



# Contraception d'urgence dans un centre de planning familial

Adeline Quach

## Contraception d'urgence dans un centre de planning familial

### Quintessence

● La contraception d'urgence (ou post-coïtale) est une méthode sûre et efficace de prévenir une grossesse après un rapport sexuel non protégé ou insuffisamment protégé. Elle consiste en une médication orale (actuellement un progestatif); la pose post-coïtale d'un dispositif intra-utérin au cuivre représente une technique alternative, rarement utilisée.

● Au niveau mondial, si la contraception d'urgence était connue, accessible et si les femmes pouvaient se la procurer à temps, plus de 50% des interruptions de grossesse pourraient être évitées.

● Médication: la contraception d'urgence actuellement préconisée consiste en l'absorption orale de 1,5 mg de lévonorgestrel dans les 72 heures après le rapport sexuel. Alors que le schéma posologique recommandait jusqu'à ce jour la répartition en deux doses de 0,75 mg chacune séparées par un intervalle de 12 à 24 heures, dès octobre 2004 il consiste en l'administration de la dose totale en une prise unique (les deux comprimés de 0,75 mg ensemble).

● Mécanismes d'action: ne sont pas complètement élucidés et varient vraisemblablement en fonction du moment du cycle (hypothèses: blocage du développement du follicule; ovulation retardée ou inhibée; effet sur endomètre; désynchronisation ovulation/fécondation/maturation de l'endomètre).

● Indications: quel que soit le jour du cycle menstruel, lorsqu'une grossesse n'est pas souhaitée et qu'est survenu dans les 72 heures précédentes un rapport sexuel sans protection ou avec une protection défectueuse, par exemple une déchirure de préservatif ou un oubli de pilule.

● Personnes concernées: toutes les femmes en âge de procréer, de la puberté à la ménopause.

● Contre-indications: alors que la précédente contraception d'urgence, œstroprogestative, comportait quelques rares contre-indications d'ailleurs relatives (crise actuelle de migraine accompagnée, antécédent thrombo-embolique), celle au lévonorgestrel seul actuellement sur le marché suisse n'en présente plus.

● Notions complémentaires à connaître: la pilule d'urgence ne présente pas de danger et devrait être prescrite aussi souvent que nécessaire, également si besoin à plusieurs reprises durant un même cycle. Elle ne peut cependant être envisagée comme méthode de contraception régulière car serait moins efficace.

– Plus elle est ingérée précocement après le rapport sexuel, plus elle est efficace. Le délai maximal pour la prendre est théoriquement de 72 heures, toutefois il vaut encore la peine de la donner jusqu'à 120 heures en cas de consultation tardive.

– Elle n'offre pas de protection vis-à-vis des rapports sexuels ultérieurs.

– Bien que la pilule d'urgence actuelle soit très efficace avec un taux de grossesses évitées de 89%, les échecs existent. Les utilisatrices devraient donc être prévenues de s'adresser à un médecin en cas de retard de survenue des règles.

– Elle n'est ni abortive ni tératogène; en cas de grossesse préexistante méconnue ou en cas de grossesse survenant malgré la prise de la pilule d'urgence, la grossesse peut être gardée sans crainte de risque supplémentaire.

## Postcoïtale Kontrazeption: Erfahrungen in einem Zentrum für Familienplanung

### Quintessenz

● Die postcoïtale Kontrazeption (die sogenannte «Pille danach») kann eine Schwangerschaft nach ungeschütztem oder ungenügend geschütztem Geschlechtsverkehr sicher und wirksam verhüten. Das verwendete Medikament (zurzeit ein Gestagen) wird oral eingenommen. Eine weitere, allerdings selten angewandte Möglichkeit besteht darin, postcoïtal ein Intrauterinpressar aus Kupfer einzulegen.

● Weltweit könnten mehr als die Hälfte aller Schwangerschaftsabbrüche vermieden werden, wenn die Frauen über die Möglichkeit der postcoïtalen Kontrazeption informiert wären und rechtzeitig Zugang dazu hätten.

● Als Medikation wird heute Levonorgestrel 1,5 mg per os innert 72 Stunden nach dem Geschlechtsverkehr empfohlen. Früher hat man diese Dosis in zwei Gaben von je 0,75 mg in einem Abstand von 12 bis 24 Stunden verschrieben. Seit Oktober 2004 gilt jedoch die Empfehlung, die gesamte Dosis in einer einzigen Gabe (d.h. beide Tabletten à 0,75 mg auf einmal) einzunehmen.

● Die Wirkmechanismen sind nicht ganz geklärt und dürften je nach Stand des Zyklus unterschiedlich sein. Hypothesen sind: Hemmung der Follikelentwicklung, verzögerte oder unterdrückte Ovulation, Wirkung auf das Endometrium, gestörte zeitliche Abstimmung zwischen Ovulation, Befruchtung und Reifung des Endometriums.

● Indiziert ist die postcoïtale Kontrazeption, wenn ein ungeschützter oder ungenügend geschützter Geschlechtsverkehr innerhalb der letzten 72 Stunden stattgefunden hat (zum Beispiel bei geplatzttem Präservativ oder vergessener Pilleneinnahme) und eine Schwangerschaft nicht gewünscht wird. Dies gilt unabhängig vom Zeitpunkt innerhalb des Menstruationszyklus.

● In Frage kommen alle Frauen im gebärfähigen Alter, von der Pubertät bis zur Menopause.

● Während beim früheren Behandlungsschema mit Östrogen-Gestagen-Kombinationen einige seltene, wenn auch stets relative, Kontraindikationen bestanden haben (aktueller Anfall von Migraine accompagnée, positive Thromboembolieanamnese), gibt es gegen das heute auf dem Schweizer Markt verfügbare Levonorgestrel keine Kontraindikationen mehr.

● Was man weiter wissen muss: Die «Pille danach» ist ungefährlich und soll so oft wie nötig verschrieben werden, auch mehrmals während desselben Zyklus. Allerdings eignet sie sich nicht als reguläre Kontrazeption, da sie weniger zuverlässig wirkt.

\* Vous trouverez les questions à choix multiple concernant cet article à la page 786 ou sur internet sous [www.smf-cme.ch](http://www.smf-cme.ch).

\* CME zu diesem Artikel finden Sie auf S. 785 oder im Internet unter [www.smf-cme.ch](http://www.smf-cme.ch).

- Je früher nach dem Koitus die Pille eingenommen wird, desto wirksamer ist sie. Theoretisch darf der Verkehr maximal 72 Stunden zurückliegen. Es kann sich jedoch ein Versuch auch bis 120 Stunden danach noch lohnen, wenn die Frau den Arzt verspätet aufsucht.
- Bei Geschlechtsverkehr nach der Einnahme bietet diese Pille keinen Schutz vor einer Schwangerschaft.
- Wenn die heute verfügbare Pille zur postkoitalen Kontrazeption auch sehr wirksam ist (89% der Schwangerschaften lassen sich dadurch verhüten), so gibt es doch auch Versager. Man sollte Frauen, die diese Methode benützen, instruieren, sich bei einem Arzt zu melden, wenn die Regelblutung sich verzögert.
- Die «Pille danach» wirkt weder abortiv noch teratogen. Falls eine unerkannte Schwangerschaft bereits vorliegt oder trotz Pilleneinnahme eintritt, darf sie ohne Bedenken wegen allfälliger Zusatzrisiken ausgetragen werden.

