondaires à court ou long terme.

Dans une étude réalisée à Vancouver (40), la crainte d'effets indésirables a également été décrite comme un frein à l'utilisation de la PCU. Les femmes interrogées surestimaient également les risques liés à la prise de la PCU et craignaient des effets à court et long terme sur leur santé et en particulier leur fertilité ou leur libido dans le cas d'utilisations répétées de la PCU.

Ces femmes affirmaient en définitive qu'une meilleure connaissance de la PCU aurait facilité leur recours à ce moyen contraceptif. D'un point de vue qualitatif, cette crainte d'effets indésirables a pu être liée à un manque de confiance général envers les hormones et la contraception hormonale qui se reportait également sur la PCU (41), expliquant notamment que les effets indésirables craints soient similaires à ceux pouvant être engendrés par la contraception hormonale régulière (45).

Cette crainte est directement associée à un renoncement à la PCU. Dans l'analyse des raisons du non-recours à la PCU (38) à partir des données d'un ECR visant à évaluer l'effet de la fourniture à l'avance de la PCU réalisé à San Francisco (48), la crainte des effets indésirables de la PCU était citée par 14,9 % des femmes y ayant renoncé. Plus spécifiquement, dans le bras de l'ECR ayant bénéficié d'une fourniture à l'avance de la PCU, cette raison était invoquée par 25 % des participantes.

La crainte d'effets indésirables s'ajoute par ailleurs à l'expérience d'effets secondaires ressentis lors d'éventuelles utilisations précédentes (42,44), ou éventuellement à ceux ressentis par les amies, les groupes de pairs étant un vecteur important de diffusion de l'information sur la contraception d'urgence (42).

Importance de la délivrance d'un conseil médical sur la contraception d'urgence

La réception d'une information médicale sur la PCU est un des principaux moyens d'améliorer sa connaissance par les usagers. L'importance de ce conseil a pu être décrite dans une analyse descriptive liant réception d'un conseil médical sur la PCU et utilisation effective de celle-ci, réalisée à partir d'une enquête nationale menée aux États-Unis parmi un échantillon représentatif des femmes en population générale (46). En analyse multivariée, les femmes qui avaient reçu un conseil sur la PCU durant l'année précédente l'ont davantage utilisée (OR : 11,72 [6,20 – 22,15]). Outre le bénéfice d'un conseil médical, les diplômées de l'enseignement supérieur étaient plus susceptibles d'avoir utilisé la PCU que les non diplômées (OR : 3,97 [1,68 – 9,37]), de même que les femmes mariées (OR : 2,02 [1,30 – 3,13]). Enfin l'âge au premier rapport sexuel et le fait d'avoir déjà eu recours à une IVG étaient également significativement liés à l'utilisation de la PCU.

Les auteurs ont réalisé une seconde analyse multivariée portant sur les déterminants de la délivrance d'un tel conseil sur la PCU. L'âge était l'un de ces déterminants : les femmes de plus de 30 ans étaient moins susceptibles que celles de moins de 17 ans d'avoir reçu un conseil médical sur la PCU (OR : 0,16 [0,05 – 0,55]). L'âge au moment du premier rapport sexuel était également significativement lié à la réception d'un conseil : les femmes ayant eu leur premier rapport sexuel avant 16 ans étaient moins susceptibles d'avoir reçu une information médicale sur la PCU (OR : 0,49 [0,25 – 0,96]). Enfin, les femmes mariées ou l'ayant été avaient davantage reçu de conseil (OR : 2,40 [1,49 – 3,87]) ainsi que celles qui avaient déjà eu une IVG (OR : 1,90 [1,25 – 2,87]). Une dernière variable significativement liée à la réception d'un conseil médical sur la PCU était l'origine ethnique.

► Recours effectif à la contraception d'urgence

Au-delà de la perception du risque de grossesse non désirée et de la connaissance de la PCU comme une méthode susceptible de prévenir ce risque, une dernière étape du processus d'utilisation de la PCU du point de vue des usagers est son recours effectif. Celui-ci est en particulier entravé par une perception négative de la PCU identifiée comme un frein à son utilisation dans 10 des études recensées (37,39,40,42-44,47,49-51).

Des freins spécifiques à ce niveau d'analyse ont été identifiés dans la revue de littérature, et portent en particulier sur une perception négative de la PCU comme une méthode « pour les autres », associée à de supposées caractéristiques péjoratives de ses utilisatrices. En particulier, la PCU est fréquemment associée à une forme d'irresponsabilité (39,42,49) ; cette perception négative est encore visible à travers le procédé discursif de distanciation vis-à-vis des utilisatrices de la PCU observé dans certaines études qualitatives (42,49,50). Il a pour

conséquences pratiques une crainte de la stigmatisation lors de l'usage de la PCU (40,44,49,51) et une recherche de confidentialité pour formuler la demande (40,43,44,51).

Une perception négative de la PCU a été observée dans une étude (49) décrivant l'expérience de 22 utilisatrices de la PCU dans un projet pilote de fourniture à l'avance de la PCU conduit en Ecosse (52). Ces femmes ont exprimé des difficultés à formuler la demande de la PCU auprès des praticiens, notamment du fait d'une association entre la PCU et des comportements sexuels à risque. De façon similaire est retrouvée dans une étude réalisée au Royaume-Uni auprès de 41 femmes de 16 à 25 ans socialement défavorisées (42), l'expérience d'une utilisation de la PCU vécue comme un échec personnel amenant à un sentiment de honte. Les plus jeunes utilisatrices de la PCU étaient en particulier préoccupées par leur perception par autrui, au contraire des utilisatrices plus âgées et plus éduquées. Les entretiens réalisés avec d'autres jeunes femmes écossaises participant à un ECR en milieu scolaire (39) ont également révélé une perception négative de la contraception d'urgence, qui traduisait pour la majorité des usagères interrogées une forme d'irresponsabilité, cause de gêne, voire de honte au moment de la demande. Celle-ci n'était toutefois associée à une mauvaise expérience des relations avec les professionnels de santé que pour 2 femmes de l'échantillon.

Même si les interactions avec les professionnels de santé sont rarement identifiées dans la littérature comme une barrière à l'utilisation de la PCU, cette perception négative entraîne une crainte de la stigmatisation des utilisatrices de la PCU. Dans l'étude réalisée à Vancouver (40), les femmes interrogées, qu'elles aient ou non utilisé la PCU, déclaraient craindre leur stigmatisation par les professionnels de santé sur la base de considérations morales. Ces craintes étaient particulièrement aggravées par la confrontation avec un praticien de sexe masculin, et se traduisaient également par la peur d'être reconnues au cours de leur démarche d'acquisition de la PCU. Les femmes interrogées décrivaient également l'accessibilité physique de la PCU comme une barrière potentielle à son acquisition, en la reliant étroitement à la volonté de s'éloigner de leur environnement habituel de peur d'y être identifiées. Des phénomènes similaires ont été observés dans une étude réalisée en Australie auprès de 29 femmes de 16 à 29 ans recrutées dans des cliniques de planning familial et à l'université (44) : une gêne à formuler la demande a entraîné une recherche de confidentialité nécessitant la sortie d'un environnement trop familial. Cette gêne était également source d'une difficulté d'interaction avec les pharmaciens chargés de délivrer la PCU : alors que le moment de la délivrance doit aussi être celui d'un conseil sur la PCU et la contraception en général, cette situation gênante pour l'usagère tendait à rendre difficile la réception de ce conseil. Ces difficultés d'interaction ont également été mentionnées en France et du côté des praticiens par les pharmaciens interrogés dans l'enquête réalisée par la DRASS Alsace pour l'IGAS (2) témoignant d'un manque de réceptivité à ce conseil de la part des usagers.

Cette difficulté d'interaction pourrait provenir de la nécessité de reconnaître à très court terme une prise de risque, et de le faire devant un professionnel de santé (42). De fait, la majorité des femmes ayant participé au projet de fourniture à l'avance de la PCU en Écosse considérait que cette fourniture à l'avance contribuait à résoudre ces difficultés (49). Une autre solution mise en œuvre par l'université de Princeton aux États-Unis est un service de fourniture de la PCU à distance. Une étude sur les femmes cherchant à se procurer une PCU par le site internet de cette université, et redirigées vers un service téléphonique qui la met à disposition, a montré que 39 % d'entre elles l'avaient fait en anticipant des barrières à l'accès (51). Au total, 13 % déclaraient se sentir gênées pour formuler cette demande en personne, et signalaient de précédentes expériences négatives avec un professionnel de santé dans le cadre de cette demande.

► Conclusions

Les freins à l'utilisation de la PCU rencontrés au niveau de ses utilisatrices sont perceptibles à toutes les étapes du processus d'utilisation et nécessitent des interventions distinctes pour améliorer l'utilisation de la PCU en prévention des grossesses non prévues.

La décomposition du processus d'utilisation de la PCU proposée ici est également introduite dans l'étude de Moreau *et al.* (34) portant sur 1 303 femmes souhaitant recourir à une IVG suite à une grossesse non prévue. Seules 501 femmes, soit 38,4 %, étaient conscientes du risque de cette grossesse ; parmi les femmes qui n'étaient pas conscientes du risque au sens proposé par les auteurs, 2,1 % ont tout de même utilisé une PCU. Parmi les femmes conscientes du risque, 450 femmes soit 89,8 % connaissaient l'existence de la PCU. Au final, seules 112 femmes de ce groupe ont utilisé la PCU, soit 24,9 % ; en adoptant une définition plus exigeante de la connaissance de la PCU (définie par la connaissance de sa fenêtre d'action et de ses modalités d'accès), seules 124 femmes disposaient d'une connaissance détaillée, parmi lesquelles 54 % ont finalement utilisé la PCU. Les freins rencontrés à l'utilisation de la PCU se répartissent donc bien suivant les différentes étapes de ce processus. L'étude de Sorensen *et al.* (36), adopte une méthodologie similaire et corrobore ces résultats. Sur les 217 femmes incluses dans cette étude, 78 (36 %) n'avaient pas conscience du risque de grossesse au moment du rapport sexuel ayant causé leur grossesse ; aucune de ces femmes n'a eu recours à la PCU. Sur les 139 femmes qui avaient conscience du risque de grossesse, 58 % n'avaient pas une connaissance suffisante de la contraception d'urgence, et en particulier de sa fenêtre d'action ; aucune d'entre elles n'a eu recours à la PCU. Finalement, parmi les 59 femmes de l'étude qui avaient conscience du risque de grossesse et disposaient d'une connaissance suffisante de la contraception d'urgence, seules 15 % ont eu effectivement recours à ce moyen contraceptif. Ces utilisatrices étaient plus âgées, plus éduquées, plus souvent en relation stable, avaient eu davantage d'IVG par le passé et avaient un stade de grossesse moins avancé au moment de leur dernière IVG.

3.3.2 Freins au niveau des professionnels de santé impliqués dans la prescription et la délivrance de la contraception d'urgence

L'existence de freins à l'utilisation de la contraception d'urgence au niveau des professionnels de santé est identifiée dans sept des études recensées (45,47,49,53-56). Cette identification requérant un schéma d'étude différent de l'identification des freins au niveau des usagers, seules deux études montrent l'existence de freins à ces deux niveaux d'analyse à la fois. L'ensemble des études portant spécifiquement sur la connaissance, les attitudes et pratiques des professionnels de santé vis-à-vis de la PCU identifie de tels freins.

Les freins identifiés par les différentes études au niveau des professionnels impliqués dans la délivrance de la PCU sont divers, mais mettent fréquemment en jeu leur perception de la PCU (45,47,53-55). Cette éventuelle perception négative constitue un frein selon des modalités variables, portant sur une attitude générale vis-à-vis de la délivrance de la PCU (54,55), une difficulté à proposer la PCU aux femmes qui pourraient en avoir besoin (45,47,49,56) ou encore une réticence particulière vis-à-vis de la fourniture à l'avance de la PCU (49,55).

► Connaissances, attitudes et pratiques de prescription et de délivrance de la contraception d'urgence par les cliniciens

En France, l'enquête Fecond indique que la contraception d'urgence est peu fréquemment évoquée lors des consultations médicales : 36 % des gynécologues indiquent avoir souvent recommandé cette méthode au cours de la dernière année et 11 % des généralistes (6).

En général, l'importance des refus de délivrance n'a pu être identifiée dans la littérature. Dans une seule étude réalisée dans la région de New York auprès de 200 femmes cherchant à se procurer la PCU par internet (51), 19 % des femmes qui ont d'abord essayé d'y accéder dans leur environnement ont déclaré que leur médecin ne voulait pas la prescrire.

Toutefois, un lien significatif entre connaissance de la contraception d'urgence par le professionnel, perceptions de barrières à la délivrance de la PCU et comportements effectifs de prescription a été identifié dans une étude réalisée parmi 282 praticiens exerçant aux États-Unis auprès d'adolescents dans des services d'urgences (54). Les principaux freins déclarés concernaient le manque de temps (perçu par 40 % des praticiens) et de ressources pour effectuer à la fois cette délivrance et surtout son suivi (72 %). D'autres freins importants concernaient la crainte d'une incitation aux comportements sexuels à risque d'IST (18 %) et de

grossesses non désirées (29 %). Enfin, les praticiens avaient une connaissance limitée de la PCU : 46 % considéraient qu'il existe des effets indésirables graves associés à la PCU, et la crainte de ces effets indésirables en général constituait un frein pour 39 % des professionnels interrogés ; en particulier, 27 % déclaraient craindre des malformations à la naissance causées par la PCU. Au total, 39 % des praticiens sondés déclaraient percevoir au moins 6 freins à la délivrance de la PCU. Une analyse multivariée a montré que la connaissance et l'identification de freins étaient positivement associés à la prescription : étaient plus susceptibles de prescrire la PCU, les médecins qui avaient répondu correctement à plus de la moitié des questions de connaissance sur la PCU (OR : 2,0 [1,1 – 3,5]) et ceux qui avaient identifié moins de cinq barrières à sa délivrance (OR : 2,4 [1,4 – 4,3]).

D'un point de vue qualitatif, il semble qu'une perception négative de la PCU comme méthode incitant aux comportements à risque et risquant de se substituer à des méthodes contraceptives régulières plus fiables se traduise par une moindre prescription. Ainsi les 44 professionnels interrogés sur leur expérience d'un programme de fourniture à l'avance de la PCU en Écosse (49,52) ont également déclaré leur crainte que la fourniture à l'avance de la contraception ne soit perçue comme une incitation à l'adoption de comportement sexuels à risque et à l'usage répété de la PCU. Cette crainte était en particulier liée à l'appréhension que la proposition d'une PCU à l'avance soit perçue comme un message contradictoire par rapport aux autres messages de prévention des IST et des grossesses non désirées fondés sur des méthodes de prévention situées en amont de la prise de risque. Une étude, réalisée auprès de professionnels des centres de planning familial en Pennsylvanie (47), a quant à elle montré qu'il est difficile pour les professionnels de santé de replacer la proposition d'une PCU dans le cadre de leurs pratiques courantes, avec la crainte que cette proposition soit mal perçue par les femmes et implique un jugement de valeur du point de vue du suivi de leur contraception régulière. Par ailleurs, le besoin de disposer d'une PCU peut ne pas être identifié par des professionnels confrontés à des femmes qui n'expriment pas ce besoin, sont en couple, ont des enfants et une situation contraceptive stable (47).

Enfin, un éclairage qualitatif particulier peut être apporté sur les perceptions des professionnels dans un contexte d'urgence. Une étude a été réalisée auprès de centres d'urgences pédiatriques après l'autorisation de la vente de la PCU au LNG en pharmacie aux États-Unis (55). Dans ce contexte, les professionnels interrogés exprimaient une plus grande réticence à délivrer la PCU hors situations d'urgence caractérisée et identifiaient des motifs légitimes pour cette délivrance : rupture de préservatif, rapport sexuel non consenti. Par rapport aux médecins, les infirmières exprimaient une plus grande réticence à délivrer la PCU aux adolescentes et formulaient davantage de jugements moraux sur les comportements sexuels des adolescents. Par ailleurs, la connaissance de la contraception d'urgence par ces professionnels était mauvaise : seuls 35 % des professionnels interrogés savaient que l'administration d'une PCU à une femme enceinte ne pouvait avoir d'effet abortif après la nidation de l'embryon dans l'utérus ou que la PCU pouvait prévenir l'ovulation, et seuls 22 % connaissaient la durée maximale de la fenêtre d'action de la PCU (120 heures). Ces professionnels étaient enfin nettement opposés à la délivrance à l'avance, considérant qu'elle constituerait une incitation à l'adoption de comportements sexuels à risque. Ils considéraient également que leur position n'était que faiblement compatible avec cette délivrance à l'avance, plutôt du ressort de la médecine de ville.

► Efficacité de différents modèles de prescription

Face aux difficultés rencontrées pour proposer la contraception d'urgence, différents modèles de prescription de la PCU ont été étudiés dans la littérature. Ainsi dans une étude qualitative effectuée auprès de 38 patients et 25 professionnels de centres de soins primaires du Bronx à New York (45), les professionnels rapportaient également la difficulté de proposer la PCU au cours de leurs consultations. Clients et professionnels ont été confrontés à trois modèles de prescription qui variaient selon le comportement du médecin, plus ou moins proactif vis-à-vis de la PCU, d'une activité limitée à la prescription en urgence à celle généralisant en routine la prescription à l'avance de la PCU. La majorité des femmes participant à cette étude (26 sur 38) déclarait préférer le modèle le plus proactif, et considérait qu'il est du rôle du médecin de

soulever la discussion au sujet de la PCU, d'autant qu'il pourrait être gênant pour la femme de le faire. Cependant, seuls quatre des professionnels interrogés déclaraient que leur pratique était similaire à ce modèle le plus proactif ; si quasiment tous reconnaissaient l'importance d'un conseil sur la PCU délivré en routine, leur attitude vis-à-vis de la prescription était plus ambiguë et dix médecins formulaient des réserves importantes à l'encontre de la prescription à l'avance, craignant que cette pratique n'accroisse les comportements à risque de leurs patients. Les praticiens déclaraient plutôt rechercher à identifier le niveau de risque de grossesse de leurs patientes, mais différaient encore dans leur attitude face à un haut niveau de risque perçu, réservant la fourniture à l'avance de la PCU à ces femmes à haut risque, ou au contraire les orientant plutôt vers une contraception régulière.

L'importance d'un rôle proactif du médecin dans la prescription à l'avance de la contraception d'urgence, au-delà des discours des professionnels et des usagers, semble confirmée par les résultats d'une étude réalisée auprès de 44 professionnels ayant participé au programme de fourniture à l'avance de la PCU au LNG conduit en Écosse (56). Dans cette étude, les taux de distribution à l'avance de la PCU (nombre de boîtes distribuées par nombre de femmes éligibles à la distribution de la PCU enregistrées auprès du cabinet) ont été rapportés aux caractéristiques des cabinets et à l'attitude des cliniciens de ces cabinets. Les taux de distribution, exprimés en boîtes délivrées par femmes éligibles à la PCU, variaient de 0,9 à 32,0 % et les quatre cabinets qui adoptaient les attitudes les plus proactives proposant systématiquement aux femmes concernées la fourniture de la PCU étaient également les quatre cabinets dont le taux de distribution était le plus élevé (compris entre 20,9 et 32,0 %) ; dans ces cabinets, l'attitude des praticiens était décrite par les auteurs comme facilitatrice dans trois cabinets, considérant la PCU comme un moyen sûr et efficace de prévention des grossesses non désirées, et comme ambivalente dans le dernier. Les cabinets dont les taux de distribution étaient les plus faibles (compris entre 0,9 et 2,1 %) ont adopté une attitude passive, ne distribuant la PCU à l'avance que sur requête expresse des intéressées, et les attitudes des professionnels de ces cabinets étaient décrites par les auteurs comme ambivalentes ou non facilitatrices, considérant que la PCU est une méthode peu sûre ou renvoyant sa perception à des considérations morales. Dans l'ensemble, les professionnels signalaient la difficulté d'aborder la question de la PCU sous la contrainte temporelle d'une consultation de routine.

► **Connaissances, attitudes et pratiques de délivrance de la contraception d'urgence par les pharmaciens**

Les freins à la délivrance par les pharmaciens ont été étudiés dans une étude qualitative auprès de femmes ayant eu recours à la PCU en 2001-2002 dans quatre pays européens, où le LNG est accessible sans prescription : France, Suède, Norvège et Portugal (57). Le rôle du pharmacien était vu de manière très différente par les femmes selon le pays. En Norvège, les femmes ne souhaitaient pas avoir d'interactions avec le pharmacien alors qu'en France, au contraire, les femmes estimaient que les pharmaciens jouaient un rôle central, comme un médecin, dans la délivrance de la PCU. À leur avis les pharmaciens se devaient d'être très bien informés et de leur poser toutes les questions utiles et nécessaires. Cependant, en France comme d'ailleurs au Portugal, plusieurs des femmes estimaient que les pharmaciens avaient une attitude moralisatrice et de jugement. En France, les femmes associaient la réticence des pharmaciens à délivrer la PCU à leur manque de connaissance et aux idées fausses qu'ils pouvaient avoir sur le risque d'effets indésirables. En France comme au Portugal, les femmes étaient gênées de devoir demander une PCU au pharmacien.

Une autre étude, réalisée par la DRASS d'Alsace dans 462 pharmacies d'officine, 57 % des pharmaciens faisaient état de difficultés dans la mise en œuvre de la délivrance sans prescription de PCU (2). Parmi les raisons mentionnées figuraient le manque d'information sur le produit et sur ses conditions d'utilisation, la crainte d'une « banalisation » de la PCU, sa substitution aux méthodes contraceptives régulières et un rôle d'incitation aux comportements sexuels à risque d'IST. En particulier, les demandes par anticipation sont généralement considérées par les pharmaciens comme un mésusage de la contraception d'urgence «dérive vers l'achat préventif pour la sortie du samedi soir », et certains refusent la délivrance en ce cas. Les pharmaciens

mentionnaient la difficulté de conduire un entretien avec les mineures en raison du manque de réceptivité des jeunes, de la difficulté d'assurer la confidentialité et du manque de temps.

► **Délivrance de la PCU à un tiers**

Enfin, une question spécifique pouvant constituer un frein à la délivrance de la PCU au niveau des pharmaciens est celle de sa délivrance à un tiers. En particulier se pose la question de la délivrance aux hommes pour leur partenaire. Cette question a été soulevée en France par l'enquête réalisée par la DRASS Alsace, et constituait pour les professionnels interrogés une difficulté à la délivrance de la PCU au LNG, notamment dès lors que cette situation ne permettait pas le conseil censé être délivré par le pharmacien dans le cas où la femme fait directement la requête (2).

Une étude réalisée aux États-Unis auprès de 226 pharmaciens et préparateurs en pharmacie (53) s'est spécifiquement intéressée à la question de la délivrance de la PCU au LNG aux hommes qui en font la requête pour leur partenaire. Si 63 % des 226 professionnels interrogés dans cette étude déclaraient avoir déjà délivré une PCU à un homme, 70 % considéraient que cette délivrance était rare ou peu courante ; seuls 12 % indiquaient que cette délivrance était courante. Les pharmaciens et employés de sexe masculin étaient significativement plus favorables que les femmes à la délivrance systématique de la PCU au LNG (74,7 vs 59,9 %, $P = 0,03$) ainsi qu'à sa fourniture à l'avance (52,0 vs 35,0 %, $P = 0,02$). Les praticiens défavorables à la délivrance de la PCU aux hommes craignaient davantage que cette délivrance agisse comme une incitation aux comportements sexuels à risque (63,3 vs 34 ;2 %, $P < 0,001$), que cette délivrance permettent aux hommes d'imposer aux femmes des pratiques à risque (59,5 % vs 19,3 %, $P < 0,001$) ou d'imposer la prise de la PCU (46,3 % vs 24,1 %, $P = 0,001$).

► **Conclusions**

Au final, les freins à l'utilisation de la PCU au niveau des professionnels de santé portent essentiellement sur leur perception de la PCU et de son utilité potentielle pour les usagers, mais se traduisent concrètement par des effets variables sur la proposition, la prescription et la délivrance de la PCU.

3.3.3 Freins structurels au recours à la contraception d'urgence

L'identification de freins au recours à la PCU situés à un niveau structurel ou institutionnel requiert une analyse spécifique au contexte français de l'accès et de l'utilisation de la PCU. Si cette identification a pu être informée par la revue de littérature scientifique sur le sujet, elle a cependant dû être fondée plus directement sur une analyse du contexte institutionnel propre à la France.

Trois principaux types de freins structurels ont été identifiés et seront présentés successivement :

- limites juridiques à l'accessibilité de la PCU ;
- freins à l'accessibilité physique de la PCU ;
- freins financiers : coût de la PCU ;

► **Limites juridiques à l'accessibilité de la contraception d'urgence**

Cas général

Concernant le LNG, aucune disposition juridique particulière n'empêche les individus, sans distinction d'âge ou de sexe, de se voir délivrer une PCU au LNG avec ou sans prescription médicale, et ce y compris hors situation d'urgence.

Concernant l'UPA, la nécessité d'une prescription médicale constitue en frein à son accessibilité. Par contre, aucune disposition ne limite sa prescription à l'avance.

Dispositions particulières

Des dispositions particulières existent pour la PCU au LNG.

Les jeunes femmes mineures peuvent se voir prescrire, délivrer ou administrer la PCU au LNG à titre gratuit en bénéficiant des dispositions prévues dans l'article L. 5134-1 du Code de la santé publique (CSP). Les articles D. 5134-1 à 5 du CSP pris en application de la disposition précédente subordonnent notamment la délivrance à un entretien préalable destiné à vérifier que la situation de la mineure correspond aux critères d'urgence et aux conditions d'utilisation de la contraception d'urgence. Par conséquent, la délivrance de la PCU au LNG à titre gratuit est limitée aux situations d'urgence avérées ; la dispensation à l'avance de la contraception d'urgence ne saurait donc entrer dans le cadre de sa délivrance à titre gratuit. Dans ce cadre réglementaire, il reste toutefois possible aux mineures de se procurer une contraception d'urgence à l'avance en s'acquittant de son prix.

Les articles D. 5134-5 à 10 du CSP, également pris en application de l'article L. 5134-1, limitent quant à eux l'accès de la PCU au LNG en milieu scolaire à « une situation de détresse caractérisée » de l'élève concernée, et impliquent une administration immédiate du contraceptif d'urgence. Ces conditions particulières, ajoutées à la nécessité de la présence de l'infirmier ou l'infirmière scolaire et de la disponibilité effective de la PCU au LNG dans l'établissement au moment de la demande, limitent fortement les possibilités de sa délivrance. Durant l'année scolaire 2011/2012, seules 10 372 PCU ont été délivrés dans l'enseignement secondaire. Ces délivrances ont fait suite à 14 235 demandes. Ces chiffres n'ont pas sensiblement évolué au cours des années (Annexe 7, Tableau 17 et Tableau 18). Les conditions d'accès, définies par l'article D. 5134-10-1 du CSP sont moins restrictives dans l'enseignement supérieur et ne la limitent pas à une situation d'urgence ; ce dernier dispositif est donc compatible avec une délivrance à l'avance de la contraception d'urgence.

Conclusions

Les barrières juridiques pour l'accès à la PCU au LNG sont peu nombreuses, et ne s'opposent à la délivrance à l'avance de cette contraception que dans les cas spécifiques des délivrances à titre gratuit pour les mineures et dans l'enseignement secondaire. Étant disponible sans prescription médicale, la PCU peut être délivrée en pharmacie à titre onéreux y compris en avance, et il ne saurait être nécessaire à l'utilisateur de justifier sa situation d'urgence dans ce cas. L'absence de cette situation d'urgence ne saurait donc être considérée comme un motif légitime de refus de vente au sens de l'article L. 122-1 du Code de la consommation. Il est donc important de dissocier la délivrance de la PCU, qui peut être réalisée à l'avance, de son utilisation effective, qui doit être limitée aux suites d'une pratique à risque de grossesse non désirée.

Concernant la dispensation gratuite de la PCU au LNG aux mineures en situation d'urgence, le fait de limiter la gratuité aux femmes contribue cependant à perpétuer l'idée que la contraception est une affaire de femmes, et constitue un frein individuel et collectif à la responsabilité partagée des hommes et des femmes dans la contraception (avis du groupe de travail).

L'accès à l'UPA est limité par la nécessité d'une prescription médicale.

► **Freins à l'accessibilité temporelle et géographique de la contraception d'urgence**

En dépit de l'accès facilité à la contraception en France par sa dispensation sans ordonnance dans les pharmacies réparties sur l'ensemble du territoire, des freins liés à la dimension temporelle et/ou géographique de l'accessibilité de la PCU peuvent être identifiés dans des situations particulières.

Dimension temporelle de l'accessibilité

La revue de littérature a identifié un effet positif de l'accessibilité à la PCU sans ordonnance sur sa délivrance. Une étude évaluant la disponibilité de la PCU dans les pharmacies de trois villes américaines (Boston, Atlanta, Philadelphie) en 2005 et en 2007, soit avant et après le passage de la PCU en vente libre, a montré que l'incapacité à dispenser le LNG en 24 heures a sensiblement diminué entre 2005 (22 %) et 2007 (8 %, $P < 0,05$) (58).

Toutefois même dans un contexte d'accès en vente libre, la PCU peut être difficile à obtenir rapidement. Dans une étude réalisée en Australie en population générale (37), 28 % des femmes qui ont envisagé un recours à la PCU mais ont rencontré une ou plusieurs barrières à son utilisation déclaraient ne pas avoir pu y accéder suffisamment tôt. La question temporelle de l'accès à la PCU est également soulevée dans une étude réalisée au Royaume-Uni auprès de 419 femmes se procurant la PCU en pharmacie (59) où d'importantes variations journalières dans l'accès à la PCU étaient observables, avec en particulier un fort effet week-end : interrogées sur le jour où elles ont pu utiliser la PCU, 29 % indiquent le lundi contre seulement 2 % le dimanche. Les données de dispensation en pharmacie suggèrent toutefois que l'accessibilité à la PCU en pharmacie le weekend pourraient être meilleure en France qu'aux Royaume-Uni puisqu'en France près d'un quart des ventes ont lieu le dimanche (voir Figure 3, page 26).

Dimension géographique de l'accessibilité

Au-delà de la dimension temporelle de l'accès à la PCU, des différenciations géographiques dans son accessibilité pourraient également constituer un frein à son accessibilité. Des études, réalisées en France sur la délivrance de la PCU, ont révélé l'existence d'un gradient urbain dans cette délivrance (60,61). Ainsi, l'étude réalisée par l'ORS d'Auvergne en 2010 (61) a montré que 49 % des boîtes de LNG ont été délivrées dans les communes de plus de 20 000 habitants, alors qu'elles ne représentaient que 23 % de la population régionale des femmes âgées de 15 à 49 ans ; par ailleurs, le nombre moyen de boîtes distribuées par pharmacie était très inférieur pour les pharmacies situées dans des villes de moins de 5 000 habitants. Une étude réalisée par la DRASS de Languedoc-Roussillon (60) a montré un gradient urbain similaire, avec 44 % des boîtes de Norlevo® distribuées dans cinq villes comptant pour 26 % de la population régionale de femmes entre 15 et 49 ans. Cette dernière étude a par ailleurs révélé de fortes différenciations des taux de délivrance suivant les bassins d'emplois, en particulier en fonction de leur proximité avec le littoral et de leur densité de population. Enfin, cette étude a identifié un certain nombre de pharmacies n'ayant jamais commandé de Norlevo® à leur grossiste-répartiteur, sans qu'il soit possible d'en identifier les causes.

