



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

NOTE DE CADRAGE

**Mise à disposition à l'avance de la
contraception d'urgence**

Recommandation en santé publique

Novembre 2011

Document n'ayant pas fait l'objet d'une
relecture orthographique et typographique

L'équipe

Ce document a été réalisé par Françoise F. Hamers, chef de projet au Service évaluation économique et santé publique, sous la responsabilité d'Olivier Scemama, adjoint au chef de service, et de Catherine Rumeau-Pichon, chef de service.

La recherche documentaire a été effectuée par Sophie Despeyroux, documentaliste, en collaboration avec Renée Cardoso, assistante-documentaliste, sous la responsabilité de Christine Devaud, adjointe au chef de service et de Frédérique Pagès, chef de service.

L'organisation logistique et le travail de secrétariat ont été réalisés par Sabrina Missouri.

Pour tout contact au sujet de ce document :

Tél. : 01 55 93 71 82

Fax : 01 55 93 74 39

Courriel : s.missour@has-sante.fr

SOMMAIRE

Saisine	6
1 Introduction	6
2 Demandeur et intitulé de la saisine	6
3 Origine de la demande	7
4 Enjeux de la demande	8
5 Impacts	8
Contexte	9
1 Contexte politique et législatif	9
1.1 La contraception dans les objectifs de santé publique	9
1.2 Les lois relatives à la contraception.....	9
1.3 Les textes réglementaires relatifs à la contraception d’urgence.....	10
1.4 Autres éléments.....	10
2 Contexte épidémiologique et social	11
2.1 Prévalence contraceptive	11
2.2 Grossesses non prévues.....	12
2.3 Grossesses chez les mineures.....	12
2.4 Interruptions volontaires de grossesse	12
2.5 Projets pilotes	13
3 Eléments de démographie	14
3.1 Populations concernées	14
3.2 Professionnels concernés	14
4 La contraception d’urgence	15
4.1 Définition.....	15
4.2 Médicaments disponibles	15
4.3 Efficacité	16
4.4 Connaissances relatives à la contraception d’urgence.....	16
4.5 Utilisation de la contraception d’urgence	17
4.6 Coûts	18
4.7 Rôle et attitude des pharmaciens	18
4.8 Rôle des infirmiers(ères) scolaires	19
4.9 Freins à l’utilisation de la contraception d’urgence.....	19
4.10 Mise à disposition à l’avance de la contraception d’urgence.....	19
5 Conclusion	21
Analyse de la demande	23
1 Pertinence de l’évaluation	23
2 Faisabilité de l’évaluation	23
2.1 Ressources disponibles.....	23
2.2 Travaux en cours ou prévus au sein de la HAS et concernant les partenaires institutionnels en relation avec le thème	24
3 Mise en œuvre de l’évaluation	25
3.1 Objectifs.....	25

3.2	Questions d’évaluation	25
3.3	Questions hors champ.....	26
Plan de réalisation proposé		27
1	Intitulé proposé.....	27
2	Méthodologie envisagée.....	27
2.1	Modalités de réalisation	27
2.2	Méthode de travail	27
2.3	Calendrier prévisionnel de réalisation	27
2.4	Composition qualitative du groupes de travail.....	27
Annexe. Stratégie de recherche documentaire		29
Bibliographie		33

LISTE DES ABBRÉVIATIONS UTILISÉES

En vue de faciliter la lecture du texte, les abréviations et acronymes utilisés sont explicités ci-dessous.

Abréviation	Libellé
AFC	Association française pour la contraception
Afssaps	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
ANCIC	Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception
CEPF	Centre d'éducation et de planification familiale
CES	Collège des économistes de la santé
Cespharm	Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française
CNAMTS	Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés
CPEF	Les centres de planification et d'éducation familiale
CSIS	Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale
CU	Contraception d'urgence
CUH	Contraception d'urgence hormonale
DGESCO	Direction générale de l'enseignement scolaire
DGS	Direction générale de la santé
DIU	Dispositif intra-utérin
DOM	Département d'outre-mer
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS	Direction de la sécurité sociale
EPPM	Enquête permanente des prescriptions médicales
GERS	Groupement pour l'élaboration et la réalisation statistique
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
Ined	Institut national des études démographiques
Inpes	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
IST	Infection sexuellement transmissible
IVG	Interruption volontaire de grossesse
MFPF	Mouvement français pour le planning familial
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
SAE	Statistiques annuelles des établissements
SFSP	Société française de santé publique
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
SNIIRAM	Système national d'informations inter régimes de l'Assurance maladie
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