Übersetzung Dr. med. T. Fisch

## Emergency contraception in a Family Planning Centre

### Summary

● Emergency contraception (also known as postcoital) is a safe and efficient method used to prevent pregnancy following unprotected sexual intercourse or a contraceptive failure.

Emergency contraception includes pills taken orally (ECPs) (presently a progestogen), and the postcoital insertion of a copper-T intrauterine device as an alternate method; but the later is seldom used.

● Worldwide, if emergency contraception was known to women, was procurable and available in a timely manner, over 50% of abortions could be avoided.

● Medication: Emergency contraception is a treatment presently consisting of 1,5 mg levonorgestrel that must be taken within 72 hours of unprotected sexual intercourse. Formerly, the recommended dosage was two separate doses of 0,75 mg, each administered at a 12- to 24-hour interval. However, since October 2004, treatment is administered in a single dose (i.e. both 0,75 mg tablets are taken at the same time).

● Mechanisms of action: They are not clearly understood and probably vary according to the phase of the menstrual cycle (hypotheses: blocks follicle development; delays or inhibits ovulation; acts on the endometrium; desynchronises ovulation/fertilisation/endometrium maturation).

● Indications: Whatever the phase of the menstrual cycle, the main indication of emergency contraception is an unwanted pregnancy following unprotected sexual intercourse or a contraceptive failure, i.e. broken condom, failure to take a birth control pill.

● People concerned with emergency contraception: all women of childbearing age, from puberty to menopause.

● Contraindications: Whereas the former emergency contraception treatment with oestrogen-progestogens had a few but rare and relative contraindications (headaches, history of thrombo-embolism), the current regimen with levonorgestrel, presently marketed in Switzerland, has no contraindications.

● Additional information of interest: Emergency contraceptive pills (ECPs) are safe and should be administered as often as necessary, even during the same menstrual cycle. However, they are not a substitute for routine birth control because they are not as efficient as any ongoing method of contraception.

- The sooner the ECPs are taken after unprotected sexual intercourse, the more effective the treatment is. Theoretically, it should be taken within a 72-hour window; however, it can still be administered up to 120 hours after intercourse, if necessary.
- ECPs do not provide protection for subsequent unprotected intercourses.
- Even though current ECPs are very effective, reducing the risk of pregnancy by 89%, failure is possible. Women using ECPs should consult their physician in the case of delayed menstrual periods.
- ECPs are neither abortifacient nor teratogenic. In the case of an existing unknown pregnancy or in spite of the administration of ECPs, these therapies have no adverse effect on the pregnancy and can be taken safely.

Translation C. R. Beard, DMD

### Résumé de l'étude

L'article ci-après présente l'étude «Contraception d'urgence dans un centre de planning familial» menée pendant 24 mois au sein de la consultation lausannoise de planning familial de la Fondation Profa. Cette recherche portant sur l'accueil de 662 demandes de contraception d'urgence et sa prescription a permis de constater que:

- Ce sont essentiellement les adolescentes au tout début de leur vie sexuelle et les jeunes adultes qui sollicitent cette prestation. Le motif en est, dans un tiers des cas, un rapport non protégé et, dans deux tiers des cas, un problème survenu avec un préservatif; les situations d'oubli de pilule étaient exclues de l'étude. Les jeunes dans l'ensemble connaissent la contraception d'urgence, essentiellement par leurs pairs et par les animations en éducation sexuelle à l'école.
- La prescription de la pilule d'urgence est une opportunité pour proposer un suivi au plan contraceptif et gynécologique. D'ailleurs 61% des patientes en ont profité pour demander la prescription d'une contraception régulière;

45% continueront pourtant à utiliser un préservatif, en double protection pour certaines.

- Les femmes de tous âges peuvent être concernées par la contraception d'urgence et l'information devrait être renouvelée auprès des adultes afin qu'elles pensent et n'hésitent pas à demander la contraception d'urgence en cas de besoin. Les médecins de premier recours entre autres peuvent jouer ce rôle de relais de l'information, aussi bien auprès de leurs patients masculins que féminins d'ailleurs. La prescription d'une contraception d'urgence de réserve est envisageable dans certaines situations de voyage.
- Fort de ces éléments, un accès facilité tant à l'information qu'à la prescription est souhaitable. Les médecins dans leur ensemble ont ici leur rôle à jouer en terme de santé publique en rappelant lorsque l'occasion se présente dans leur activité l'existence de la contraception d'urgence, sa simplicité, son innocuité et les modalités pour se la procurer en cas de besoin. Ils sont également appelés à la prescrire le cas échéant.

## Introduction

Par analogie avec l'appellation anglo-saxonne «emergency contraception», la terminologie «contraception d'urgence», abrégée ici par le sigle CU, tend à remplacer progressivement dans la pratique et dans les publications internationales les vocables «contraception post-coïtale» ou «pilule du lendemain».

Le concept de contraception d'urgence englobe «toute méthode administrée à la femme après un rapport sexuel, mais agissant avant le stade de l'implantation, et ayant pour but d'éviter la survenue d'une grossesse». Par cette définition de techniques clairement préventives, toute méthode abortive se trouve d'emblée exclue.

La CU la plus utilisée jusqu'à maintenant était la méthode dite de Yuzpe, du nom du médecin canadien qui l'a développée. Sur le marché suisse depuis le début des années 80, cette pilule œstrogénique est prescrite sous ordonnance médicale obligatoire mais, au même titre que les méthodes contraceptives, ne fait pas partie de la Liste des spécialités.

En décembre 2002 est sortie sur le marché pharmaceutique suisse une autre CU ne contenant qu'un progestatif, le lévonorgestrel; elle était déjà commercialisée depuis plusieurs années dans les pays voisins. Swissmedic lui a octroyé un statut particulier. Admise en liste C, elle ne peut cependant être délivrée en officine qu'aux conditions suivantes: seul le pharmacien lui-même y est habilité; il doit la remettre directement à la personne concernée et après s'être entretenu avec elle dans un espace confidentiel; si la requérante est une adolescente âgée de moins de 16 ans, il l'adressera à un médecin ou à un centre de planning familial pour qu'elle obtienne la CU rapidement tout en bénéficiant d'un conseil adapté à son âge.

## Quels sont les atouts de la CU au lévonorgestrel seul?

Une large étude multicentrique menée sous l'égide de l'OMS et parue dans LANCET en 1998 [1] compare les deux types de CU, la méthode œstrogénique et la méthode progestative. Les conclusions en affirment l'équivalence d'efficacité et même une certaine supériorité de la deuxième, la CU au lévonorgestrel seul. Celle-ci présente par ailleurs l'avantage de ne presque plus provoquer de nausées et encore moins de vomissements, élément favorable à plus d'un titre: non seulement il améliore l'acceptabilité de la méthode, mais il en augmente indirectement l'efficacité, les vomissements précoces pouvant se solder par un taux sérique insuffisant du principe actif.

