

Contraception d'urgence : craintes injustifiées, attentes déçues

Mots clés :
Adolescent
Contraception
IVG

Depuis 2000, la loi permet en France la délivrance sans prescription à des mineures du levonorgestrel en contraception d'urgence (CU), à titre anonyme gratuit, dans les pharmacies ou les infirmeries scolaires (*Bibliomed* 390-391). Elle vise à prévenir les interruptions volontaires de grossesse (IVG) chez ces très jeunes femmes en cas de rapports non protégés. La simplification de l'accès à cette solution de « rattrapage » explique sans doute en partie la forte augmentation de son utilisation chez les adolescentes. Des données d'origine diverse (IGAS¹, INPES², COCON³, DREES⁴, une enquête sociologique⁵) permettent d'analyser l'évolution de la situation en France.

Le « rattrapage » n'est pas devenu habituel

Le recours à la contraception régulière s'est accru chez les 18-19 ans entre 1999 et 2004 malgré l'accès direct et sans prescription de la CU². Le recours à la CU se fait en rattrapage des échecs (problème de préservatif 1 fois/3) ou erreurs (oubli de pilule 1 fois/3), surtout chez les 15-24 ans dont 1/3 y a eu recours. Selon les données de l'assurance maladie, 50 000 boîtes avaient été délivrées gratuitement aux mineures en 2002, près de 300 000 en 2007ⁱⁿ¹. Mais ce recours fréquent à la CU n'a pas diminué l'utilisation de la contraception régulière : plus de 2 femmes sur 3 qui ont utilisé la CU ne l'ont fait qu'une seule fois et plus de 8 fois/10, elles utilisaient une contraception régulière dès le mois suivant ; et chez les 2863 femmes de la cohorte COCON³, les 272 recours à la CU n'ont pas modifié notablement les pratiques contraceptives antérieures.

Mais le taux d'IVG n'a pas vraiment diminué...

Le nombre s'est stabilisé en France en 2009 (données DREES/AFP⁴) à un peu plus de 222 000 IVG (pour environ 800 000 naissances), soit 15/1000 femmes, ce qui est la moyenne européenne. Le taux d'IVG s'est stabilisé en 2008 et 2009 chez les plus jeunes, a même un peu reculé chez les mineures alors qu'il augmentait régulièrement : 10/1000 chez les 15-17 ans, 22/1000 chez les 18-19 ans et 27/1000 chez les 20-24 ans, avec de grandes disparités régionales : de 11/1000 dans les Pays-de-la-Loire à 21 en PACA et 27 dans les DOM.

Recours insuffisant à la CU ?

En utilisant les différentes données disponibles, l'IGAS estime à environ 24 millions le nombre annuel théorique de rapports à risque de grossesse non désirée liée à des

défauts d'utilisation de la pilule et du préservatif, sans préjuger des autres causes¹. Le niveau d'utilisation de la CU est de l'ordre de 1 à 20 (1,2 millions de boîtes vendues en 2006)... Quelques explications peuvent être avancées à partir d'études sociologiques⁵ : fausses représentations des risques, notamment en cas d'utilisation fréquente (est-ce l'insistance du discours officiel sur le fait que ce « dépannage » ne saurait être utilisée régulièrement ?), ambiguïté de la dénomination « pilule du lendemain » (ou maintenant du « surlendemain ») l'assimilant à la « pilule abortive » qu'est le RU486, recours conditionné à une appréciation approximative de la période supposée « dangereuse ». L'information théorique des manuels scolaires (ovulation au 14^{ème} jour du cycle) est souvent prise à la lettre, alors que le message à faire passer est au contraire que l'ovulation, surtout chez les jeunes femmes, est possible à n'importe quel moment du cycle. Il reste aussi de nombreux obstacles pratiques : jours fériés, lieu isolé, passage obligé, dans un délai très court, par une pharmacie ou un médecin, réticence à « venir en urgence raconter son immédiate vie sexuelle »...

Quelques propositions de l'IGAS

En ce qui concerne les adolescentes, le rapport recommande une contraception encore plus accessible : gratuité (de la prescription et de l'acte) reposant sur un réseau de professionnels (médecins, sage-femmes, pharmaciens) assurant le développement des actions d'information et d'éducation à la sexualité, promotion de la prescription par anticipation de CU en complément de la contraception orale...

Que conclure pour notre pratique ?

La contraception d'urgence n'a pas (encore ?) eu les effets attendus. Le levonorgestrel (1 cp en prise unique) n'a aucune contre-indication. Son efficacité est corrélée à sa rapidité d'utilisation (95% à 24h, 85% à 24-48h, 58% à 49-72h). Il n'est pas démontré que l'ulipristal, beaucoup plus cher, fait mieux.

L'urgence se prévoit, en parlant systématiquement de la contraception de rattrapage (et en la prescrivant) lors de la consultation pour contraception...

La question centrale chez les adolescentes reste celle de la contraception régulière. Or, comme le soulignait le rapport Nisand (2006), le paradoxe Français est que l'IVG et la contraception d'urgence sont devenues anonymes et gratuites, contrairement à la contraception orale ; alors qu'il « vaut mieux prévenir les IVG chez les jeunes plutôt que d'avoir à les réaliser, que ce soit du point de vue éthique, psychologique ou économique ».

Références

- 1- Aubin C. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. Rapport IGAS 2009.
- 2- Moreau C et al. La contraception d'urgence. Résultats de l'enquête Baromètre Santé. Concours Médical. 2006;128:1047-50.
- 3- Moreau C et al. The Effect of Access to Emergency Contraceptive Pills on Women's Use of Highly Effective Contraceptives: Results From a French National Cohort Study. Am J Public Health. 2009;99:441-2.
- 4- AFP. Le nombre d'avortements se stabilise en France. 22 juin 2011.
- 5- Amsellem-Mainguy Y. Recours et résistances à l'utilisation de la contraception d'urgence. Santé de l'homme. 2009;399:8-10.