SAISINE

1 Introduction

La contraception d'urgence (CU) a pour objectif d'éviter la survenue d'une grossesse après un rapport sexuel non protégé. Deux méthodes de contraception d'urgence sont disponibles : la contraception d'urgence hormonale (communément appelée pilule du lendemain¹) et le dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre. Elle doit être administrée le plus rapidement possible après le rapport sexuel non protégé, d'où son nom de contraception d'urgence.

La contraception d'urgence hormonale est disponible en pharmacie sans prescription médicale. Si elle est délivrée sans ordonnance, elle n'est pas remboursée. Si elle est prescrite, elle est remboursée à 65%. Pour les mineures, elle est délivrée gratuitement et anonymement (sans vérification de leur identité). Elle peut également être administrée aux élèves mineures ou majeures de l'enseignement secondaire par les infirmiers(ères) scolaires.

2 Demandeur et intitulé de la saisine

► Dans un premier temps :

La Direction générale de la santé (DGS) a demandé, par courrier en date du 7 avril 2010, l'avis de la HAS sur la recommandation suivante faite par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) :

« Encourager la prescription et la délivrance de la contraception d'urgence à l'avance ».

Cette recommandation est issue du rapport de l'IGAS *La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence*, publié en 2009 et visant à évaluer l'impact de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (1).

La DGS souhaitait connaître la pertinence d'une prescription à l'avance d'une contraception d'urgence. Elle posait en particulier la question des risques potentiels suivants :

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

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

► Dans un deuxième temps :

Dans le cadre de l'élaboration du programme de travail 2012, la Direction de la sécurité sociale (DSS) et la DGS ont demandé à la HAS que soit inscrit à son programme de travail 2012 le thème plus large : « Evaluation comparative (en termes d'efficacité, de tolérance et d'observance), en vie réelle, des méthodes contraceptives disponibles en France. »

¹ Terme incorrect car la CU peut être prise immédiatement et jusqu'à 72 heures (et même 120 heures pour certains produits) après le rapport non protégé.

La présente note concerne spécifiquement la demande concernant la mise à disposition à l'avance de la contraception d'urgence, formulée dans le premier temps.

3 Origine de la demande

Dans le rapport sus-cité (1), l'IGAS constate que malgré une bonne couverture contraceptive globale en France, il subsiste de nombreux échecs contraceptifs et que malgré les efforts des pouvoirs publics afin de faciliter l'accès à la contraception d'urgence, son niveau d'utilisation demeure trop faible pour avoir un impact significatif sur le nombre d'interruptions volontaires de grossesse. Le fait que l'efficacité de la CU dépende de sa rapidité d'administration (qui devrait se faire si possible dans les 24 heures) implique la nécessité de s'assurer de la disponibilité à l'avance du produit « pour le cas où », comme c'est le cas par exemple des médicaments utilisés pour les crises de migraine.

L'IGAS recommande ainsi *d'encourager la prescription et la délivrance de la contraception d'urgence à l'avance* (recommandation n°18) et formule les propositions concrètes suivantes :

- *la prescription systématique et détaillée d'une contraception d'urgence lors de la première prescription d'une contraception orale, afin de diminuer le nombre des grossesses sous pilule,*
- *des protocoles d'évaluation pour apprécier les effets d'une telle stratégie, notamment sur l'observance,*
- *des conditionnements adaptés, sous la forme par exemple de kits de prévention regroupant pilule, préservatifs et contraception d'urgence,*
- *l'inclusion de la « pilule du lendemain » parmi les produits figurant dans les trousse de secours d'urgence (nécessaire de voyage, trousse de secours des bateaux, des automobiles,...).*

L'IGAS indique par ailleurs que la prescription d'une contraception d'urgence en complément d'une contraception orale serait de nature à limiter les conséquences des oublis en termes de grossesses non désirées menant souvent en ce cas à l'IVG et recommande de *promouvoir la prescription d'une contraception d'urgence en complément de la contraception orale* (recommandation n°12).