Alors que, dans un premier temps, la CU au lévonorgestrel seul était administrée sur un mo-

dèle comparable à la méthode Yuzpe, soit deux doses à 12 heures d'intervalle, ce protocole est actuellement modifié en celui d'une prise unique des deux doses simultanément. Une nouvelle étude randomisée multicentrique de l'OMS [2] a en effet montré l'équivalence d'efficacité des deux modes d'administration. Ce nouveau protocole simplifié est un autre atout de la CU au lévonorgestrel seul par rapport à la méthode œstrogénique, l'administration de la dose unique sur place au cabinet médical ou en pharmacie en garantissant la compliance.

## Objectifs de l'étude


L'efficacité des CU selon les méthodes Yuzpe et au lévonorgestrel seul est actuellement bien établie par plusieurs études, et en particulier celle de la Task-Force [1]. Notre recherche, tout en relevant le taux d'efficacité, s'attache aux circonstances typiques de prescription dans un centre de planning familial. Il nous a paru intéressant de nous pencher d'une part sur la clientèle sollicitant une CU, et ceci dans le centre même où, 15 ans auparavant, une première étude [3] sur la contraception post-coïtale avait remarquablement participé à sa reconnaissance scientifique. C'était aussi l'occasion de réfléchir à l'insertion de cette prescription dans le travail de prévention mené dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive. Les conclusions doivent permettre de renforcer les options stratégiques.

La présente étude s'inscrit aussi dans une réflexion sur les moyens pour mieux faire connaître l'existence de la CU parmi la population et pour en augmenter l'accessibilité. Une sensibilisation renouvelée à cette problématique des professionnels de la santé et du domaine social (médecins de premier recours mais aussi de toute spécialité, pharmaciens, enseignants, éducateurs, ...) devraient participer au but visé, la prévention des grossesses non désirées, et par là même des interruptions de grossesse. On estime en effet qu'au niveau mondial, si la contraception d'urgence était connue, accessible et si les femmes pouvaient se la procurer à temps, plus de 50% des interruptions de grossesse pourraient être évitées [4].

## Cadre, matériel et méthode

Dans le canton de Vaud, le Service de planning familial et de grossesse de la Fondation Profa, organisme privé reconnu d'intérêt public, répartit ses activités sur six centres extrahospitaliers, implantés dans les principales villes du canton. Dans chacun de ces centres travaillent en étroite collaboration des médecins, des conseillères en planning familial, des sages-femmes conseillères

et des assistantes sociales spécialisées en périnatalité. Après plus de 20 ans de prescription quotidienne de la CU, nous effectuons une étude englobant les aspects médicaux, psychologiques et sociaux qui sont à la base de notre activité. Menée avant la commercialisation dans notre pays de la CU au lévonorgestrel seul, l'étude porte sur la méthode Yuzpe.

Elle fut conduite dans le centre de Lausanne qui reçoit chaque année environ 3900 patientes pour un total de 9000 consultations ou entretiens psychosociaux. La figure 1  rend compte du nombre total annuel de CU prescrites dans ce centre. Elle illustre l'augmentation régulière des prescriptions de la première année à 1998, puis une légère baisse. Cette dernière correspond à l'introduction fin 98 des «Nouvelles consignes en cas d'oubli de pilule» [5], consignes qui permettent de restreindre les indications à la pilule d'urgence aux oublis de l'un des 7 premiers comprimés d'une plaquette; l'oubli dès le 8<sup>e</sup> comprimé nécessite d'autres mesures simples.

Le protocole d'étude a consisté à relever de manière prospective pendant 24 mois, de juin 1997 à juin 1999, au fur et à mesure qu'elles se présentaient, les demandes de CU.

Pratiquement, toutes les requérantes sont reçues par l'un des médecins qui, après anamnèse et évaluation de l'indication, lui remet la CU. Le cas échéant, il lui prescrit la contraception qu'elle aura choisie et s'assure d'un suivi aussi bien gynécologique que contraceptif.

Lorsque la demande de CU correspond à une première venue dans un centre de planning familial ou en cas de demande itérative, ou encore lors-


que la contraception semble mal assumée, une conseillère en planning familial reçoit également la patiente pour un entretien.

Nous nous sommes attachés à garder les conditions de prescription habituelles du service à ce moment-là, c'est-à-dire la méthode Yuzpe: administration orale de deux doses de 100 µg d'éthinylestradiol et 500 µg de lévonorgestrel, la première étant prise dans les 72 heures après le rapport sexuel (exceptionnellement plus), la seconde 12 heures plus tard. La remise de CU n'était pas conditionnée par un examen gynécologique, celui-ci n'étant proposé qu'en cas de nécessité ou lorsqu'il était indiqué pour une raison indépendante de la demande.

Dans quelques situations particulières, une autre méthode de contraception d'urgence a été choisie: nos médecins ont ainsi procédé à la pose de 3 dispositifs intra-utérins (DIU) au cuivre à titre post-coïtal, lorsque les conditions étaient remplies et que la patiente souhaitait une telle contraception pour le long terme.


## Résultats commentés

### Population étudiée

Durant les 24 mois de récolte de données, nous avons relevé 662 cas de demande de CU répondant aux critères d'inclusion de l'étude. Les 662 demandes de CU concernent 593 patientes, certaines d'entre elles ayant consulté à plusieurs reprises pour ce même motif pendant la durée de l'étude (tab. 1 .

**Tableau 1. Répétition des demandes pendant la durée de l'étude.**

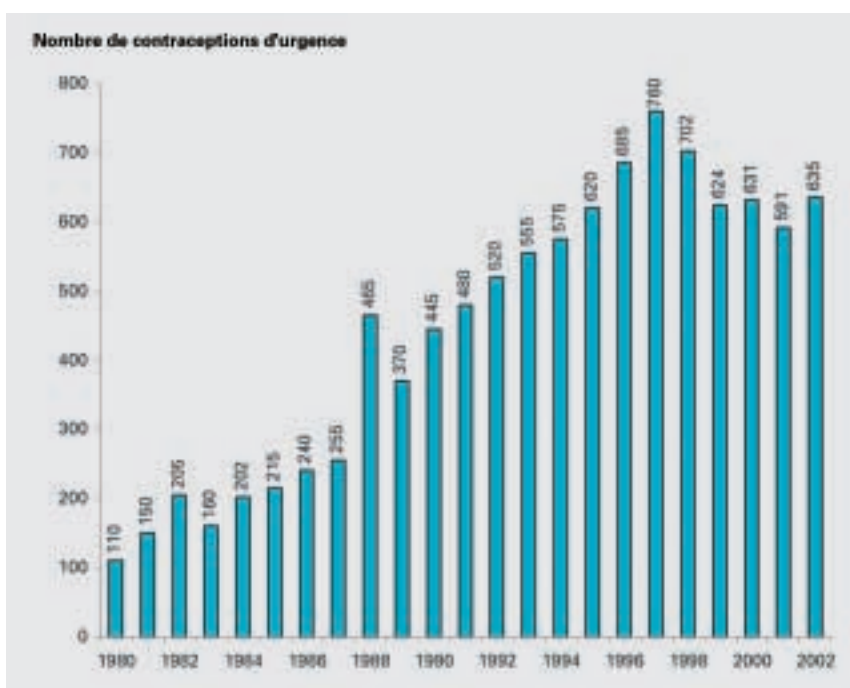
1 demande:	531 patientes (89,5%)
2 demandes:	55 patientes (9,3%)
3 demandes:	7 patientes (1,2%)