La revue des freins identifiés dans la littérature au niveau des usagers de la PCU a montré que la crainte d'une stigmatisation et en retour une recherche de confidentialité étaient des éléments importants de la demande de la PCU. Ces éléments pourraient jouer un rôle dans la faiblesse de la délivrance en milieu rural, tout en constituant un frein potentiel à cette délivrance. Dans une étude réalisée à Vancouver auprès de femmes d'origines sociale et ethnique diverses (40), l'accessibilité physique de la PCU était décrite comme une barrière à son usage, en particulier par les femmes ne disposant pas de moyen de transport personnel. Les femmes interrogées désiraient en effet préserver la confidentialité de leur demande en quittant leur environnement habituel, ce qui complexifie ce problème d'accessibilité. Ce phénomène est particulièrement présent dans des communautés à forte interconnaissance, en l'occurrence constituées par des liens ethniques. Un phénomène similaire pourrait toutefois être observé en France en milieu rural où l'interconnaissance est plus forte qu'en milieu urbain et où l'accessibilité de la PCU semble plus problématique, fournissant une explication similaire à celle proposée par les études précédentes sur la délivrance de la PCU au LNG (60,61). D'une façon similaire dans une étude réalisée auprès d'adolescents new yorkais (43), l'accessibilité de la PCU était rendue plus difficile par la crainte d'être reconnu et de voir la confidentialité de cette demande compromise. Ces enjeux étaient à nouveaux cités comme une raison suffisante pour effectuer cette demande dans un environnement distant où ce risque serait plus faible.

Conclusions

En France, aucune étude identifiée n'a analysé les dimensions temporelles et géographiques de la disponibilité de la PCU. L'accessibilité de la PCU en pharmacie la soumet toutefois aux contraintes classiques d'ouverture des pharmacies que le système de pharmacies de garde doit permettre de lever. Il est toutefois possible que les horaires d'ouverture des pharmacies constituent un frein à l'utilisation à la PCU en milieu rural, se croisant alors avec un enjeu d'accessibilité géographique : en effet l'accès à une pharmacie de garde nécessite souvent un déplacement et le recours à un véhicule, plus difficile pour une mineure et pouvant mettre en jeu la confidentialité de son accès à la PCU. De façon générale concernant l'accessibilité géographique de la PCU en France, il est possible que des mécanismes similaires à ceux observés à l'étranger et motivés par une recherche de confidentialité soient à l'origine des importantes différences dans les taux de délivrance de la PCU observées selon la localisation des officines pharmaceutiques. Si les CPEF peuvent constituer une alternative au recours direct en pharmacie permettant une meilleure préservation de la confidentialité de la demande de PCU, leur répartition sur le territoire et/ou leurs horaires d'ouverture ne semblent cependant pas suffisants dans certaines régions pour assurer la continuité de leur accessibilité en milieu rural. Aussi, les enjeux croisés liés à l'accessibilité de la PCU et la préservation de la confidentialité pourraient constituer un frein à l'utilisation de la PCU en milieu rural.

► Freins financiers à l'utilisation de la contraception d'urgence

Dernier facteur structurel identifié, le coût de la contraception a été décrit dans certaines études étrangères comme une barrière potentielle à l'accès, mais dans des situations où ce prix était nettement supérieur aux prix constatés en France pour la PCU au LNG. Ainsi, dans une étude réalisée auprès d'adolescents new yorkais (43), le prix de la PCU est clairement identifié comme facteur de renoncement, d'autant que l'efficacité de cette méthode est perçue comme incertaine par les individus concernés. Toutefois, le coût de la PCU dans les conditions de cette étude était de 50 \$, soit près de 40 € actuels. En France, même si le prix public d'une boîte de PCU au LNG est inférieur à 7,50 € et qu'un dispositif d'accès à titre gratuit existe pour les demandeuses mineures, les freins financiers ne doivent pas être sous-estimés, surtout en cas d'utilisation répétée et pour les femmes majeures en difficulté financière (avis du groupe de travail).

D'après une enquête sociologique réalisée en France sur le recours à la contraception d'urgence entre 2003 et 2005 auprès de 64 jeunes utilisatrices de la PCU, le prix de la PCU pourrait ne pas être neutre, en particulier auprès des plus jeunes. Les plus jeunes utilisatrices de la PCU auraient ainsi tendance à surestimer le prix de la PCU et à méconnaître les structures d'accès gratuit à leur disposition (62). Par ailleurs, une étude par client mystère²³, réalisée en France en 2007 auprès de 53 pharmacies de la ville de Nice (63), a montré un taux de refus de délivrance aux mineures de 37,7 %, lié dans 85 % des cas à une exigence de paiement. L'existence d'un dispositif d'accès à titre gratuit à la PCU pour les mineures ne saurait donc à elle seule régler la question de son coût, mais il ne semble pas que celui-ci puisse être considéré comme un frein majeur à son utilisation.

²³ Technique utilisée pour évaluer les comportements et attitudes des professionnels de santé selon laquelle des chercheurs ou d'autres personnes prétendent qu'ils sont malades ou demandeurs de soins.

Résumé des freins au recours à la contraception d'urgence

Tableau 9. Freins au recours à la contraception d'urgence

Freins à l'utilisation de la contraception d'urgence
Au niveau des usagers
Manque de perception du risque de grossesse
Manque de connaissance de la contraception d'urgence, de son délai d'utilisation et des moyens d'accès
Attitudes négatives vis-à-vis de la contraception d'urgence
Craintes du regard social et de la stigmatisation
Craintes des effets indésirables de la contraception d'urgence
Au niveau des professionnels
Manque de connaissance de la contraception d'urgence
Manque de perception de l'utilité de la contraception d'urgence
Manque d'information fournie aux femmes
Attitudes moralisatrices
Au niveau structurel
Problèmes d'accès géographique et/ou d'horaires
Législation restrictive de délivrance en milieu scolaire
Législation de délivrance gratuite limitée aux mineures filles
Coût financier

3.4 Évaluation de l'efficacité et des risques d'une fourniture et/ou prescription à l'avance de la contraception d'urgence

3.4.1 Revue systématique de la littérature des essais contrôlés randomisés et des essais contrôlés non randomisés

Une revue systématique de la littérature sur les effets à l'échelle d'une population de la prescription ou de la fourniture à l'avance de la contraception d'urgence a été réalisée.

Les études ont été considérées comme éligibles si elles satisfaisaient aux critères suivants :

- Schéma d'étude : revues systématiques, méta-analyses, ECR (individuel ou en grappe), essais contrôlés non randomisés ; publiées en anglais ou en français. Ont été exclues les études publiées seulement sous forme d'abstract présenté à une conférence si celui-ci ne comprenait pas suffisamment d'information méthodologique pour permettre une évaluation critique de l'étude.
- Population : toute femme en âge de procréer.
- Intervention : toute méthode de contraception d'urgence hormonale (régime combiné, LNG, mifépristone, UPA) fournie à l'avance (soit directement soit sous forme d'une prescription médicale).
- Comparateur : conseil pouvant inclure une discussion sur la contraception d'urgence, ou fourniture de la contraception d'urgence sur demande dans une clinique ou pharmacie.

- Mesure de résultats : grossesse, IVG, IST, fréquence d'utilisation de la PCU, rapports sexuels non protégés, utilisation de méthodes contraceptives régulières, retard dans la prise de la PCU après un rapport sexuel non protégé, et connaissances sur la PCU.

Étant donné qu'une revue Cochrane récente (Polis *et al.* 2010 (64)) avait été identifiée au cours de la phase de cadrage, la revue de littérature s'est essentiellement concentrée sur la période postérieure à cette revue Cochrane (*i.e.* après décembre 2009). La stratégie de recherche est décrite en Annexe 11.

► **Revue systématique identifiées**

Quatre revues systématiques sur les effets de la fourniture à l'avance de la PCU ont été identifiées et retenues : Raymond *et al.* 2007 (65), Polis *et al.* 2010 (64), Meyer *et al.* 2011 (66) et Rodriguez *et al.* 2012 (67). La revue de Polis *et al.* 2010 est une mise à jour d'une revue antérieure (68) qui n'a par conséquent pas été retenue. Une revue supplémentaire a été identifiée mais non retenue en raison du manque d'information sur la méthodologie utilisée (69) ; cette revue n'avait par ailleurs pas identifié d'études autres que celles incluses dans les quatre revues retenues. Les caractéristiques des quatre revues systématiques sont détaillées dans les Tableau 10, et Tableau 12. La qualité méthodologique de ces revues a été évaluée selon la grille AMSTAR (Annexe 12, Tableau 21).

Les quatre revues systématiques incluaient 13 ECR et 4 essais contrôlés non randomisés dont les caractéristiques et résultats principaux sont présentés en Annexe 13, Tableau 22.

Tableau 10. Résumé des objectifs et méthodes des revues systématiques sur les effets de la fourniture et/ou prescription à l'avance de la contraception d'urgence

Auteurs	Objectifs de la revue (tels que formulés par les auteurs)	Bases de données et date de recherche	Critères d'inclusion	Remarques
Raymond <i>et al.</i> 2007 (65).	Revue des effets d'un accès accru à la PCU sur les taux de grossesse et l'utilisation de la PCU.	MEDLINE, POPLINE, EMBASE, LILACS, août 2006	ECR, essais contrôles non randomisés, études observationnelles ou autres types d'étude permettant de comparer les effets d'interventions ou de programmes ayant différents niveaux d'accès à la PCU. Tout type de mesures de résultat.	En plus de la fourniture à l'avance, cette revue a également évalué d'autres interventions visant à améliorer l'accès à la PCU, comme par ex. l'accès en OTC.
Polis <i>et al.</i> 2010 (64)	Revue des ECR évaluant la fourniture à l'avance de la PCU.	CENTRAL, EMBASE, POPLINE, MEDLINE, novembre 2009	ECR publiés en anglais évaluant la PCU (méthode Yuzpe, LNG ou mifépristone) rapportant clairement la proportion de grossesses dans chaque bras de l'étude. Mesures de résultats principaux : taux de grossesse et d'IST ; mesures de résultats secondaires : fréquence d'utilisation de la PCU, rapports sexuels non protégés, utilisation de méthodes contraceptives régulières efficaces, utilisation du préservatif, connaissance de la PCU.	Revue Cochrane mise à jour de Polis (2007) (68).
Meyer <i>et al.</i> 2011 (66)	Revue des ECR évaluant les effets de la fourniture à l'avance de la PCU pour les femmes de ≤ 24 ans.	MEDLINE, novembre 2009	ECR chez les femmes de ≤ 24 ans ou présentant des résultats en sous-groupe pour cette population.	Cette revue a inclus un nombre de publications se rapportant à un même ECR qui étaient des analyses secondaires en sous-groupes.
Rodriguez <i>et al.</i> 2012 (67)	Revue de la sécurité et de l'efficacité des ECR évaluant la fourniture à l'avance de la PCU.	MEDLINE, EMBASE février 2012	ECR et analyses secondaires, sans restriction de langues évaluant les effets de la provision à l'avance de la PCU (régime Yuzpe, LNG et UPA).	Inclusion d'analyses secondaires en sous-groupes.

Tableau 11. Études incluses dans les revues systématiques sur la fourniture et/ou prescription à l'avance de la contraception d'urgence

Étude	Raymond <i>et al.</i> 2007 (65)*	Polis <i>et al.</i> 2010 (64)†	Meyer <i>et al.</i> 2011 (66)	Rodriguez <i>et al.</i> 2012 (67)
Essais contrôlés randomisés (ECR)				
Hazari 2000 (70)	✓	✓		✓
Ellerston <i>et al.</i> , 2001 (71)	✓			✓
Jackson <i>et al.</i> , 2003 (72)	✓	✓		✓
Gold <i>et al.</i> , 2004 (73)	✓	✓	✓	✓
Lo <i>et al.</i> , 2004 (74)	✓	✓		✓
Belzer <i>et al.</i> , 2005 (75)	✓	✓	✓	✓
Hu <i>et al.</i> , 2005 (76)	✓	✓		
Raine <i>et al.</i> , 2005 (38,48,77)	✓	✓	✓	✓
Raymond <i>et al.</i> , 2006 (78-81)	✓	✓	✓	✓
Walsh et Freziers, 2006 (82)	✓			✓
Ekstrand <i>et al.</i> , 2008 (83)		✓	✓	✓
Schwarz <i>et al.</i> , 2008 (84)		✓		✓
Schreiber <i>et al.</i> , 2010 (85)		✓		✓
Essais contrôlés non randomisés (ECNR)				
Glazier et Baird, 1998 (86)†	✓			✓
Skibiak <i>et al.</i> , 1999 (87)	✓			
Raine <i>et al.</i> , 2000 (88)	✓			
Lovvorn <i>et al.</i> , 2000 (89)	✓			
Pour la description des essais, voir Annexe 13. * L'objectif de la revue de Raymond étant plus large que l'évaluation des effets de la fourniture à l'avance de la PCU, cette revue incluait d'autres types d'études qui n'ont pas été reprises dans le tableau. † L'essai contrôlé de Glazier 1998 (86) a été considéré comme étant un ECR dans la revue de Rodriguez <i>et al.</i> 2012 (67).				

Les revues systématiques identifiées étaient hétérogènes dans leur conception. La revue de Raymond *et al.* 2007 (65) a inclus tout type d'études. La revue de Polis *et al.* 2010 (64) a porté sur les ECR uniquement et a inclus une méta-analyse. La revue de Meyer *et al.* (66) a porté sur les ECR dans des populations de femmes de moins de 25 ans. La revue de Rodriguez *et al.* (67) a porté sur les ECR uniquement et a inclus une méta-analyse.

Les revues systématiques, incluant uniquement des ECR la plus à jour et présentant la meilleure qualité méthodologique, est la revue Cochrane de Polis *et al.* 2010. Les revues systématiques de Raymond 2007 *et al.* en ce qui concerne les ECR, de Meyer 2011 et de Rodriguez 2012 n'apportent pas d'information additionnelle, et ne sont dès lors décrites que brièvement.

Tableau 12. Principales conclusions des revues systématiques sur les effets de la fourniture et/ou prescription à l'avance de la contraception d'urgence

Auteurs	Nombre d'études incluses	Méthodes de synthèse des résultats	Principales conclusions (telles que rapportées par les auteurs)
Raymond <i>et al.</i> 2007 (65)	10 ECR, Yuzpe : 4 ; LNG : 5 ; mifépristone : 1 4 ECNR, LNG : 4 3 autres types d'études , LNG : 3 Yuzpe : 2	Narrative	La fourniture à l'avance de la PCU augmente son utilisation. Elle diminue le délai d'utilisation après un rapport non protégé. Cette amélioration d'utilisation de la PCU n'est pas suivie d'une diminution du taux de grossesses non désirées ou d'IVG.
Polis <i>et al.</i> 2010 (64)	11 ECR, Yuzpe : 3 ; LNG : 8 ; mifépristone : 1	Narrative et méta-analyse ; évaluation de la qualité des études	Les interventions varient selon les études. Les groupes contrôles varient également de manière importante selon les études. Certaines des études sont de mauvaise qualité méthodologique.
Meyer <i>et al.</i> 2011 (66)	5 ECR, Yuzpe : 1 ; LNG : 5 Parmi les 7 études listées dans la revue, 3 publications sont des analyses secondaires d'un même ECR.	Narrative	La fourniture à l'avance de la PCU ne modifie pas l'utilisation d'autres méthodes contraceptive ni les comportements sexuels. Les effets de la fourniture à l'avance de la PCU décrits ci-dessus (absence d'effet significatifs sur les grossesses, sur l'utilisation d'autres méthodes contraceptives et sur les comportements sexuels à risque ; amélioration de l'utilisation de la PCU) se retrouvent également chez les femmes < 25 ans.
Rodriguez <i>et al.</i> 2012 (67)	13 ECR (Yuzpe : 3 ; LNG : 10) 4 études secondaires de certains des ECR identifiés.	Narrative et méta-analyse ; Évaluation de la qualité des études	

Une des études a utilisé initialement la méthode Yuzpe puis le LNG.

Revue systématique de Raymond *et al.* 2007 (65)

L'objectif de cette revue était de synthétiser les résultats des études visant à évaluer les effets d'un accès élargi à la PCU sur les taux de grossesse et l'utilisation de la PCU. Elle a inclus 10 ECR (48,70-76,78,82) et quatre essais contrôlés non randomisés (86-89) dont les caractéristiques figurent en Annexe 10.

Les ECR inclus dans cette étude ont tous également été inclus dans la revue de Polis *et al.* 2010 décrite en détail ci-après, à l'exception de deux études : l'étude de Walsh et Freziers 2006 (82) qui avait initialement randomisé 9 000 femmes, mais n'en a suivi que 12 % et avait été exclue de la revue de Polis *et al.* 2010, en raison de sa mauvaise qualité méthodologique et l'étude de Ellerston *et al.* 2001 (71) qui n'avait pas évalué les taux de grossesses et qui n'apporte par ailleurs pas d'information additionnelle.

Les quatre essais contrôlés non randomisés inclus dans la revue ont inclus un total de 2457 femmes au Royaume-Uni, Kenya, États-Unis et Ghana. Les résultats de ces études vont dans le même sens que ceux des ECR (voir Polis *et al.* 2010 ci-dessous), mais doivent être considérés avec prudence en raison du risque de biais de sélection inhérent aux essais non randomisés. Ils

indiquent que la fourniture à l'avance de la PCU augmente son utilisation et diminue les délais d'utilisation, sans augmenter le risque de rapports non protégés. L'étude au Royaume-Uni, en Ecosse, est un essai contrôlé quasi-randomisé, l'allocation du traitement ayant été déterminé en fonction du jour de naissance pair ou impair (65). C'est le seul parmi ces quatre essais qui a mesuré les grossesses, ainsi que les IVG ; il n'a pas montré d'effet de la fourniture à l'avance de la PCU ni sur les grossesses ni sur les IVG.

Revue systématique de Polis *et al.* 2010 (64)

L'objectif de cette revue était de synthétiser les résultats des ECR évaluant les effets de la fourniture à l'avance de la PCU sur les taux de grossesse, les IST et les comportements en matière de contraception, et de combiner les résultats de ces ECR par méta-analyse. Cette revue a inclus 11 ECR (48,70,72-76,78,83-85). Au total, 7 695 participants ont été inclus dans quatre pays : États-Unis, Chine, Inde, Suède.

Ces études étaient hétérogènes en termes de participants, intervention et comparateur. Les caractéristiques des études incluses figurent en Annexe 13.

Caractéristiques des études incluses

Six études étaient axées spécifiquement sur des populations jeunes (< 25 ans), dont deux portaient sur des mères adolescentes. Deux études ont inclus principalement des femmes en période de post-partum. Les sites de recrutement comprenaient des cliniques de planning familial, d'autres types de cliniques, des hôpitaux et un programme de santé pour adolescentes. Les critères d'exclusion variaient considérablement entre les études. Les études ayant les critères les plus restrictifs ont exclu les femmes utilisant ou envisageant d'utiliser toute méthode hormonale ou un DIU alors que dans d'autres études les critères d'exclusion étaient minimaux, n'excluant que les femmes souhaitant être enceintes.

L'intervention différait selon les études. Le nombre de traitements fournis à l'avance variait de un à trois. La plupart des études ont utilisé le LNG (2 comprimés à 0,75 mg), mais les études les plus anciennes ont utilisé la méthode Yuzpe et une étude, conduite en Chine, a utilisé 10 mg de mifépristone.

Concernant le comparateur, les groupes contrôles différaient également considérablement selon les études. Trois études n'ont pas nécessairement fourni aux groupes contrôles d'information sur la contraception d'urgence. Trois études ont prévu une information sur la PCU, mais n'en ont pas facilité l'accès par ailleurs. Dans six études, les participants du groupe contrôle ont pu obtenir la contraception d'urgence sur demande à la clinique. Une étude a fourni au groupe contrôle un traitement de PCU. Deux études ont indiqué offrir des préservatifs à tous les participants, tandis qu'une autre étude n'a fourni des préservatifs qu'au groupe d'intervention.

Il est utile de détailler l'ECR de Raine *et al.* 2005 (48) (voir description dans l'Annexe 13), car même si l'intervention était la fourniture et non la prescription à l'avance, un des deux groupes contrôles avait accès à la PCU sans prescription en pharmacie, c'est-à-dire une situation similaire à celle prévalent en France actuellement. Cette étude avait initialement inclus trois groupes : le groupe d'intervention (fourniture à l'avance de la PCU) et deux groupes contrôles : un groupe ayant un accès à la PCU en pharmacie sans prescription et gratuitement et l'autre groupe contrôle ayant accès à la PCU à la demande à la clinique, certaines femmes, selon leur revenu devant la payer. En cours d'étude, la législation a changé en faveur d'un accès sans prescription, ce qui a conduit à éliminer le 2^e groupe contrôle à partir de cette date.

La qualité des études variait également de manière importante. Deux études (48,78) avaient la puissance nécessaire pour mettre en évidence des changements dans les taux de grossesses. Une troisième étude, (76) a fourni des calculs de taille d'échantillon permettant de détecter une diminution des taux de grossesse, mais la puissance de cette étude s'est finalement révélée insuffisante en raison de taux de grossesse dans la population d'étude plus faibles que ceux anticipés au départ. La plupart des études avaient des méthodes adéquates de randomisation et d'assignation secrète de la séquence d'allocation. En revanche, le taux de perdus de vue différait

fortement selon les études, étant supérieur à 20 % pour six études et pouvant même aller jusqu'à 40 %.

Résultats

Les résultats de la revue systématique indiquent que, en comparaison avec l'accès habituel à la PCU, la fourniture à l'avance de la PCU ne réduit pas le taux de grossesses non prévues. Aucune des études n'a mis en évidence de différence significative dans les taux de grossesse entre les groupes ayant reçu la PCU à l'avance et les groupes contrôle, y compris les deux seules études qui avaient une puissance suffisante pour détecter une telle différence (48,78). La méta-analyse combinant les 11 études ne montre pas non plus d'effet significatif sur le taux de grossesses.

Les femmes ayant reçu la contraception d'urgence à l'avance étaient significativement plus susceptibles de l'utiliser et de l'utiliser dans des délais plus courts.

La fourniture à l'avance de la PCU n'a pas d'effet ni sur l'incidence des IST, ni sur les rapports sexuels non protégés. Aucune des études ayant mesuré les IST n'a mis en évidence de différence significative dans l'incidence des IST entre les groupes ayant reçu la PCU à l'avance et les groupes contrôles. Aucune des études ayant comparé la fréquence des rapports sexuels non protégés n'a montré de différence entre les groupes. La fourniture à l'avance de la contraception d'urgence n'a pas d'effet sur l'utilisation des autres méthodes contraceptives, y compris le préservatif.

Conclusions

Les auteurs concluent que la fourniture à l'avance n'a pas diminué les taux de grossesses comparé au mécanisme d'accès habituel. Les résultats des analyses primaires suggèrent que la fourniture à l'avance n'a pas d'impact négatif sur les comportements sexuels et en matière de contraception.

Les auteurs indiquent que des analyses secondaires de l'ECR de Raymond *et al.* 2006 suggèrent que la fourniture à l'avance de la PCU peut avoir entraîné une augmentation des rapports sexuels non protégés (79), et avoir incité des femmes à substituer d'autres méthodes contraceptives par la PCU (80). Ils alertent sur le fait que ces analyses secondaires, qui sont des réanalyses de données pour répondre à de nouvelles questions doivent cependant être considérées avec prudence : elles ne font que générer des hypothèses, mais n'apportent pas un niveau de preuve suffisant pour répondre à une question donnée et elles ne remettent pas en cause les résultats de la méta-analyse de Polis *et al.* 2010 (64).

Ils concluent en disant que les femmes devraient avoir un accès facile à la contraception d'urgence, car celle-ci peut diminuer le risque de grossesse. Cependant les interventions évaluées n'ont pas réduit les taux de grossesse dans les populations étudiées.

Revue systématique de Meyer *et al.* 2011 (66)

L'objectif de cette revue était de synthétiser les résultats des ECR visant à évaluer les effets de la fourniture à l'avance de la PCU chez les femmes de moins de 25 ans.

Cette revue n'a pas identifié d'autres d'ECR que ceux inclus dans la revue de Polis *et al.* 2010. Elle a en revanche comptabilisé comme ECR des publications qui étaient en réalité des analyses secondaires en sous-groupes de certains ECR. Or, la randomisation s'applique à l'échantillon initial et non à des sous-groupes définis *a posteriori*. La qualité méthodologique de cette revue est donc discutable, car les analyses en sous-groupes n'apportent pas le même niveau de preuve qu'un ECR.

Revue systématique de Rodriguez *et al.* 2012 (67)

L'objectif de cette revue était de synthétiser les résultats des ECR évaluant l'efficacité et les risques de la fourniture à l'avance de la PCU et de combiner les résultats de ces ECR par méta-analyse. La revue a également inclus une synthèse des analyses secondaires en sous-groupes émanant de certains des ECR. Au total, treize ECR (48,70,70-75,78,82-86) et quatre analyses secondaires en sous-groupes (77,79-81) ont été inclus. Au total, 11 683 participants ont été inclus dans cinq pays : États-Unis, Chine, Inde, Suède et Royaume-Uni. Les synthèses sont présentées séparément pour les adultes et pour les adolescentes.

Comparé à la revue de Polis *et al.* 2010 (64) décrite en détail plus haut, cette revue a inclus deux ECR supplémentaires (82,86) qui n'avaient pas été retenus par Polis, car l'un comportait un risque de biais important en raison du fait que seul 12 % de l'échantillon initial avait été suivi (82) et l'autre car il n'avait pas été considéré comme un ECR en raison de la méthode d'allocation du traitement (par jour de naissance pair ou impair et non par randomisation à proprement parler) (86). À l'inverse, un essai (76) inclus dans la revue de Polis *et al.* 2010 n'a pas été inclus dans la revue de Rodriguez *et al.* car le produit utilisé dans cet essai, la mifépristone, n'est pas utilisé comme PCU dans les pays occidentaux.

Parmi les femmes adultes, les femmes ayant reçu une PCU à l'avance étaient plus susceptibles de l'utiliser et de l'utiliser rapidement après un rapport sexuel non protégé. Les études ne montrent pas d'effet de cette intervention sur l'incidence des rapports sexuels non protégés, une utilisation fréquente de la PCU, les IST ou des changements dans l'utilisation des contraceptifs réguliers. Les résultats sont similaires chez les adolescentes. Une analyse secondaire d'un essai chez des adolescentes en post-partum suggère cependant que la fourniture à l'avance pourrait affecter l'utilisation de la contraception régulière.

Aucune étude n'a montré que la fourniture à l'avance de la PCU diminue la probabilité d'une grossesse non désirée. Une méta-analyse combinant quatre essais (72,74,78,85) ne montre pas non plus d'effet significatif sur l'incidence des grossesses à un an de suivi (OR=0,9, CI 95 % 0,69 – 1,18).

► Essais additionnels identifiés par la recherche documentaire

Aucun essai additionnel n'a été identifié par la recherche documentaire.

Il est cependant utile de mentionner un ECR Petersen *et al.* 2010 (90) identifié mais exclu de la revue de Polis *et al.* 2010, car il n'évaluait pas les grossesses. Dans cette étude menée aux États-Unis auprès de 737 femmes, l'intervention avait consisté à proposer une prescription pour la PCU à l'avance (voir détails en Annexe 13, Tableau 22). Les résultats de cette étude montrent que cette intervention n'a pas eu d'effet sur l'utilisation de la PCU.

3.4.2 Revue des projets pilotes et études observationnelles

Un projet pilote et cinq études observationnelles ayant pour objectif d'évaluer les effets d'un élargissement d'accès à la PCU sur les comportements sexuels à risque d'IST et les comportements en matière de contraception ont été identifiés. Les objectifs, méthodologies et résultats de ces études sont détaillés dans le Tableau 23 en Annexe 14.

Le projet pilote, conduit au Royaume-Uni (52), visait à démontrer la faisabilité d'une fourniture à l'avance de la contraception d'urgence à une époque où le LNG n'était pas encore disponible sans prescription. Il avait également pour objectif d'évaluer l'effet de l'intervention sur le taux d'IVG. Il n'a pas mis en évidence de différence dans les taux d'IVG avant et après l'intervention pilote.

Les études observationnelles ont été menées au Royaume-Uni (91), en France (31,92) et en Suisse (93). Ces études observationnelles visaient à évaluer l'impact du changement de législation rendant le LNG accessible sans prescription. Si ces études ont montré que ce changement de législation a été suivi d'une augmentation très importante du recours à la PCU, aucune d'entre elles n'a mis en évidence d'effet de l'élargissement de l'accès à la PCU sur les

comportements sexuels à risque en matière d'IST ou sur l'utilisation de la contraception régulière. Ces études n'ont pas non plus mis en évidence de diminution du taux d'IVG.

Concernant les deux études françaises, l'une a évalué, à partir des vagues 2000 et 2005 du Baromètre Santé, l'évolution des comportements sexuels, de l'utilisation de la contraception et du recours à l'IVG (31). La proportion de femmes n'ayant jamais eu de rapport sexuel n'a pas augmenté, et l'âge au 1^{er} rapport sexuel est resté stable entre 2000 et 2005. Parmi les femmes à risque de grossesses non prévues, l'utilisation de méthodes contraceptives n'a pas diminué. L'utilisation de la PCU a augmenté sensiblement, en particulier dans les groupes d'âge les plus jeunes.

L'autre étude française (92), réalisée à partir de l'enquête Cocon a analysé, chez les femmes ayant eu recours à la PCU dans la période 2000-2004, les changements de comportement en matière de contraception 6 mois après l'utilisation de la PCU. La plupart des femmes (71,3 %) n'ont pas changé de méthode contraceptive. Parmi les 28,7 % qui ont changé de méthode, la majorité (20,3 % du total) est passée d'une méthode moins efficace à une méthode très efficace. Seules 8,4 % sont passées d'une méthode très efficace à une méthode moins efficace.

Il faut noter qu'une étude écologique conduite au Royaume-Uni (94), comparant les changements des taux d'IST dans les régions ayant un accès sans prescription à ceux des régions nécessitant encore une prescription, concluait que la légalisation de la vente sans prescription de la PCU augmentait le taux d'IST chez les adolescentes. Cette étude n'a cependant pas été retenue dans cette revue en raison de sérieux biais méthodologiques (biais de sélection, implémentation différente de l'intervention selon les pharmacies, mesure du taux d'IST non fiable) (95).

