

Introduction 

Préambule 

Recommandations 

Annexes

Méthode de travail 

Synthèse de l'argumentaire 

Avis du groupe de travail 

Abréviations 

Participants 

Fiche descriptive 



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.

La PCU est disponible en pharmacie sans prescription médicale en France 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 été suivie d'une augmentation importante de l'utilisation de la contraception d'urgence, surtout chez les jeunes femmes. Les échecs de la contraception sont cependant fréquents puisque 1 grossesse sur 3 est une grossesse non prévue¹.

Une des mesures envisagées pour augmenter le recours à la contraception d'urgence et *in fine* réduire l'incidence des grossesses non prévues est la prescription à l'avance de la PCU, de manière à pouvoir en disposer immédiatement en cas de besoin.

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 d'une PCU à titre systématique, 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. 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.





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 aux décideurs publics mais concernent également 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. Voir « [Méthode 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 non le dispositif intra-utérin au cuivre, également utilisé en contraception d'urgence mais non pas 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.





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

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.

Améliorer l'information sur la contraception d'urgence

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.

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

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 efficaces².

Une prescription à l'avance de la contraception d'urgence devrait s'accompagner systématiquement d'une information personnalisée sur l'utilisation de la contraception d'urgence ainsi que sur la contraception régulière et sur la prévention du VIH et des IST.

La HAS ne recommande cependant pas la prescription et la délivrance à l'avance de la pilule de contraception d'urgence en routine à titre systématique. En effet, les études disponibles n'ont pas démontré l'efficacité d'une telle stratégie pour diminuer l'incidence des grossesses non prévues à l'échelle populationnelle.

Avis du groupe de travail

Le groupe de travail a formulé des propositions supplémentaires qui dépassent le cadre de la question posée. Voir « [Avis du groupe de travail](#) ».

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





Méthode et déroulement des travaux

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.

Une note de cadrage détaillée a été réalisée par la HAS 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. Elle a été mise en ligne sur le site de la HAS le 28/11/2011. [Consulter la note de cadrage.](#)

La présente évaluation s'est fondée sur une revue systématique de la littérature et des analyses de bases de données sur l'utilisation de la contraception d'urgence en France. Elle a été discutée au sein d'un groupe de travail pluridisciplinaire, comprenant des professionnels de santé et des représentants d'associations d'usagers. Ce groupe de travail s'est réuni une fois, en septembre 2012. L'argumentaire et les recommandations de la HAS élaborées à partir des discussions au sein du groupe de travail ont été ensuite soumis à un groupe de lecture pluridisciplinaire qui s'est prononcé sur la qualité de l'argumentaire sur le fond et dans la forme et sur la pertinence et l'applicabilité des recommandations (du 28/11/2012 au 09/01/2013).

Objectif des recommandations

L'objectif de l'évaluation était de répondre à la question de la pertinence d'une prescription à l'avance de la pilule de contraception d'urgence de manière systématique et de replacer cette stratégie parmi d'autres stratégies visant à favoriser l'accès à la contraception d'urgence, et de manière plus générale dans le cadre de la santé sexuelle et reproductive.

Ce travail répond aux questions suivantes :

- 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 à la PCU 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 ?
- Ce travail s'inscrit dans le cadre de l'objectif n° 97 de la loi de santé publique 2004.

Ce travail n'aborde pas les questions de l'indication clinique de la contraception d'urgence. Il concerne uniquement la PCU et pas le DIU au cuivre qui peut également être utilisé en contraception d'urgence mais qui n'est pas propice à une prescription à l'avance.

Professionnels et cibles concernés

Les recommandations sont destinées à la DGS mais concernent également tous les professionnels au sens large ainsi que les associations d'usagers impliquées dans les questions de contraception, de sexualité et de prévention. Elles s'adressent également plus largement aux responsables locaux ou intervenants sur les questions de prévention :

- gynécologues ;
- médecins généralistes ;
- sages-femmes ;



- médecins exerçant en centre de santé, CPEF, PMI, etc. ;
- infirmiers/ères scolaires ;
- médecins scolaires ;
- infirmiers/infirmières ;
- travailleurs sociaux ;
- conseillers/ères conjugaux/ales ;
- intervenants en santé publique et promotion de la santé ;
- décideurs locaux.