L'âge des patientes s'échelonne entre 13 et 42 ans, avec un âge moyen de 18,2 ans (fig. 2 ). L'étalement de la courbe atteste du fait que la CU concerne la femme à tout âge durant ses années de fertilité. L'adolescente et la jeune adulte en sont cependant les principales requérantes, dans une consultation de planning familial tout au moins. Ici, 63% avaient moins de 20 ans alors que dans la population globale des consultantes du centre, elles ne représentent que 30%.

En questionnant l'ensemble des patientes concernées par l'étude, il s'avère que 46% n'en étaient pas à leur première CU.

Parmi les 593 patientes, 54% venaient pour la première fois dans un centre de planning familial Profa. 20,2% d'entre elles s'étaient déjà procuré auparavant une CU ailleurs, le service des urgences gynécologiques d'un hôpital pour la plupart.

La CU représente indéniablement une porte d'entrée à la prise en charge et au suivi en santé



**Figure 1.** Nombre de contraceptions d'urgence prescrites de 1980 à 2002.



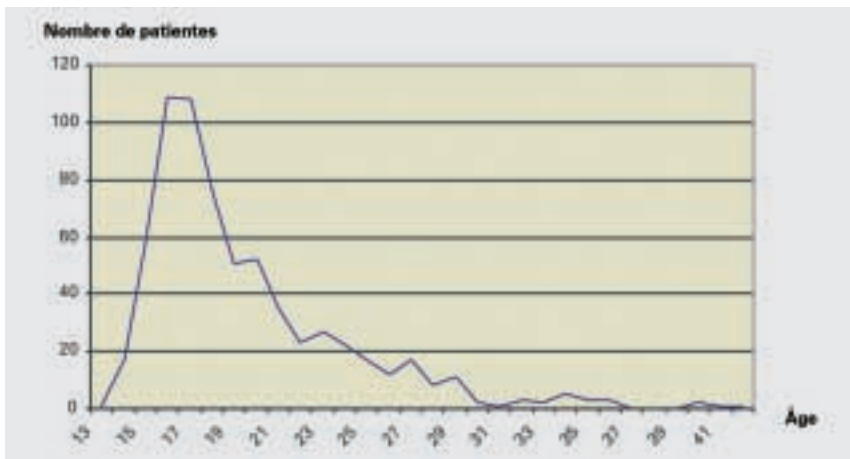


Figure 2.  
Âge.

sexuelle et reproductive. Dans les centres de planning familial, l'accueil des demandes de CU ne se limite pas à une simple remise du médicament, mais est assorti d'une offre d'entretien de conseil. Cependant, fréquemment, les jeunes femmes qui se sont exposées à un risque de grossesse sont dans un état de stress intense et il faut savoir dans certains cas répondre à leur besoin immédiat de manière directe et simple. Le temps d'une réflexion approfondie doit parfois être reporté à un moment où elles seront plus réceptives, en-dehors de l'urgence.

#### Sources d'information

A la question «par qui avez-vous entendu parler de la pilule d'urgence ou pilule du lendemain?», les réponses donnent un palmarès éloquent (tab. 2 ☞).

Tableau 2. Sources d'information sur la pilule d'urgence (plusieurs réponses possibles).

Connaissances	286
Education sexuelle	209
Centre de planning familial	158
Famille	37
Média	24
Partenaire	22
Médecin	9
Pharmacie	8

Les pairs surtout, les animatrices en éducation sexuelle à l'école et les collaborateurs des centres de planning familial également, sont de manière claire les principales sources d'information sur la CU évoquées par les consultantes interrogées. Les autres sources d'information possibles viennent loin derrière. Ce score confirme que l'éducation sexuelle fait remarquablement bien passer le message de l'existence de la CU, dans le canton de Vaud tout au moins. Cette information fait en effet systématiquement partie de celles que reçoivent les élèves en fin de scolarité. Par contre, il peut paraître étonnant en ce qui

concerne les pharmaciens et les médecins qu'ils ne viennent qu'en queue de liste. Cela peut provenir tout simplement du fait qu'ils ne voient pas d'occasion ou de raison d'aborder ce thème avec leurs clients. Un effort est-il à faire de ce côté?

#### Circonstances motivant les demandes

Afin d'analyser les demandes de CU précoces, nous nous sommes enquis de l'âge où les patientes avaient débuté leur vie sexuelle. L'âge au premier rapport sexuel, ou sexarche, correspond à celui de la population jeune de la région, avec 58,5% de jeunes filles ayant eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 17 ans révolu. Par comparaison, Narring et al. relevaient 49,6% en Suisse en 2002 [6].

L'intervalle écoulé entre le premier rapport sexuel et la demande de CU s'avère être un paramètre très intéressant: son relevé met à jour que 6,8% des demandes sont motivées par une protection insuffisante lors du tout premier rapport sexuel et près d'un quart (23%) pendant les trois premiers mois de vie sexuelle active (fig. 3 ☞).

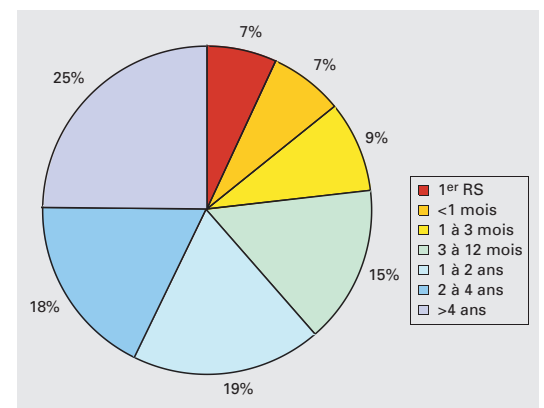


Figure 3.  
Proximité de la sexarche.

Les conditions d'étude excluant les situations d'oubli de pilule, les motifs de demande de CU se répartissent en deux catégories: les rapports non protégés et les problèmes survenus lors d'emploi de préservatif. Sur l'ensemble des demandes, la proportion respective des deux catégories est de 30,3% pour les rapports non protégés et 69,7% pour les problèmes d'emploi de préservatif.

En mettant en relation les paramètres «proximité de la sexarche» et «proportion de non protection» (fig. 4 ☞), on constate que ce dernier élément est pratiquement invariable, à part pour le tout premier rapport sexuel où la proportion de non protection s'avère plus élevée (46%).