3.4.3 Discussion et conclusion

Quatre revues systématiques de la littérature dont deux incluant une méta-analyse ont étudié l'efficacité et les risques de la fourniture à l'avance de la PCU. Ces revues incluaient 14 essais contrôlés randomisés (ECR) et quatre essais contrôlés non randomisés.

Les essais disponibles ont tous évalué les effets de la fourniture à l'avance de la PCU, sauf un qui a évalué l'effet de la prescription seule (sans fourniture) à l'avance de la PCU. La majorité de ces essais ont été conduits aux États-Unis ; aucun n'a été réalisé en France.

Les essais disponibles et les méta-analyses d'ECR n'ont pas démontré que la fourniture à l'avance de la PCU réduisait les grossesses non prévues à l'échelle d'une population. En revanche, les femmes ayant reçu la PCU à l'avance étaient significativement plus susceptibles de l'utiliser et de l'utiliser dans des délais plus courts.

Aucun effet négatif n'a été démontré sur les IST, les rapports sexuels non protégés ou sur l'utilisation de la contraception régulière.

La majorité des essais a été réalisé à une époque où la contraception d'urgence n'était pas en vente en pharmacie sans prescription. Une fois que le LNG est devenu un médicament non soumis à prescription, une série d'études observationnelles a été menée. Ces études ont principalement évalué les tendances et les déterminants de l'utilisation de la contraception d'urgence.

Deux études observationnelles françaises (31,92) suggèrent que l'élimination de la nécessité de prescription pour la dispensation du LNG n'a pas entraîné d'effets négatifs sur l'utilisation de la contraception régulière.

L'absence d'effet de la fourniture à l'avance de la PCU sur les grossesses non prévues va à l'encontre de projections favorables qui avaient été faites antérieurement et portaient sur l'impact potentiel en santé d'un élargissement de l'accès à la PCU (96). On peut se demander pourquoi cette stratégie n'a pas eu les effets escomptés, puisque l'efficacité clinique de la PCU a été démontrée et que sa fourniture à l'avance augmente son utilisation et raccourcit les délais d'utilisation. Certaines femmes auraient pu ne pas évaluer correctement leur risque de grossesse

et dès lors ne pas utiliser la PCU même si elles l'avaient à disposition. Plusieurs études suggèrent que nombre de femmes ne perçoivent pas leur risque de grossesse et que par ailleurs les effets secondaires de la PCU sont une raison pour ne pas l'utiliser (32,33,36,38) (voir 3.3). Une analyse secondaire de l'ECR de Raymond *et al.* 2006 (78) suggère d'ailleurs que ce sont les femmes le moins à risque de grossesses qui sont les plus susceptibles d'utiliser la PCU à plusieurs reprises (81).

Points clés

- Quatre revues systématiques de la littérature dont deux incluant une méta-analyse ont étudié l'efficacité et les risques de la fourniture à l'avance de la PCU. Ces revues incluaient 14 essais contrôlés randomisés (ECR) et quatre essais contrôlés non randomisés.
- Les essais disponibles ont tous évalué les effets de la fourniture à l'avance de la PCU, sauf un qui a évalué l'effet de la prescription seule (sans fourniture) à l'avance de la PCU. La majorité de ces essais a été conduite aux États-Unis ; aucun n'a été réalisé en France.
- Les essais disponibles et les méta-analyses d'ECR n'ont pas démontré que la fourniture à l'avance de la PCU réduisait les grossesses non prévues à l'échelle d'une population. En revanche, les femmes ayant reçu la PCU à l'avance étaient significativement plus susceptibles de l'utiliser et de l'utiliser dans des délais plus courts.
- Aucun effet négatif n'a été démontré sur les IST, les rapports sexuels non protégés ou sur l'utilisation de la contraception régulière.
- La majorité des essais a été réalisée à une époque où la contraception d'urgence n'était pas en vente en pharmacie sans prescription. Une fois que la contraception d'urgence n'a plus été soumise à prescription, plusieurs d'études observationnelles ont évalué l'impact du changement de législation. Aucune de ces études observationnelles dont deux études françaises n'a mis en évidence d'effet de l'élargissement de l'accès à la PCU sur l'utilisation de la contraception régulière.
- L'absence d'efficacité de la fourniture à l'avance de la PCU sur les grossesses non prévues va à l'encontre de projections favorables faites précédemment. Pourquoi cette stratégie n'a pas eu les effets escomptés, alors que la PCU a prouvé son efficacité clinique et que sa fourniture à l'avance augmente son utilisation et raccourcit les délais d'utilisation, reste une question ouverte. Plusieurs raisons sont à considérer. Premièrement, un certain nombre de femmes peuvent ne pas évaluer correctement leur risque de grossesse et dès lors ne pas utiliser la PCU, même si elles l'ont à disposition. Par ailleurs, il est possible que ce soient les femmes le moins à risque de grossesses qui soient les plus susceptibles de l'utiliser.

3.5 Recommandations existantes sur la prescription et/ou la fourniture à l'avance de la contraception d'urgence

En France, l'ANAES, dans ses recommandations sur les stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme de 2004 (21), indiquait que si les études disponibles à l'époque permettaient de conclure à l'intérêt d'informer et de prescrire à l'avance une contraception d'urgence, elles ne permettaient pas d'écarter un risque d'utilisation moins efficace des méthodes contraceptives conventionnelles. L'ANAES concluait que la prescription à l'avance de la PCU ne pouvait dès lors être effectuée qu'au cas par cas.

Une recherche documentaire se limitant aux recommandations en anglais et en français, ayant abordé la contraception d'urgence a permis d'identifier 14 recommandations pour la pratique clinique (Tableau 13). La plupart de ces recommandations concernaient la contraception d'urgence en général, sans se limiter à la prescription à l'avance.

Parmi les quatorze recommandations retenues, trois recommandent une prescription ou une fourniture à l'avance systématique en routine de la PCU : la Société française de gynécologie (97), l'OMS qui ciblent les pays où l'accès à la PCU est difficile (98) et une société savante américaine (99) qui mentionne plus spécifiquement les femmes vivant loin d'une pharmacie, dans un pays où la PCU n'est pas accessible sans prescription aux jeunes filles de moins de 17 ans. Sept recommandations dont celle de l'ANAES 2004 préconisent d'envisager une prescription à l'avance au cas par cas ou dans certaines situations particulières (21,100-103). Les situations citées sont les suivantes : les femmes utilisant des méthodes barrières (101), les femmes vivant avec le VIH (100), femmes voyageant à l'étranger (101), les femmes vivant en milieu rural où l'accès à une pharmacie est difficile (99), les adolescentes (104) et plus généralement les femmes ayant des difficultés d'accès à la contraception d'urgence pour quelle que raison que ce soit (102).

Trois recommandations, toutes britanniques (101,103,105), ne recommandent pas la prescription ou la fourniture à l'avance systématique en routine, et ce de manière explicite pour la raison qu'il n'y a pas de preuve de l'efficacité d'une telle mesure. Enfin, trois recommandations récentes au Canada (17,106) et aux États-Unis (107) insistent sur la nécessité d'une information et d'un conseil systématiques sur la contraception d'urgence, sans toutefois aborder la question d'une prescription à l'avance.

Tableau 13. Recommandations existantes en français ou en anglais sur la prescription et/ou la fourniture à l'avance de la contraception d'urgence (classées par pays en ordre chronologique décroissant).

Titre de la recommandation	Émise par	Recommandation spécifique fourniture ou la prescription à l'avance de la contraception d'urgence (telle que rapportée dans le document)	Prescription (P) ou fourniture (F) à l'avance recommandée ?
France			
Prescription de la contraception d'urgence : les conseils de la société française de gynécologie	Société française de gynécologie, 2011 (97)	Lors de la prescription d'une contraception classique, il est recommandé d'informer systématiquement les femmes sur la possibilité de rattrapage et de lui remettre en même temps une prescription de contraception d'urgence.	P recommandée en routine
Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), 2004 (21)	Dès la prescription ou la délivrance d'une méthode contraceptive, l'adolescente doit être informée préventivement des différentes possibilités de rattrapage en cas de rapport non protégé (contraception d'urgence), de leur efficacité et de leurs conditions d'accès. La prescription ou la dispensation anticipée sont à envisager au cas par cas.	P à envisager au cas par cas
Royaume-Uni			
<i>Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare Clinical Guidance. Emergency contraception</i>	<i>Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare, 2012 (101)</i>	Il n'y a pas de données en faveur d'une fourniture à l'avance en routine. La fourniture à l'avance peut être considérée dans des cas individuels (e.g. femmes qui utilisent des méthodes barrières ou qui voyagent à l'étranger). La fourniture à l'avance doit être accompagnée d'un conseil sur la contraception de routine et sur l'utilisation du préservatif pour la prévention des IST.	F à envisager au cas par cas mais pas en routine

Titre de la recommandation	Émise par	Recommandation spécifique fourniture ou la prescription à l'avance de la contraception d'urgence (telle que rapportée dans le document)	Prescription (P) ou fourniture (F) à l'avance recommandée ?
<i>Barrier Methods for Contraception and STI Prevention</i>	<i>Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare, 2012 (103)</i>	Les professionnels de la santé devraient informer les femmes de la disponibilité de la PCU et de quand l'utiliser. Une fourniture à l'avance peut être envisagée, mais il n'existe aucune preuve pour justifier une fourniture à l'avance en routine.	F à envisager mais pas en routine
<i>2007 UK guidelines for the management of sexual and reproductive health (SRH) of people living with HIV infection</i>	<i>British HIV Association (BHIVA), British Association for Sexual Health & HIV (BASHH), Faculty of Family Planning & Reproductive Health Care, 2007 (100)</i>	La fourniture à l'avance de la contraception d'urgence devrait être envisagée.	F à envisager
<i>Practice guidance on the supply of emergency e contraception as a pharmacy medicine</i>	<i>Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, 2004 (105)</i>	La fourniture à l'avance de la PCU en pharmacie n'est pas recommandée. Les clients qui demandent une fourniture à l'avance doivent être informés que certains médecins et des services de planification familiale peuvent prescrire la PCU à l'avance. Les pharmaciens doivent s'assurer qu'ils savent où ces services peuvent être obtenu afin de donner cette information aux clients.	F non recommandée
Canada			
<i>Emergency contraception : Position statement</i>	Société canadienne de pédiatrie, 2010 (17)	Les adolescentes doivent être informées que la PCU ne contenant que du LNG est disponible en vente libre auprès d'un pharmacien.	–
Directive clinique de la SOGC : Contraception d'urgence	Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2012 (106)	Au moment de l'examen de santé périodique ou dans le cadre de consultations portant sur des questions de santé génésique, toute femme en âge de procréer n'ayant pas été stérilisée pourrait bénéficier, de façon anticipée, de services de <i>counselling</i> au sujet de la contraception d'urgence et se voir remettre des renseignements détaillés sur la façon et le moment de l'utiliser.	–
États-Unis			
<i>Emergency Contraceptive Pills. A Practitioner's Guide</i>	<i>Physicians for Reproductive Choice and Health, 2010 (99)</i>	La prescription à l'avance de la contraception d'urgence est recommandée pour les femmes lors de leur visite de routine chez le gynécologue ou le médecin généraliste, en particulier pour les femmes vivant en milieu rural en raison des longues distances à parcourir pour accéder à une pharmacie.	P recommandée, en particulier pour les femmes vivant en milieu rural ou loin d'une pharmacie
<i>ACOG Practice Bulletin No. 112 : Emergency contraception</i>	<i>American College of Obstetricians and Gynecologists, 2010 (107)</i>	Pour maximiser l'efficacité, les femmes devraient être informées de la disponibilité de la contraception d'urgence.	–
<i>Emergency contraception *</i>	<i>American Academy of Pediatrics, 2005 (104)</i>	L'éducation et le <i>counselling</i> sur la contraception d'urgence devrait faire partie de la visite préventive annuelle pour toutes les adolescentes et jeunes femmes adultes. La prescription à l'avance de la contraception d'urgence doit être considérée.	P doit être considérée

Titre de la recommandation	Émise par	Recommandation spécifique fourniture ou la prescription à l'avance de la contraception d'urgence (telle que rapportée dans le document)	Prescription (P) ou fourniture (F) à l'avance recommandée ?
<i>Provision of emergency contraception to adolescents</i> *	<i>Society for Adolescent Medicine, 2004 (108)</i>	Jusqu'à ce que la FDA autorise la vente de la CU en pharmacie sans prescription, la prescription à l'avance ou la fourniture à l'avance d'un traitement de CU est recommandée pour toutes les adolescentes.	P ou F recommandée
International			
<i>Emergency Contraceptive Pills : Medical and Service Delivery Guidelines</i>	<i>International Consortium for Emergency Contraception, International Federation of Gynecology & Obstetrics (FIGO) 2012 (102)</i>	Si les femmes rencontrent des difficultés à obtenir la PCU car une prescription est nécessaire ou pour toute autre raison, différentes stratégies, y compris une prescription à l'avance, peuvent être utilisées.	P à envisager dans les cas où l'accès à la PCU est difficile
Planification familiale. Un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier	Organisation mondiale de la santé, 2007 (98)	La fourniture à l'avance de la PCU est recommandée pour les jeunes femmes afin qu'elles puissent l'utiliser en cas de besoin.	F recommandée pour les jeunes femmes
* Ces recommandations datent d'avant le changement de législation aux États-Unis autorisant l'accès à la PCU (LNG) sans prescription pour les 18 ans et plus en 2006 ; en 2009 la limite d'âge est passée à 17 ans. Autrement dit, la PCU n'était pas accessible sans prescription médicale jusqu'en 2006 aux jeunes filles de moins de 18 ans, et n'est actuellement toujours pas accessible aux moins de 17 ans.			

Points clés

- Parmi les 14 recommandations de pratique clinique en langue française ou anglaise traitant de la contraception d'urgence identifiées, trois recommandent une prescription ou une fourniture à l'avance systématique en routine de la PCU : la Société française de gynécologie, l'OMS qui ciblent les pays où l'accès à la PCU est difficile et une société savante américaine qui mentionne par ailleurs spécifiquement les femmes ayant des difficultés d'accès à une pharmacie.
- Sans la recommander formellement, sept recommandations préconisent d'envisager une prescription à l'avance au cas par cas ou dans certaines situations particulières. Les situations citées sont les suivantes : les femmes utilisant des méthodes barrières, les adolescentes, les femmes vivant avec le VIH, les femmes voyageant à l'étranger, les femmes vivant en milieu rural où l'accès à une pharmacie est difficile, et plus généralement les femmes ayant des difficultés d'accès à la contraception d'urgence pour quelle que raison que ce soit.
- Trois recommandations, toutes britanniques, ne recommandent pas la prescription ou la fourniture à l'avance systématique en routine, et ce de manière explicite pour la raison qu'il n'y a pas de preuve de l'efficacité d'une telle mesure.

- Trois recommandations récentes au Canada et aux États-Unis insistent sur la nécessité d'une information et d'un conseil systématiques sur la contraception d'urgence, sans toutefois aborder la question d'une prescription à l'avance.

3.6 Questions d'évaluation

3.6.1 Quelle efficacité à l'échelle populationnelle de la prescription à l'avance systématique de la PCU dans les conditions d'accès actuelles à la PCU en France ?

Aucune étude n'a évalué l'efficacité (et les risques) d'une prescription à l'avance de la PCU dans des conditions d'accès similaires à celles prévalant en France actuellement, c'est-à-dire où la PCU est disponible sans prescription. Les études disponibles sont essentiellement des ECR qui ont évalué l'effet sur les grossesses non prévues et sur l'utilisation de la PCU d'une fourniture à l'avance. Si les interventions étudiées ont augmenté et amélioré l'utilisation de la PCU, elles n'ont pas eu d'impact sur les grossesses non prévues. Un seul ECR a étudié l'effet d'une prescription à l'avance de la PCU, mais les critères de jugement étaient limités à l'utilisation de la PCU et n'ont pas inclus les grossesses ; aucun effet n'a été détecté sur l'utilisation de la PCU.

Si les études disponibles ne sont pas directement transposables au contexte français actuel, on peut néanmoins apporter des éléments de réponse à la question posée en raisonnant par analogie à partir des résultats des études disponibles. Il convient de considérer les différences entre les études et la situation française actuelle en termes de populations, d'interventions et de conditions d'accès à la PCU, et d'évaluer dans quelle direction et dans quelle mesure ces différences pourraient influencer les résultats observés dans les études.

► Population

La plupart des ECR ont été conduits aux États-Unis ; les autres ont été réalisés en Chine, en Inde et en Suède, et un essai quasi-randomisé a été conduit en Écosse (voir Tableau 22 en Annexe 13). Les populations incluses dans ces ECR étaient par conséquent différentes de la population française. Il est cependant difficile d'évaluer de quelle manière le facteur « population » pourrait influencer la transposabilité des résultats à la situation française.

► Intervention

Les interventions des ECR consistaient en la fourniture de PCU. La plupart des ECR fournissaient un traitement, mais certains en fournissaient deux ou trois et certains offraient la possibilité d'en obtenir plus pendant la durée de l'étude (voir description dans l'Annexe 13). Ces interventions sont donc nettement plus « intenses » qu'une prescription à l'avance dans le cadre d'une visite chez un professionnel de santé. On peut dès lors supposer que les effets (efficacité et effets négatifs potentiels) d'une prescription à l'avance de la PCU seraient moins importants que ceux observés dans les ECR disponibles.

► Conditions d'accès à la PCU

La situation actuelle d'accès à la PCU en France est sensiblement différente de celle des groupes contrôles des ECR, qui pour la plupart ont été conduits à une époque où le LNG n'était pas disponible sans prescription médicale. En France, la PCU au LNG est disponible sans prescription et est gratuite pour les mineures ; par ailleurs, son prix est sensiblement plus faible qu'aux États-Unis où le plus grand nombre d'ECR ont été conduits. L'effet de l'intervention pourrait dès lors être minoré du fait de la meilleure accessibilité à la PCU en France.

► En conclusion

Au regard des résultats des études disponibles et de la mise en perspective de ces études par rapport aux conditions actuelles d'accès à la PCU en France, il est possible qu'une prescription à l'avance systématique augmente le recours à la PCU et diminue son délai d'utilisation, mais ces effets pourraient être moins importants que ceux observés dans les études. En revanche, l'efficacité d'une prescription à l'avance de la PCU systématique sur le taux de grossesses non prévues à l'échelle populationnelle n'est pas démontrée.

► Position du groupe de travail

Certains membres du groupe de travail considèrent que l'on ne peut pas conclure à une absence d'efficacité de la fourniture à l'avance de la contraception d'urgence à l'échelle populationnelle puisque cette stratégie en augmente l'utilisation, mais que cette dernière reste cependant trop faible pour avoir un effet visible sur les grossesses non prévues.

3.6.2 Quels risques de la prescription à l'avance systématique de la PCU sur les IST, les rapports sexuels non protégés et la contraception régulière dans les conditions d'accès actuelles la PCU en France ?

Les résultats des ECR n'ont pas mis en évidence d'effet négatif de la fourniture à l'avance de la PCU sur les IST, les rapports sexuels non protégés ou sur l'utilisation de la contraception régulière.

Comme discuté précédemment pour l'efficacité (3.6.1), on peut se demander dans quelle mesure ces résultats sont transposables au contexte français actuel. Ici encore, on peut supposer que la différence d'intensité de l'intervention (prescription vs fourniture à l'avance) et la différence importante d'accès à la PCU qui prévaut actuellement en France par rapport aux groupes contrôles des ECR tendraient à minorer de potentiels effets négatifs d'une prescription à l'avance de la PCU.

Par ailleurs, deux études observationnelles françaises indiquent que l'élimination de la nécessité de prescription pour la dispensation du LNG n'a pas entraîné d'effets négatifs sur l'utilisation de la contraception régulière.

► En conclusion

Au regard des résultats des études disponibles et de la mise en perspective de ces études par rapport aux conditions actuelles d'accès à la PCU en France, une prescription à l'avance systématique de la PCU n'entraînera vraisemblablement pas d'augmentation des rapports sexuels non protégés ou des IST ou une réduction de l'utilisation de la contraception régulière.

3.6.1 Quels freins à l'utilisation de la contraception d'urgence ?

Les freins à l'utilisation de la contraception d'urgence ont été étudiés en détail en 3.3. Les freins ont été définis au niveau des usagers (potentiels), au niveau des professionnels et au niveau structurel. Les deux premiers niveaux d'analyse étaient suffisamment documentés dans la littérature, et les résultats étaient généralisables à la France. Le niveau structurel des freins à l'utilisation de la PCU est toutefois plus spécifique à la France, et a nécessité une analyse complémentaire du contexte institutionnel de la délivrance de la PCU, en ayant recours à d'autres sources d'informations, notamment des textes juridiques, de rapports institutionnels ou d'autres données issues de la littérature grise.

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

Au niveau des professionnels de santé, les principaux freins sont le manque de perception de l'utilité de la PCU et le manque d'information fournie aux femmes par les cliniciens, mais la méconnaissance de la PCU et attitudes moralisatrices, notamment des pharmaciens, constituent également des freins à l'accès à la PCU.

Au niveau structurel, les freins au recours à la PCU sont : l'accessibilité physique (géographique et temporelle), la limite de la gratuité aux mineures (en termes d'âge et de sexe) en situation d'urgence, et la législation restrictive de délivrance en milieu scolaire.

En outre, la non-application de la gratuité de la PCU aux mineurs garçons constitue un frein individuel et collectif à la responsabilité partagée entre les hommes et les femmes dans la contraception en général.

3.6.2 Quelles modalités de prescription à l'avance de la PCU, dans quelles conditions et pour quelles populations ?

Dans la mesure où l'efficacité d'une prescription à l'avance de la PCU sur le taux de grossesses non prévues à l'échelle populationnelle n'est pas démontrée, il n'est pas pertinent de recommander une telle prescription en routine à titre systématique.

En revanche, au niveau individuel la prescription à l'avance de la PCU pourrait dans certaines situations lever les freins à l'accès à la PCU et être envisagée. Il est difficile de caractériser ces situations *a priori*, mais on peut néanmoins citer les situations suivantes : les femmes ayant des difficultés d'accès à la contraception d'urgence (par ex. : difficulté d'accès à une pharmacie, difficultés financières), les femmes voyageant à l'étranger, les femmes utilisant le préservatif ou d'autres méthodes contraceptives moins efficaces²⁴.

Quelles que soient les modalités de la prescription et/ou fourniture à l'avance de la PCU, celle-ci devrait s'accompagner d'une information sur l'utilisation de la PCU ainsi que sur la contraception régulière et sur la diminution des pratiques à risque. Il faut toutefois rappeler qu'il n'existe pas de données probantes sur l'efficacité et la faisabilité de ces différentes modalités.

3.6.3 Quelle place de la prescription à l'avance parmi les stratégies visant à améliorer l'utilisation de la contraception d'urgence ?

On rappelle que les autres stratégies visant à améliorer l'utilisation de la contraception d'urgence n'ont pas fait l'objet d'une revue systématique de la littérature. Étant donné que l'efficacité de la prescription à l'avance de la PCU n'a pas été démontrée, sa place semble donc relativement limitée. À partir de l'identification de l'ensemble des freins à l'accès et à l'utilisation de la contraception d'urgence, une tentative d'identification des actions potentielles pour lever ces freins a été réalisée.

Au niveau des usagers, les freins rencontrés sont essentiellement d'ordre cognitif (manque de perception du risque de grossesse, manque de connaissance sur la PCU, de son délai d'utilisation et des moyens d'accès) et normatif. Une levée de ces freins nécessite en premier lieu une meilleure information des usagers par l'éducation et le conseil. Cette information peut se faire au niveau du grand public ou de groupes spécifiques ou au niveau individuel. Au niveau du groupe, les outils comprennent notamment les campagnes de santé publique ; l'éducation à la sexualité en milieu scolaire, et les supports pérennes visant le grand public ou des publics spécifiques, et pouvant être utilisés et relayés auprès des professionnels pour un usage dans leur activité courante. Au niveau individuel, l'information peut se faire par les professionnels de santé au sens large, les travailleurs sociaux, ou encore des relais associatifs et certains membres de la communauté.

²⁴ L'OMS définit comme modérément efficaces ou moins efficaces les méthodes barrières, les spermicides et les méthodes naturelles (retrait et méthodes le retrait et les méthodes visant à identifier la période de l'ovulation de manière à éviter d'avoir des rapports sexuels féconds à ce moment-là).

Au niveau des professionnels, les principaux freins identifiés incluent la perception de l'utilité de la PCU et le manque d'information fournie aux femmes par les cliniciens, ainsi que les attitudes moralisatrices des pharmaciens. Ces freins pourraient être levés par une formation des professionnels et en particulier une formation sur la nécessité d'engager une discussion avec les femmes et leur partenaire sur la contraception d'urgence avant de se trouver dans une situation qui en nécessite l'utilisation. Une discussion systématique de la contraception d'urgence, hors du contexte d'urgence, pourrait se faire lors de toute consultation médicale relative à la contraception ou la sexualité. Le conseil fourni par les professionnels aux usagers peut être associé à une prescription à l'avance de la PCU en lien avec les besoins de ses usagers potentiels.

Une prescription à l'avance de la PCU lors d'une visite médicale en rapport avec la sexualité ou la contraception chez le médecin généraliste, le gynécologue ou la sage-femme pourrait servir de média pour rappeler ou inciter le clinicien à aborder la question de la PCU. Dans cette optique, la prescription servirait alors avant tout de support de communication et ne serait pas nécessairement liée à la délivrance de la PCU. Une prescription dissociée d'une délivrance pourrait cependant s'avérer difficile à mettre en œuvre. Concernant les freins à l'utilisation d'ordre normatif (perception négative de la PCU, crainte de la stigmatisation), la délivrance d'un conseil médical est également essentielle et doit contribuer à la normalisation de la contraception d'urgence, en lien étroit et complémentaire avec les moyens contraceptifs réguliers. La prescription à l'avance pourrait alors servir d'instrument pour concrétiser cette normalisation en associant directement la PCU à la situation personnelle des usagers, et témoignerait de son adéquation avec cette situation. La normalisation de la PCU implique toutefois sa prescription à un grand nombre d'individus, afin de n'être pas considérée comme la conséquence d'un préjugé négatif de la part du praticien sur les comportements sexuels et contraceptifs de l'utilisateur. Ces éléments sont néanmoins spéculatifs et n'ont pas fait l'objet d'étude démontrant la preuve de leur efficacité.

Au niveau structurel, les problèmes d'accessibilité géographique et temporelle peuvent constituer un frein à l'utilisation de la PCU et la prescription et délivrance à l'avance de la PCU pourrait contribuer à lever ces freins. Cette stratégie pourrait être envisagée dans des situations où les femmes ayant des difficultés d'accès géographique ou temporel à la PCU : contraintes d'horaires d'ouverture, nécessité de devoir recourir à un véhicule pour se rendre dans une pharmacie de garde ou encore recherche de confidentialité pouvant rendre l'accès à la PCU difficile.

3.6.4 Quelles méthodes de suivi et d'évaluation ?

Dans la mesure où la prescription à l'avance de la PCU de manière systématique n'apparaît pas pertinente, il n'y a pas lieu d'envisager des modalités de suivi et d'évaluation d'une telle stratégie.

En l'absence de données françaises, l'impact d'une prescription à l'avance de la contraception d'urgence en termes d'utilisation et de grossesses non prévues pourrait faire l'objet de recherche. Par ailleurs, certains dispositifs particuliers visant à favoriser l'accès à la contraception d'urgence, notamment en direction des populations vulnérables confrontées à des problèmes d'accessibilité physique ou à une précarité socio-économique pourraient être évalués.

Synthèse de l'argumentaire

Saisine

La Direction générale de la santé (DGS) a demandé à la HAS d'évaluer la pertinence d'une prescription et délivrance de la contraception d'urgence à l'avance à titre systématique, et en particulier les risques liés à une telle intervention en termes de moindre utilisation de la contraception régulière et de risque d'infections sexuellement transmissibles (IST).

Contexte

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.

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 de la contraception déclarée par les femmes est le manque de perception du risque de grossesse.

Au total, 36 % des femmes en France métropolitaine ont recours à l'IVG au moins une fois dans leur vie. Il est cependant utile de rappeler que les tendances des taux d'IVG ne constituent pas nécessairement un bon indicateur de l'efficacité d'un programme de contraception. En effet, la décision de recourir à l'IVG en cas de grossesse non prévue est influencée par de multiples facteurs, sociaux, économiques et culturels et par des interactions complexes entre ces facteurs. Toute corrélation entre les tendances des IVG et de l'utilisation de la contraception et notamment du recours à la contraception d'urgence doit donc être interprétée avec prudence.

La contraception d'urgence est une méthode de « rattrapage » qu'une femme peut utiliser pour prévenir la survenue d'une grossesse après un rapport sexuel non ou mal protégé. Deux méthodes peuvent être utilisées : la pilule de contraception d'urgence (PCU) et le stérilet au cuivre. Cette dernière méthode, très efficace, n'est pas traitée dans ce document, car non propice à une prescription et/ou délivrance à l'avance. Deux types de PCU sont disponibles en France actuellement : le lévonorgestrel (LNG) et l'ulipristal acétate (UPA).

La PCU au LNG est disponible en pharmacie sans prescription médicale. Si elle est délivrée sans ordonnance, elle n'est pas remboursée. Si elle est prescrite, elle est remboursée à 65 %. Pour les mineures, elle est délivrée gratuitement et anonymement. Elle peut également être administrée par les infirmiers scolaires aux élèves mineures ou majeures de l'enseignement secondaire et aux étudiants par les infirmiers des services de médecine préventive des universités. L'UPA, en revanche, est soumis à prescription médicale.

La PCU agit principalement en inhibant l'ovulation. 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. La PCU n'est pas destinée à être utilisée de façon régulière en raison du risque d'échec plus grand qu'avec les autres contraceptifs modernes.

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 au risque et aux conséquences d'une grossesse non prévue et particulièrement concernées par la contraception d'urgence.

Les professionnels de santé concernés par la prescription ou la délivrance de la contraception d'urgence sont les pharmaciens d'officine, les médecins généralistes, les gynécologues et obstétriciens, les sages-femmes, les infirmiers et médecins scolaires et les médecins des services d'urgence. Les conseillères conjugales sont concernées par la contraception d'urgence, mais n'ont pas le droit de la délivrer.

Utilisation de la contraception d'urgence en France

L'utilisation de la PCU a augmenté de manière très importante depuis que le lévonorgestrel n'est plus sujet à prescription médicale, en 1999, et cette augmentation se poursuit au-delà du changement de législation. Le nombre de ventes de PCU a plus que doublé en 10 ans, pour atteindre 1,3 millions en 2010. L'augmentation du nombre de ventes, très rapide au début des années 2000, semble cependant avoir atteint un plateau depuis 2009.