Éléments de contexte	
Recours à la contraception d'urgence	
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 à la PCU 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 ?	





Des échecs contraceptifs fréquents

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.

Si l'on peut s'étonner que l'augmentation du recours à la PCU n'ait pas été suivie d'une diminution du nombre d'IVG, il est 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 celles de l'utilisation de la contraception et notamment de la contraception d'urgence doit donc être interprétée avec prudence.

La contraception d'urgence

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. Deux types de méthode peuvent être utilisés : (i) la méthode mécanique, ou dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre, et (ii) la méthode hormonale ou pilule contraceptive d'urgence (PCU), appelée parfois pilule du lendemain. Bien qu'étant la méthode de contraception d'urgence la plus efficace, le DIU au cuivre n'est pas abordé dans cette évaluation car il n'est pas propice à une prescription à l'avance.

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.

Deux types de PCU sont disponibles en France : le lévonorgestrel (progestatif) et l'ulipristal acétate (modulateur des récepteurs de la progestérone). La PCU au lévonorgestrel (LNG) est disponible en pharmacie sans prescription depuis 1999. Aucun risque particulier n'a été démontré dans la littérature pour ce produit et l'OMS ne reconnaît aucune contre-indication à son utilisation, hormis la grossesse (en raison de son inefficacité si la grossesse est établie et non en raison du risque fœtal). L'UPA, produit relativement récent pour lequel il existe moins de données de sécurité d'emploi, est lui soumis à prescription médicale.

Des dispositions juridiques³ particulières autorisent la délivrance gratuite de la PCU aux mineures désirant garder le secret par les pharmaciens en cas d'urgence, aux élèves de l'enseignement secondaire par les infirmiers/ères scolaires dans les cas de « détresse caractérisée », et aux étudiants des universités par les services de médecine préventive. Enfin, les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) sont également autorisés à délivrer à titre anonyme et gratuit des contraceptifs, y compris la contraception d'urgence, sur prescription médicale, aux mineures désirant garder le secret et aux majeures sans couverture sociale.

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. 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.

3. Ces dispositions concernent uniquement la PCU au LNG, seul produit disponible sans prescription médicale.



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'urgences. Les conseillères conjugales, également concernées par la contraception d'urgence, n'ont pas le droit de la délivrer.

[Consulter l'argumentaire complet \[adresse du lien internet ou de la section dans le document\]](#)

Recours à la contraception d'urgence



L'utilisation de la PCU a augmenté de manière très importante depuis que le LNG n'est plus sujet à prescription médicale 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 million 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 %), 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.

[Consulter l'argumentaire complet \[adresse du lien internet ou de la section dans le document\]](#)

Évaluation des effets d'une fourniture à l'avance de la contraception d'urgence



Quatre revues systématiques de la littérature dont 2 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 4 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 provision) 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 ce dans des délais plus courts.

Aucun effet négatif n'a été démontré sur les rapports sexuels non protégés, les IST 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 études observationnelles dont 2 études françaises ont évalué l'impact du changement de législation. Aucune de ces études observationnelles n'a mis en évidence d'effet de l'élargissement de l'accès à la PCU sur les comportements sexuels non protégés ou 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 initialement. Pourquoi cette stratégie n'a pas eu les effets escomptés à l'échelle populationnelle 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 grossesse qui soient les plus susceptibles de l'utiliser.

[Consulter l'argumentaire complet \[adresse du lien internet ou de la section dans le document\]](#)

Recommandations existantes traitant de la contraception d'urgence

Parmi les 14 recommandations de pratique clinique en langue française ou anglaise traitant de la contraception d'urgence identifiées, 3 recommandent une prescription ou une fourniture à l'avance systématique en routine de la PCU : la Société française de gynécologie, l'OMS qui cible 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, 7 recommandations préconisent d'envisager une prescription à l'avance au cas par cas ou dans certaines situations particulières. Les situations citées sont les suivants : 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 quelque 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.

[Consulter l'argumentaire complet \[adresse du lien internet ou de la section dans le document\]](#)

Quelle efficacité a l'échelle populationnelle de la prescription à l'avance de la PCU 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 bénéfices 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.