#### Modalités de prescription

Lors de la consultation pour prescription de CU, le médecin n'a procédé que dans 15% des cas à un examen gynécologique et la raison en était presque toujours la coïncidence avec le moment

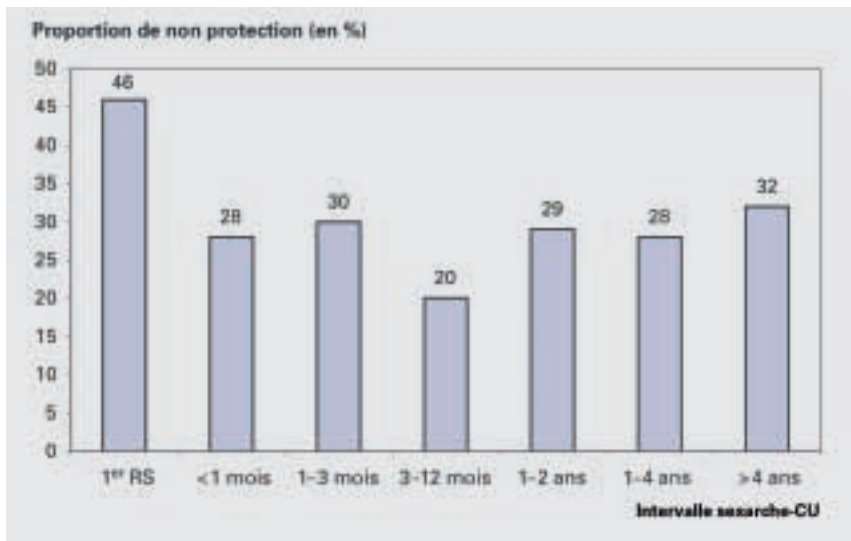


Figure 4. Proportion de non protection et proximité de la sexarche.

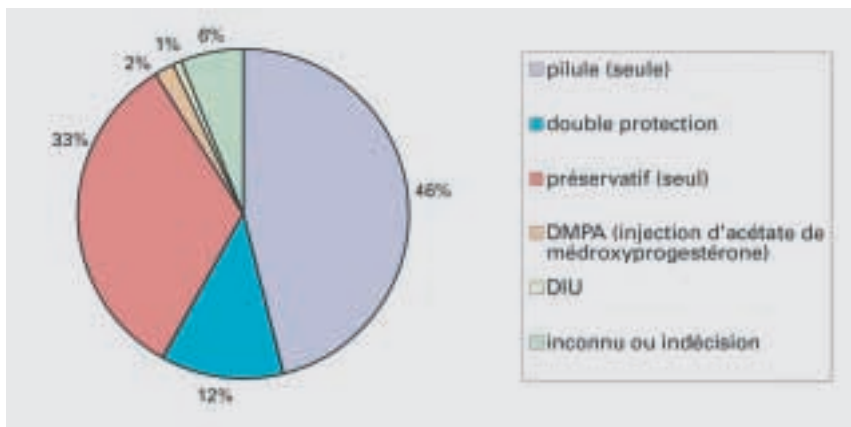


Figure 5. Intention contraceptive.

de l'année où la femme faisait son contrôle préventif et non pas la demande de CU en elle-même. Par contre, fréquemment, la prescription de CU a été l'occasion pour le professionnel de rappeler l'utilité d'un tel examen; dans 52% des cas, la patiente en a profité pour en fixer la date. Bien que l'absorption d'une CU alors qu'une grossesse préexistante est en cours ne constitue absolument pas en soi un danger, le médicament n'étant ni tératogène ni abortif, il est toutefois souhaitable d'éviter que cela ne se produise pour ne pas retarder le diagnostic de la grossesse. Comme il s'agit d'exclure, dans les limites des possibilités de détection, une grossesse qui serait débutante, l'examen gynécologique est inutile ou au mieux insuffisant; le test de grossesse urinaire est nettement plus conclusif et rentable en terme d'efficacité.

Dans l'étude, un test de grossesse urinaire n'a été effectué que dans 20 situations, soit chez 3% des demandes. Chez 9 d'entre elles, le motif en était un retard de règles; chez 5, une aménorrhée actuelle; chez 2, le fait que la patiente avait déjà pris une autre CU ce même cycle ou le cycle

précédent, et enfin chez une patiente, des dernières règles très faibles.

Certains protocoles de prescription de CU par du personnel non médecin prévoient un test de grossesse urinaire dans tous les cas. En milieu médical, sans en arriver à une telle systématique, il est cependant utile de recommander un test dans des situations comme:

- date des dernières règles inconnue ou anamnèse s'y rapportant à l'évidence peu fiable;
- retard de règles, c'est-à-dire: dernières règles datant de plus de 28 jours, quelle que soit la durée habituelle du cycle;
- dernières règles de caractère inhabituel;
- autre CU déjà prise le même cycle.

En résumé, un test de grossesse est indiqué dans certaines situations, l'examen gynécologique est par contre rarement nécessaire.

La question de la contraception future devrait être abordée lors de chaque prescription de CU. Alors qu'un tiers des patientes s'en tiendront à l'avenir au préservatif seul, 12% ont décidé d'y ajouter une contraception hormonale, sous forme de pilule en général, faisant ainsi le choix de la «double protection». Comme de plus 46% ont d'emblée opté pour la pilule seule, cela fait un total de 58% des patientes ayant consulté pour une CU qui se sont fait prescrire à cette occasion une pilule. Quant à celles qui ont bénéficié de la pose d'un dispositif intra-utérin post-coïtal, elles le garderont comme contraception du long terme (fig. 5).

Ces différentes méthodes de contraception ne pouvant pour la plupart être initiées qu'aux règles, une contraception de l'intervalle, habituellement le préservatif, est à recommander pour la fin du cycle.

### Les échecs de contraception d'urgence

Bien que la CU soit très efficace, la grossesse ne peut pas toujours être évitée. Dans notre étude, sur les 662 cas répertoriés, 8 grossesses (tab. 3) sont survenues et toutes ont eu lieu chez des femmes qui n'avaient en principe pas pris d'autres risques durant le même cycle. Elles concernent toutes des prescriptions de CU selon Yuzpe.

L'un de ces échecs est survenu chez une adolescente dont le rapport en cause était son tout premier.

Une autre grossesse s'est avérée être extra-utérine et a nécessité une prise en charge en urgence dans le département de gynécologie-obstétrique de l'hôpital universitaire. Malgré un débat encore ouvert sur la fréquence des grossesses extra-utérines après échec de CU, cela reste un événement rare; il est cependant important de penser à l'exclure en cas de retard de règles après CU, comme dans n'importe quelle situation de grossesse débutante.