En 2010, près d'une femme en âge de procréer sur quatre avait déjà utilisé la PCU au cours de la 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 des 12 derniers mois était de 20,5 % chez les 15-19 ans vs 11,1 % chez les 24-25 ans et 6,7 % chez les 25-29 ans.

Dans plus de 90 % des cas, l'accès à la PCU se fait directement en pharmacie, sans prescription médicale. L'obtention de la PCU par l'infirmière scolaire est un processus d'accès très minoritaire, contribuant pour moins de 3 % à l'ensemble des PCU utilisées par des mineures.

La raison principale de recours à la PCU concerne des échecs de contraception régulière, soit un oubli de pilule (30,7 % des recours) soit une rupture de préservatif (31,0 %), alors que l'absence de méthode contraceptive n'intervient que pour 17 % des recours.

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.

Évaluation de l'efficacité et des risques d'une fourniture et/ou prescription à l'avance de la contraception d'urgence

Quatre revues systématiques de la littérature dont deux incluant une méta-analyse ont étudié l'efficacité et les risques de la fourniture à l'avance de la PCU. Ces revues incluaient 14 essais contrôlés randomisés (RCR) et quatre essais contrôlés non randomisés.

Les essais disponibles ont tous évalué les effets de la fourniture à l'avance de la PCU, sauf un qui a évalué l'effet de la prescription seule (sans fourniture) à l'avance de la PCU. La majorité de ces essais ont été conduits aux États-Unis ; aucun n'a été réalisé en France.

Les essais disponibles et les méta-analyses d'ECR n'ont pas démontré que la fourniture à l'avance de la PCU réduisait les grossesses non prévues à l'échelle d'une population. En revanche, les femmes ayant reçu la PCU à l'avance étaient significativement plus susceptibles de l'utiliser et de l'utiliser dans des délais plus courts.

Aucun effet négatif n'a été démontré sur les IST, les rapports sexuels non protégés ou sur l'utilisation de la contraception régulière.

La majorité des essais a été réalisée à une époque où la contraception d'urgence n'était pas en vente en pharmacie sans prescription. Une fois que la contraception d'urgence n'a plus été soumise à prescription, plusieurs d'études observationnelles ont évalué l'impact du changement de législation. Aucune de ces études observationnelles dont deux études françaises n'a mis en évidence d'effet de l'élargissement de l'accès à la PCU sur l'utilisation de la contraception régulière.

L'absence d'efficacité de la fourniture à l'avance de la PCU sur les grossesses non prévues va à l'encontre de projections favorables faites précédemment. Pourquoi cette stratégie n'a pas eu les effets escomptés à l'échelle populationnelle, alors que la PCU a prouvé son efficacité dans la prévention des grossesses non prévues, et que sa fourniture à l'avance augmente son utilisation et raccourcit les délais d'utilisation reste une question ouverte. Plusieurs raisons sont à considérer. Premièrement, un certain nombre de femmes peuvent ne pas évaluer correctement leur risque de grossesse et dès lors ne pas utiliser la PCU même si elles l'ont à disposition. Par ailleurs, il est possible que ce soient les femmes le moins à risque de grossesses qui soient les plus susceptibles de l'utiliser.

Recommandations existantes sur la prescription et/ou la fourniture à l'avance de la contraception d'urgence

Parmi les quatorze recommandations de pratique clinique en langue française ou anglaise traitant de la contraception d'urgence identifiées, trois recommandent une prescription ou une fourniture à l'avance systématique en routine de la PCU : la Société française de gynécologie, l'OMS qui ciblent les pays où l'accès à la PCU est difficile et une société savante américaine qui mentionne par ailleurs spécifiquement les femmes ayant des difficultés d'accès à une pharmacie.

Sans la recommander formellement, sept recommandations préconisent d'envisager une prescription à l'avance au cas par cas ou dans certaines situations particulières. Les situations citées sont les suivantes : les femmes utilisant des méthodes barrières, les adolescentes, les femmes vivant avec le VIH, les femmes voyageant à l'étranger, les femmes vivant en milieu rural où l'accès à une pharmacie est difficile, et plus généralement les femmes ayant des difficultés d'accès à la contraception d'urgence pour quelle que raison que ce soit.

Trois recommandations, toutes britanniques, ne recommandent pas la prescription ou la fourniture à l'avance systématique en routine, et ce de manière explicite pour la raison qu'il n'y a pas de preuve de l'efficacité d'une telle mesure.

Trois recommandations récentes au Canada et aux États-Unis insistent sur la nécessité d'une information et d'un conseil systématiques sur la contraception d'urgence, sans toutefois aborder la question d'une prescription à l'avance.

Questions d'évaluation

► Quelle efficacité à l'échelle populationnelle de la prescription à l'avance de la contraception d'urgence dans les conditions d'accès actuelles à la PCU en France ?

Même si aucune étude n'a évalué l'efficacité (et les risques) d'une prescription à l'avance de la PCU dans des conditions d'accès similaires à celles prévalant en France actuellement, la mise en perspective des résultats des études disponibles permet d'apporter des éléments de réponse sur les effets attendus d'une prescription à l'avance de la PCU en France.

Étant donné que les essais disponibles ont évalué une fourniture à l'avance de la PCU (et non une simple prescription) dans des contextes où la PCU n'était par ailleurs pas disponible sans prescription médicale, on peut s'attendre à une minoration plus ou moins importante des résultats trouvés dans les essais, tant en ce qui concerne les bénéfiques que les risques.

Si une prescription à l'avance de la PCU pouvait avoir comme résultat d'en augmenter l'utilisation et de diminuer les délais d'utilisation, l'efficacité d'une telle intervention sur le taux de grossesses non prévues à l'échelle populationnelle n'est pas démontrée.

► Quels risques de la prescription à l'avance de la contraception d'urgence sur les IST, les rapports sexuels non protégés et la contraception régulière dans les conditions d'accès actuelles à la PCU en France ?

Au regard des ECR disponibles et de la mise en perspective de ces études par rapport aux conditions actuelles d'accès à la PCU en France, et au regard d'études observationnelles françaises, il est peu vraisemblable qu'une prescription à l'avance systématique de la PCU entraîne une réduction de l'utilisation de la contraception régulière ou une augmentation des IST.

► Quels freins à l'utilisation de la contraception d'urgence ?

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

Au niveau des professionnels de santé, les principaux freins sont le manque de perception de l'utilité de la PCU et le manque d'information fournie aux femmes par les cliniciens, mais la méconnaissance de la PCU et attitudes moralisatrices, notamment des pharmaciens constituent également des freins à l'accès à la PCU.

Au niveau structurel, les freins au recours à la PCU sont : l'accessibilité physique (géographique et temporelle), les freins financiers en général et la limite de la gratuité aux mineures (en termes d'âge et de sexe) en situation d'urgence, et la législation restrictive de délivrance en milieu scolaire.

► **Quelles modalités de prescription à l'avance de la contraception d'urgence, dans quelles conditions et pour quelles populations ?**

Dans la mesure où une prescription à l'avance de la PCU ne semble pas être efficace pour diminuer le nombre de grossesses non prévues à l'échelle populationnelle, il n'est pas pertinent de la recommander de manière systématique en routine.

En revanche, au niveau individuel la prescription à l'avance de la PCU pourrait dans certaines situations lever les freins à l'accès à la PCU et être envisagée.

Il est difficile de caractériser ces situations *a priori*, mais on peut néanmoins citer les situations suivantes : les femmes ayant des difficultés d'accès à la contraception d'urgence (par ex. : difficulté d'accès à une pharmacie, difficultés financières), les femmes voyageant à l'étranger, les femmes utilisant le préservatif ou d'autres méthodes contraceptives moins efficaces.

Quelles que soient les modalités de la prescription et/ou fourniture à l'avance de la PCU, celle-ci devrait s'accompagner d'une information sur l'utilisation de la PCU ainsi que sur la contraception en général et sur la diminution des pratiques à risque. Il faut toutefois rappeler qu'il n'existe pas de données probantes sur l'efficacité et la faisabilité de ces différentes modalités.

► **Quels freins à l'utilisation de la contraception d'urgence**

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

Au niveau des professionnels de santé, les freins comprennent, le manque de perception de son utilité, le manque d'information fournie par les cliniciens aux femmes, ainsi que le manque de connaissance de la contraception d'urgence et les attitudes moralisatrices notamment des pharmaciens.

Au niveau structurel, les freins au recours à la PCU sont : l'accessibilité physique (géographique et temporelle), la limite de la gratuité aux mineures (en termes d'âge et de sexe) en situation d'urgence, et la législation restrictive de délivrance en milieu scolaire.

En outre, la non-application de la gratuité de la PCU aux mineurs garçons constitue un frein individuel et collectif à la responsabilité partagée des hommes et des femmes dans la contraception en général.

► **Quelle place de la prescription à l'avance parmi les stratégies visant à améliorer l'utilisation de la contraception d'urgence ?**

Il est rappelé que les autres stratégies visant à améliorer l'utilisation de la contraception d'urgence n'ont pas fait l'objet d'une revue systématique de la littérature. Étant donné que l'efficacité de la prescription à l'avance de la PCU n'a pas été démontrée, sa place semble donc relativement limitée. À partir de l'identification de l'ensemble des freins à l'accès et à l'utilisation de la contraception d'urgence, une tentative d'identification des actions potentielles pour lever ces freins a été réalisée.

Les freins principaux à l'utilisation de la contraception d'urgence étant le manque de perception des femmes de leur risque de grossesse et le manque de connaissance de la contraception d'urgence, de son délai d'utilisation et des moyens d'accès, une meilleure information tant au niveau du groupe par l'éducation à la sexualité en milieu scolaire et des actions de communication qu'au niveau individuel notamment par les professionnels de santé apparaît être une priorité.

Au niveau des professionnels de santé, les freins identifiés devraient être levés par une meilleure formation des professionnels de santé, y compris des pharmaciens ainsi que par une éducation des cliniciens et notamment des médecins généralistes, des gynécologues et des sages-femmes sur la nécessité d'informer systématiquement les femmes sur la contraception d'urgence, en dehors du contexte d'urgence, lors de toute visite médicale en rapport avec la sexualité ou la contraception.

► **Quelles méthodes de suivi et d'évaluation ?**

Dans la mesure où la prescription à l'avance de la PCU de manière systématique n'apparaît pas pertinente, il n'y a pas lieu d'envisager des modalités de suivi et d'évaluation d'une telle stratégie.

Cependant, en l'absence de données françaises, l'impact d'une prescription à l'avance de la contraception d'urgence en termes d'utilisation et de grossesses non prévues pourrait faire l'objet de recherche. En outre, certains dispositifs particuliers visant à favoriser l'accès à la contraception d'urgence, notamment en direction des populations vulnérables confrontées à des problèmes d'accessibilité physique ou à une précarité socio-économique pourraient être évalués.

4. Recommandations

Ces recommandations en santé publique ont été produites dans l'objectif de répondre à la question spécifique posée par la Direction générale de la santé concernant la pertinence d'une prescription à l'avance de la pilule de contraception d'urgence de manière systématique préconisée par l'IGAS.

Elles sont destinées au décideur public, mais concernent également tous les professionnels de santé ainsi que les associations d'usagers impliqués dans les questions de contraception, de sexualité et de prévention.

Ces recommandations sont fondées sur une revue critique de la littérature et ont été élaborées en accord avec le groupe de travail.

Elles n'abordent pas les questions de l'indication clinique de la contraception d'urgence. Elles concernent essentiellement la pilule de contraception d'urgence et pas le dispositif intra-utérin, également utilisé en contraception d'urgence mais non propice à une prescription à l'avance.

Elles n'incluent pas l'évaluation d'autres stratégies visant à améliorer l'utilisation de la contraception d'urgence ou de manière plus large à éviter les grossesses non prévues.

Ces recommandations s'inscrivent néanmoins dans le cadre plus large de la santé sexuelle et reproductive. À ce titre, il est rappelé :

- La nécessité que la question de la responsabilisation partagée entre les femmes et les hommes concernant la contraception soit traitée ;
- L'importance de fournir à toutes les femmes et à tous les hommes une information complète sur les avantages et les désavantages de toutes les méthodes contraceptives disponibles afin que les femmes et les hommes puissent choisir la méthode contraceptive la mieux adaptée à leurs besoins, à leurs attentes et à leur mode de vie ;
- L'importance d'intégrer la contraception et la prévention du VIH et des IST.

4.1. Replacer la contraception d'urgence dans le cadre général de la santé sexuelle et reproductive

1. La HAS rappelle que la contraception d'urgence n'est pas un dispositif isolé mais une méthode de contraception de « rattrapage » qui s'inscrit dans le cadre général de la santé sexuelle et reproductive.

4.2. Améliorer l'information sur la contraception d'urgence

2. La HAS recommande d'informer les femmes et les hommes sur la contraception d'urgence, les délais d'utilisation des différentes méthodes, leur mode d'utilisation et les possibilités d'accès, à l'occasion de tout contact relatif à la contraception, la sexualité ou la délivrance de préservatifs avec des professionnels de santé, des relais associatifs, les dispositifs d'éducation à la santé ou les programmes d'éducation à la sexualité en milieu scolaire.

4.3. Envisager une prescription à l'avance de la pilule de contraception d'urgence au cas par cas

3. La HAS recommande d'envisager une prescription à l'avance de la pilule de contraception d'urgence au cas par cas dans certaines situations. Ces situations 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 (par ex. : difficulté d'accès à une pharmacie,

difficultés financières), les femmes voyageant à l'étranger, les femmes utilisant comme méthode contraceptive le préservatif ou d'autres méthodes moins efficaces²⁵.

4. Une 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.
5. 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.

Avis du groupe de travail

Le groupe de travail a formulé les propositions supplémentaires suivantes qui dépassent le cadre de la question posée :

- Renforcer et adapter l'éducation à la sexualité, en fournissant une information appropriée sur le cycle menstruel féminin et les périodes d'ovulation et le risque de fécondation.
- Améliorer la formation des professionnels (médecins généralistes, gynécologues, sages-femmes, pharmaciens, conseillères conjugales) sur la contraception d'urgence.
- Inscire la question de la gratuité de la contraception d'urgence dans la question de la gratuité de la contraception en général.
- Élargir la gratuité de la contraception d'urgence aux mineurs garçons afin de favoriser le partage de responsabilité entre les hommes et les femmes en matière de contraception, dans le respect du libre choix des femmes.
- Élargir la délivrance de la pilule de contraception d'urgence au lévonorgestrel aux élèves/étudiants/apprentis/inscrits dans tous les établissements d'enseignement et de formation indépendamment de la présence d'un personnel sanitaire.
- Autoriser la dispensation de la pilule de contraception d'urgence au lévonorgestrel par les conseillers conjugaux dans les centres de planification ou d'éducation familiale.

²⁵ L'OMS définit comme modérément efficaces ou moins efficaces les méthodes barrières, les spermicides et les méthodes naturelles (retrait et méthodes le retrait et les méthodes visant à identifier la période de l'ovulation de manière à éviter d'avoir des rapports sexuels féconds à ce moment-là).

Listes des tableaux et figures

Tableau 1. Produits utilisés pour la contraception d'urgence disponibles en France	16
Tableau 2. Pilules de contraception d'urgence disponibles en France : prix et taux de remboursement par l'Assurance maladie	19
Tableau 3. Taille des populations particulièrement concernées par la contraception d'urgence, 2011	21
Tableau 4. Professionnels de santé concernés par la contraception d'urgence	21
Tableau 5. Proportion (en %) de femmes sexuellement actives ayant déjà eu recours à la contraception d'urgence selon l'âge au moment de l'enquête, en 2000, 2005 et 2010	23
Tableau 6. Proportion (en %) de femmes ayant eu recours à la contraception d'urgence au cours des 12 derniers mois selon l'âge en 2010	24
Tableau 7. Estimation du nombre de femmes ayant utilisé la PCU et du nombre de PCU utilisées en 2010	24
Tableau 8. Nombre de PCU au lévonorgestrel remboursées par l'Assurance maladie en 2009 et 2010	25
Tableau 9. Freins au recours à la contraception d'urgence	44
Tableau 10. Résumé des objectifs et méthodes des revues systématiques sur les effets de la fourniture et/ou prescription à l'avance de la contraception d'urgence	46
Tableau 11. Études incluses dans les revues systématiques sur la fourniture et/ou prescription à l'avance de la contraception d'urgence	47
Tableau 12. Principales conclusions des revues systématiques sur les effets de la fourniture et/ou prescription à l'avance de la contraception d'urgence	48
Tableau 13. Recommandations existantes en français ou en anglais sur la prescription et/ou la fourniture à l'avance de la contraception d'urgence (classées par pays en ordre chronologique décroissant)	54
Tableau 14. Nombre de CPEF et taux pour 100 000 femmes, par région, France, 2012	84
Tableau 15. Tarif et taux de remboursements des consultations de professionnels habilités à prescrire une contraception d'urgence, 2012	85
Tableau 16. Demandes et délivrances de contraception d'urgence en milieu scolaire, source : Dgesco	89
Tableau 17. Nombre annuel de demandes et de délivrances de contraception d'urgence en milieu scolaire, 2002-2010	90
Tableau 18. Utilisation de la contraception d'urgence au cours des 12 derniers mois parmi les femmes sexuellement actives 12 mois (n = 2 234)	91
Tableau 19. Caractéristiques des études retenues dans la revue de littérature des freins à l'utilisation de la contraception d'urgence	93
Tableau 20. Stratégie de recherche dans la base de données Medline	102
Tableau 21. Évaluation des revues systématiques sélectionnées sur les effets de la prescription et/ou la fourniture à l'avance de la PCU selon la grille AMSTAR	107
Tableau 22. Caractéristiques des essais contrôlés randomisés et non randomisés inclus dans les revues systématiques ou retenus par ailleurs	108
Tableau 23. Caractéristiques des projets pilotes et études observationnelles visant à évaluer les effets de la facilitation de l'accès à la contraception d'urgence	121
Figure 1. Disponibilité de la pilule de contraception d'urgence au lévonorgestrel dans les pays de l'UE et de l'AELE	20
Figure 2. Évolution du nombre annuel de PCU vendues en France, 1999-2011	25
Figure 3. Distribution par jour de la semaine des ventes de PCU (LNG et UPA) en pharmacie en 2010-2011	26
Figure 4. Nombre annuel de demandes et délivrances de contraception d'urgence en milieu scolaire	27
Figure 5. Prévalence contraceptive (méthodes modernes) dans les pays de l'Union européenne et de l'AELE	83

Glossaire

Grossesse non prévue : grossesse qui, au moment de la conception, est soit inopportune car survenant au mauvais moment (trop tôt), soit non planifiée, soit non désirée.

Abréviations et acronymes

AFC	Association française pour la contraception
ANCIC	Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
Cespharm .	Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française
CNAMTS ...	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CPEF	Centres de planification ou d'éducation familiale
CSIS	Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale
CSP	Code de la santé publique
DGESCO ...	Direction générale de l'enseignement scolaire
DGS	Direction générale de la santé
DIU	Dispositif intra-utérin
DOM	Département d'outre-mer
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSDEN	Direction des services départementaux de l'éducation nationale
DSS	Direction de la sécurité sociale
ECR	Essai contrôlé randomisé
EICCF	Établissement d'information, de consultation et de conseil familial
EPPM	Enquête permanente des prescriptions médicales
GC	Groupe contrôle
GERS	Groupement pour l'élaboration et la réalisation statistique
GI	Groupe d'intervention
IC	Intervalle de confiance
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
Ined	Institut national des études démographiques
Inpes	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
IST	Infection sexuellement transmissible
ITT	<i>Intention to treat</i>
IVG	Interruption volontaire de grossesse
LH	Hormone lutéinisante
LNG	Lévonorgestrel
MFPF	Mouvement français pour le planning familial
OMS	Organisation mondiale de la santé
OR	<i>Odds ratio</i>
OTC	<i>Over the counter</i>

PCU	Pilule de contraception d'urgence
PMI	Protection maternelle et infantile
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
RSI	Régime social des indépendants
SAE	Statistiques annuelles des établissements
SFSP	Société française de santé publique
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
SNIIRAM	Système national d'informations interrégimes de l'assurance maladie
UNAF	Union nationale des associations familiales
UPA	Ulipristal acétate
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Bibliographie

1. Inspection générale des affaires sociales, Aubin C, Jourdain-Menninger J, Chambaud L. Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001. Paris: La Documentation Française; 2009.
2. Inspection générale des affaires sociales, Aubin C, Jourdain-Menninger J, Chambaud L. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. Paris: La Documentation Française; 2009.
3. Leridon H, Oustry P, Bajos N, Equipe Cocon. La médicalisation croissante de la contraception en France. *Pop Soc* 2002;(381).
4. Contraception. Objectif 97. In: Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, ed. L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2009-2010. Paris: DREES; 2010. p. 306-7.
5. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Guilbert P, Gautier A. Baromètre santé 2005. Premiers résultats. Saint-Denis: INPES; 2006.
6. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Pop Soc* 2012;(492):1-4.
7. Bajos N, Goulard H, Job-Spira N, Cocon Group. Emergency contraception: from accessibility to counseling. *Contraception* 2003;67(1):39-40.
8. Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N, Cocon Group. Contraception: from accessibility to efficiency. *Hum Reprod* 2003;18(5):994-9.
9. 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;66(3-4):503-54.
10. Vilain A, Mouquet MC. Les interruptions volontaires de grossesse en 2008 et 2009. *Etudes Résultat* 2011;(765).
11. Rossier C, Toulemon L, Prioux F. Évolution du recours à l'interruption volontaire de grossesse en France entre 1990 et 2005. *Population-F* 2009;64(3):495-530.
12. Vilain A, Mouquet MC. Les interruptions volontaires de grossesse en 2010. *Etudes Résultat* 2012;(804).
13. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? *BEH* 2005;(9-10):38-40.
14. Lawlor DA, Shaw M. Teenage pregnancy rates: high compared with where and when? *J R Soc Med* 2004;97(3):121-3.
15. Inspection générale des affaires sociales, Aubin C, Branchu C, Vieilleribière JL, Sitruck P. Les organismes de planification, de conseil et d'éducation familiale : un bilan. Paris: La Documentation Française; 2011.
16. Cheng L, Che Y, Gülmezoglu AM. Interventions for emergency contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012;Issue 8:CD001324.
17. Katzman D, Taddeo D. Emergency contraception. *Paediatr Child Health* 2010;15(6):363-72.
18. Trussell J, Raymond EG. Emergency contraception. A last chance to prevent unintended pregnancy. Princeton: Office of Population Research, Princeton University; 2011.
19. Brache V, Cochon L, Jesam C, Maldonado R, Salvatierra AM, Levy DP, *et al.* Immediate pre-ovulatory administration of 30 mg ulipristal acetate significantly delays follicular rupture. *Hum Reprod* 2010;25(9):2256-63.
20. Prabakar I, Webb A. Emergency contraception. *BMJ* 2012;344:e1492.
21. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, Institut national pour l'éducation en santé. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis La Plaine: ANAES; 2004.

22. Piaggio G, Kapp N, von Hertzen H. Effect on pregnancy rates of the delay in the administration of levonorgestrel for emergency contraception: a combined analysis of four WHO trials. *Contraception* 2011;84(1):35-9.
23. Glasier AF, Cameron ST, Fine PM, Logan SJ, Casale W, Van Horn J, *et al.* Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis. *Lancet* 2010;375(9714):555-62.
24. Fine P, Mathé H, Ginde S, Cullins V, Morfesis J, Gainer E. Ulipristal acetate taken 48-120 hours after intercourse for emergency contraception. *Obstet Gynecol* 2010;115(2 Pt 1):257-63.
25. Glasier A. Emergency contraception: clinical outcomes. *Contraception* 2013;87(3):309-13.
26. Organisation mondiale de la santé. Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. 4ème édition. Guide essentiel OMS de planification familiale. Genève: OMS; 2011.
27. Halpern V, Raymond EG, Lopez LM. Repeated use of pre- and postcoital hormonal contraception for prevention of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010; Issue 1:CD007595.
28. Cleland K, Raymond E, Trussell J, Cheng L, Zhu H. Ectopic pregnancy and emergency contraceptive pills: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2010;115(6):1263-6.
29. Inspection générale des affaires sociales, Gal C, Vilchien D, Salzberg L. Le statut des conseillères conjugales et familiales. Paris: IGAS; 2006.
30. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011. Paris: Ministère du travail de l'emploi et de la santé; 2011.
31. Moreau C, Bajos N, Trussell J. The impact of pharmacy access to emergency contraceptive pills in France. *Contraception* 2006;73(6):602-8.
32. Goulard H, Moreau C, Gilbert F, Job-Spira N, Bajos N, Cocon Group. Contraceptive failures and determinants of emergency contraception use. *Contraception* 2006;74(3):208-13.
33. 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;74(6):476-82.
34. Moreau C, Bouyer J, Goulard H, Bajos N. The remaining barriers to the use of emergency contraception: perception of pregnancy risk by women undergoing induced abortions. *Contraception* 2005;71(3):202-7.
35. Perslev A, Rorbye C, Boesen HC, Norgaard M, Nilas L. Emergency contraception: knowledge and use among Danish women requesting termination of pregnancy. *Contraception* 2002;66(6):427-31.
36. Sorensen MB, Pedersen BL, Nyrnberg LE. Differences between users and non-users of emergency contraception after a recognized unprotected intercourse. *Contraception* 2000;62(1):1-3.
37. Hobbs MK, Taft AJ, Amir LH, Stewart K, Shelley JM, Smith AM, *et al.* Pharmacy access to the emergency contraceptive pill: a national survey of a random sample of Australian women. *Contraception* 2011;83(2):151-8.
38. Rocca CH, Schwarz EB, Stewart FH, Darney PD, Raine TR, Harper CC. Beyond access: acceptability, use and nonuse of emergency contraception among young women. *Am J Obstet Gynecol* 2007;196(1):29-6.
39. Williamson LM, Buston K, Sweeting H. Young women's perceptions of pregnancy risk and use of emergency contraception: findings from a qualitative study. *Contraception* 2009;79(4):310-5.
40. Shoveller J, Chabot C, Soon JA, Levine M. Identifying barriers to emergency contraception use among young women from various sociocultural groups in British Columbia, Canada. *Perspect Sex Reprod Health* 2007;39(1):13-20.
41. Neustadt A, Holmquist S, Davis S, Gilliam M. Sexual, relationship, contraceptive and personal factors influencing emergency contraception use: a qualitative study. *Contraception* 2011;84(3):266-72.
42. Free C, Lee RM, Ogden J. Young women's accounts of factors influencing their use and non-use of emergency contraception: in-depth interview study. *BMJ* 2002;325(7377):1393.

43. Johnson R, Nshom M, Nye AM, Cohall AT. There's always Plan B: adolescent knowledge, attitudes and intention to use emergency contraception. *Contraception* 2010;81(2):128-32.
44. Hobbs M, Taft AJ, Amir LH. The emergency contraceptive pill rescheduled: a focus group study of women's knowledge, attitudes and experiences. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2009;35(2):87-91.
45. Karasz A, Kirchen NT, Gold M. The visit before the morning after: barriers to preprescribing emergency contraception. *Ann Fam Med* 2004;2(4):345-50.
46. Kavanaugh ML, Schwarz EB. Counseling about and use of emergency contraception in the United States. *Perspect Sex Reprod Health* 2008;40(2):81-6.
47. Whittaker PG, Armstrong KA, Adams J. Implementing an advance emergency contraception policy: what happens in the real world? *Perspect Sex Reprod Health* 2008;40(3):162-70.
48. Raine TR, Harper CC, Rocca CH, Fischer R, Padian N, Klausner JD, *et al.* Direct access to emergency contraception through pharmacies and effect on unintended pregnancy and STIs. A randomized controlled trial. *JAMA* 2005;293(1):54-62.
49. Fairhurst K, Ziebland S, Wyke S, Seaman P, Glasier A. Emergency contraception: why can't you give it away? Qualitative findings from an evaluation of advance provision of emergency contraception. *Contraception* 2004;70(1):25-9.
50. Mollen CJ, Barg FK, Hayes KL, Gotcsik M, Blades NM, Schwarz DF. Assessing attitudes about emergency contraception among urban, minority adolescent girls: an in-depth interview study. *Pediatrics* 2008;122(2):e395-e401.
51. Wu J, Gipson T, Chin N, Wynn LL, Cleland K, Morrison C, *et al.* Women seeking emergency contraceptive pills by using the internet. *Obstet Gynecol* 2007;110(1):44-52.
52. Glasier A, Fairhurst K, Wyke S, Ziebland S, Seaman P, Walker J, *et al.* Advanced provision of emergency contraception does not reduce abortion rates. *Contraception* 2004;69(5):361-6.
53. Nguyen BT, Zaller N. Pharmacy provision of emergency contraception to men: a survey of pharmacist attitudes in Rhode Island. *J Am Pharm Assoc* 2010;50(1):17-23.
54. Goyal M, Zhao H, Mollen C. Exploring emergency contraception knowledge, prescription practices, and barriers to prescription for adolescents in the emergency department. *Pediatrics* 2009;123(3):765-70.
55. Miller MK, Plantz DM, Dowd MD, Mollen CJ, Reed J, Vaughn L, *et al.* Pediatric emergency health care providers' knowledge, attitudes, and experiences regarding emergency contraception. *Acad Emerg Med* 2011;18(6):605-12.
56. Fairhurst K, Wyke S, Ziebland S, Seaman P, Glasier A. "Not that sort of practice": the views and behaviour of primary care practitioners in a study of advance provision of emergency contraception. *Fam Pract* 2005;22(3):280-6.
57. Gainer E, Blum J, Toverud EL, Portugal N, Tyden T, Nesheim BI, *et al.* Bringing emergency contraception over the counter: experiences of nonprescription users in France, Norway, Sweden and Portugal. *Contraception* 2003;68(2):117-24.
58. Gee RE, Shacter HE, Kaufman EJ, Long JA. Behind-the-counter status and availability of emergency contraception. *Am J Obstet Gynecol* 2008;199(5):478-80.
59. Killick SR, Irving G. A national study examining the effect of making emergency hormonal contraception available without prescription. *Hum Reprod* 2004;19(3):553-7.
60. Direction régionale des affaires sanitaires et sociales Languedoc-Roussillon, Chatenay G, Maille S, Gremy M, Gremy M, Dormont AS, *et al.* Délivrance du Norlevo® en Languedoc-Roussillon, 2002 - 2006. Etude par territoire. Paris: Ministère du travail des relations sociales de la famille de la solidarité et de la ville; Ministère de la santé et des sports; 2010.
61. Observatoire Régional de la santé d'Auvergne, Venzac M, Maquinghen S, Glanddier Y. Les interruptions volontaires de grossesse et la contraception d'urgence en Auvergne. Clermont-Ferrand: ORS Auvergne; 2010.
62. Amsellem-Mainguy Y. Recours et résistances à l'utilisation de la contraception d'urgence. *Santé Homme* 2009;(399):8-10.
63. Delotte J, Molinard C, Trastour C, Boucoiran I, Bongain A. Délivrance de la contraception d'urgence aux mineures dans les pharmacies françaises. *Gynecol Obstet Fertil* 2008;36(1):63-6.