L'IGAS souligne que la prudence voire la réticence manifestée par la HAS et l'Afssaps tendent à freiner le développement d'une telle pratique et signale que cette question mérite d'être réexaminée si l'on veut diminuer le nombre de grossesses non désirées, la non disposition du produit étant une des raisons qui expliquent la trop faible utilisation de la contraception d'urgence en cas d'oubli².

Cette demande s'inscrit dans la continuité des travaux mis en œuvre par la HAS concernant la contraception :

- ▶ Recommandations pour la pratique clinique :

Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme (décembre 2004) (2)

Elle s'inscrit également dans les travaux sur la contraception de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes :

- ▶ Rapport d'information à l'Assemblée nationale :

Rapport d'information fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur la contraception des mineures à l'Assemblée nationale sur la contraception des mineures (mai 2011) (3).

² Voir 4.10.3, page 21, recommandations ANAES sur la prescription à l'avance de la contraception d'urgence

4 Enjeux de la demande

Les enjeux de la demande sont multiples et comprennent :

- des enjeux pour les femmes et les adolescentes : amélioration de leur état de santé en général et de leur santé sexuelle et génésique en particulier, maîtrise de leur fécondité, droit à l'autodétermination ;
- des enjeux d'équité : respect de l'égalité d'accès aux dispositifs de prévention ;
- des enjeux de santé publique : réduction de l'incidence des grossesses non désirées et des interruptions volontaires de grossesse et amélioration de l'accès à la contraception d'urgence (objectif n°97 de la Loi de Santé Publique du 9 août 2004) ;
- des enjeux politiques, en particulier en termes de cohérence avec les différentes annonces faites, notamment sur les mesures en faveur de la prévention et de la prise en charge des grossesses non désirées.³
- des enjeux d'organisation des soins : amélioration de l'offre et réduction des barrières à l'accès à la contraception d'urgence (implication des médecins généralistes, gynécologues, infirmières, sages femmes et pharmaciens, des centres de planification et d'éducation familiale, établissements scolaires et universitaires, et autres structures impliquées dans la prévention) ;
- des enjeux pour les professionnels : rationalisation et amélioration de la qualité des pratiques (gynécologues, médecins généralistes, infirmières, sages femmes), implication des pharmaciens dans les dispositifs de prévention ;
- des enjeux financiers pour l'Etat et l'Assurance maladie compte tenu du coût de la contraception d'urgence mais aussi des économies potentiellement réalisables liées à une diminution du nombre d'IVG ;
- des enjeux moraux et de société : réticence de certains acteurs, culture, religion.

5 Impacts

Les impacts potentiels de cette évaluation de la provision à l'avance de la contraception d'urgence comprennent :

- des impacts de politique de santé publique ;
- des impacts en termes de pratiques professionnelles ;
- des impacts budgétaires et économiques ;
- des impacts socio-comportementaux.

³ Annonce faite par la ministre de la Santé le 8 mars 2010 à l'occasion de la Journée internationale de la femme.

CONTEXTE

1 Contexte politique et législatif

La contraception médicalisée est autorisée en France depuis 1967⁴. Depuis, différents dispositifs législatifs et réglementaires ont permis de développer l'accès aux contraceptifs, notamment à la contraception d'urgence. Les mineures font l'objet d'une attention particulière, leur permettant d'avoir accès à la contraception sans l'autorisation des parents.

Paradoxalement, la procédure d'accès à la contraception d'urgence est plus simple que l'accès à la contraception régulière.

1.1 La contraception dans les objectifs de santé publique

L'objectif n°97 de la Loi de Santé publique du 9 août 2004 est le suivant :

« Assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours. »⁵

1.2 Les lois relatives à la contraception

- La loi Neuwirth du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances autorise la contraception et supprime les dispositions législatives antérieures (1920) qui l'interdisaient.
- La loi du 4 décembre 1974 autorise les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) à délivrer à titre gratuit et anonyme des contraceptifs, sur prescription médicale, aux mineures désirant garder le secret.
- La loi du 13 décembre 2000 autorise la délivrance de la contraception d'urgence aux mineures désirant garder le secret et son administration par les infirmières, aux élèves mineures et majeures des collèges et lycées, dans les cas d'urgence et de détresse caractérisée. Dans ce cas, les infirmières s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en œuvre d'un suivi médical.
- La loi du 4 juillet 2001 reprend d'une part les dispositions contenues dans celle du 13 décembre 2000, et ne soumet plus la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux mineurs au consentement des titulaires de l'autorité parentale ou du représentant légal et, d'autre part, instaure des séances obligatoires d'information et d'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées ainsi que dans toutes les structures accueillant des personnes handicapées.
- La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a associé de nouveaux professionnels dans le domaine de la contraception : les sages-femmes étant désormais autorisées à prescrire toute méthode contraceptive, les infirmières et les pharmaciens à renouveler les prescriptions de contraceptifs oraux pour une durée, non renouvelable, de 6 mois maximum et les services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé à délivrer une contraception notamment d'urgence.

⁴ La loi Neuwirth du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances autorise la contraception et supprime les dispositions législatives antérieures (1920) qui l'interdisaient. La contraception médicalisée comprend la contraception hormonale et les dispositifs intra-utérins.

⁵ Les indicateurs principaux pour suivre cet objectif sont la fréquence et la répartition des méthodes contraceptives utilisées et du recours à la contraception d'urgence par les femmes de 15 à 49 ans ayant des relations sexuelles et souhaitant éviter une grossesse (4).

1.3 Les textes réglementaires relatifs à la contraception d'urgence

1.3.1 Administration de la contraception d'urgence par le pharmacien

Le Décret n°2002-39 du 9 janvier 2002 relatif à la délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence définit les conditions de délivrance gratuite par les pharmaciens de ce contraceptif aux jeunes filles qui se déclarent mineures, à savoir :

- La délivrance de la CU est précédée d'un entretien permettant au pharmacien de s'assurer que la situation de la mineure correspond aux critères d'urgence et aux conditions d'utilisation de cette contraception.
- Une information sur les méthodes contraceptives régulières, sur la prévention des infections sexuellement transmissibles est fournie à la mineure et complétée par la remise d'une documentation spécifique ainsi que des coordonnées des centres de planification et d'éducation familiale proches.
- La minorité est justifiée par la simple déclaration orale faite au pharmacien par l'intéressée.

1.3.2 Administration de la contraception d'urgence par l'infirmier(ère) scolaire

Le Protocole national sur la contraception d'urgence en milieu scolaire⁶ définit les conditions dans lesquelles une contraception d'urgence peut être administrée aux élèves des établissements d'enseignement du second degré par un(e) infirmier(ère) scolaire, à savoir :

- entretien avec l'élève pour déterminer si la situation correspond aux critères d'urgence,
- orientation vers un médecin ou un centre de planification ou d'éducation familiale,
- administration par l'infirmier(ère) scolaire, à titre exceptionnel, de la contraception d'urgence si aucun médecin ou centre n'est immédiatement accessible ;
- mise en place d'un suivi de l'élève.

1.4 Autres éléments

Des plans relatifs à la santé sexuelle et génésique ont été définis par le ministère de la santé ainsi que par le ministère de l'éducation nationale. Il existe plusieurs plans nationaux de santé (5) traitant de manière plus ou moins directe de l'éducation sexuelle et la contraception, certains étant arrivés récemment à échéance dont :

- Plan santé des jeunes 16-25 ans 2008-2010.
- Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014 et le Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014 en direction des populations d'outre-mer.

Le plan Stratégie d'actions en matière de contraception 2007-2009 est également à rappeler.

La campagne contraception 2010 *Contraception : filles et garçons, tous concernés !* destinée aux adolescents, est un dispositif qui vise à sensibiliser sur les risques et les conséquences d'une grossesse non désirée survenue trop tôt. Le site www.choisirsacontraception.fr conçu sous l'égide de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) fournit des informations, documents, vidéos et spots radio sur la contraception.

Le Programme pour la santé des élèves 2011-2015, élaboré par le ministère de l'éducation nationale, comprend cinq axes dont un relatif à l'éducation à la sexualité, l'accès à la contraception et la prévention des IST et du sida.