Une façon de présenter le taux d'échec de la CU est de simplement faire le rapport entre le nom-

**Tableau 3. Les huit cas d'échecs de contraception d'urgence (taux: 1,2%).**

Cas	Âge	J. cycle corr.*	Délai**	Décision***
A	17 ans	15 <sup>e</sup> jour	60 h <sup>+</sup>	IG
B	18 ans	18 <sup>e</sup> jour	41 h	IG
C	19 ans	13 <sup>e</sup> jour	53 h	gardée
D	19 ans	13 <sup>e</sup> jour	48 h	IG
E	20 ans	15 <sup>e</sup> jour	24 h	IG
F	22 ans	14 <sup>e</sup> jour	39 h	IG
G	29 ans	21 <sup>e</sup> jour	41 h	GEU
H	32 ans	(irrég.)	32 h	IG

\* J. cycle corr. (jour du cycle corrigé): jour du rapport sexuel rapporté à un cycle standard de 28 jours (selon échelle de Dixon).

\*\* Délai: nombre d'heures écoulées entre le rapport sexuel et l'absorption de la 1<sup>re</sup> dose de la pilule d'urgence.

\*\*\* Décision: choix de la patiente pour le devenir de sa grossesse (IG = interruption de grossesse; gardée = grossesse poursuivie; GEU = grossesse extra-utérine).

<sup>+</sup> Vomissement de la 2<sup>e</sup> dose.

bre de grossesses survenues sur le nombre de CU administrées, soit dans cette étude 1,2% (tab. 3). Cependant ce calcul ne tient pas compte de la variation du risque de grossesse en fonction du jour du cycle. Une formule permet de rapporter à un cycle standard de 28 jours les cycles habituels plus longs ou plus courts. L'échelle établie par Dixon [7] donne le risque statistique de grossesse à chaque jour du cycle. Grâce à cette conversion, l'efficacité en terme de grossesses effectivement évitées a pu être calculée dans notre étude et se monte à 77%, taux correspondant à ceux de la littérature pour la méthode Yuzpe.

Les échecs nous amènent encore une fois à parler de l'influence d'une CU sur la grossesse en général:

- au plan biologique, la CU n'a aucun effet délétère sur l'œuf fécondé ni sur le déroulement normal de la grossesse gardée après échec de la CU. L'effet tératogène des hormones n'existe pas à ce stade.
- au plan moral par conséquent, la CU aide à prévenir la grossesse mais ne peut l'altérer en aucune façon.

Ceci est important dans l'imaginaire du grand public pour le déculpabiliser et pour faciliter la diffusion de la méthode. Il est évidemment fondamental que les médecins qui sont amenés à parler de la CU et le cas échéant à la prescrire soient eux-mêmes bien au clair sur ces notions.

## Discussion

### Un quart des demandes dans les trois premiers mois de vie sexuelle

Alors que le centre de planning familial siège de l'étude reçoit des femmes de tous âges jusqu'à la ménopause, la clientèle y sollicitant une contraception d'urgence est essentiellement jeune et

souvent au tout début de la vie sexuelle active. Il ressort en effet que près d'un quart des demandes émanent de jeunes femmes ayant des rapports depuis moins de trois mois. Cette constatation souligne que celles-ci connaissent l'existence de la CU et savent s'adresser à une structure adéquate pour se la procurer; elle prouve ainsi qu'elles assument leurs responsabilités. Les jeunes utilisant en majorité le préservatif lors de leurs premiers rapports, ils sont aussi exposés au risque d'incident de manipulation de cet objet nouveau pour eux; et cela est d'autant plus vrai qu'ils sont forcément inexpérimentés en la matière du fait même qu'ils débudent leur vie sexuelle.

Essentiellement depuis l'émergence du VIH/sida, et d'autant plus actuellement où l'on assiste à une recrudescence d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) comme celle à *Chlamydia trachomatis*, les messages donnés aux jeunes par le biais de l'éducation sexuelle et de campagnes de prévention consistent à les inciter à utiliser le préservatif. Il est dès lors indispensable que le monde médical et la société en général adoptent une attitude qui soit conséquente et cohérente avec cette politique de prévention et leur offrent aussi le «service après vente»; en d'autres termes, qu'en cas de rupture ou de glissement du préservatif, ils puissent obtenir sans difficulté la méthode de secours adaptée. Leur inexpérience est légitime, reconnaissons-en leur le droit.

En cas de répétition de demandes de CU, les incidents techniques avec le préservatif étant susceptibles de survenir plusieurs fois chez les débutants, il n'y a strictement aucune raison de refuser de la prescrire. En effet, l'emploi répété ne comporte aucun danger, même au cours d'un même cycle [8].

### Deux jeunes filles par mois viennent demander la contraception d'urgence suite à leur tout premier rapport sexuel

Pendant les deux années qu'a duré l'étude, 45 jeunes femmes de la région lausannoise, soit près de deux par mois, sont venues dans le centre pour demander une CU suite au tout premier rapport sexuel de leur existence. Dans ces circonstances émotionnellement intenses, un accueil compréhensif et chaleureux, valorisant l'attitude responsable dont fait preuve la jeune fille qui s'adresse au centre pour une question des plus intimes, qui a trait à son tout premier rapport sexuel, s'avère de première importance. De la qualité de cet accueil peut dépendre son aptitude à entreprendre d'autres démarches pour sa santé sexuelle et reproductive, lorsqu'elle en aura besoin.

Ces consultations de jeunes filles à l'aube de leur vie sexuelle mettent à jour le rôle de sentinelle que jouent les centres de planning familial qui les reçoivent, d'autant plus qu'elles y feront pour

beaucoup d'entre elles leur tout premier examen gynécologique. Les collaborateurs des centres doivent être attentifs à déceler l'émergence de problématiques nouvelles ou la variation de l'incidence de certaines pathologies dans cette jeune population. A titre d'exemple, mentionnons les infections à *Chlamydia trachomatis* ou encore les rapports sexuels pas pleinement consentis ayant lieu sous l'influence de substances consommées ou/et d'alcool.

Parmi les 45 jeunes filles ayant demandé une CU suite à leur premier rapport sexuel, 46% n'avaient utilisé aucune protection. Par contre, dès les rapports suivants, cette proportion tombe d'emblée à 28% et se maintient ensuite autour de cette valeur, quel que soit l'âge. Il semble qu'à n'importe quel âge quelque chose pousse les couples à ne pas utiliser de protection, parfois: cela a trait vraisemblablement à la spontanéité des relations sexuelles. La constance de cette proportion laisse aussi penser que les réponses données par nos patientes sont fiables et honnêtes, contrairement à l'affirmation trop répandue que les couples invoqueraient un problème d'emploi du préservatif alors qu'ils n'auraient en fait utilisé aucune protection.

Mais pourquoi parmi les raisons motivant une requête de CU l'absence de protection est-elle plus fréquente lors du premier rapport sexuel? La réponse tient dans la spécificité aussi bien émotionnelle que symbolique que revêt cet événement, ainsi que dans les circonstances où il a lieu, que ce soit celles d'une relation déjà stable ou d'une relation occasionnelle. En Suisse, la grande majorité des jeunes utilisent une contraception efficace et ceci également lors de leur tout premier rapport sexuel. Selon les études des Instituts universitaires de Médecine sociale et préventive de Lausanne et Zurich [9], cette proportion est de 86% lors du premier rapport sexuel. Dans la recherche présentée ici, les demandes de CU suite au premier rapport se recrutent bien évidemment parmi les 14% qui ne se sont pas protégés et également parmi ceux qui ont rencontré un problème en utilisant le préservatif. S'ils sont bien informés de l'existence de la CU, les jeunes réalisant qu'ils se sont insuffisamment protégés auront alors à temps le réflexe de se la procurer.