64. Polis CB, Grimes DA, Schaffer K, Blanchard K, Glasier A, Harper CC. Advance provision of emergency contraception for pregnancy prevention. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007;(2):CD005497.
65. Raymond EG, Trussell J, Polis CB. Population effect of increased access to emergency contraceptive pills: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2007;109(1):181-8.
66. Meyer JL, Gold MA, Haggerty CL. Advance provision of emergency contraception among adolescent and young adult women. A systematic review of literature. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2011;24(1):2-9.
67. Rodriguez MI, Curtis KM, Gaffield ML, Jackson E, Kapp N. Advance supply of emergency contraception: a systematic review. *Contraception* 2012;In press.
68. Polis CB, Schaffer K, Blanchard K, Glasier A, Harper CC, Grimes DA. Advance provision of emergency contraception for pregnancy prevention: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2007;110(6):1379-88.
69. Adamji JM, Swartwout K. Advance provision of emergency contraception for adolescents. *J Sch Nurs* 2010;26(6):443-9.
70. Hazari K. Use of emergency contraception by women as a back-up method. *Health Popul Perspect Issues* 2000;23(3):115-22.
71. Ellertson C, Ambardekar S, Hedley A, Coyaji K, Trussell J, Blanchard K. Emergency contraception: randomized comparison of advance provision and information only. *Obstet Gynecol* 2001;98(4):570-5.
72. Jackson RA, Schwarz EB, Freedman L, Darney P. Advance supply of emergency contraception. effect on use and usual contraception. A randomized trial. *Obstet Gynecol* 2003;102(1):8-16.
73. Gold MA, Wolford JE, Smith KA, Parker AM. The effects of advance provision of emergency contraception on adolescent women's sexual and contraceptive behaviors. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2004;17(2):87-96.
74. Lo SS, Fan SY, Ho PC, Glasier AF. Effect of advanced provision of emergency contraception on women's contraceptive behaviour: a randomized controlled trial. *Hum Reprod* 2004;19(10):2404-10.
75. Belzer M, Sanchez K, Olson J, Jacobs AM, Tucker D. Advance supply of emergency contraception: a randomized trial in adolescent mothers. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2005;18(5):347-54.
76. Hu X, Cheng L, Hua X, Glasier A. Advanced provision of emergency contraception to postnatal women in China makes no difference in abortion rates: a randomized controlled trial. *Contraception* 2005;72(2):111-6.
77. Harper CC, Cheong M, Rocca CH, Darney PD, Raine TR. The effect of increased access to emergency contraception among young adolescents. *Obstet Gynecol* 2005;106(3):483-91.
78. Raymond EG, Stewart F, Weaver M, Monteith C, van Der Pol B. Impact of increased access to emergency contraceptive pills: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2006;108(5):1098-106.
79. Raymond EG, Weaver MA. Effect of an emergency contraceptive pill intervention on pregnancy risk behavior. *Contraception* 2008;77(5):333-6.
80. Weaver MA, Raymond EG, Baecher L. Attitude and behavior effects in a randomized trial of increased access to emergency contraception. *Obstet Gynecol* 2009;113(1):107-16.
81. Baecher L, Weaver MA, Raymond EG. Increased access to emergency contraception: why it may fail. *Hum Reprod* 2009;24(4):815-9.
82. Walsh TL, Frezieres RG. Patterns of emergency contraception use by age and ethnicity from a randomized trial comparing advance provision and information only. *Contraception* 2006;74(2):110-7.
83. Ekstrand M, Larsson M, Darj E, Tydén T. Advance provision of emergency contraceptive pills reduces treatment delay: a randomised controlled trial among Swedish teenage girls. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008;87(3):354-9.
84. Schwarz EB, Gerbert B, Gonzales R. Computer-assisted provision of emergency contraception a randomized controlled trial. *J Gen Intern Med* 2008;23(6):794-9.

85. Schreiber CA, Ratcliffe SJ, Barnhart KT. A randomized controlled trial of the effect of advanced supply of emergency contraception in postpartum teens: a feasibility study. *Contraception* 2010;81(5):435-40.
86. Glasier A, Baird D. The effects of self-administering emergency contraception. *N Engl J Med* 1998;339(1):1-4.
87. Skibiak JP, Ahmed Y, Ketata M. Testing strategies to improve access to emergency contraception pills : prescription vs prophylactic distribution. Nairobi: Population Council; 1999.
88. Raine T, Harper C, Leon K, Darney P. Emergency contraception: advance provision in a young, high-risk clinic population. *Obstet Gynecol* 2000;96(1):1-7.
89. Lovvorn A, Nerquaye-Tetteh J, Glover EK, Amankwah-Poku A, Hays M, Raymond E. Provision of emergency contraceptive pills to spermicide users in Ghana. *Contraception* 2000;61(4):287-93.
90. Petersen R, Albright JB, Garrett JM, Curtis KM. Acceptance and use of emergency contraception with standardized counseling intervention: results of a randomized controlled trial. *Contraception* 2007;75(2):119-25.
91. Marston C, Meltzer H, Majeed A. Impact on contraceptive practice of making emergency hormonal contraception available over the counter in Great Britain: repeated cross sectional surveys. *BMJ* 2005;331(7511):271.
92. Moreau C, Trussell J, Michelot F, Bajos N. The effect of access to emergency contraceptive pills on women's use of highly effective contraceptives: results from a French national cohort study. *Am J Public Health* 2009;99(3):441-2.
93. Samartzis EP, Merki-Feld GS, Seifert B, Kut E, Imthurn B. Six years after deregulation of emergency contraception in Switzerland. Has free access induced changes in the profile of clients attending an emergency pharmacy in Zurich? *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2012;17(3):197-204.
94. Girma S, Paton D. The impact of emergency birth control on teen pregnancy and STIs. *J Health Econ* 2011;30(2):373-80.
95. Moreau C, Trussell J, Glasier A. Challenging the "insurance theory" of sexual and reproductive health behaviors. *Contraception* 2012;85(1):9-10.
96. Trussell J, Stewart F, Guest F, Hatcher RA. Emergency contraceptive pills: a simple proposal to reduce unintended pregnancies. *Fam Plann Perspect* 1992;24(6):269-73.
97. Société française de gynécologie. Prescription de la contraception d'urgence : les conseils de la Société française de gynécologie. e J Faxé Gynécol [revue électronique] 2011;Edition spéciale.
98. Organisation mondiale de la santé, Ecole de santé publique Bloomberg, Agence des Etats-Unis pour le développement international. Planification familiale: un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier. Successeur de éléments de la technologie de la contraception. Genève: OMS; 2007.
99. Physicians for Reproductive Choice and Health. Emergency contraceptive pills. A practitioner's guide. New York: PRCH; 2010.
100. British HIV Association, British Association for Sexual Health and HIV, Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care, Fakoya A, Lamba H, Mackie N, *et al.* 2007 UK guidelines for the management of sexual and reproductive health (SRH) of people living with HIV infection. London: BASHH; 2007.
101. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. Emergency contraception. Clinical guidance. London: FSRH; 2011.
102. International Consortium for Emergency Contraception, International Federation of Gynecology and Obstetrics. Emergency contraceptive pills. Medical and service delivery guidelines. New-York; London: ICEC; FIGO; 2012.
103. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. Barrier methods for contraception and STI prevention. Clinical guidance. London: FSRH; 2012.
104. American Academy of Pediatrics. Emergency contraception. *Pediatrics* 2005;116(4):1026-35.

105. Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. Practice guidance on the supply of emergency hormonal contraception as a pharmacy medicine. London: RPSGB; 2004.

106. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, Black A, Francoeur D, Rowe T. Contraception d'urgence (remplace la directive clinique n°131, août 2003). J Obstet Gynecol Can 2012;(280):S1-S10.

107. American College of Obstetricians and Gynecologists. Emergency contraception. ACOG Pract Bull 2010;(112).

108. Society for Adolescent Medicine, Gold MA, Sucato GS, Conard LA, Hillard PJ. Provision of emergency contraception to adolescents. J Adolesc Health 2004;35(1):66-70.

109. Gautier A, Kersaudy-Rahid D, Lydié N. Pratiques contraceptives des femmes de moins de 30 ans : entre avancées et inégalités. AGORA Débat Jeunesses 2013;63(1):88-101.

110. Foster DG, Ralph LJ, Arons A, Brindis CD, Harper CC. Trends in knowledge of emergency contraception among women in California, 1999-2004. Womens Health Issues 2007;17(1):22-8.

111. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, *et al.* Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. BMC Med Res Methodol 2007;7:10.

Participants

► Équipe

Ce travail a été coordonné dans le Service évaluation économique et santé publique (SEESP) par le D^r Françoise F. Hamers, sous la direction de M^{me} Catherine Rumeau-Pichon et du D^r Olivier Scemama.

L'analyse des freins à l'utilisation de la contraception d'urgence a été réalisée par M. Fabien Colaone, étudiant en Master 2 « Recherche en économie de la santé », stagiaire au SEESP. L'analyse des aspects réglementaires et juridiques a été réalisée par M^{me} Lamia El Aaraje, étudiante en pharmacie, stagiaire au SEESP.

L'extraction des données du GERS, de l'Assurance maladie et de Celtipharm a été réalisée par M^{me} Stéphanie Leclerc, SEESP. L'analyse des données du Baromètre Santé 2010 a été réalisée par M. Arnaud Gautier, biostatisticien, et M^{me} Delphine Kersaudy-Rahib, épidémiologiste, à l'Inpes.

La recherche et la gestion documentaire ont été effectuées à la HAS par M^{me} Sophie Despeyroux, documentaliste et M^{me} Renée Cardoso, assistante documentaliste.

Le secrétariat a été assuré par M^{me} Sabrina Missouri.

► Les sociétés savantes, institutions, associations professionnelles et associations d'usagers suivantes ont été sollicitées pour l'élaboration de ces recommandations

Agence nationale du médicament et des produits de santé (ANSM)

Association des épidémiologistes de langue française (ADELF)

Association française pour la contraception (AFC)

Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception (ANCIC)

Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

Collège de médecine générale (CMG)

Collège national des gynécologues obstétriciens français (CNGOF)

Collège national des sages-femmes

Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française (Cespharm)

Confédération sociale des familles

Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale (CSIS)

Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale

Fédération nationale familles rurales

Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm)

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

Institut national des études démographiques (Ined)

Direction générale de l'enseignement scolaire (Dgsc)

Mouvement français pour le planning familial (MFPF)

Société française de gynécologie

Société française de santé publique (SFSP)

Union nationale des associations familiales (UNAF)

► Groupe de travail

D^f Malika Amelou, médecin responsable de la Protection maternelle et de la Planification familiale, service de PMI, Paris

M^{me} Agnès Bagaza-Benito, sage-femme, Surgère

M^{me} Nathalie Bajos, sociologue-démographe, INSERM, le Kremlin-Bicêtre

M. Jean-Christophe Boscher, sage-femme, Saint-Brieuc

M^{me} Alice Collet, conseillère conjugale, Planning Familial, Commission Nationale Contraception, Paris

D^f Aurélie-Réjane Ferrara, médecin généraliste, Reims

D^f Christophe Guigné, médecin de santé publique, Direction des services départementaux de l'éducation nationale (DSDEN) Haute-Savoie, Annecy

D^f Martine Hatchuel, gynécologue obstétricien, Paris

M^{me} Nadine Huret, pharmacienne d'officine, Arras

D^f Marie-Josée Kubler-Levêque, médecin généraliste, Thann

M^{me} Florence Loyer, pharmacienne d'officine, Coignières

M^{me} Béatrice Magdelaine-Aubry, représentante d'usagers, Familles rurales, Fédération nationale, Paris

D^f Françoise Moustéou, gynécologue médical, Cagnes sur Mer

M^{me} Delphine Kersaudy-Rahib, épidémiologiste, Inpes, Saint-Denis

M^{me} Émilie Rodriguez-Damian, chargée de mission, Direction Générale de la Cohésion Sociale, Service des droits des Femmes et de l'égalité

M^{me} Nathalie Tellier, représentante d'usagers, Union nationale des associations familiales, Paris

M^{me} Camille Thomassin, pharmacienne, ANSM, Saint Denis

M^{me} Anouch Zarouchian, étudiante, La Mutuelle des Étudiants (LMDE), Paris

► Groupe de lecture

D^f Elisabeth Aubeny, gynécologue médical, Paris

D^f Jean Belaisch, gynécologue médical, Paris

M^{me} Marlène Berteau-Mevel, sage-femme, Mazé

D^f Fabienne Blanchet, directeur du CESPARM, Paris

D^f Sylvain Bouquet, médecin généraliste, Lamastre

P^f Nathalie Chabert-Buffer, endocrinologue, médecin de la reproduction, Paris

D^f Dominique Cholley, médecin-conseil, CNAMTS Languedoc-Roussillon

M. Sébastien Clerc, sage-femme, Charquemont

M^{me} Laurence Communal, professeur de SVT, DGESCO, Grenoble

D^f Évelyne Joubert, chef de projet, Service évaluation des médicaments HAS

P^f Marie-France Le Goaziou, médecin généraliste, Saint-Priest

M^{me} Véronique Le Ralle, chargée de mission, Conseil général Essonne

P^f Henri Léridon, démographie, Ined, Paris

D^f Jean-Claude Magnier, gynécologue médical, Paris

D^f Caroline Moreau, médecin de santé publique, Inserm et université Johns Hopkins

D^f Pascal Perrot, médecin-conseil national et Directeur de la gestion des risques et de l'action sociale, RSI, Paris

M^{me} Karine Petitprez, chef de projet, Service des bonnes pratiques professionnelles HAS

D^f François Pillon, pharmacologue, Dijon

M ^{me} Anne Constans, sage-femme, Bron	M. David Pioli, représentant d'usagers, UNAF
D ^r Muriel Couteau, gynécologue médical, centre de planification du Carrefour Santé Jeunes, Alpes-Maritimes	M ^{me} France Prioux, démographe, Ined, Paris
D ^r Laurence Danjou, gynécologue médical, Paris	M ^{me} Jocelyne Rivat-Krisner, sage-femme, Saint-Dié-des-Vosges
D ^r Madeleine Dayan, gynécologue médical, Paris	M ^{me} Catherine Rousseau, infirmière, conseillère technique à la direction académique de l'Oise, académie d'Amiens
M ^{me} Agnès de la Bourdonnaye, sage-femme, Nantes	D ^r Marie-Thérèse Roux, médecin de santé publique, DGESCO, Poitiers
D ^r Pia de Reilhac, gynécologue médical, Nantes	D ^r Claude Rozier, médecin de santé publique, DSDEN-Ardèche, Privas
M ^{me} Perrine Deschaux, sage-femme, Rennes	M ^{me} Élisabeth Tarraga, sage-femme, Chamalières
D ^r Laurence Esterle, médecin généraliste, directrice de recherche, Inserm	M ^{me} Julie Tort, sage-femme, Paris
D ^r Sophie Eyraud, médecin généraliste, Le Plessis Robinson	M. Laurent Toulemon, démographe, Ined, Paris
M ^{me} Emmanuelle Fabre, pharmacien-conseil, CNAMTS, Paris	D ^r Françoise Tourmen, gynécologie médicale, Angers
M ^{me} Céline Glorie, sage-femme, ANSFO, Paris	D ^r Françoise Warynski, gynécologue obstétricien, chargée de la périnatalité, PMI conseil générale du Haut Rhin
D ^r Danielle Hassoun, gynécologue obstétricien, Paris	

► Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des personnes ayant participé aux groupes de travail et de lecture ainsi que le D^r Anne-Marie Lehr-Drylewicz, le D^r Pascal Auquier et M. Olivier Lacoste, membres de la Commission évaluation économique et santé publique de la HAS, pour leur relecture attentive de l'argumentaire et des recommandations.

Annexe 1. Lettre de saisine de la DGS



Ministère de la santé et des sports

Paris, le 07 AVR. 2010

Direction générale de la santé

Sous-direction : Promotion de la santé
et prévention des maladies chroniques

Bureau : Santé des populations

LE DIRECTEUR GENERAL
DE LA SANTE

A
MONSIEUR LE PRESIDENT
DE LA HAUTE AUTORITE
DE SANTE

A l'attention de Madame Laurence Michel
Chef du service « Bonnes pratiques
professionnelles »

Objet : Recommandations professionnelles relatives à la contraception

L'Inspection générale des affaires sociales a, tout récemment, réalisé une évaluation de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception et a, dans ce cadre, dressé un bilan des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des IVG menées au cours des dernières années.

Les constats du rapport d'évaluation de Mesdames Aubin et Jourdain-Meminger, publié en février 2010, apportent un éclairage essentiel sur la situation française qui apparaît actuellement contrastée : une bonne couverture contraceptive globale ne permettant pas d'éviter de trop nombreux échecs contraceptifs, une information relative à la prévention encore insuffisante, notamment en direction des jeunes, des inégalités territoriales dans la prise en charge des IVG...

L'ensemble des recommandations émises dans le document d'évaluation constitue un support précieux pour la préparation des décisions à prendre. Des mesures ont, d'ores et déjà, été annoncées le 8 mars dernier par la ministre chargée de la santé, dans le cadre de la journée internationale de la femme.

Parmi les mesures annoncées le 8 mars 2010 en faveur d'une politique active de prévention, la ministre chargée de la santé a souhaité que la Haute autorité de santé émette un avis sur la préconisation d'anticipation de la prescription d'une contraception d'urgence formulée par la recommandation n°18 du rapport de l'IGAS : « encourager la prescription et la délivrance de la contraception d'urgence à l'avance ». Cette recommandation est contenue dans le document spécifiquement consacré à la contraception (« La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence »).

L'IGAS observe que l'efficacité de la contraception d'urgence est étroitement corrélée à la rapidité de son administration. La conséquence logique de cette notion d'urgence serait, selon les rapporteurs, d'assurer la disponibilité à l'avance du produit.

Le nombre encore important de grossesses non désirées et d'IVG incite à envisager une réflexion approfondie sur cette proposition du rapport de l'IGAS. Si cette position est partagée par certains professionnels, elle ne fait pas l'objet d'un consensus. Certains estiment, en effet, qu'il conviendrait de mieux prendre en compte les risques relatifs à une prescription de la contraception d'urgence à titre systématique et notamment :

- le risque d'une utilisation banalisée de la contraception d'urgence et d'une moindre observance de la contraception orale régulière pour les femmes qui en utilisent une ;
- le risque d'un éventuel effet contre-productif de cette prescription sur la mise en œuvre d'une contraception régulière ;
- une prise de risque accrue en matière d'infections sexuellement transmissibles (non utilisation du préservatif).

Je vous serais obligé de bien vouloir me faire connaître, après expertise de cette proposition, la position de votre instance sur ce sujet.

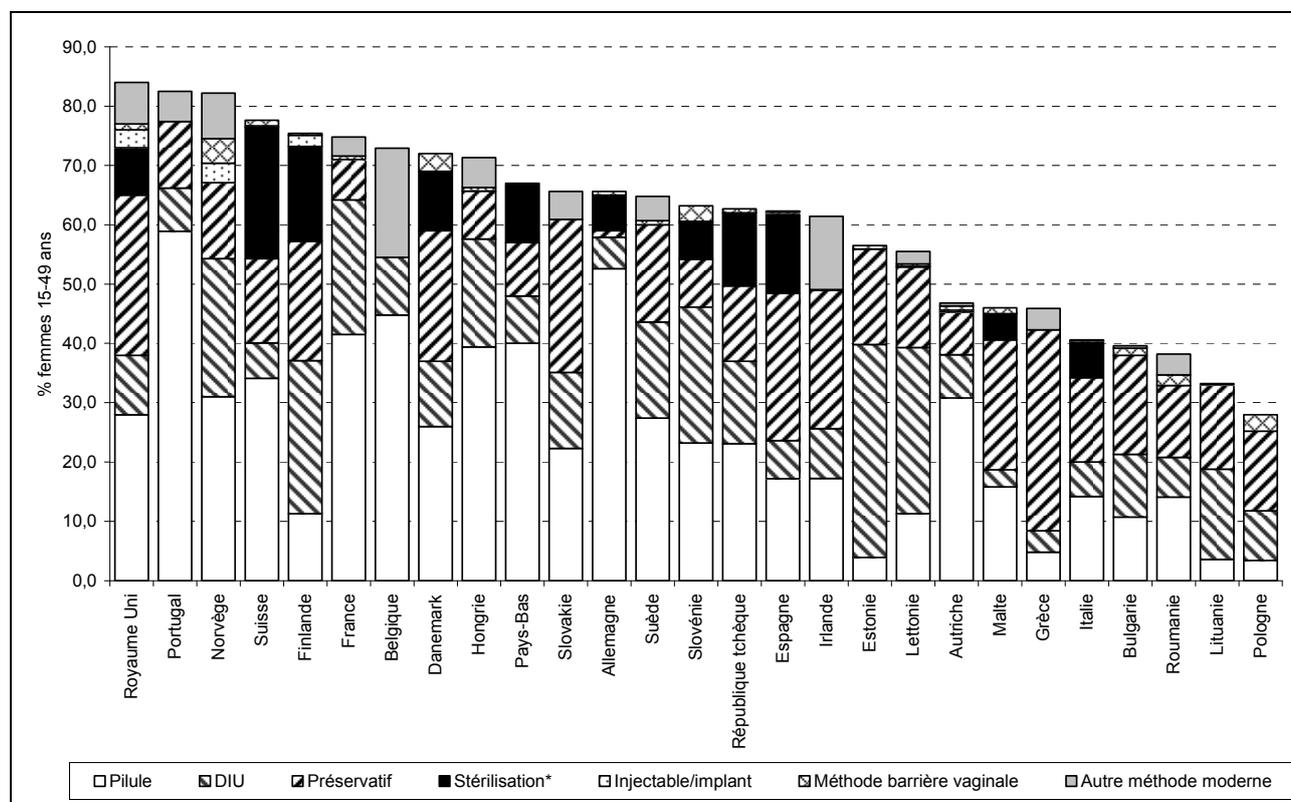
Le Directeur Général de la Santé,



Pr **Didier HOUSSIN**

Annexe 2. Prévalence contraceptive dans les différents pays européens

Figure 5. Prévalence contraceptive (méthodes modernes) dans les pays de l'Union européenne et de l'AELE



Méthodes modernes : pilules, stérilet, implant et injectable, préservatif masculin et féminin, méthode barrières vaginale, stérilisation masculine et féminine, contraception d'urgence.

Champ : femmes de 15-49 ans mariées ou en couple.

Source : United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, World Contraceptive Use 2011 World Contraceptive use 2011. Disponible sur :

<http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2011/contraceptive2011.htm> (Consulté le 23/08/2011).

* inclut la stérilisation des hommes et des femmes.

AELE = Association européenne de libre échange.

Annexe 3. Centres planification ou d'éducation familiale (CPEF)

Tableau 14. Nombre de CPEF et taux pour 100 000 femmes, par région, France, 2012

Région	Nombre de CPEF	Nombre de CPEF pour 100 000 femmes de 15-19 ans	Nombre de CPEF pour 100 000 femmes de 15-49 ans
Alsace	19	33,1	4,3
Aquitaine	49	53,5	6,9
Auvergne	18	48,3	6,4
Basse-Normandie	25	55,2	7,9
Bourgogne	31	65,5	8,9
Bretagne	38	40,3	5,5
Centre	38	50,9	6,9
Champagne-Ardenne	21	51,6	7,0
Corse	9	110,3	13,2
Franche-Comté	14	39,7	5,4
Haute-Normandie	42	71,3	10,0
Île-de-France	354	97,3	11,8
Languedoc-Roussillon	47	60,7	8,2
Limousin	10	51,4	6,6
Lorraine	26	36,1	4,8
Midi-Pyrénées	65	77,9	10,2
Nord-Pas-de-Calais	91	66,9	9,5
PACA	93	64,3	8,5
Pays-de-Loire	33	30,4	4,2
Picardie	38	62,6	8,7
Poitou-Charentes	29	58,7	7,8
Rhône-Alpes	113	58,5	7,9
France métropolitaine	1 203	64,1	84,4
Guadeloupe	20	130,0	19,6
Guyane	8	78,2	13,7
Martinique	18	120,3	17,8
La Réunion	6	17,3	2,7
France total	1 255	63,8	84,5

Source : pour le nombre de CPEF : <http://www.sante.gouv.fr/les-centres-de-planification-ou-d-education-familiale.html> (consulté 6/8/2012).

Annexe 4. Tarifs et taux de remboursements des consultations de professionnels habilités à prescrire une contraception d'urgence

Tableau 15. Tarif et taux de remboursements des consultations de professionnels habilités à prescrire une contraception d'urgence, 2012

Spécialité	Tarif	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé	Reste à charge
Généraliste *	23 €	23 €	70 %	15,10 €	7,90 €
Gynécologue †	28 €	28 €	70 %	18,60 €	9,40 €
Sage-femme ‡	21 €	21 €	70 %	14,70 €	6,30 €

* Secteur 1 ; tarif applicable au 26 mars 2012.

† Secteur 1 ou secteur 2 avec option de coordination ; tarif applicable au 26 mars 2012.

‡ Tarif applicable au 15 septembre 2012.

Source : Site internet de l'Assurance maladie. Les montants remboursés indiqués tiennent compte de la participation forfaitaire de 1 € retenue sur chaque consultation ou acte réalisé par un médecin, sauf pour les personnes de moins de 18 ans, les femmes enceintes à partir du sixième mois de grossesse jusqu'à douze jours après l'accouchement, les bénéficiaires de la CMU complémentaire ou de l'aide médicale de l'État. Cette participation forfaitaire ne s'applique pas pour les soins pratiqués par une sage-femme.

Annexe 5. Historique du cadre juridique et réglementaire de la contraception d'urgence

- La loi Neuwirth du 28 décembre 1967, relative à la régulation des naissances autorise la contraception et supprime les dispositions législatives antérieures contenues notamment dans les articles 3 et 4 de la loi datant du 31 juillet 1920 qui interdisaient la prophylaxie anticonceptionnelle. Toutefois, il faudra attendre 1972 pour que les décrets d'application de la loi paraissent. La véritable libéralisation de la contraception se produit avec son remboursement par la Sécurité Sociale le 5 décembre 1974.
- La loi du 4 décembre 1974 autorise les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) à délivrer à titre gratuit et anonyme des contraceptifs, sur prescription médicale, aux mineures désirant garder le secret²⁶. Un décret du 6 août 1992 autorise les CPEF à assurer, sous la responsabilité d'un médecin, le dépistage et le traitement de certaines infections sexuellement transmissibles et le dépistage de l'infection par le VIH. Depuis 2000, les activités de dépistage et de traitement réalisées dans les centres de planification concernent l'ensemble des infections sexuellement transmissibles.
- En mai 1999, la vente sans prescription médicale de la pilule de contraception d'urgence (PCU) au lévonorgestrel (LNG) est autorisée en France. Cette disposition sera inscrite dans la loi du 13 décembre 2000 qui 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.
- La loi du 13 décembre 2000 autorise également la délivrance de la PCU au LNG aux mineures désirant garder le secret et son administration par les infirmières, aux élèves mineures et majeures des collèges et des 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. Cette loi est venue répondre à l'annulation, par le Conseil d'État, des mesures contenues dans le protocole national sur l'organisation des soins et des urgences dans les écoles et les établissements publics locaux d'enseignement, et permettant aux infirmières la délivrance de la PCU au LNG contraception d'urgence orale aux mineures (et dans certains cas aux majeures), qui en ont besoin. Cette disposition s'inscrivait dans une démarche globale d'éducation à la sexualité et à la vie, et participait de la mise en place d'un dialogue avec les jeunes sur la prévention des risques et une information sur la contraception. Toutefois, plusieurs associations de défense de la famille et de lutte contre l'avortement ont alors déposé un recours pour excès de pouvoir contre les dispositions du chapitre 6 du protocole national. L'annulation partielle de ce protocole a donc eu pour conséquence le dépôt d'une proposition de loi sur la contraception d'urgence le 13 septembre 2000 et le vote de la loi du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence qui modifiait la loi du 28 décembre 1967. L'adoption de cette loi a par ailleurs été suivie par la parution, le 12 avril 2001, d'un protocole national sur la contraception d'urgence en milieu scolaire, depuis abrogé. Les modalités de la délivrance de la PCU au LNG en milieu scolaire sont désormais fixées par les articles D. 5134-5 à D5134-10 du Code de la santé publique.
- La loi du 13 décembre 2000 autorise également la délivrance de la PCU au LNG à titre gratuit par les pharmaciens aux mineures désirant garder le secret. Le décret du 9 janvier 2002, pris pour l'application de cette disposition, met en place une filière directe de remboursement par l'Assurance maladie aux pharmaciens des boîtes délivrées à ce titre. Il subordonne la délivrance à un entretien préalable destiné à vérifier que la situation de la destinataire répond aux conditions d'utilisation de la contraception d'urgence et à lui fournir toutes les informations utiles pour mettre en place une couverture contraceptive et une prévention des maladies

²⁶ Ainsi son art. 2 disposait que « [les] centres de planification ou d'éducation familiale agréés [soient] autorisés à délivrer, à titre gratuit, des médicaments, produits ou objets contraceptifs, sur prescription médicale, aux mineurs désirant garder le secret ainsi qu'aux personnes ne bénéficiant pas de prestations maladie, assurées par un régime légal ou réglementaire. Dans ces cas, les frais d'analyses et d'examens de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives sont supportés par les centres de planification ou d'éducation familiale ».

sexuellement transmissibles. Il précise que la condition de minorité qui ouvre droit à la délivrance gratuite est justifiée par simple déclaration oral de l'intéressée.