Par ailleurs, le code de l'Education prévoit qu'une éducation à la sexualité soit dispensée dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène.⁷

⁶ annexé au décret n°2001-258 du 27 mars 2001 pris en application de la loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence

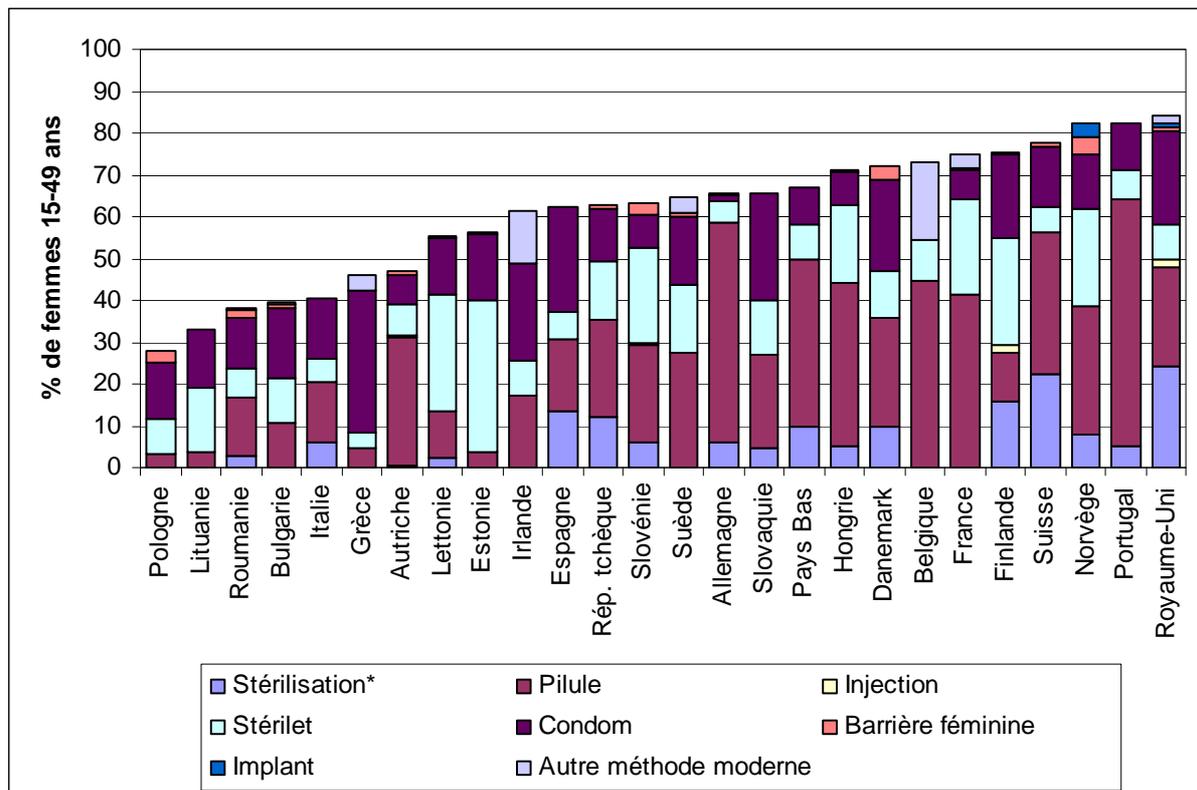
2 Contexte épidémiologique et social

2.1 Prévalence contraceptive

Depuis la légalisation de la contraception en 1967, l'utilisation des produits contraceptifs (pilule et stérilet) n'a cessé de se généraliser (6). L'avènement de l'épidémie de sida, au début des années 80, est venu modifier cette tendance, si bien que le préservatif est devenu la méthode de protection des premiers rapports sexuels presque universelle, reflétant l'efficacité des campagnes de prévention du sida.

La France est caractérisée aujourd'hui par une haute prévalence contraceptive, avec 75% des femmes de 15 à 49 ans utilisant une méthode de contraception moderne⁸. La méthode de loin la plus fréquemment utilisée est la pilule (55%), suivie par le DIU (30%), et par le préservatif. La prévalence de la contraception par type de méthode dans les pays de l'Union européenne est représentée dans la Figure 1.