L'évocation d'un rapport sexuel sans protection, surtout dans le cadre d'une relation imprévue ou toute débutante, devrait éveiller l'attention du professionnel: en s'enquérant des circonstances dans lesquelles le rapport s'est déroulé, il lui arrivera parfois d'apprendre qu'en fait la jeune femme ne le souhaitait pas pleinement, qu'elle n'a pas su le refuser. Une écoute attentive et active permettra d'analyser avec elle ce qui s'est passé et ce qu'elle ressent après cet événement. Elle permettra aussi d'envisager d'éventuelles mesures à prendre et suites à donner; l'évaluation des risques d'IST et leur dépistage en font partie.

Il faut encore évoquer les situations où le rapport a eu lieu sous la contrainte. Ce qui ne devait être qu'une simple prescription de CU débouche alors sur une prise en charge spécifique pour violence sexuelle, comprenant des soins adaptés, tant au plan psychologique que somatique, et le cas échéant un constat de viol à but médico-légal. Un médecin ou une équipe médicosociale qui reçoit des demandes de CU doit être préparé à l'accueil de situations parfois complexes.

### **61% se font prescrire une contraception régulière, pourtant 45% continueront à employer le préservatif**

Une large proportion des patientes profite de la demande de CU pour se faire prescrire la pilule (58%) ou une autre méthode contraceptive (3%). Ebranlées par l'exposition à un risque de grossesse, elles émettent le souhait de renforcer à l'avenir leur protection et sollicitent une prescription de contraception hormonale régulière. Grâce à la structure des centres de planning familial à la fois informateurs et prescripteurs, comme les centres de la Fondation Profa dans le canton de Vaud, cette prescription est possible durant la même consultation, par le médecin qui les reçoit pour la CU.

Les jeunes sont néanmoins vivement encouragés à ne pas abandonner l'usage du préservatif pour autant, mais au contraire à adopter la double protection, en d'autres termes à se protéger à la fois contre les IST et contre une grossesse non souhaitée. Cet objectif est réalisé en utilisant systématiquement soit le préservatif seul, soit simultanément deux méthodes dont l'une doit être l'usage du préservatif [10]. C'est cette association de deux méthodes que recouvre habituellement l'appellation double protection et c'est à elle qu'il est fait référence dans cet article.

Concernant les patientes recensées dans l'étude, à l'issue de la consultation, un tiers d'entre elles (33%) s'en tiendront au préservatif seul alors que 12% optent pour une double protection; 46% choisissent de faire confiance à la pilule seule, 2% aux injections progestatives trimestrielles, 1% à un dispositif intra-utérin (fig. 5). Au total, cela fait 45% qui comptent continuer à utiliser le préservatif, ou se mettre à l'utiliser, soit seul soit associé à une contraception hormonale. Ce résultat est intéressant et encourageant: au lieu de faire renoncer au préservatif les patientes confrontées à un «raté» technique, l'incident les motive plutôt à doubler la protection ou simplement à continuer avec le préservatif seul mais avec la sécurité de pouvoir se procurer la CU en cas de nouveau pépin.

L'information sur la CU devrait être donnée systématiquement aux couples qui utilisent une méthode barrière. Personne n'est en effet à l'abri d'un problème technique et chacun devrait connaître le moyen d'en limiter les conséquences. Ce counseling nécessite doigté et nuances



pour ne pas dévaloriser le préservatif, mais renforcer la sécurité de son utilisation en en présentant la solution de dépannage, vis-à-vis du risque de grossesse pour ce qui concerne la CU. C'est également ce que relève l'article «Prévention du VIH/sida en Suisse: bilan et perspectives» [11]: «Il faut éviter que ces incidents ne découragent ceux qui y sont confrontés et ne les incitent à renoncer aux préservatifs dont l'efficacité n'est pas en cause.»

#### **La contraception d'urgence concerne la femme à tout âge**

Les 22 patientes de plus de 30 ans recensées dans l'étude, dont 3 de plus de 40 ans, témoignent du fait que la CU leur est également destinée et accessible, et jusqu'à la ménopause si nécessaire.

La CU ne concerne en effet pas que les adolescentes et les très jeunes adultes: toute femme en âge de procréer peut en avoir besoin un jour. Le fait que presque une grossesse sur trois chez une femme de plus de 40 ans se terminera par une IG [12] est un argument fort pour renforcer l'information sur la CU auprès de cette classe d'âge aussi. Ces grossesses surprennent souvent les femmes à une période de leur vie où elles ne se sentent plus prêtes à commencer ou recommencer une maternité; par ailleurs, les risques médicaux et obstétricaux ainsi que les risques génétiques sont également des éléments qui ont leur poids au moment de décider de garder ou non la grossesse imprévue. D'où la nécessité d'entretenir l'information auprès des femmes adultes sur l'existence de la CU, les délais pour la prendre et les lieux où se la procurer. Comme affirmé par les experts réunis pour la Conférence de consensus sur la contraception d'urgence à Bellagio en 1995, la femme doit connaître la CU avant d'en avoir besoin pour penser à la demander le cas échéant.

Le médecin de premier recours a un rôle clé à jouer dans la diffusion de cette information auprès d'une patientèle large mais aussi ciblée: il est par exemple amené à recevoir des femmes en train de vivre une rupture conjugale. Certaines, qui ont pendant des années utilisé une contraception régulière dans leur couple, l'arrêtent au moment de la rupture et peuvent, dans l'éventualité d'une nouvelle rencontre, se trouver confrontées à des questions qu'elles n'ont plus eu à se poser pendant longtemps. Le médecin de premier recours portera une attention particulière à ce qu'elles soient bien informées des IST et de la prévention de la grossesse non désirée. C'est dans ces situations qu'il ne doit pas manquer de recommander l'emploi du préservatif mais aussi de rappeler l'existence de la CU. Il bénéficie pour cela d'une position privilégiée vis-à-vis de sa patientèle, ayant l'avantage de la proximité et garantissant la confidentialité.

Dans certaines situations, le médecin peut être également amené à prescrire d'avance un emballage de pilule d'urgence, en tant que réserve, cette prescription se faisant dans le contexte médical. C'est essentiellement en prévision d'un voyage en des contrées où l'accès à la CU n'est pas garanti qu'une telle option est envisagée. Le médecin de premier recours se trouve en première ligne par le fait qu'il rencontre ces patientes à l'occasion de vaccinations avant le départ. Non seulement les femmes, en tant qu'éventuelles futures utilisatrices, mais aussi les hommes doivent bien connaître la CU. Il est tout aussi important qu'ils puissent servir de relais de l'information, y penser en cas de problème avec le préservatif. Sachant qu'existe une solution de secours en cas de rupture de préservatif, ils seront également plus attentifs à vérifier si celui-ci est intact en le retirant. Le médecin de premier recours est aussi bien placé pour aborder ces questions avec la patientèle masculine.