- La loi du 4 juillet 2001 reprend d'une part les dispositions contenues dans celle du 13 décembre 2000, et ne soumet plus la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux mineurs au consentement des titulaires de l'autorité parentale ou du représentant légal et, d'autre part, prescrit des séances obligatoires d'information et d'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées ainsi que dans toutes les structures accueillant des personnes handicapées.
- La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), dans ses articles 86 à 89, a associé de nouveaux professionnels dans le domaine de la contraception : les sages-femmes sont désormais autorisées à prescrire toute méthode contraceptive, les infirmières et les pharmaciens à renouveler les prescriptions de contraceptifs oraux pour une durée, non renouvelable, de 6 mois maximum et les services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé à délivrer une contraception notamment d'urgence.
- De récents décrets visent à l'application des dispositions précédentes. Le décret n° 2012-883 du 17 juillet 2012, relatif à la dispensation supplémentaire de contraceptifs oraux par le pharmacien, autorise le renouvellement de la délivrance de la contraception par les pharmaciens (6 mois) Le renouvellement de la prescription par les infirmières (6 mois) est quant à lui autorisé depuis le décret n° 2012-35 du 10 janvier 2012. Un accès anonyme et gratuit à la PCU au LNG dans les services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé est ouvert par le décret n° 2012-910 du 24 juillet 2012. Enfin, le décret n° 2012-881 du 17 juillet 2012 portant modification du Code de déontologie des sages-femmes précise leurs compétences en matière de contraception.
- 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. La LFSS 2013 prévoit également que le gouvernement remette au Parlement, un an après sa promulgation, un rapport sur les conditions dans lesquelles pourrait être amélioré, notamment par une meilleure prise en charge financière, l'accès à une contraception choisie et adaptée pour tous.
- 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 de pharmacie. Le site internet doit obligatoirement être adossé à une officine de pharmacie ayant pignon sur rue. L'ordonnance du 19 décembre 2012, en son article L. 5125-34, prévoyait que seuls pouvaient être vendus en ligne les médicaments dits « de médication officinale ». Il s'agissait des médicaments présentés au public en libre accès, c'est-à-dire « devant le comptoir » des pharmaciens. Par ordonnance du 14 février 2013, le juge des référés du Conseil d'État a suspendu l'exécution de l'article L. 5125-34 du Code de la santé publique « en tant que cet article ne limite pas aux seuls médicaments soumis à prescription obligatoire l'interdiction de faire l'objet de l'activité de commerce électronique ». Dans l'attente du jugement de l'affaire au fond par le conseil d'État, tous les médicaments non soumis à prescription médicale obligatoire peuvent donc être vendus sur internet. La PCU au LNG fait donc partie de cette liste.

Annexe 6. Évolution du nombre de contraceptions d'urgence hormonales vendues chaque année en France

Année	Norlevo®	Lévonorgestrel Biogaran	EllaOne®	Total
1999	165 719			165 719
2000	569 104			569 104
2001	623 954			623 954
2002	725 753			725 753
2003	811 433			811 433
2004	918 304			918 304
2005	1 035 908			1 035 908
2006	1 101 810			1 101 810
2007	1 071 172	110 481		1 181 653
2008	884 981	327 975		1 212 956
2009	838 623	420 969	3 500	1 263 092
2010	753 952	504 088	14 156	1 272 196
2011	674 792	568 198	32 346	1 275 336

Champ : France entière.
Source : GERS.

Annexe 7. Contraception d'urgence en milieu scolaire

Tableau 16. Demandes et délivrances de contraception d'urgence en milieu scolaire, source : Dgesco

Académie	2009-2010		2010-2011*		2011-2012	
	Demandes	Délivrances	Demandes	Délivrances	Demandes	Délivrances
Aix-Marseille	597	509	442	358	682	543
Amiens	430	302	432	257	474	333
Besançon	306	266	346	273	327	258
Bordeaux	552	457	478	363	576	399
Caen	412	349	260	209	288	238
Clermont-Ferrand	246	216	227	186	219	153
Corse	82	79	NC	NC	183	72
Créteil	772	607	770	674	638	616
Dijon	371	260	358	211	374	269
Grenoble	483	367	268	185	477	339
Guadeloupe	132	113	30	19	130	83
Guyane	125	125	73	43	251	191
Lille	881	793	722	521	934	690
Limoges	178	133	171	133	170	138
Lyon	391	315	254	188	510	263
Martinique	284	204	185	150	346	226
Montpellier	573	487	554	440	525	364
Nancy-Metz	338	233	361	233	334	225
Nantes	673	609	564	464	647	523
Nice	440	371	424	320	512	324
Orléans-Tours	727	610	292	244	731	465
Paris	259	214	200	110	274	113
Poitiers	544	466	267	NC	546	362
Reims	298	233	214	130	238	161
Rennes	561	461	NC	NC	522	475
Réunion (La)	802	689	412	347	752	623
Rouen	484	442	355	231	552	320
Strasbourg	391	279	599	411	446	321
Toulouse	726	630	490	372	609	550
Versailles	1 098	906	487	340	968	735
Total	14 156	11 725	10 235	7 412	14 235	10 372
% délivrées par l'infirmier/ère		87,7 %		95,3 %		96,9 %

* Données incomplètes : 2 académies n'ont pas communiqué de données, et certaines ont fourni des données partielles.

Tableau 17. Nombre annuel de demandes et de délivrances de contraception d'urgence en milieu scolaire, 2002-2010

Année	Demandes				Délivrances			
	Total	Mineures		Majeures		Total	Par l'infirmier	
		N	%	N	%		N	%
2002-2003	12 039	9 034	75,0 %	3 005	25,0 %	8 544	4 520	52,9 %
2003-2004	16 347	12 309	75,3 %	4 038	24,7 %	12 098	8 535	70,5 %
2004-2005	14 605	11 450	78,4 %	3 155	21,6 %	11 576	8 619	74,5 %
2005-2006	14 264	11 220	78,7 %	3 044	21,3 %	11 263	8 836	78,5 %
2006-2007	14 268	11 223	78,7 %	3 045	21,3 %	11 925	9 672	81,1 %
2007-2008	13 825	11 041	79,9 %	2 784	20,1 %	11 387	9 148	80,3 %
2008-2009	13 818	11 211	81,1 %	2 607	18,9 %	11 508	9 614	83,5 %
2009-2010	14 156	11 623	82,1 %	2 533	17,9 %	11 725	10 287	87,7 %

La part des mineures est similaire pour les demandes et les délivrances, soit environ 80 % en moyenne.
Source : Dgesco.

Annexe 8. Baromètre Santé 2010 : Déterminants de l'utilisation de la contraception d'urgence

Tableau 18. Utilisation de la contraception d'urgence au cours des 12 derniers mois parmi les femmes sexuellement actives 12 mois (n = 2 234)

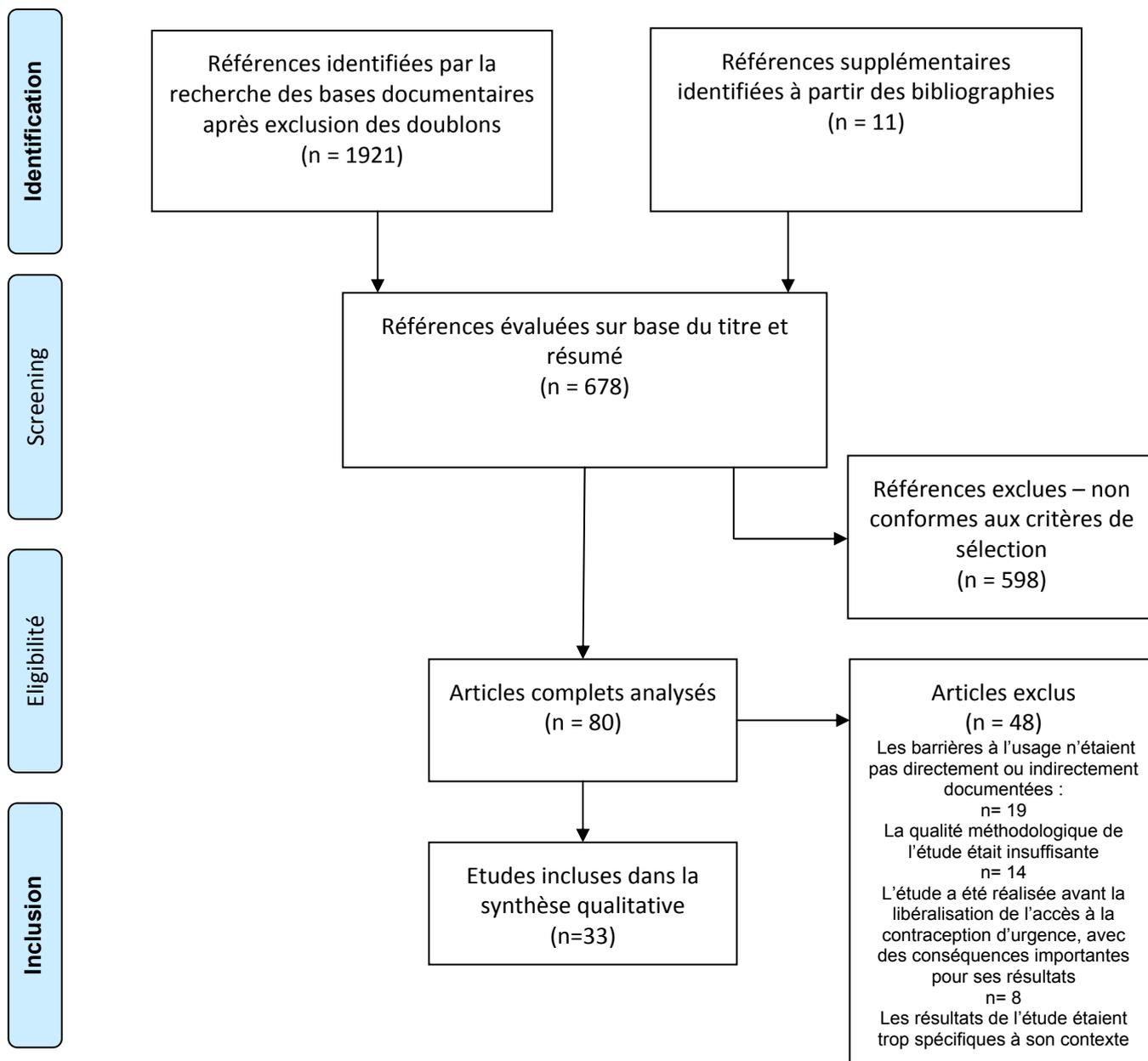
Facteurs associés à l'utilisation de la contraception d'urgence	Fréquence		Analyse multivariée		
	%	P	Odds ratio ajusté	Intervalle de confiance à 95 %	P
Âge					
15-19 ans	20,5		1		
20-24 ans	11,1		0,4	[0,3-0,6]	< 0,001
25-29 ans	6,8	< 0,001	0,2	[0,2-0,4]	< 0,001
Age au premier rapport sexuel					
≤ 15 ans ou moins	11,1		1		
16-17 ans	11,7		1,1	[0,7-1,7]	
18-19 ans	10,8		1,4	[0,9-2,3]	
≥ 20 ans	13,0		2,1	[1,1-4,1]	< 0,05
Situation financière					
À l'aise, ça va	10,6		1		
C'est juste	9,9		1,2	[0,8-1,9]	
Difficile/Dettes	14,1		1,9	[1,2-3,0]	< 0,001
Niveau de diplôme*					
Plus élevé	13,4		1		
Moins élevé	7,8		0,7	[0,5-1,0]	< 0,05
Taille d'agglomération					
Moins de 100 000 habitants.	9,5		1		
100 000 habitants ou plus	11,4		1,2	[0,8-1,7]	
Agglomération parisienne	14,3		1,6	[1,0-2,5]	< 0,05
Méthode contraceptive actuelle†					
Non médicalisée	19,3		1		
Médicalisée	10,6		0,6	[0,3-1,2]	
Pas de contraception/non concernée par la question	10,2*	< 0,05	0,5	[0,3-1,1]	

Source : Inpes - Baromètre Santé 2010. Gautier A., Kersaudy-Rahib D, Lydie N. Pratiques contraceptives des jeunes femmes de 15 à 29 ans : entre avancées et inégalités (109).

* niveau de diplôme tenant compte de l'âge au moment de l'enquête : le niveau est considéré comme « moins élevé » si aucun diplôme n'est déclaré par les jeunes filles de 15 à 19 ans, si le plus haut diplôme obtenu est inférieur au baccalauréat pour les jeunes filles de 20 à 24 ans et si le plus haut diplôme obtenu est inférieur à bac+2 pour les jeunes filles de 25 à 29 ans.

† les méthodes médicalisées regroupent la stérilisation, les DIU, les implants, patch, anneaux, injections et la pilule. Les méthodes non médicalisées comprennent le préservatif, les méthodes locales et naturelles.

Annexe 9. Diagramme du processus de revue systématique des freins à l'utilisation de la contraception d'urgence



Annexe 10. Études incluses dans la revue de littérature des freins à l'utilisation de la contraception d'urgence

Tableau 19. Caractéristiques des études retenues dans la revue de littérature des freins à l'utilisation de la contraception d'urgence

Auteur année	Pays, date	Participants	Objectifs	Freins rencontrés à l'utilisation de la PCU	Méthodes d'identification des freins	Remarques
Études quantitatives transversales						
Études françaises						
Moreau <i>et al.</i> , 2005 (34)	France, 2002	1 365 femmes recourant à une IVG dans 4 hôpitaux de la région parisienne et de Montpellier, dont 95 % ne désiraient pas tomber enceintes.	Déterminer les barrières à l'utilisation de la PCU auprès de femmes recourant à une IVG.	Au niveau des usagers : perception du risque de grossesse non prévue, connaissance de la PCU.	Analyses multivariées des déterminants de l'usage et de la connaissance de la PCU	Taux de réponse : 90,2 %
Direction régionale des affaires sanitaires et sociales Languedoc-Roussillon, 2006 (60)	France, 2006	PCU vendues dans la région du Languedoc-Roussillon en 2006	Évaluer la disponibilité de la PCU dans le temps et selon les territoires.	Au niveau structurel : vente selon les départements, taille d'agglomération, saison.	Analyse spatio-temporelle de données de ventes de PCU	Non applicable
Observatoire Régional de la santé d'Auvergne, 2010 (61)	France, 2009	359 pharmacies installées dans la région.	Identifier les difficultés rencontrées par les pharmaciens lors de la délivrance du LNG.	Au niveau des professionnels : difficultés éprouvées par les pharmaciens. Au niveau structurel : distribution selon la densité de population.	Questionnaire	Taux de réponse : 60,3 %.
Bajos <i>et al.</i> , 2012 (6)	France, 2010, 2011	5 275 femmes et 3 373 hommes de 15-49 ans recrutés par tirage aléatoire. 1 011 médecins généralistes et gynécologues exerçant en cabinet libéral.	Étudier les pratiques contraceptives, les échecs de la contraception, les grossesses et le recours à l'IVG Étudier les	Au niveau des professionnels : conseils sur la PCU.	Questionnaire	Non précisé

Auteur année	Pays, date	Participants	Objectifs	Freins rencontrés à l'utilisation de la PCU	Méthodes d'identification des freins	Remarques
			connaissances, attitudes et pratiques de médecins en matière de santé sexuelle et reproductive.			
Études étrangères						
Sorensen <i>et al.</i> , 2000 (36)	Danemark, 1994-1995	217 femmes enceintes d'au moins 12 semaines, consultant dans une clinique IVG à Copenhague et ayant une indication médicale d'IVG. Échantillon constitué par tirage aléatoire d'après une liste de patientes.	Évaluer les facteurs influençant l'utilisation de la PCU et en particulier l'effet des connaissances de la PCU sur son utilisation.	Au niveau des usagers : la connaissance de la PCU mais surtout la perception du risque de grossesse sont des déterminants de l'utilisation de la PCU.	Questionnaire. Analyse univariée	Non précisé
Perslev <i>et al.</i> , 2002 (35)	Danemark, 2000-2001	1 267 femmes enceintes d'au moins 12 semaines demandant une IVG dans 2 cliniques d'IVG à Copenhague.	Décrire les connaissances et l'utilisation de la PCU chez les femmes ayant recours à l'IVG.	Au niveau des usagers : connaissance de la PCU.	Questionnaire. Analyse univariée	Taux de réponse : 83,7 %
Killick et Irving, 2004 (59)	Royaume-Uni, date non précisée	419 questionnaires complétés par des femmes demandant une PCU dans un total de 112 pharmacies en Angleterre, Écosse et Pays de Galles.	Évaluer la disponibilité de la PCU.	Au niveau des usagers : connaissance de la PCU Au niveau des professionnels : attitudes des professionnels (décrites par les femmes) Au niveau structurel : disponibilité de la PCU.	Questionnaire	Le schéma de l'étude n'a pas permis de calculer le taux de participation.
Wu <i>et al.</i> , 2007 (51)	États-Unis, date non précisée	200 femmes contactant un service téléphonique de fourniture de la PCU dans la région de New York à	Déterminer les barrières à l'accès et les attitudes relatives à la PCU	Au niveau des usagers : gêne à se procurer la PCU en personne, crainte d'une attitude négative des	Entretiens semi-directifs et questionnaires à comprenant des items mentionnant directement	Taux de réponse : 65 %. Étude réalisée avant la législation de 2006

Auteur année	Pays, date	Participants	Objectifs	Freins rencontrés à l'utilisation de la PCU	Méthodes d'identification des freins	Remarques
		partir d'une information dispensée sur un site internet, entre février et juin 2006.	de femmes recherchant à y accéder sur internet.	professionnels de santé ; réticence à la prescription à l'avance par peur de comportements à risques. Facteurs structurels : contraintes temporelles de l'accès à un médecin.	l'existence et la nature des barrières rencontrées pour accéder à la PCU.	autorisant la vente sans prescription aux 18 ans et plus.
Kavanaugh et Schwarz, 2008 (46)	États-Unis, 2002	7 643 femmes représentatives de la population des États-Unis recrutées dans un sondage national sur la vie familiale et la contraception (<i>National Survey of Family Growth</i>).	Déterminer la relation entre conseil sur la PCU et utilisation de la PCU.	Au niveau des usagers : connaissance de la PCU	Analyse bivariée et multivariée de l'usage et de la réception de conseil médical portant sur la contraception d'urgence	Taux de participation à l'ensemble du sondage : 80 % Taux de réponse aux items sur la PCU : 99,9 %
Goyal <i>et al.</i> , 2009 (54)	États-Unis, 2006	282 praticiens exerçant auprès d'enfants dans des services d'urgences identifiés par leur adhésion à une association professionnelle nationale.	Décrire les comportements de prescription de la PCU aux adolescents dans les services d'urgence, la connaissance de la PCU par les praticiens et les barrières à sa délivrance.	Au niveau des professionnels : connaissance de la PCU, craintes d'effets indésirables, d'une incitation aux comportements à risque d'IST et de grossesses non prévues, manque de temps et de ressources.	Sondage par email <i>via</i> une plateforme anonyme dédiée portant sur les caractéristiques du médecin, ses comportements de prescription, les barrières identifiées à la délivrance de la PCU, la connaissance de la PCU. Analyses bivariées et multivariées des comportements de prescription	Taux de réponse : 42 %
Nguyen <i>et al.</i> , 2010 (53)	États-Unis, 2008	226 pharmaciens et employés de 91 pharmacies de l'État de Rhode Island recrutées en 2008.	Décrire l'attitude des pharmaciens et employés vis-à-vis de la délivrance de la PCU à des hommes.	Au niveau des professionnels : requête de la PCU par des hommes	Sondage par courrier portant sur l'attitude et le comportement des pharmaciens et employés face aux demandes de PCU formulées par des hommes pour leur	Taux de réponse des pharmacies : 60,3 % Taux de réponse des praticiens inconnu

Auteur année	Pays, date	Participants	Objectifs	Freins rencontrés à l'utilisation de la PCU	Méthodes d'identification des freins	Remarques
					partenaire.	
Hobbs <i>et al.</i> , 2011 (37)	Australie, 2008	632 femmes de 16-35 ans recrutées à l'échelle nationale. Échantillon constitué par une méthode aléatoire et pondéré par caractéristiques sociodémographiques	Décrire la connaissance de la PCU et ses déterminants ainsi que l'ensemble des barrières à son usage.	Au niveau des usagers : connaissance de la PCU, perception négative de la PCU, crainte d'effets indésirables, interactions avec les praticiens, perception du risque de grossesse non prévue.	Sondage téléphonique portant sur l'usage, la connaissance et la perception de la PCU. Analyses descriptives, analyse multivariée des déterminants de l'usage.	Taux de réponse : 74,4 %
Autres études quantitatives						
Études françaises						
Goulard <i>et al.</i> , 2006 (32)	France, 2000-2001	2 863 femmes de 18-44 ans recrutées en populations générale en 2000 par sélection aléatoire, avec surreprésentation des femmes à risque de grossesse non prévue.	Évaluer les déterminants de l'usage de la PCU.	Au niveau des usagers : connaissance de la PCU et de ses modalités d'accès.	Étude de cohorte prospective avec constitution d'un échantillon représentatif de femmes à risque de grossesse non prévue. Analyse multivariée des déterminants de l'usage de la PCU.	Taux de réponse : 77,7 %
Études étrangères						
Glasier <i>et al.</i> , 2004 (52)	Royaume-Uni, 1999-2001	2 629 femmes en âge de procréer vivant dans la région de Lothian (GI) ou dans une parmi 3 autres régions écossaises. 97 cabinets médicaux (<i>general practice</i>) dans la région de Lothian.	Démontrer la faisabilité de fournir la PCU à l'avance et évaluer l'effet de cette intervention sur les IVG	Au niveau des usagers : manque de perception du risque de grossesse Au niveau des professionnels : crainte d'incitation des comportements sexuels à risque.	Projet pilote	Taux de participation : 41 %
Gee <i>et al.</i> , 2005 (58)	États-Unis, 2005, 2007	Toutes les pharmacies dans les villes d'Atlanta, Boston et Philadelphie.	Évaluer le changement de disponibilité de la PCU après le changement de statut du LNG.	Au niveau structurels : disponibilité et prix de la PCU	Étude transversale répétée	Taux de participation, 2005 : 75 % ; 2007 : 82 %

Auteur année	Pays, date	Participants	Objectifs	Freins rencontrés à l'utilisation de la PCU	Méthodes d'identification des freins	Remarques
Foster <i>et al.</i> , 2007 (110)	États-Unis, 1999-2004	11 198 femmes résidant en Californie sondées par téléphone par vagues annuelles.	Examiner l'évolution de la connaissance de la PCU et des déterminants socio-économiques de cette connaissance.	Au niveau des usagers : connaissance de la PCU	Étude transversale répétée sans constitution de panel. Questionnaire téléphonique sur la contraception d'urgence. Analyses bivariées et multivariées avec des variables démographiques et socio-économiques.	Taux de participation à l'ensemble du sondage compris entre 72 et 81 % selon les vagues. Taux de réponse aux items sur la PCU : 88,5 % Définition de la connaissance limitée.
Petersen <i>et al.</i> , 2007 (90)	États-Unis, 2003-2004	737 femmes de 16-44 ans dans 3 centres de santé primaire en Caroline du Nord	Évaluer l'acceptabilité et l'utilisation d'une prescription à l'avance de la PCU.	Au niveau des usagers : refus de prescription de PCU, perception de la PCU.	ECR d'une intervention de conseil sur la PCU. Analyse multivariée de l'utilisation et du refus de prescription de la PCU par les femmes.	18 % des usagers dont l'éligibilité a été évaluée ont été inclus dans l'ECR. Taux de réponse : 100 % Pas d'analyse qualitative des raisons du refus et des freins à l'usage de la PCU.
Rocca <i>et al.</i> , 2007 (38)	États-Unis, 2001-2003	2 117 femmes de la région de San Francisco recrutées entre 2001 et 2003 dans des cliniques de planning familial ayant une activité sexuelle et ne suivant pas une méthode contraceptive de long terme.	Évaluer l'acceptabilité de la PCU et les raisons du recours et du non-recours à la PCU	Au niveau des usagers : difficulté à obtenir la PCU, craintes d'effets indésirables, perception du risque de grossesse non prévue. Facteurs structurels : Difficultés d'accès	Étude basée sur l'ECR de Raine <i>et al.</i> (48). Statistiques descriptives à partir des trois bras de l'étude. Analyse multivariée des déterminants de l'usage et sondage sur les raisons du non usage.	48,5 % des usagers dont l'éligibilité a été évaluée ont été inclus dans l'ECR. Taux de réponse : 91,5 %. Étude réalisée avant la législation de 2006 autorisant la vente sans prescription aux 18 ans et plus.

Auteur année	Pays, date	Participants	Objectifs	Freins rencontrés à l'utilisation de la PCU	Méthodes d'identification des freins	Remarques
Études qualitatives						
Études françaises						
Amsellem-Mainguy, 2009 (62)	France, non précisé	64 femmes de 15-25 ans vivant en France métropolitaine et ayant déjà utilisé la PCU.	Analyser l'accès à la contraception d'urgence.	Au niveau des usagers : représentations de la PCU, craintes d'effets indésirables, coût.	Entretiens	
Delotte <i>et al.</i> , 2008 (63)	France, 2006	53 pharmacies sélectionnées de manière aléatoire dans la ville de Nice.	Évaluer l'application dans les pharmacies françaises du décret 2002-39 relatif à la délivrance de la PCU aux mineures.	Au niveau des professionnels.	Enquête par client mystère (mineure demandant une PCU) sur la délivrance de la PCU par les pharmaciens.	
Gainer <i>et al.</i> , 2003 (57)	France, Suède, Norvège, Portugal, 2001-2002	98 femmes (France : 28, Suède : 27, Norvège : 26, Portugal : 17) ayant eu recours à la PCU sans prescription et recrutées dans des grands centres urbains.	Décrire et comparer les expériences des femmes ayant eu recours à la PCU en 2001-2002 dans quatre pays.	Au niveau des professionnels : attitudes des pharmaciens.	<i>Focus group</i>	
Études étrangères						
Free <i>et al.</i> , 2002 (42)	Royaume-Uni, date non précisée	41 femmes de 16-25 ans socialement défavorisées, recrutées dans des cliniques de médecine générale, des foyers pour jeunes sans domicile fixe, des écoles et cliniques de planning familial à Londres.	Étudier les déterminants de l'utilisation et la non utilisation de la PCU auprès de jeunes femmes défavorisées.	Au niveau des usagers : perception du risque de grossesse non prévue, perceptions négatives de la PCU, interactions avec les professionnels.	Entretiens semi-directifs portant sur l'usage de la contraception et de la PCU et les expériences de la PCU.	
Karasz <i>et al.</i> , 2004 (45)	États-Unis, date non précisée	38 patients et 25 professionnels dans 2 centres de soins de santé primaires du quartier du	Préciser l'attitude des patients et des professionnels de	Au niveau des professionnels de santé : difficulté de replacer le conseil et la prescription à l'avance de la PCU dans le	Entretiens semi-directifs avec les patients et les professionnels de santé ; réflexion sur la base de	

Auteur année	Pays, date	Participants	Objectifs	Freins rencontrés à l'utilisation de la PCU	Méthodes d'identification des freins	Remarques
		Bronx à New York, population d'origine sociale défavorisée et avec surreprésentation des minorités ethniques.	santé à l'égard de la PCU pour définir les barrières potentielles à sa fourniture à l'avance.	cadre d'une consultation générale, crainte d'une incitation aux comportements sexuels à risque d'IST. Au niveau des usagers : craintes d'effets indésirables.	plusieurs modèles de prescription de la PCU présentés aux deux groupes.	
Fairhurst <i>et al.</i> , 2004 (49)	Royaume-Uni, 1999-2001	44 professionnels de santé et 22 femmes ayant participé à un projet pilote de fourniture à l'avance de la PCU en Écosse (52).	Étudier les raisons pour lesquelles la provision à l'avance de la PCU n'est pas associée à une réduction des IVG.	Au niveau des usagers : faible demande du fait de doutes quant à la pertinence et de la crainte de jugement moral de la part des professionnels de santé. Au niveau des professionnels : crainte d'une incitation à l'usage répété de la PCU et aux comportements sexuels à risque d'IST, difficulté d'aborder la question de la PCU dans une consultation.	Entretiens concernant l'opinion et les pratiques des usagers et praticiens au cours du projet de recherche (52).	Mode de constitution de l'échantillon d'usagers et de professionnels incomplètement explicite.
Fairhurst <i>et al.</i> , 2005 (56)	Royaume-Uni, 1999-2001	44 professionnels de santé dans 11 cabinets médicaux ayant participé à un projet pilote de fourniture à l'avance de la PCU en Écosse (52)	Étudier les déterminants de succès de la promotion et délivrance à l'avance de la PCU parmi les professionnels de santé.	Au niveau des professionnels : perception de la PCU, modèle de prescription.	Analyse descriptive des taux de distribution de la PCU et des caractéristiques et attitudes des cabinets médicaux Entretiens semi-directifs concernant l'opinion et les pratiques des praticiens au cours du projet de recherche (52)	Échantillon <i>ad hoc</i> de cabinets et de professionnels.
Shoveller <i>et al.</i> , 2007 (40)	Canada, 2004	52 femmes de 15-29 ans, d'origine ethniques et de caractéristiques socioéconomiques variables vivant dans la région de Vancouver.	Étudier les connaissances, attitudes et expériences des femmes sur la PCU.	Au niveau des usagers : faible perception du risque de grossesse non prévue, perception de la PCU comme une méthode d'avortement, craintes d'effets indésirables à court (santé) et long terme (fertilité), expériences	Entretiens non directifs avec 40 femmes, <i>focus groups</i> avec 12 femmes, entretiens avec 5 « informateurs ».	Échantillon <i>ad hoc</i> conçu pour disposer d'une large représentation ethnique avec surreprésentation de femmes

Auteur année	Pays, date	Participants	Objectifs	Freins rencontrés à l'utilisation de la PCU	Méthodes d'identification des freins	Remarques
				d'attitudes stigmatisantes et d'interactions négatives avec les professionnels de santé, crainte du manque de confidentialité pour la formulation de la demande. Barrières structurelles : accessibilité physique de la PCU (enjeu de confidentialité).		originaires d'Asie ou d'Asie du Sud.
Whittaker <i>et al.</i> , 2008 (47)	États-Unis, 2004-2005	24 professionnels de santé exerçant dans des cliniques de planning familial en Pennsylvanie entre 2004 et 2005, 111 professionnels exerçant dans l'ensemble des 89 cliniques de planning familial publiques en Pennsylvanie en 2005.	Déterminer les barrières à l'implémentation d'une fourniture à l'avance de la PCU dans un contexte de pratique clinique.	Au niveau des professionnels : difficultés à proposer une PCU à l'avance (implications en termes de jugement de valeur, contraintes temporelles, complément avec méthode contraceptive).	Entretiens semi-directifs avec 22 professionnels portant sur leur attitude et celle des usagers vis-à-vis de la fourniture à l'avance ; sondage par email de 111 professionnels.	Taux de réponse des professionnels : - entretiens = 91,7 % - sondage = inconnu Les résultats de l'étude portant sur les freins au niveau des usagers ont été exclus du fait de la méthodologie employée.
Mollen <i>et al.</i> , 2008 (50)	États-Unis, date non précisée	30 femmes de 15-19 ans noires, vivant en milieu urbain et fréquentant le service d'urgence pédiatrique d'un hôpital de Philadelphie.	Étudier les connaissances attitudes et croyance sur la PCU et identifier les barrières à l'utilisation auprès d'adolescentes issues de minorités ethniques.	Au niveau des usagers : connaissance de la PCU, perception négative de la PCU, crainte d'attitudes stigmatisantes et du manque de confidentialité.	Entretiens semi-directifs concernant la connaissance de la PCU et sa perception, la perception des grossesses et la façon d'opérer des choix en matière de contraception.	Échantillon ad-hoc conçu pour disposer de femmes sexuellement actives et inactives, et avec ou sans grossesse précédente. Pour la constitution de l'échantillon, taux de réponse : 61 %.
Williamson <i>et al.</i> , 2009 (39)	Royaume-Uni, date non précisée	20 femmes d'une vingtaine d'années en Écosse, sous-échantillon constitué à partir d'un ECR d'une	Décrire l'usage et les expériences de jeunes femmes recourant à la	Au niveau des usagers : identification et reconnaissance du risque de grossesse non prévue,	Entretiens non directifs concernant l'usage de la contraception d'urgence.	Sous-échantillon ad hoc avec surreprésentation de jeunes femmes

Auteur année	Pays, date	Participants	Objectifs	Freins rencontrés à l'utilisation de la PCU	Méthodes d'identification des freins	Remarques
		intervention de prévention sexuelle en milieu scolaire sur la base de critères démographiques et relationnels.	PCU pour expliquer la stabilité des taux de grossesse non prévue.	démarche active de prévention de ce risque, perception négative de la contraception.		à haut risque de grossesses non prévues et d'utilisatrices de la PCU.
Hobbs <i>et al.</i> , 2009 (44)	Australie, 2007	29 femmes de 16-29 ans recrutées dans des centres de planning familial et une université.	Décrire les attitudes et expériences de jeunes femmes vis-à-vis de la PCU.	Au niveau des usagers : connaissance de la PCU, crainte d'attitudes stigmatisantes et d'effets indésirables, interactions avec les pharmaciens.	6 focus groups semi-directifs de 3 à 9 individus répartis selon leur âge.	Mode de constitution de l'échantillon incomplètement explicite.
Johnson <i>et al.</i> , 2010 (43)	États-Unis, 2006	47 individus de 15-21 ans, dont des hommes, de deux minorités ethniques, dans la ville de New York.	Décrire la connaissance et l'attitude d'adolescents vis-à-vis de la PCU.	Au niveau des usagers : perception de la PCU comme une méthode d'avortement, interactions avec les professionnels de santé, confidentialité.	Entretiens non directifs concernant les individus et leurs expériences et opinions de la PCU avec 18 individus, focus groups avec 29 participants.	
Neustadt <i>et al.</i> , 2011 (41)	États-Unis, date non précisée	30 femmes de 18-35 ans ayant utilisé au moins une fois la PCU, recrutées à partir d'annonces postées dans des cliniques de planning familial et internet dans le Midwest.	Étudier les comportements qui pourraient améliorer l'utilisation de la PCU.	Au niveau des usagers : perception du risque de grossesse non prévue, perception de la contraception et de la PCU, crainte d'effets indésirables.	Questionnaires et entretiens semi-directifs portant sur le contexte personnel et relationnel ainsi que les pratiques contraceptives.	
Miller <i>et al.</i> , 2011 (55)	États-Unis, 2008-2009	85 médecins et infirmières dans des services d'urgence pédiatrique du Midwest et Nord-ouest des États-Unis.	Décrire les connaissances, attitudes et expériences des professionnels d'un service d'urgence pédiatrique sur la PCU.	Au niveau des professionnels : perceptions négatives de la PCU et des besoins contraceptifs des usagers, connaissance de la PCU par les professionnels et les usagers.	12 <i>focus groups</i> non-directifs de 7 (3 à 11) individus en moyenne, sondage portant sur les caractéristiques sociodémographiques et la connaissance de la PCU.	Étude réalisée dans des services d'urgence après la législation autorisant la vente de la PCU en pharmacie : résultats non généralisables aux autres formes de délivrance.