[Consulter l'argumentaire complet \[adresse du lien internet ou de la section dans le document\]](#)

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 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 augmentation des rapports sexuels non protégés ou des IST ou une réduction de l'utilisation de la contraception régulière.

[Consulter l'argumentaire complet \[adresse du lien internet ou de la section dans le document\]](#)

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



Les freins à l'utilisation de la contraception d'urgence peuvent être définis au niveau des usagers (potentiels), au niveau des professionnels et au niveau structurel.

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

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

Au niveau collectif, les freins au recours à la PCU sont : difficultés d'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 en particulier, 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.

[Consulter l'argumentaire complet \[adresse du lien internet ou de la section dans le document\]](#)



Quelles modalités de prescription à l'avance de la PCU, 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 d'une population, 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 de manière précise et exhaustive 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.

[Consulter l'argumentaire complet \[adresse du lien internet ou de la section dans le document\]](#)

Quelle place de la prescription à l'avance de la PCU 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 et de son délai d'utilisation, 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.

[Consulter l'argumentaire complet \[adresse du lien internet ou de la section dans le document\]](#)

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 recherches. 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.

[Consulter l'argumentaire complet \[adresse du lien internet ou de la section dans le document\]](#)



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 de risque de fécondation.
- Améliorer la formation des professionnels (médecins généralistes, gynécologues, sages-femmes, pharmaciens, conseillères conjugales) sur la contraception d'urgence.
- Inscrire 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.

Abréviations

CPEF	Centre de planification ou d'éducation familiale
DGS	Direction générale de la santé
DIU	Dispositif intra-utérin
ECR	Essai contrôlé randomisé
IST	Infection sexuellement transmissible
IVG	Interruption volontaire de grossesse
LNG	Lévonorgestrel
OMS	Organisation mondiale de la santé
PCU	Pilule de contraception d'urgence
PMI	Protection maternelle et infantile
UPA	Ulipristal acétate
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine



L'équipe

Ce travail a été coordonné dans le service évaluation économique et santé publique (SEESP) par le Dr Françoise F. Hamers, sous la direction du Dr Olivier Scemama et de Mme Catherine Rumeau-Pichon.

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 Mme 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 Mme Stéphanie Leclerc, SEESP. L'analyse des données du Baromètre Santé 2010 a été réalisée par M. Arnaud Gautier, biostatisticien, et Mme Delphine Kersaudy-Rahib, épidémiologiste à l'Inpes.

La recherche et la gestion documentaire ont été effectuées à la HAS par Mme Sophie Despeyroux, documentaliste, et Mme Renée Cardoso, assistante documentaliste.

Le secrétariat a été assuré par Mme Sabrina Missour.

Les sociétés savantes, institutions et associations professionnelles 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)

Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO)

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

Collège de médecine générale (CMG)

Collège national des gynécologues et 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)

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

Dr Malika Amelou, médecin responsable de la protection maternelle et de la planification familiale, service de PMI, Paris

Mme Agnès Bagaza-Benito, sage-femme, Surgère

Mme Nathalie Bajos, sociologue-démographe, Inserm, Le Kremlin-Bicêtre

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

Mme Alice Collet, conseillère conjugale, Planning familial, Commission nationale contraception, Paris

Dr Aurélie-Réjane Ferrara, médecin généraliste, Reims

Dr Christophe Guigné, médecin de santé publique, direction des services départementaux de l'Éducation nationale (DSDEN) Haute-Savoie, Annecy

Dr Martine Hatchuel, gynécologue obstétricien, Paris

Mme Nadine Huret, pharmacienne d'officine, Arras

Dr Marie-Josée Kubler-Levègue, médecin généraliste, Thann

Mme Florence Loyer, pharmacienne d'officine, Coignières

Mme Béatrice Magdelaine-Aubry, représentante d'usagers, Familles rurales, Fédération nationale, Paris

Dr Françoise Moustéou, gynécologue médicale, Cagnes sur Mer

Mme Delphine Kersaudy-Rahib, épidémiologiste, Inpes, Saint-Denis



Mme Emilie Rodriguez-Damian, chargée de mission, Direction générale de la cohésion sociale, service des droits des femmes et de l'égalité

