

A quelles conditions la contraception d'urgence pourrait-elle diminuer le recours à l'IVG ?

Mots
clés :

Contra-
ception
post-
coïtale,
Automé-
dication,
IVG.

La contraception d'urgence après un rapport sexuel non ou mal protégé est une contraception de « rattrapage ». Son but affirmé est de réduire le nombre de grossesses non désirées, donc le recours à l'IVG pour ce motif, en particulier chez les adolescentes et les très jeunes femmes : on observe à cet âge une plus grande fréquence d'absence totale de contraception que chez les adultes (9,4 % contre 3,6 %) et une proportion d'échec du préservatif significativement plus élevée (17,8 % contre 11,5 %)¹. La loi française a permis aux mineures un accès gratuit, anonyme, et hors prescription médicale à la contraception d'urgence pour résoudre ces difficultés². Cet accès rendu aisé doit être accompagné, comme le prévoit la loi, du conseil nécessaire. Une recommandation de l'ANAES, reprenant les conclusions d'un rapport de l'OMS, précise les caractéristiques d'une contraception d'urgence efficace, et les conditions particulières du conseil aux adolescents³.

Les méthodes utilisables

La pose d'un stérilet au cuivre peut être utilisée en contraception d'urgence sous réserve qu'elle n'intervienne pas plus de 5 jours après l'ovulation (probablement par effet sur la fécondation et non sur l'implantation)³.

La mifépristone (RU 486) largement utilisée à l'étranger à la dose usuelle de 10 mg n'a pas cette indication en France.

Parmi les alternatives hormonales disponibles en France, il est recommandé d'utiliser le progestatif seul (lévogestrel : 1 cp à 1,5 mg), plus efficace et avec moins d'effets secondaires que l'association oestroprogestative (Tetra-gynon®, dont la cessation de commercialisation est prévue) selon des études de niveau de preuve 1³. Le seul lévonorgestrel peut être dispensé hors prescription médicale. Il n'a pas de contre-indications. Il est inefficace en cas de grossesse débutante.

Quelle efficacité ?

Une revue portant sur 8 300 poses de stérilets en contraception d'urgence rapporte un taux d'échec de 0,1 à 0,2 %³.

La contraception hormonale d'urgence est d'autant plus efficace qu'elle est utilisée plus précocement après le rapport non protégé. Les études ne portent généralement pas sur des cohortes suffisantes pour que l'on puisse réellement chiffrer la décroissance d'activité³. La

seule étude, canadienne, qui s'était fixé cet objectif, a inclus 300 femmes. Dans le groupe traité avant 72 heures, le taux de grossesses est de 0,8%, pour 1,8% dans le groupe traité entre 72 et 120 heures⁴. La vraie question est donc bien celle d'une disponibilité immédiate. Au-delà du « raisonnable », seul le stérilet devrait être en discussion. L'éventualité d'une prescription en avance se discute au cas par cas.

L'information sur la contraception reste la priorité

La loi a précisé que la délivrance du lévonorgestrel sans ordonnance est précédée d'un entretien avec le pharmacien qui doit « s'assurer que la situation correspond aux critères d'urgence... et fournir à la mineure une information sur l'accès à une contraception régulière, sur la prévention des IST et sur l'intérêt d'un suivi médical. Il communique les coordonnées du centre de planification d'éducation familiale le plus proche »³. Le groupe de travail de l'ANAES rappelle les principes de l'**entretien individuel** chez les adolescents tels que les préconise l'OMS : confidentialité, écoute attentive et positive, questions sur les habitudes de vie, représentations, préférences et réticences en matière de contraception...

L'**approche éducative collective** en milieu scolaire semble entraîner à court terme une diminution du taux de grossesses chez des adolescentes de 14 à 18 ans, mais son efficacité à long terme n'est pas mesurée.

Que peut-on en conclure pour la pratique ?

La priorité n'est pas de banaliser l'imprévu, mais bien d'informer sur toutes les mesures préventives possibles. Il est essentiel de faire connaître la contraception d'urgence, dans un ensemble de connaissances sur la sexualité et la reproduction. Il reste impératif de recommander l'usage du préservatif comme seule méthode de prévention du risque infectieux, même s'il est manifestement chez les jeunes une méthode contraceptive insuffisamment efficace. Tout recul de ce simple message reste jusqu'à nouvel avis porteur de mort...

Comme le souligne Nisand, si l'IVG de la femme adulte traduit souvent une ambiguïté face à la reproduction et un désir inconscient de grossesse, l'IVG de la femme jeune recouvre habituellement un manque de connaissances. « *Pour des raisons psychologiques évidentes, ni les parents, ni les enseignants (qui sont des "pro-parents") ne sont bien placés pour aborder aisément et au bon moment (c'est-à-dire avant les premières expériences sexuelles) les conseils élémentaires et les précautions qui permettent d'éviter les grossesses non désirées. C'est donc le corps médical au sens large qui doit remplir ce rôle* »¹. Pharmaciens, infirmières scolaires, intervenants sociaux et médecins sont tous concernés.

Références :

- 1 – Nisand I. L'IVG en France. Quelques propositions pour l'avenir. In Cohen J, Madelenat P, Lévy-Toledano R. Gynécologie et santé des femmes : quel avenir en France ? Levallois-Perret : Editorial assistance; 2000. Disponible sur : www.cngof.asso.fr/d_cohen/co_0.htm
- 2 – Collectif. Le recours à la contraception d'urgence a-t-il augmenté depuis qu'elle peut être délivrée sans ordonnance ? *Bibliomed*. 2005;?
- 3 – Anaes. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Décembre 2004. Sur www.anaes.fr
- 4 – Rodrigues I et al. Effectiveness of emergency contraceptive pills between 72 and 120 hours after unprotected sexual intercourse. *AM J Obstet Gynecol* 2001; 184:531-7.