Annexe 11. Stratégie de recherche documentaire

Sources interrogées

Les sources suivantes ont été interrogées :

- pour la littérature internationale : la base de données *Medline* ;
- pour la littérature francophone : la base de données Pascal et la Banque de Données en Santé Publique ;
- la *Cochrane Library* ;
- les sites internet publiant des recommandations, des rapports d'évaluation technologique ou économique ;
- les sites internet des sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié ;
- les sources spécialisées en épidémiologie, économie, éthique, réglementation, etc. (selon les thèmes).

La recherche documentaire a été complétée par la bibliographie des experts et les références citées dans les documents analysés.

Bases de données bibliographiques

La stratégie de recherche dans les bases de données bibliographiques est construite en utilisant, pour chaque sujet, soit des termes issus de thésaurus (descripteurs), soit des termes libres (du titre ou du résumé). Ils sont combinés avec les termes décrivant les types d'études.

Le Tableau 20 présente la stratégie de recherche dans la base de données *Medline*. Dans ce tableau, des références doublons peuvent être présentes entre les différents thèmes et/ou types de d'études.

Tableau 20. Stratégie de recherche dans la base de données Medline

Type d'étude/sujet	Termes utilisés	Période	Nombre de références
Contraception d'urgence			
Recommandations		01/2000 – 11/2010	14
Étape 1	(Contraception, Postcoital OR Contraceptives, Postcoital)/de OR (emergency contracepti* OR emergency hormonal contracepti* OR postcoital contracepti* OR post coital contracepti* OR morning after pill*)/ti		
ET			
Étape 2	(Health Planning Guidelines/de OR (Practice Guideline OR Guideline OR Consensus Development Conference OR OR Consensus Development Conference, NIH)/pt OR (recommendation* OR guideline*)/ti		
Méta-analyses et revues systématiques		01/2000 – 11/2010	12
Étape 1			
ET			
Étape 3	Meta-Analysis/pt OR (metaanalysis OR meta-analysis)/ti OR (systematic review OR systematic overview OR systematic literature review)/ti,ab OR cochrane database syst rev/ta		
Essais contrôlés		01/2000 – 11/2010	68
Étape 1			
ET			
Étape 4	(Random Allocation OR Double-Blind Method OR Single-Blind Method OR Cross-Over Studies)/de OR Randomized Controlled Trial/pt OR random*/ti		
Études de cohortes		01/2000 – 11/2010	43
Étape 1			
ET			
Étape 5	(Cohort Studies OR Longitudinal Studies OR Prospective Studies OR Follow-Up Studies)/de OR (cohort study OR cohort studies)/ti		
Essais cliniques non contrôlés, études comparatives, études de cas contrôlés		01/2000 – 11/2011	89
Étape 1			
ET			

Étape 6	(Clinical Trials as Topic OR "Case-Control Studies OR Retrospective Studies)/de OR (Comparative Study OR Clinical Trial)/pt OR (clinical trial OR retrospective stud* OR comparative stud* OR versus)/ti		
Reuves		01/2000 – 11/2011	131
Étape 1			
ET			
Étape 7	Review/ti OR review/pt		
Autres types d'études		01/2000 – 11/2011	158
Étape 1			
ET			
Étape 8	(Health Knowledge, Attitudes, Practice OR Physician's Practice Patterns OR Prescriptions OR Family Planning Services OR Physicians OR Pharmacists OR Contraception Behavior)/de OR (advance supplies OR advance supply OR advance provision*)/ti,ab		
SAUF	Étape 2 OR Étape 3 OR Étape 4 OR Étape 5 OR Étape 6 OR Étape 7		
Contraception d'urgence – Données économiques			
Tous types d'études		01/2000 – 11/2011	47
Étape 1			
ET			
Étape 9	(Cost Allocation OR Cost-Benefit Analysis OR Costs and Cost Analysis OR Cost Control OR Cost Savings OR Cost of Illness OR Health Care Costs OR Economics, Medical OR Social Security OR Length of Stay OR Insurance, Health)/de OR economics/subheading OR (burden of disease OR cost of illness)/ti,ab OR (cost* OR economic*)/ti		
Politiques de contraception, taux d'IVG et de grossesses adolescentes en Europe			
Tous types d'études		01/2000 – 06/2011	60
Étape 10	((Abortion, Induced/statistics and numerical data OR Family Planning Policy OR Family Planning Services OR Pregnancy in Adolescence/statistics and numerical data)/de OR (abortion* OR family planning OR family polic*)/ti OR (pregnan*/ti AND (adolescent* OR teenage*)/ti)) AND (Europe/epidemiology/de OR europe*/ti) OR (Contraception/de AND (Health Policy OR Health Services Accessibility)/de AND Europe/de)		

de : *descriptor* ; ti : *title* ; ab : *abstract* ; ta : *journal title*.

Sites consultés

France

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé – AFSSAPS

Ameli assurance maladie

Association française pour la contraception

Banque Claude Bernard

Base CODECS

Base Éco-Santé

Bibliothèque médicale Lemanissier

Bibliothèque Interuniversitaire de Médecine – BIUM

Caisse nationale des allocations familiales

Catalogue et index des sites médicaux francophones – CISMef

Collège des Economistes de la Santé

Comité d'Évaluation et de Diffusion des Innovations Technologiques – CEDIT

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – DREES

Documentation française

Évaluation des technologies de santé pour l'aide à la décision (Fédération hospitalière de France) – ETSAD

Expertise collective INSERM

Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé – FNORS

Haut Conseil de la santé publique – HCSP

Inspection générale des affaires sociales – IGAS

Institut national d'études démographiques – INED

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé – INPES
Institut national de la statistique et des études économiques – INSEE
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé – IRDES
Institut de Veille Sanitaire – InVS
Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports
Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers – MeaH
Réseau d'évaluation en économie de la santé
Santé Décision Management
Société Française de Médecine Générale – SFMG
Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie – URCAM

International

Adelaide Health Technology Assessment – AHTA
Agence d'Evaluation des Technologies et des Modes d'Intervention en Santé – AETMIS
Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ
Alberta Heritage Foundation for Medical Research – AHFMR
Alberta Medical Association
American College of Obstetrics and Gynecology – ACOG
American College of Physicians – ACP
Association of Reproductive Health Professionals
Base EURONHEED
Australian Safety and Efficacy Register of New Interventional Procedures – Surgical – ASERNIPS
Blue Cross Blue Shield Association – Cost Studies
Blue Cross Blue Shield Association – BCBS – Technology Evaluation Center
BMJ Clinical Evidence
California Technology Assessment Forum – CTAF
Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health – CADTH
Canadian Task Force on Preventive Health Care
CDC Infection Control Guidelines
CDC Unintended Pregnancy Prevention : Contraception
Centre fédéral d'expertise des soins de santé - KCE
Centre for Clinical Effectiveness – CCE
Centre for Health Economics Research and Evaluation
Centre for Reviews and Dissemination databases
Clinical Knowledge Summaries
Clinical Practice Guidelines Portal
CMA Infobase
Cochrane Library
College of Physicians and Surgeons of Alberta – CPSA
Conseil Supérieur de la Santé (Belgique)
Department of Health
Eco Santé OCDE
European Centre of Disease Prevention and Control
European Medicines Agency – EMEA
European Society of Contraception and Reproductive Health
European Society of Human Reproduction and Embryology
Euroscan
Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare
Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé
Guideline Advisory Committee – GAC

Guidelines and Protocols Advisory Committee – GPAC
Guidelines International Network – GIN
Guidelines Finder (National Library for Health)
Health and Safety Executive Horizon Scanning
Health Care Needs Assessment
Health Economics Resource Centre – University of York
Health Services Technology Assessment Text – HSTAT
Horizon Scanning
IDEAS Economics and Finance Research
Institute for Clinical Evaluative Sciences – ICES
Institute for Clinical Systems Improvement – ICSI
Institute for Health Economics Alberta – IHE
Institut national d'assurance maladie-invalidité
International Consortium for Emergency Contraception
International Federation of Gynecology and Obstetrics – FIGO
International Planned Parenthood Federation – IPPF
Intute Health & Life Sciences – INTUTE
Medical Services Advisory Committee – MSAC
Minnesota Department of Health – Health Technology Advisory Committee (jusqu'à 2002) – HTAC
National Coordinating Centre for Health Technology Assessment – NCCHTA
National Guideline Clearinghouse – NGC
National Bureau of Economic Research
National Health and Medical Research Council – NHMRC
National Health Services
National Health Services Economic Evaluation Database
National Health Services Scotland
National Horizon Scanning Centre – NHSC
National Institutes of Health
National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE
National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE - Costing tools
New Zealand Guidelines Group – NZGG
New Zealand Health Technology Assessment – NZHTA
Ontario Health Technology Advisory Committee – OHTAC
Organisation de Coopération et de Développement Économiques – OCDE
Portail Santé-UE
Public Health Agency of Canada - Diseases Prevention and Control Guidelines
Santé Canada
Scottish Intercollegiate Guidelines Network – SIGN
Singapore Ministry of Health
Social Care Institute
Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada – SOGC
Society for Adolescent Health and Medicine
Tripdatabase
Unité de Socio-économie de la santé
U.S. Preventive Services Task Force
Veterans Affairs Technology Assessment Program
Veterans affairs, Dep. Of Defense Clinical practice guidelines
West Midlands Health Technology Assessment Collaboration – WMHTA
World Health Organization – WHO
World Health Organization Europe – WHO Europe

Veille

En complément, une veille a été réalisée jusqu'à décembre 2012 sur *Medline* sur la base des équations du Tableau 20.

Annexe 12. Évaluation des revues systématiques sélectionnées sur les effets de la prescription et/ou la fourniture à l'avance de la PCU

La qualité méthodologique des revues systématiques sélectionnées ont été évaluées selon la grille AMSTAR (voir Shea *et al.* 2007 (111) pour des informations complémentaires sur les différentes questions). Chaque question comporte une réponse parmi les suivantes : Oui ; Non ; Ne peut pas répondre (?) ; ou non applicable (NA).

Tableau 21. Évaluation des revues systématiques sélectionnées sur les effets de la prescription et/ou la fourniture à l'avance de la PCU selon la grille AMSTAR

Questions	Raymond <i>et al.</i> , 2007	Polis <i>et al.</i> , 2007	Polis <i>et al.</i> , 2010	Meyer <i>et al.</i> , 2011	Rodriguez <i>et al.</i> , 2012
1. Un schéma d'étude <i>a priori</i> est-il donné ?	?	Oui	Oui	?	?
2. La sélection des études et l'extraction des données a-t-elle été effectuée par deux personnes ?	Oui	Oui	Oui	?	Oui
3. Une recherche exhaustive de la littérature a-t-elle été effectuée ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
4. Le statut des articles en termes de publication (e.g. littérature grise) a-t-il été utilisé comme critère d'inclusion ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
5. Une liste des études (incluses et exclues) est-elle fournie ?	Non	Non	Oui	Non	Non
6. Les caractéristiques des études incluses sont-elles fournies ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
7. La qualité scientifique des études a-t-elle été évaluée et documentée ?	Non	Oui	Oui	Non	Oui
8. La qualité scientifique des études a-t-elle été prise en compte de façon pertinente dans la formulation des conclusions ?	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
9. Les méthodes d'agrégation quantitative des résultats des études sont-elles appropriées ?	NA	Oui	Oui	NA	Oui
10. La probabilité des biais de publications a-t-elle été évaluée ?	Non	Oui	Oui	Non	Non
11. Les conflits d'intérêt sont-ils explicites ?	Non	Oui	Oui	Non	Non

Annexe 13. Essais visant à évaluer les effets de la prescription et/ou la fourniture à l'avance de la contraception d'urgence

Tableau 22. Caractéristiques des essais contrôlés randomisés et non randomisés inclus dans les revues systématiques ou retenus par ailleurs

Auteur année	Méthodes	Participants	Intervention	Critères de résultats	Résultats	Remarque
Essais contrôlés randomisés (ECR)						
Hazari, 2000 (70)	ECR. Randomisation préparée à l'avance en dehors des sites de recrutement. 3 mois de suivi.	200 femmes utilisant des préservatifs comme principale méthode contraceptive à Mumbai, Inde ; la plupart sont de faible niveau socio-économique, âgées de 25 à 34 ans et n'avaient jamais entendu parler de la PCU avant l'étude.	Le GI a reçu à l'inclusion un traitement de PCU (méthode Yuzpe : 50 µg éthynyl estradiol et 0,25 mg LNG à prendre en 2 prises à 12 h d'intervalle). Des traitements supplémentaires sont fournis à la clinique sur demande. Le GC a reçu le traitement de PCU à la clinique sur demande. Les deux groupes ont reçu des préservatifs.	Grossesses, utilisation de la PCU, fréquence des rapports sexuels non protégés, effets indésirables.	<p>Pas d'effet significatif sur les grossesses à 3 mois de suivi, GI : 2/99, GC : 4/99 ; OR (CI à 95 %) : 0,49 (0,09-2,74).</p> <p>Pas d'effet significatif sur les rapports non protégés au moins une fois au cours des 3 derniers mois, GI : 47/99, GC : 41/99 ; OR (CI à 95 %) : 1,28 (0,73-2,24).</p> <p>Pas d'effet significatif sur l'utilisation de la PCU (au moins une fois) pendant la durée de l'étude, GI : 32/99, GC : 29/99 ; OR (CI à 95 %) : 1,15 (0,63-2,11).</p>	Très peu de perdus de vue (1 %). L'article décrit mal la méthodologie, les participants et les résultats. Pas de description de différences potentielles entre les groupes à l'inclusion. Pas de discussion de taille d'échantillon. Cette étude est incluse dans la revue Cochrane de Polis <i>et al.</i> (64) qui inclut des informations sur les grossesses non disponibles dans l'article.
Ellerston <i>et al.</i> , 2001 (71)	ECR. Liste de randomisation élaborée par ordinateur et préparée à l'avance en dehors du site de recrutement.	411 femmes utilisant des préservatifs comme principale méthode contraceptive dans une grosse clinique de planning familial à Pune, Inde en 1997-2000. Les	Le GI a reçu à l'inclusion trois traitements de PCU (méthode Yuzpe : 8 comprimés de 30µg éthynyl estradiol et 30 mg LNG à prendre en 2 prises à 12 h d'intervalle). Les deux groupes ont reçu une information sur la PCU y	Grossesses, utilisation de la PCU, fréquence des rapports sexuels non protégés, STI.	<p>Pas d'effet significatif sur l'utilisation de la PCU (au moins une fois) pendant la durée de l'étude, GI : 11/213, GC : 4/198 ; OR (CI à 95 %) : 1,15 (0,63-2,11).</p> <p>Pas d'effet significatif sur les rapports non protégés au moins une fois au cours des 6 derniers</p>	Toutes les données sont auto-déclarées. Pas de discussion de taille d'échantillon. 19 % de perdus de vue. Cette étude a été exclue de la revue Cochrane de Polis

Auteur année	Méthodes	Participants	Intervention	Critères de résultats	Résultats	Remarque
	1 an de suivi	participants n'avaient jamais entendu parler de la PCU avant l'étude.	compris où se la procurer.		mois, GI : 14/213, GC : 9/198 ; OR (CI à 95 %) : 2,64 (0,76 – 10,02).	<i>et al.</i> (64) car le nombre de grossesses dans chaque groupe n'était pas clairement indiqué.
Jackson <i>et al.</i> , 2003 (72)	ECR. Randomisation par grappes (unité de randomisation=jour de sortie de l'hôpital en postpartum) ; nombre aléatoire généré par du personnel différent de celui de la clinique de manière à ce que ce dernier ne puisse pas prédire l'allocation. Analyse des données individuelles en tenant compte de l'allocation en grappe. 1 an de suivi.	370 femmes en postpartum (naissance vivante) dans un hôpital de San Francisco, USA, durant la période 1998-1999 ; la plupart sont « latinos ». Critères d'exclusion : ne pas parler l'anglais ou l'espagnol, avoir subi une ligature des trompes, être non disponibles pour la période de suivi ; femmes voulant être enceintes exclues de l'analyse finale.	Le GI a reçu à l'inclusion un traitement de PCU (méthode Yuzpe : 8 comprimés de 30 µg éthynyl estradiol et 0,15 mg LNG à prendre en 2 prises à 12 h d'intervalle), une session d'éducation de 5 minutes, et des instructions d'utilisation orales et écrites de la PCU. Les traitements supplémentaires sont fournis à la clinique sur demande. Le GC a reçu une session d'éducation pouvant ou non inclure une information sur la PCU.	Utilisation de la PCU Grossesses, fréquence des rapports sexuels non protégés, changement des méthodes contraceptives.	Pas d'effet significatif sur les grossesses à 12 mois de suivi, GI : 16/152, GC : 17/163 ; OR (CI à 95 %) : 1,01 (0,49-2,08), ni à 6 mois de suivi, GI : 4/138, GC : 5/149 ; OR (CI à 95 %) : 0,86 (0,23-3,27). Augmentation significative de l'utilisation de la PCU (au moins une fois) pendant la durée de l'étude, GI : 28/152, GC : 9/163 ; OR (CI à 95 %) : 3,86 (1,76-8,49).	Toutes les données sont auto-déclarées. Taille d'échantillon calculée pour mettre en évidence une différence d'utilisation de la PCU. Exceptées les grossesses, les autres résultats ne peuvent être analysés que pour une période de suivi de 6 mois. Nombre important de perdus de vue (31 % à 12 mois).
Gold <i>et al.</i> , 2004 (73)	ECR. Randomisation par tirage par les participants d'un préservatif coloré se trouvant dans une urne, la couleur	301 femmes sexuellement actives de 15-20 ans fréquentant une clinique pour adolescentes dans un hôpital de Pittsburgh, USA	Le GI a reçu à l'inclusion un traitement de PCU (1997 à mars 2000, méthode Yuzpe (200 µg éthynyl estradiol et 2 mg norgestrel à prendre en 2 prises à 12 h d'intervalle) et une dose supplémentaire était	Fréquence des rapports sexuels non protégés, méthodes contraceptives, et utilisation de la PCU	Pas d'effet significatif sur les grossesses à 6 mois de suivi, GI : 13/119, GC : 18/135 ; OR (CI à 95 %) : 0,80 (0,37-1,71). Pas d'effet significatif sur les IST pendant la durée de l'étude, GI : 12/119, GC : 12/135 ; OR (CI à	Toutes les données sont auto-déclarées. Taille d'échantillon calculée pour mettre en évidence une différence d'utilisation de la

Auteur année	Méthodes	Participants	Intervention	Critères de résultats	Résultats	Remarque
	déterminant l'allocation. 6 mois de suivi.	pendant la période 1997-2002 et n'utilisant pas de méthode contraceptive à longue durée d'action ; la plupart appartiennent à des minorités ethniques et sont de faible niveau socio-économique. Critères d'exclusion : être en famille d'accueil ou en foyer, ne pas être joignable pour le suivi.	donnée en cas de vomissement ; à partir d'avril 2000, LNG 1,5 mg en 2 prises), une séance d'éducation, et des instructions d'utilisation orales et écrites de la PCU. Les traitements supplémentaires sont fournis à la clinique sur demande. Le GC a reçu une session d'éducation y compris une information sur la PCU.	Délais d'utilisation de la PCU, IST, grossesse.	<p>95 %) : 1,15 (0,50-2,67).</p> <p>Pas d'effet significatif sur l'utilisation de la PCU pendant la durée de l'étude, GI : 26/119, GC : 20/135 ; OR (CI à 95 %) : 1,61 (0,84-3,06).</p> <p>Pas d'effet significatif sur les rapports sexuels non protégés au cours du dernier mois, GI : 16/119, GC : 19/135 ; OR (CI à 95 %) : 0,95 (0,46-1,94).</p> <p>Pas d'effet significatif sur l'utilisation du préservatif au cours du dernier mois, GI : 70/119, GC : 65/135 ; OR (CI à 95 %) : 1,54 (0,94-2,53).</p>	PCU. A part les grossesses, les autres résultats ne peuvent être analysés que pour une période de suivi de 6 mois. Nombre important de perdus de vue (après exclusion des grossesses, 29 % à 6 mois) et important différentiel de perdus de vue entre les groupes (GI : 36 %, GC : 22 % ; P < 0,01).
Lo <i>et al.</i> , 2004 (74)	ECR. Liste de randomisation élaborée par ordinateur. 1 an de suivi.	1030 femmes de 18-45 ans utilisant des méthodes contraceptives « moins » efficaces (90 % utilisaient des préservatifs), dans un centre de santé pour jeunes et un centre de planning familial, Hong Kong, 2001-2002.	Le GI a reçu à l'inclusion trois traitements de PCU (LNG 2 comprimés de 0,75 mg à prendre à 12h d'intervalle) et des instructions orales et écrites d'utilisation de la PCU. Si elles avaient utilisé les 3 traitements, les femmes devaient revenir à la clinique pour un conseil sur la contraception et recevaient 3 traitements supplémentaires. Les deux groupes (GI et GC) ont reçu une information et une documentation sur la PCU.	<p>Utilisation de la PCU et des autres méthodes contraceptives dont préservatif et changement de méthodes contraceptive.</p> <p>Délai d'utilisation de la PCU, grossesses.</p>	<p>Pas d'effet significatif sur les grossesses à 12 mois de suivi, GI : 7/499, GC : 9/487 ; OR (CI à 95 %) : 0,76 (0,28-2,05), ni à 6 mois de suivi. GI : 2/507, GC : 4/503 ; OR (CI à 95 %) : 0,49 (0,09-2,71).</p> <p>Augmentation significative de l'utilisation de la PCU (au moins une fois) pendant la durée de l'étude, GI : 149/499, GC : 63/487 ; OR (CI à 95 %) : 2,87 (2,07-3,97).</p> <p>Effet significatif sur le délai moyen entre le rapport sexuel non protégé et la prise de la PCU, GI moyenne (écart type) : 13,9 (14,4) GC moyenne (écart type) : 28,5 (19,8) ; différence moyenne (CI à 95 %) : -14,60 (-16,77 -- 12,43).</p>	La taille d'échantillon n'a pas été calculée pour mettre en évidence une différence du taux de grossesses. Grossesses confirmées par test de grossesse. Peu de perdus de vue (4 %). Analyse en ITT.

Auteur année	Méthodes	Participants	Intervention	Critères de résultats	Résultats	Remarque
					Pas d'effet significatif sur l'utilisation du préservatif à 12 mois, GI : 395/499, GC : 391/487 ; OR (CI à 95 %) : 0,93 (0,68-1,27).	
Belzer <i>et al.</i> , 2005 (75)	ECR. Liste de randomisation élaborée par ordinateur. 1 an de suivi.	160 mères adolescentes de 13-20 ans ayant donné naissance et recevant des soins dans un programme de prise en charge à Los Angeles. Critères d'exclusion : désirer enceinte, utiliser un DIU ou un implant hormonal.	Le GI a reçu à l'inclusion 1 traitement de PCU (LNG, 2 comprimés de 0,75 mg) et pouvait appeler l'assistant de recherche si le traitement avait été perdu ou utilisé, afin de recevoir un autre traitement. Le GC a reçu une information et une documentation écrite sur la contraception y compris la contraception d'urgence.	Comportements sexuels, méthode contraceptive, utilisation de la PCU. Changement d'utilisation des méthodes contraceptives et des préservatifs, comportements sexuels, grossesse	Pas d'effet significatif sur les grossesses à 6 mois de suivi, GI : 4/57, GC : 10/54 ; OR (CI à 95 %) : 0,33 (0,10-1,13). Pas d'effet significatif sur les rapports non protégés au moins une fois au cours des 6 derniers mois, GI : 26/57, GC : 26/54 ; OR (CI à 95 %) : 0,39 (0,43-1,90). Pas d'effet significatif sur l'utilisation du préservatif à 6 mois, GI : 21/57, GC : 21/54 ; OR (CI à 95 %) : 0,92 (0,43-1,97).	Pas de calcul de taille d'échantillon. Nombre élevé de perdus de vue (31 % à 6 mois et 43 % à 1 an). Analyse non en ITT.
Hu <i>et al.</i> , 2005 (76)	ECR. Liste de randomisation élaborée par ordinateur. 1 an de suivi.	2000 femmes en postpartum dans une maternité de Shanghai. La moitié des femmes prévoient d'utiliser des préservatifs comme moyen de contraception au sortir de la maternité. Critères d'exclusion : projeter d'utiliser un DIU ou une méthode contraceptive hormonale juste après	Le GI a reçu à l'inclusion trois traitements de PCU (mifépristone 10 mg) et des instructions écrites d'utilisation de la PCU. Le GC devait voir un médecin pour recevoir la PCU (mais LNG est aussi disponible en OTC). Les 2 groupes ont reçu 10 préservatifs.	Grossesses, avortements Fréquence d'utilisation de la PCU et utilisation des autres méthodes contraceptives	Pas d'effet significatif sur les grossesses à 12 mois de suivi, GI : 38/974, GC : 32/974 ; OR (CI à 95 %) : 1,20 (0,74-1,93), ni à 6 mois de suivi. GI : 10/904, GC : 5/911 ; OR (CI à 95 %) : 2,03 (0,69 - 5,95). Augmentation significative de l'utilisation de la PCU (au moins une fois) pendant la durée de l'étude, GI : 183/974, GC : 90/974 ; OR (CI à 95 %) : 2,27 (1,73-2,98) et plus d'une fois, GI : 54/974, GC : 21/974 ; OR (CI à 95 %) : 2,66 (1,60-4,45). Pas d'effet significatif sur l'utilisation du préservatif à 12 mois, GI : 625/822, GC : 629/817 ; OR (CI à	Taille d'échantillon calculée pour mettre en évidence une différence du taux de grossesses mais le taux de grossesses observé a été plus faible que celui anticipé et dès lors l'étude n'a pas pu mettre en évidence de différence. Certaines femmes dans le groupe contrôle ont utilisé du LNG et d'autres de la mifépristone (cross over biaisant

Auteur année	Méthodes	Participants	Intervention	Critères de résultats	Résultats	Remarque
		l'accouchement.			95 %) : 0,95 (0,75-1,19).	l'évaluation du nombre de grossesses entre les 2 groupes). 17 % de perdus de vue. Analyse pas en ITT : les femmes ayant reçu un DIU au cours de l'étude ont été exclues de l'analyse.
Raine <i>et al.</i> , 2005 (48,77)	ECR. 3 groupes parallèles. Liste de randomisation élaborée par ordinateur. 6 mois de suivi.	2 117 femmes de 15-24 ans fréquentant 4 centres de planning familial en Californie en 2001-2003, sexuellement actives, parlant l'anglais ou l'espagnol, ne désirant pas être enceintes et n'utilisant pas une méthode contraceptive hormonale à longue durée d'action ou demandant une PCU. Critères d'exclusion : avoir eu un rapport sexuel non protégé dans les 3 jours précédents, ne pas vivre dans la baie de San Francisco,	Le GI a reçu à l'inclusion trois traitements de PCU (LNG) et des instructions écrites d'utilisation de la PCU. Deux autres groupes : (i) un groupe avait accès à la PCU en pharmacie sans prescription, les femmes ayant reçu une liste de pharmacies dans lesquelles elles pouvaient obtenir gratuitement la PCU ainsi qu'une information et conseil sur la contraception et les IST ; (ii) un autre groupe (considéré comme CG) a reçu des instructions écrites sur la PCU et y avait accès à la demande à la clinique, certaines femmes, selon leur revenu devant la payer. Etant donné qu'à partir de janvier 2002, la législation californienne a autorisé l'accès à la PCU en pharmacie sans	Utilisation de la PCU, grossesses, IST (<i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Neisseria gonorrhoea</i> , herpes simplex virus (HSV)-2, condylomes génitaux, infection pelvienne). Grossesse et IST par test biologique (sauf condylomes et infection pelvienne) et par revue des dossiers médicaux. Changement d'utilisation des méthodes contraceptives et	Pas d'effet significatif sur les grossesses à 6 mois de suivi, GI : 66/826, GC : 27/310 ; OR (CI à 95 %) : 0,91 (0,57-1,45). Pas d'effet significatif sur les IST pendant la durée de l'étude, GI : 49/826, GC : 17/310 ; OR (CI à 95 %) : 1,09 (0,62-1,92). Augmentation significative de l'utilisation de la PCU au moins une fois pendant la durée de l'étude, GI : 309/826, GC : 65/310 ; OR (CI à 95 %) : 2,25 (1,66-3,06), et plus d'une fois, GI : 125/826, GC : 18/310 ; OR (CI à 95 %) : 2,89 (1,73-4,83). Pas d'effet significatif sur les rapports non protégés au moins une fois au cours des 6 derniers mois, GI : 328/825, GC : 127/310 ; OR (CI à 95 %) : 0,95 (0,73-1,24). Pas d'effet significatif sur l'utilisation du préservatif à 6 mois, GI : 99/826,	Taille d'échantillon calculée pour mettre en évidence une différence du taux de grossesses Les groupes différaient à l'inclusion en fonction du centre d'inclusion. Étant donné que le groupe accès à la PCU à la demande à la clinique (CG) a été supprimé en cours d'étude, l'analyse a pris en compte les différences entre les groupes, mais cet ajustement n'a pas changé de manière substantielle les résultats. Cross-over entre les groupes. Faible

Auteur année	Méthodes	Participants	Intervention	Critères de résultats	Résultats	Remarque
		ou être non joignable pour le suivi à 6 mois. La moitié des participants avaient <20 ans. La plupart était de faible niveau socio-économique. A l'inclusion, la moitié utilisait la pilule avec ou sans préservatif comme moyen contraceptif et l'autre moyen n'utilisait que les préservatif. Une proportion importante avait une IST (11 %).	prescription, ce 2 ^e GC a été supprimé à partir de cette date.	des préservatifs, comportements sexuels.	GC : 39/310 ; OR (CI à 95 %) : 0,95 (0,64-1,41).	taux de perdu de vue (8 % à 1 an). Analyse en ITT. Analyse en sous-groupe des 15-19 ans dans publication par Harper <i>et al.</i> (77).
Raymond <i>et al.</i> , 2006 (78-81)	ECR. Randomisation par blocs de permutation aléatoires de 4, 6 et 8 avec stratification par site d'inclusion et liste de randomisation élaborée par ordinateur. 1 an de suivi.	1490 femmes de 15-24 ans ne souhaitant pas être enceintes au Nevada et en Caroline du Nord, USA, en 2002-2005. Critères d'exclusion : utiliser ou projeter d'utiliser une méthode contraceptive à longue durée d'action (stérilisation, DIU, implant, patch, anneau vaginal ou injection hormonale), avoir	Les GI a reçu à l'inclusion 2 traitements de PCU (LNG 1,5 mg) ; si le clinicien était absent de la clinique à l'inclusion, le traitement était envoyé par la poste. Pour chaque traitement utilisé ou perdu, un traitement supplémentaire était fourni à la clinique de manière à avoir toujours 2 traitements à disposition. Le GC a reçu une information sur comment se procurer la PCU à la clinique (non gratuit). Les 2 groupes ont reçu des instructions sur la prise de la PCU.	Grossesses et IST (chlamydia, gonorrhoea, trichomonas) par test biologique et revue des dossiers médicaux. Utilisation de la contraception y compris de la PCU, délai d'utilisation de la PCU, rapports sexuels non protégés.	Pas d'effet significatif sur les grossesses à 12 mois de suivi, GI : 67/724, GC : 70/717 ; OR (CI à 95 %) : 0,94 (0,66-1,34), ni à 6 mois de suivi, GI : 37/708, GC : 37/714 ; OR (CI à 95 %) : 1,01 (0,63-1,61.) Pas d'effet significatif sur les IST pendant la durée de l'étude, GI : 49/725, GC : 53/714 ; OR (CI à 95 %) : 0,90 (0,60-1,35). Augmentation significative de l'utilisation de la PCU au moins une fois pendant la durée de l'étude, GI : 527/746, GC : 236/744 ; OR (CI à 95 %) : 5,18 (4,15-6,46), et plus d'une fois, GI : 381/746, GC : 81/744 ; OR (CI à 95 %) : 8,54	La taille d'échantillon a été calculée pour mettre en évidence une différence d'incidence des IST et de grossesses. Fréquence plus importante d'IST dans le GI à l'inclusion ; ajustement dans l'analyse. Faible nombre de perdus de vue (6 %).