Figure 1. Prévalence contraceptive dans les pays de l'Union européenne. Source : United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, *World Contraceptive Use 2011*



* Inclut la stérilisation des hommes et des femmes ; DIU=Dispositif intra-utérin

La prévalence contraceptive et les méthodes utilisées varient avec l'âge. Aujourd'hui en France, comme dans la plupart des autres pays européens, la très grande majorité des premiers rapports sexuels sont protégés : 90% des jeunes de moins de 30 ans déclarent utiliser un préservatif lors de leur premier rapport sexuel. Les 15-24 ans sont les personnes qui déclarent le plus souvent utiliser un moyen de contraception (85,1 %), suivies des 25-44 ans (76,6%) et des 45-54 ans (50,2%) (7). L'analyse par âge confirme la place centrale de la

⁷ Article L. 312-16 du chapitre II du titre I du livre III du code de l'éducation

⁸ World Contraceptive use 2011. Disponible sur :

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

pilule comme moyen de contraception dans toutes les tranches d'âge. Elle devance le préservatif masculin, même aux âges les plus jeunes. Le stérilet ne s'impose véritablement comme alternative à la pilule qu'après 35 ans.

2.2 Grossesses non prévues

Malgré une prévalence contraceptive élevée en France, il subsiste un nombre important d'échecs de la contraception. D'après l'étude Cocon⁹, 33% des grossesses sont des grossesses non prévues (contre 46% vers 1975) et parmi celles-ci 62% ont fait l'objet d'une IVG (8). Les deux-tiers des grossesses non prévues surviennent sous contraception (30% sous contraception médicalisée) (9). Ces résultats s'expliquent notamment par l'écart qui existe entre l'efficacité contraceptive théorique et l'efficacité pratique dans les conditions d'utilisation courante.

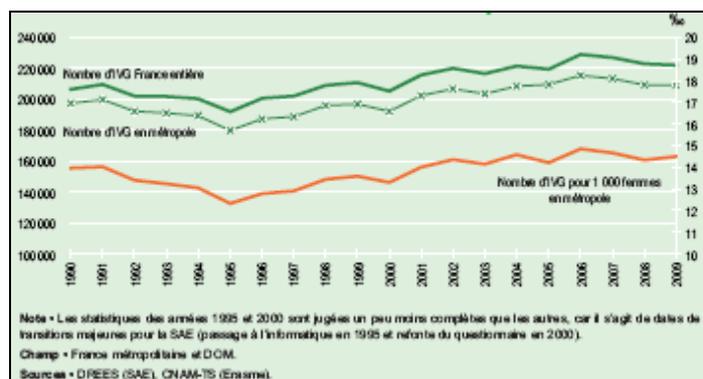
2.3 Grossesses chez les mineures

Avec environ 4 200 naissances (nombre stable depuis la fin des années 1990) et 11 700 avortements (en 2009) enregistrés par an chez les mineures (10), le nombre annuel de grossesses dans cette population peut être estimé à 16 000 au minimum (considérant les avortements spontanés et la sous-déclaration), soit un taux annuel d'au moins 14 pour 1 000 femmes de 15 à 17 ans.

2.4 Interruptions volontaires de grossesse

Environ 220 000 IVG ont été réalisées en France en 2009 (10). Il est estimé que 38% des femmes ont recours à l'IVG au moins une fois dans leur vie (11). Le nombre d'IVG est resté relativement stable depuis 1975 malgré une prévalence contraceptive élevée et fortement médicalisée (12).

Figure 2. Évolution du nombre d'IVG et taux de recours en France, 1990 -2009, (Source : DREES, Vilain 2011 (10))



Au cours des années récentes, le nombre d'IVG qui avait amorcé une légère diminution en 2007 et en 2008 s'est stabilisé en 2009 (Figure 2). Avec un taux de 14,3 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 45 ans par an, la France se situe à un niveau élevé par rapport aux autres pays d'Europe occidentale (10,11).

Le recours à l'IVG varie en fonction de l'âge, les 20-29 ans y ayant le plus souvent recours (22 pour 1 000 femmes par an chez les 20-24 ans et 27 pour 1 000 chez les 25-29 ans) et

⁹ Etude socio-épidémiologique de cohorte sur les pratiques contraceptives et le recours à l'avortement en France, conduite en population générale en 2000-2004 par l'INSERM, l'INED et le CNRS.

les 40-49 ans le moins souvent (6 pour 1 000). Il est de 10 pour 1000 chez les 15-17 ans et de 22 pour 1000 chez les 18-19 ans.