Les patientes n'ont que rarement cité les médecins comme source d'information sur la CU (tab. 2). Ceux-ci sont pourtant bien placés pour toucher des populations difficilement accessibles aux messages de prévention. Parmi elles, les migrants: il ressort en effet que les femmes migrantes paient un lourd tribut en grossesses non désirées et en interruptions de grossesse [12]. La connaissance de la CU et des modalités pour se la procurer devraient faire partie des notions de base à leur transmettre dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive et participeraient grandement à la prévention des grossesses non souhaitées; de plus, en cas de retour dans leur pays d'origine, ces personnes joueraient un rôle de relais d'information sur ce moyen d'urgence.

#### **Le délai jusqu'à la prise de pilule d'urgence devrait pouvoir être raccourci**

Depuis l'article de la Task Force [1], il est maintenant démontré que la CU est d'autant plus efficace qu'elle est prise précocement après le rapport à risque. Son efficacité maximale est obtenue par l'ingestion dans les premières 24 heures, puis elle régresse progressivement les jours suivants. Il faut tout de même relever qu'en cas de demande tardive il vaut encore la peine de la donner jusqu'à 120 heures [2]. Vis-à-vis du public, les consignes recommandent une prise dans les 72 heures.

Compte tenu de la baisse d'efficacité avec l'allongement du délai jusqu'à la prise de la CU, il faut renforcer son accessibilité rapide. Depuis la fin du relevé des cas pour la présente étude, un changement important qui va dans ce sens a eu lieu en Suisse: dès décembre 2002, la nouvelle pilule d'urgence au lévonorgestrel seul est remise sans ordonnance obligatoire en pharmacie, si la femme est âgée de plus de 16 ans. Précisons que cette restriction vis-à-vis de l'âge a pour seul objectif que les jeunes adolescentes bénéficient

d'une prise en charge spécifique, avec conseils adaptés et si possible mise en route d'un suivi; elle ne signifie absolument pas que la CU serait contre-indiquée à cet âge. Bien au contraire: justement vu le jeune âge, il est d'autant plus important qu'une grossesse non désirée puisse être prévenue chez elles.

Les autres conditions de prescription en pharmacie comportent l'obligation que ce soit le pharmacien lui-même qui gère cette prescription, qu'il le fasse après un entretien avec la femme dans un espace confidentiel de son officine et qu'il réfère les situations peu claires ou complexes à un médecin. Il devrait également encourager la personne concernée à s'adresser à un médecin ou un centre de planning familial afin d'obtenir information et suivi en matière de contraception et prévention des IST.

Avant l'introduction de ce nouveau type de prescription en pharmacie, les pharmaciens suisses ont bénéficié de séminaires de formation donnés conjointement par un médecin praticien de consultations de planning familial et un pharmacien. Outre la formation proprement dite à cette prescription, ces séminaires avaient pour objectif d'encourager la collaboration étroite avec les médecins afin de garantir une prise en charge et un suivi optimal des femmes concernées par la CU.

Du côté des médecins, vu l'enjeu en matière de santé publique que représente l'accès optimal à la CU, il est important que cette collaboration avec les pharmaciens soit dans la pratique vécue comme une vraie complémentarité tout au bénéfice des femmes et particulièrement des jeunes.

## Conclusion

Notre centre a publié en 1985 la première étude en Suisse portant sur la contraception post-coïtale ou contraception d'urgence, par la méthode Yuzpe [3]. Cette première recherche avait besoin d'être complétée par l'expérience acquise dans notre travail quotidien depuis maintenant 20 ans. A part la mise au point sur les aspects purement techniques, nous voulons introduire les dimensions psychologiques et sociales. Les implications sont nombreuses et essentielles en médecine préventive, allant du profil de la patiente et de son comportement contraceptif à l'étude de la diffusion de la méthode, son accessibilité, sa disponibilité et la facilitation de sa prescription avec ses limites. Nous ne perdons pas de vue cependant que la contraception d'urgence est en constante évolution.

## Remerciements

L'auteur remercie vivement les collaborateurs du Centre de planning familial et de grossesse de la Fondation Profa à Lausanne qui ont participé activement et avec assiduité au relevé et au suivi des cas: les médecins, les conseillères en planning familial, le personnel para-médical et de la réception. Non seulement pour les besoins de l'étude mais au quotidien depuis plus de vingt ans, ils offrent un accueil ouvert et efficace aux personnes s'adressant à la consultation pour demander la contraception d'urgence, entre autres.

Elle remercie également la direction de la Fondation Profa qui a permis que cette recherche puisse être menée.

## Références

- 1 Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998;352:428-33.
- 2 von Hertzen H, Piaggio G, Ding J, Chen J, Song S, Bártfai G, et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *Lancet* 2002;360:1803-10.
- 3 Nguyen Duy C, Zufferey MM, Welti H. Interception post-coïtale avec une association de D-Norgestrel et d'Ethinylœstradiol. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1985;14:523-6.
- 4 HRP. Social science research policy briefs 2001;series 2. N° 1:1-2.
- 5 Quach A. Consignes en cas d'oubli de pilule combinée. *News Letter de la Société Suisse de Fertilité, Stérilité et de Planning familial*; 2001:7-9.
- 6 Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento L, Jeannin A, Addor V, Bütikofer A, et al. Santé et styles de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans en Suisse (2002). SMASH 2002: Swiss multicenter adolescent survey on health 2002. Lausanne: IUMSP; 2004.
- 7 Dixon GW, Schlesselman J, Ory HW, Blye RP. Ethinyl estradiol and conjugated estrogens as postcoital contraceptives. *JAMA* 1980;244:1336-9.
- 8 Shelton JD. Repeat emergency contraception: facing our fears. *Contraception* 2002;66:15-7.
- 9 Narring F, Michaud P-A, Wydler H, Davatz F, Villaret M. Sexualité des adolescents et sida. Processus et négociations autour des relations sexuelles et du choix de la contraception. Lausanne: IUMSP; 1997.
- 10 Fédération internationale pour le planning familial IPPF. *Entre nous* 2000/01;49:12.
- 11 Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B, Meystre-Agustoni G, Haour-Knipe M, Moreau-Gruet F, et al. Prévention du VIH/sida en Suisse. Bilan et perspectives. *Forum Med Suisse* 2001;24:621-5.
- 12 Balthasar H, Jeannin A, Benninghoff F, Spencer B. Demandes d'interruption volontaire de grossesse dans le canton de Vaud. Analyse des données 2002. Lausanne: IUMSP; 2004.

Correspondance:  
Dr Adeline Quach  
Médecine générale FMH  
Médecin-responsable  
des Consultations  
de planning familial  
et de grossesse  
Fondation Profa  
Av. Georgette 1  
CH-1003 Lausanne  
quach@profa.org