Auteur année	Méthodes	Participants	Intervention	Critères de résultats	Résultats	Remarque
		été enceinte dans les 6 semaines précédentes, allaiter.			<p>(6,51-11,21).</p> <p>Pas d'effet significatif sur les rapports non protégés au moins une fois au cours des 2 dernières semaines, GI : 323/568, GC : 350/572 ; OR (CI à 95 %) : 0,84 (0,66-1,06).</p> <p>Pas d'effet significatif sur l'utilisation du préservatif à 12 mois, GI : 285/569, GC : 271/572 ; OR (CI à 95 %) : 1,11 (0,88-1,41).</p>	
Walsh et Freziers, 2006 (82)	ECR. Randomisation par blocs de 48, générée par ordinateur. Suivi sur une seule fraction de la population incluse, randomisée par ordinateur avec stratification sur des caractéristiques sociodémographiques ; suivi à 3-6 mois.	L'échantillon initial randomisé comprenait 9216 femmes de 15-49 ans, clientes de 31 cliniques en Californie en 2003-2004. Critères d'exclusion : ne parlent pas anglais ou espagnol, enceintes ou désirant être enceintes. Un sous-groupe de 2868 (31 %) femmes de cet échantillon initial a été sélectionné car il n'a pas été possible de contacter l'ensemble de l'échantillon initial pour le suivi. La sélection a été faite	Le GI a reçu une PCU (LNG 2 comprimés à 0,75 mg) dans une pochette. Le GC a reçu la même pochette, mais contenant seulement une information sur la PCU y compris où se la procurer.	Utilisation de la PCU, grossesses (test de grossesse), méthodes contraceptives, rapports sexuels non protégés.	<p>Pas d'effet significatif sur les grossesses pendant la durée de l'étude, GI : 31/169, GC : 21/172 ; OR (CI à 95 %) : 1,62 (0,85-3,07).</p> <p>Augmentation significative de l'utilisation de la PCU au moins une fois pendant la durée de l'étude, GI : 108/573, GC : 60/517 ; OR (CI à 95 %) : 1,77 (1,24-2,52), mais pas d'effet significatif sur l'utilisation plus d'une fois, 15/573, GC : 10/517 ; OR (CI à 95 %) : 1,36 (0,57-3,29).</p> <p>Pas d'effet significatif sur les rapports non protégés au moins une fois pendant la durée de l'étude, GI : 111/573, GC : 113/517 ; OR (CI à 95 %) : 0,86 (0,70-1,12).</p>	Seules 1130 femmes (12 % de l'échantillon initial) ont été suivies, soit un taux de perdu de vue de 88 %. Pas d'information sur le calcul de la taille d'échantillon. Toutes les données sont auto-déclarées. Un test de grossesse était disponible pour seulement 30 % des femmes suivies. Cette étude n'a pas été incluse dans la revue systématique de Polis <i>et al.</i> (64) en raison de ses limitations méthodologiques et de risques élevés de biais.

Auteur année	Méthodes	Participants	Intervention	Critères de résultats	Résultats	Remarque
		sur base de caractéristiques socio-démographiques.				
Petersen <i>et al.</i> , 2007 (90)	ECR. Randomisation par blocs de permutation aléatoires de 100 à partir d'une table de nombres aléatoire. 1 an de suivi.	737 femmes de 16-44 ans dans 3 centres de santé primaire en Caroline du Nord en 2003-2004. Critères d'exclusion : ne pas parler l'anglais, être enceinte ou désirer être enceinte, avoir un partenaire vasectomisé, utiliser un DIU.	Le GI a reçu un conseil sur la PCU et une offre de recevoir une prescription pour une PCU (LNG 2 comprimés à 0,75 mg) ; les femmes intéressées ont reçu une prescription, les autres ont reçu une information sur comment se procurer une prescription en cas de besoin future. Le GC a reçu un conseil de prévention en santé mais qui n'incluait rien sur la PCU.	Utilisation de la PCU	Pas d'effet significatif sur l'utilisation de la PCU pendant la durée de l'étude, GI : 15/238, GC : 13/205 ; OR (CI à 95 %) : 0,99 (0,43-2,28).	Taille d'échantillon calculée pour mettre en évidence une augmentation d'utilisation de la PCU ; un calcul de taille d'échantillon nécessaire pour détecter un changement du taux de grossesse est également fourni mais l'étude n'a pas permis de recruter un nombre suffisant de participants. Toutes les données sont auto-déclarées. 10 % de perdus de vue.
Ekstrand <i>et al.</i> , 2008 (83)	ECR. Randomisation par bloc de 4 à partir d'une table de nombres aléatoires. 6 mois de suivi.	420 femmes de 15-19 ans demandant une PCU dans une clinique pour jeunes dans une ville universitaire de taille moyenne en Suède en 2005-2006. Critères d'exclusion : ne pas parler le suédois.	Les 2 groupes ont reçu une PCU (LNG 1,5 mg) à la demande et un rendez-vous pour une visite 3 semaines plus tard. Au cours de cette visite, le GI a reçu 1 traitement supplémentaire de PCU ainsi que 10 préservatifs et une documentation écrite sur la PCU. Le GC a reçu la PCU à la demande.	Utilisation de la PCU, délai d'utilisation de la PCU, grossesses, méthodes contraceptives, comportements sexuels à risque, utilisation des préservatifs.	<p>Pas d'effet significatif sur les grossesses à 6 mois de suivi, GI : 4/158, GC : 3/136 ; OR (CI à 95 %) : 1,15 (0,25-5,24).</p> <p>Pas d'effet significatif sur les IST pendant la durée de l'étude, GI : 5/158, GC : 2/136 ; OR (CI à 95 %) : 2,19 (0,42-11,47).</p> <p>Augmentation significative de l'utilisation de la PCU au moins une fois pendant la durée de l'étude,</p>	La taille d'échantillon a été calculée pour mettre en évidence une différence dans le délai d'utilisation de la PCU. Toutes les données sont auto-déclarées. Nombre élevé de perdus de vue (22 % à 6 mois).

Auteur année	Méthodes	Participants	Intervention	Critères de résultats	Résultats	Remarque
					<p>GI : 54/172, GC : 29/157 ; OR (CI à 95 %) : 2,02 (1,21-3,38).</p> <p>Effet significatif sur le délai moyen entre le rapport sexuel non protégé et la prise de la PCU, GI moyenne (écart type) : 15,57 (12,69) GC moyenne (écart type) : 26,38 (19,34) ; différence moyenne (CI à 95 %) : -10,81 (-14,38 – -7,24).</p> <p>Pas d'effet significatif sur les rapports non protégés au moins une fois au cours des 6 derniers mois, GI : 54/121, GC : 45/107 ; OR (CI à 95 %) : 1,11 (0,66 – 1,88).</p> <p>Pas d'effet significatif sur l'utilisation du préservatif à 3 mois, GI : 48/149, GC : 56/147 ; OR (CI à 95 %) : 0,77 (0,48-1,25).</p>	
Schwarz <i>et al.</i> , 2008 (84)	ECR. Liste de randomisation élaborée par ordinateur avec lancement automatique de conseil par ordinateur après recueil d'un questionnaire de base. 7 mois de suivi.	446 femmes de 18-45 ans dans 2 cliniques de soins d'urgence à San Francisco 2005. Critères d'exclusion : ne pas parler l'anglais, avoir une faible chance de tomber enceinte l'année suivante (hystérectomie, ligature des trompes, DIU, partenaire vasectomisé, lesbienne), projeter	Les GI a reçu à l'inclusion 1 traitement de PCU (LNG : 2 comprimés de 0,75 mg) et un conseil par ordinateur sur la PCU de 15 minutes. Le GC a reçu un conseil par ordinateur sur l'intérêt de l'acide folique avant la conception et de l'acide folique.	Grossesses, utilisation de la PCU, rapports sexuels non protégés, utilisation des préservatifs.	<p>Pas d'effet significatif sur les grossesses à 7 mois de suivi, GI : 6/127, GC : 13/138 ; OR (CI à 95 %) : 0,48 (0,18-1,29).</p> <p>Pas d'effet significatif sur l'utilisation de la PCU pendant la durée de l'étude, GI : 13/127, GC : 6/138 ; OR (CI à 95 %) : 2,51 (0,92-6,81). Cependant lorsqu'on ajuste sur les caractéristiques des participants (âge, race, éducation, revenu, site), le GI est plus souvent susceptible d'utiliser la PCU, OR : 7,17 (1,38-37,21).</p> <p>Pas d'effet significatif sur les rapports non protégés au moins</p>	Nombre important de perdus de vue (41 %). Taille de l'échantillon calculée pour mettre en évidence une différence d'utilisation de la PCU

Auteur année	Méthodes	Participants	Intervention	Critères de résultats	Résultats	Remarque
		de déménager ou ne pas avoir le téléphone.			<p>une fois au cours des 6 derniers mois, GI : 60/127, GC : 70/138 ; OR (CI à 95 %) : 0,87 (0,54 – 1,41).</p> <p>Pas d'effet significatif sur l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel, GI : 49/127, GC : 48/138 ; OR (CI à 95 %) : 1,18 (0,71 – 1,94).</p>	
Schreiber <i>et al.</i> , 2010 (85)	ECR. Randomisation par blocs de permutation aléatoires avec liste de randomisation élaborée par ordinateur géré par le centre de recherche. 1 an de suivi.	50 femmes de 14-19 ans en postpartum (naissance vivante) à l'hôpital universitaire de Pennsylvanie en 2007-2008, prévoyant de s'occuper de leur enfant et désireuse de retarder une prochaine grossesse d'au moins un an, et étant en bonne santé. Critères d'exclusion : ne parlant pas anglais, allergie au LNG, consommation de drogues illicites, déménagement prévu en dehors de Philadelphie.	Les GI a reçu à l'inclusion 1 traitement de PCU (LNG 1,5 mg) et instruction d'utilisation de la PCU ; des traitements supplémentaires étaient disponibles sur demande. Les 2 groupes (GI et GC) ont reçu une prescription et des instructions d'utilisation de la méthode de contraception régulière choisie ; s'il s'agissait d'injection hormonale, la 1ère dose a été injectée avant la sortie de l'hôpital.	Grossesses, utilisation de la PCU.	<p>Pas d'effet significatif sur les grossesses à 12 mois de suivi, GI : 3/16, GC : 8/22 ; OR (CI à 95 %) : 0,40 (0,09-1,86).</p> <p>Pas d'effet significatif sur l'utilisation de la PCU pendant la durée de l'étude, GI : 12/23, GC : 8/27 ; OR (CI à 95 %) : 2,59 (0,81-8,29).</p>	Cette étude est une étude pilote. La taille d'échantillon a été définie étant de « convenance ». Nombre important de perdus de vue (24 %).
Essais contrôlés non randomisés						
Glazier <i>et al.</i> , 1998, 2004	Essai contrôlé non randomisé. Allocation du	1083 femmes de 18-24 ans fréquentant une	Le GI a reçu à l'inclusion un traitement de PCU (méthode Yuzpe : 50µg	Grossesses, utilisation de la contraception,	Pas d'effet significatif sur les grossesses à 12 mois de suivi, GI : 28/549, GC : 33/522 ; OR (CI à	Allocation des traitements pas par randomisation à

Auteur année	Méthodes	Participants	Intervention	Critères de résultats	Résultats	Remarque
(52,86)	traitement en fonction du jour de naissance (pair ou impair). 1 an de suivi.	clinique de planning familial dans un gros hôpital d'Edimbourg, Écosse, durant la période 1994-1996, soit au cours d'une visite après utilisation de PCU soit après une IVG. Critères d'exclusion : antécédents de maladie artérielle, de thrombose-embolie ou de migraine sévère.	éthinyli estradiol et 0,25 mg LNG en 2 prises à 12 h d'intervalle) et des instructions d'utilisation orales et écrites. Les traitements supplémentaires sont fournis à la clinique sur demande. Le GC a reçu une information sur la PCU.	propension à payer pour la PCU.	<p>95 %) : 0,80 (0,49-1,32).</p> <p>Pas d'effet significatif sur les IVG à 12 mois de suivi, GI : 15/549, GC : 19/522 ; OR (CI à 95 %) : 0,74 (0,35-1,55).</p> <p>Pas d'effet significatif sur l'utilisation du préservatif à 12 mois, GI : 108/350, GC : 94/336 ; OR (CI à 95 %) : 1,15 (0,82-1,62).</p> <p>Augmentation significative de l'utilisation de la PCU au moins une fois pendant la durée de l'étude, GI : 135/379, GC : 45/326 ; OR (CI à 95 %) : 3,45 (2,33-5,14), mais pas d'effet significatif sur l'utilisation plus d'une fois, GI : 45/379, GC : 42/326 ; OR (CI à 95 %) : 0,91 (0,57-1,46).</p>	proprement parler mais méthode d'allocation ne devant pas entraîner de biais de sélection important. Vérification des grossesses et IVG par interrogation d'une base de données statistiques et démographiques. Perdus de vue : GC (8 %), GI (6 %) P = 0,12.
Skibiak <i>et al.</i> , 1999 (87)	Essai contrôlé non randomisé. 3 groupes parallèles : 2 GI (GI-1 et GI-2) et 1 GC. Allocation du traitement alternée. 3 mois de suivi.	900 femmes nouvelles utilisatrices de pilules hormonales contraceptives et/ou préservatifs dans 4 cliniques publiques à Lusaka, Zambie en 1998.	Le GI-1 a reçu à l'inclusion, en même temps que la contraception régulière, un traitement de PCU (méthode Yuzpe : 50µg éthinyli œstradiol et 0,25 mg LNG en 2 prises à 12 h d'intervalle) et des instructions d'utilisation. Les traitements supplémentaires étaient fournis à la clinique sur demande. Le GI-2 a reçu à l'inclusion, en même temps que la contraception régulière, une information sur la PCU et une carte leur permettant de recevoir une	Utilisation de la contraception y compris de la PCU.	Augmentation significative de l'utilisation de la PCU au moins une fois pendant la durée de l'étude chez le groupe qui avait reçu la PCU à l'avance par rapport au GC, GI : 42/300, GC : 13/300 ; OR (CI à 95 %) : 3,59 (1,82-7,22) mais pas d'effet significatif sur l'utilisation de la PCU au moins une fois pendant la durée de l'étude chez le groupe qui avait reçu une prescription pour la PCU à l'avance par rapport au GC, GI : 13/300, GC : 13/300 ; OR (CI à 95 %) : 1,00 (0,43-2,34).	Très peu de perdus de vue (< 1 %). Tous les résultats sont auto-déclarés.

Auteur année	Méthodes	Participants	Intervention	Critères de résultats	Résultats	Remarque
			PCU 24/7 à la clinique. Le GC a reçu à l'inclusion, en même temps que la contraception régulière, une information sur la PCU y compris sur le fait que la PCU était disponible à la clinique.			
Raine <i>et al.</i> , 2000 (88)	Essai contrôlé non randomisé. Allocation alternée du traitement. 4 mois de suivi.	263 femmes de 16-24 ans fréquentant une clinique publique de planning familial à San Francisco, USA, en 1998 ; la plupart appartiennent à des minorités ethniques. Critères d'exclusion : ne parlent pas anglais ou espagnol, non disponibles pour un suivi de 4 mois, sont enceintes ou utilisent des implants contraceptifs ou DIU, ont des contre-indications à l'utilisation de pilules contraceptives, ou se présentent pour une PCU.	Le GI a reçu à l'inclusion un traitement de PCU (méthode Yuzpe : 8 comprimés de 30 µg éthynyl estradiol et 0,15 mg LNG en 2 prises à 12 h d'intervalle), une session d'éducation sur la PCU, et des instructions d'utilisation orales et écrites de la PCU. Le GC a reçu une session d'éducation sur la PCU.	Utilisation de la PCU Fréquence des rapports sexuels non protégés, changement des méthodes contraceptives.	Augmentation significative de l'utilisation de la PCU au moins une fois pendant la durée de l'étude, GI : 22/130, GC : 7/133 ; OR (CI à 95 %) : 3,67 (1,42-9,86). Pas d'effet significatif sur les rapports non protégés au moins une fois au cours des 4 derniers mois, GI : 74/130, GC : 70/133 ; OR (CI à 95 %) : 1,19 (0,71-1,99).	Toutes les données sont auto-déclarées. Taille d'échantillon calculée pour mettre en évidence une différence d'utilisation de la PCU. 19 % de perdus de vue.
Lovvorn <i>et al.</i> , 2000 (89)	Essai contrôlé non randomisé. Allocation du	211 femmes de 18-45 ans utilisant les spermicides	Le GI (dans 2 cliniques) a reçu à l'inclusion un traitement de PCU	Utilisation de la PCU, rapports sexuels non	Augmentation significative de l'utilisation de la PCU au moins une fois pendant la durée de l'étude,	Toutes les données sont auto-déclarées. Taille

Auteur année	Méthodes	Participants	Intervention	Critères de résultats	Résultats	Remarque
	traitement selon la clinique. 8 semaines de suivi.	comme méthode contraceptive, dans 4 cliniques de planning familial à Accra, Ghana en 1998-1999, ayant au moins 6 rapports sexuels par mois et sans antécédent de maladie thromboembolique.	(méthode Yuzpe : 4 comprimés de 30 µg éthynyl estradiol et 0,15 mg LNG à prendre en 2 prises à 12 h d'intervalle), une session d'éducation sur la PCU, et des instructions orales et écrites d'utilisation de la PCU ; un traitement supplémentaire était fourni si la PCU avait été utilisée, perdue ou donnée. Le GC (dans les 2 autres cliniques) a reçu un conseil sur la PCU et l'instruction de se présenter à la clinique dans les 3 jours suivant un rapport non protégé pour recevoir une PCU. Les 2 groupes ont reçu des spermicides.	protégés	<p>GI : 54/103, GC : 20/97 ; OR (CI à 95 %) : 4,24 (2,17-8,34) et plus d'une fois, GI : 23/103, GC : 4/97 ; OR (CI à 95 %) : 6,68 (2,07-23,90).</p> <p>Effet significatif sur le délai moyen entre le rapport sexuel non protégé et la prise de la PCU, GI moyenne (écart type) : 12,14 (1,33) GC moyenne (écart type) : 20,16 (9,62) ; différence moyenne (CI à 95 %) : -8,01 (-9,96 – - 6,07).</p>	d'échantillon calculée pour mettre en évidence une différence d'utilisation de la PCU. Nombre total de perdus de vue peu important (13 %) mais différentiel important selon la clinique (de 4 % à 25 %, P < 0,01).

GI = groupe d'intervention ; GC = groupe contrôle ; LNG = lévonorgestrel.

Certains des résultats décrits ont obtenus directement auprès des auteurs ou recalculés par Polis à partir des données disponibles dans les articles de manière à pouvoir être ont été intégrés dans sa méta-analyse.

Annexe 14. Projets pilotes et études observationnelles visant à évaluer les effets de la facilitation de l'accès à la contraception d'urgence

Tableau 23. Caractéristiques des projets pilotes et études observationnelles visant à évaluer les effets de la facilitation de l'accès à la contraception d'urgence

Auteur année	Pays, date	Objectifs de l'étude	Méthodes	Population	Taille de l'échantillon et taux de réponse	Résultats
Projet pilote						
Glasier <i>et al.</i> 2004 (52)	Royaume-Uni, 1999-2001	Projet pilote pour démontrer la faisabilité de fournir la PCU à l'avance. Évaluer l'effet de cette intervention sur les avortements	Étude expérimentale avant-après. Suivi de 28 mois. Comparaison des taux d'IVG dans la région de l'étude pilote avec 3 autres régions d'Écosse.	Femmes en âge de procréer vivant dans la région de Lothian (GI) ou dans une parmi 3 autres régions écossaises.	2 629 (41 % des 6 486 participants contactés)	Aucune différence significative sur le taux d'IVG n'a été mise en évidence entre les régions. 74 % des 36 femmes qui avaient la PCU et sont tombées enceintes n'ont pas utilisé la PCU.
Études observationnelles						
Martson <i>et al.</i> , 2005 (91)	Royaume-Uni, 2000-2002	Étudier l'impact sur le l'utilisation de la contraception et sur les comportements sexuels à risques du changement de la législation au Royaume-Uni (1/1/2001) modifiant le statut du LNG de médicament soumis à celui de non soumis à prescription pour les femmes de 16 ans.	Étude observationnelle avant-après à partir de plusieurs vagues d'une étude transversale en population générale.	Femmes de 16-49 ans vivant au Royaume-Uni, en 2000-2002.	5 984	Ni l'utilisation de la PCU (2000 : 8,4 %, 2001 : 7,9 %, 2002 : 7,2 %), ni la proportion de femmes ayant des rapports non protégés, ni l'utilisation des différentes méthodes contraceptives n'ont changé au cours des 3 vagues d'études. La proportion de femmes obtenant la PCU sans prescription a par contre augmenté de 18 % en 2001 à 33 % en 2002.

Auteur année	Pays, date	Objectifs de l'étude	Méthodes	Population	Taille de l'échantillon et taux de réponse	Résultats
Moreau <i>et al.</i> , 2006 (31)	France, 1999, 2004	Étudier l'évolution temporelle dans l'utilisation de la PCU et dans les comportements sexuels et en matière de contraception, après les mesures facilitant l'accès à la PCU (notamment disponible sans prescription mai 1999, gratuité pour les mineures janvier 2002).	Série temporelle interrompue. 2 vagues successives de l'étude transversale « Baromètre Santé » réalisée par téléphone en octobre-décembre 1999 et en 2004 sur un échantillon représentatif de personnes de 12-75 ans.	Femmes de 15-44 ans incluses dans les Baromètres Santé.	4166 en 1999 et 7490 en 2004.	Augmentation de la proportion de femmes ayant utilisé la PCU de 10 % à 17 % ($P > 0,001$) pour tous les groupes d'âge. Le taux d'augmentation augmentait avec l'âge. La proportion de femmes n'ayant jamais eu de rapport sexuel n'a pas augmenté et l'âge au 1er rapport sexuel est resté stable. Parmi les femmes à risque de grossesses non prévues l'utilisation de méthodes contraceptives n'a pas diminué.
Moreau <i>et al.</i> , 2009 (92)	France, 2001-2004	Étudier les changements de comportements en matière de contraception 6 mois après l'utilisation de la PCU.	Etude longitudinale d'un échantillon représentatif de femme de 18-44 ans en France (étude COCON) (8).	Femme de 18-44 ans ayant utilisé la PCU ; échec d'utilisation de la pilule : 45 %, échec d'utilisation du préservatif : 35 %, rapport non protégé : 15 %.	118 femmes, 196 utilisations de la PCU	Dans 71 % des cas, pas de changement de pratiques contraceptives (41 % continue d'utiliser une méthode très efficace et 30 % une méthode moins efficace) ; dans 20 %, changement d'une méthode moins efficace ou pas de contraception à une méthode plus efficace et dans 8 %, changement d'une méthode très efficace à une méthode moins efficace.

Auteur année	Pays, date	Objectifs de l'étude	Méthodes	Population	Taille de l'échantillon et taux de réponse	Résultats
						Augmentation de l'utilisation de méthodes très efficaces (62 % vs 49 %, P < 0,001), diminution de l'utilisation du préservatif : (25 % vs 33 %, P < 0,01). Pas de changement dans la proportion n'utilisant aucune méthode contraceptive.
Samartzis <i>et al.</i> , 2012 (93)	Suisse, 2004, 2009	Évaluer l'utilisation de la contraception régulière et les raisons d'utilisation de la PCU après le changement de statut du LNG, accessible en pharmacie sans prescription pour les femmes de 15 ans ou plus depuis novembre 2002.	Étude transversale à partir de fiches remplies par les pharmaciens pour toute demande de PCU en Suisse.	Femmes de 15 ans ou plus ayant demandé la PCU sans ordonnance dans la plus grande pharmacie de Zurich en 2004 et en 2009.	1 500 demandes (750 par an). Méthode de sélection des demandes non décrite.	Pas de changement significatif dans l'utilisation des méthodes contraceptives. La plupart (~ 70 %) utilise le préservatif et 18 % n'utilisent aucune méthode. Changements des raisons d'utilisation de la PCU : augmentation de la proportion de femmes ayant eu une rupture de préservatif (60 % vs 39 %) et diminution celles ayant oublié la pilule (11 % vs 37 %).

Annexe 15. Fiche descriptive

Intitulé	CONTRACEPTION D'URGENCE : PRESCRIPTION ET DÉLIVRANCE A L'AVANCE
Méthode de travail	Recommandations en santé publique
Date de mise en ligne	Mai 2013
Date d'édition	Uniquement sous format électronique
Objectif(s)	L'objectif est, à partir d'une évaluation de l'efficacité et des risques d'une prescription et d'une délivrance à l'avance de la pilule de contraception d'urgence (PCU) et d'une analyse des freins au recours à la contraception d'urgence, de produire des recommandations sur la pertinence d'une prescription à l'avance de la PCU.
Professionnel(s) concerné(s)	Gynécologues, médecins généralistes, sages-femmes, médecins exerçant en centres de santé, CPEF, PMI, etc., infirmiers(ères) scolaires, médecins scolaires, infirmiers(ères), travailleurs sociaux, conseillers(ères) conjugaux(ales), intervenants en santé publique et promotion de la santé, décideurs locaux.
Demandeur	Direction générale de la santé
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), Service évaluation économique et santé publique
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	Coordination : Françoise Hamers, Service évaluation économique et santé publique (chef de service : Catherine Rumeau-Pichon). Secrétariat : Sabrina Missour. Recherche documentaire : Sophie Despeyroux, avec l'aide de Renée Cardoso. Chef de service de documentation : Frédérique Pagès.
Participants	Sociétés savantes, associations, institutions, groupe de travail, groupe de lecture (voir liste des participants). Les participants au groupe de travail ont communiqué leur déclaration d'intérêts à la HAS.
Recherche documentaire	De janvier 2000 à novembre 2011 ; veille sur Medline jusqu'à décembre 2012. 1 251 articles identifiés, 506 articles analysés dont 111 cités.
Auteurs de l'argumentaire	D ^r Françoise F. Hamers, HAS, Saint-Denis-La-Plaine.
Validation	Avis de la Commission évaluation économique et santé publique du 16/04/2013. Validation par le Collège de la HAS le 24/04/2013.
Autres formats	Argumentaire scientifique et fiche de synthèse. Téléchargeables gratuitement sur www.has-sante.fr
Documents d'accompagnement	Note de cadrage de la recommandation en santé publique « Mise à disposition à l'avance de la contraception d'urgence » (HAS 2011).

HAS