Mme Nathalie Tellier, représentante d'usagers, Union nationale des associations familiales, Paris

Mme Camille Thomassin, pharmacienne, ANSM, Saint Denis

Mme Anouch Zarouchian, étudiante, La Mutuelle des étudiants (LMDE), Paris

Groupe de lecture

Dr Elisabeth Aubeny, gynécologue médical, Paris

Dr Jean Belaisch, gynécologue médical, Paris

Mme Marlène Berteau-Mevel, sage-femme, Mazé

Dr Fabienne Blanchet, directeur du Cespharm, Paris

Dr Sylvain Bouquet, médecin généraliste, Lamastre

Pr Nathalie Chabert-Bufferet, endocrinologue, médecine de la reproduction, Paris

Dr Dominique Cholley, médecin-conseil, CNAMTS Languedoc-Roussillon

M. Sébastien Clerc, sage-femme, Charquemont

Mme Laurence Communal, professeur de SVT, DGESCO, Grenoble

Mme Anne Constans, sage-femme, Bron

Dr Muriel Couteau, gynécologue médical, centre de planification du Carrefour Santé Jeunes, Alpes-Maritimes

Dr Laurence Danjou, gynécologue médical, Paris

Dr Madeleine Dayan, gynécologue médical, Paris

Mme Agnès de la Bourdonnaye, sage-femme, Nantes

Dr Pia de Reilhac, gynécologue médical, Nantes

Mme Perrine Deschaux, sage-femme, Rennes

Dr Laurence Esterle, médecin généraliste, directrice de recherche, Inserm

Dr Sophie Eyraud, médecin généraliste, Le Plessis-Robinson

Mme Emmanuelle Fabre, pharmacien-conseil, CNAMTS, Paris

Mme Céline Glorie, sage-femme, ANSFO, Paris

Dr Danielle Hassoun, gynécologue obstétricien, Paris

Dr Évelyne Joubert, chef de projet, Service évaluation des médicaments HAS

Pr Marie-France Le Goaziou, médecin généraliste, Saint-Priest

Mme Véronique Le Ralle, chargée de mission, conseil général Essonne

Pr Henri Léridon, démographe, Ined, Paris

Dr Jean-Claude Magnier, gynécologue médical, Paris

Dr Caroline Moreau, santé publique, Inserm et université Johns Hopkins

Dr Pascal Perrot, médecin-conseil national et directeur de la gestion des risques et de l'action sociale, RSI, Paris

Mme Karine Petitprez, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles, HAS

Dr François Pillon, pharmacologue, Dijon

M. David Pioli, représentant d'usagers, UNAF

Mme France Prioux, démographe, Ined, Paris

Mme Jocelyne Rivat-Krisner, sage-femme, Saint-Dié-des-Vosges

Mme Catherine Rousseau, infirmière, conseillère technique à la direction académique de l'Oise, académie d'Amiens

Dr Marie-Thérèse Roux, santé publique, DGESCO, Poitiers

Dr Claude Rozier, médecin de santé publique, DSDEN-Ardèche, Privas

Mme Élisabeth Tarraga, sage-femme, Chamalières

Mme Julie Tort, sage-femme, Paris

M. Laurent Toulemon, démographe, Ined, Paris

Dr Françoise Tourmen, gynécologue médical, Angers

Dr Françoise Warynski, gynécologue obstétricien, chargée de la périnatalité, PMI conseil général du Haut-Rhin

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des personnes ayant participé aux groupes de travail et de lecture ainsi que le Dr Anne-Marie Lehr-Drylewicz, le Dr 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.





Intitulé	Contraception d'urgence : prescription et délivrance à 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 centre de santé, CPEF, PMI, etc., infirmiers/ères scolaires, médecins scolaires, infirmiers/infirmières, 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 du 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.
Auteur de l'argumentaire	Dr Françoise Hamers, HAS, Saint-Denis La Plaine
Validation	Avis de la commission évaluation économique et santé publique d'avril 2013. Validation par le Collège de la HAS en avril 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)



Ce document de synthèse
est consultable sur www.has-sante.fr



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

www.has-sante.fr

2 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis-La Plaine CEDEX

Tél. : +33(0)1 55 93 70 00 - Fax : +33(0)1 55 93 74 00