Il existe des disparités territoriales importantes dans les taux de recours à l'IVG (10). En France métropolitaine, le recours à l'IVG varie du simple au double d'une région à l'autre (Pays de Loire : 11 IVG pour 1000 femmes ; PACA : 21 pour 1000). Quatre régions présentent des taux nettement supérieurs à la moyenne : Languedoc-Roussillon (18 pour 1000), Île-de-France (19 pour 1000), Corse (19 pour 1000) et PACA (20 pour 1000). Quant aux départements d'outre-mer (DOM), les taux y sont beaucoup plus élevés qu'en métropole avec une moyenne de 27 pour 1000 et des disparités importantes entre les régions.

Depuis les 20 dernières années, les nombres d'IVG et de naissances évoluent de manière quasiment parallèle, ce qui traduit une relative stabilité de la propension à interrompre une grossesse. Depuis 1990, on dénombre environ 1 IVG pour 4 naissances. Il existe cependant de fortes variations selon l'âge, le ratio entre IVG et naissance étant le plus élevé chez les plus jeunes, notamment chez les mineures. Chez ces dernières, le ratio a en outre augmenté sensiblement jusqu'au milieu des années 2000, pour se stabiliser par la suite (4 200 naissances pour 11 700 IVG en 2009, soit un ratio de près de 3 IVG pour 1 naissance).

Les statistiques indiquent une hausse continue des IVG chez les jeunes jusqu'au milieu des années 2000. On peut se demander si cette hausse est imputable à une propension plus grande à avorter ou à une augmentation de la fréquence des grossesses. Avec la facilitation de l'accès à la contraception d'urgence en 1999, on pourrait s'attendre à une diminution des grossesses non prévues chez les jeunes, d'autant que l'utilisation de la contraception d'urgence a effectivement augmenté (11).

Entre 1990 et 2005, les taux de conception par âge sont restés relativement stables chez les moins de 20 ans alors qu'ils ont diminué entre 20 et 27 ans et augmenté après 27 ans (11). Cette tendance reflète le report de la constitution de la famille à des âges plus tardifs. Certains auteurs suggèrent que la stabilité des taux de conception aux âges les plus jeunes, dans un contexte où ils auraient dû diminuer au vu du report de l'âge de la maternité, pourrait être due à la généralisation à ces âges de l'utilisation du préservatif, méthode contraceptive dont l'efficacité est moindre que celle des autres méthodes médicales.

Malgré l'introduction de la pilule du lendemain en pharmacie et la hausse du nombre d'utilisatrices à la fin des années 1990, les taux de conception des jeunes n'ont pas diminué. L'augmentation du taux d'IVG chez les jeunes depuis les années 1990 s'explique par une propension toujours plus élevée à interrompre une grossesse à ces âges, phénomène également imputable au report de l'âge de la maternité.

2.5 Projets pilotes

Plusieurs projets pilotes ayant pour objectif de prévenir les grossesses non désirées, notamment chez les jeunes, ont été mis en place sur le terrain (1). Ces initiatives visent à agir sur les divers obstacles recensés : coût des produits contraceptifs et de la consultation médicale, besoin d'informations et de conseil, conditions d'accès conciliant proximité et confidentialité.

Par exemple, le « Pass contraception », initialement développé en région Poitou-Charentes et adopté ensuite dans les régions Île-de-France et Rhône-Alpes, donne accès à une première contraception gratuite et anonyme pour les jeunes en classe de seconde (15 ans) ou niveau équivalent pour les jeunes en lycées professionnels ou autres types de formation. Il est conçu sous forme de chéquier avec des coupons, permettant l'accès à une consultation médicale en médecine libérale, la réalisation d'une prise de sang et d'analyses médicales éventuellement prescrites, ainsi que la dispensation, pour six mois, de contraceptifs oraux par les pharmacies d'officine.

3 Eléments de démographie

3.1 Populations concernées

La contraception concerne tout le monde, les femmes et les hommes. Certains segments de la population sont plus spécifiquement concernés par certains problèmes et ciblés par certaines actions, notamment les jeunes femmes. Les tailles de différentes populations cibles sont indiquées dans le Tableau 2. Le nombre total de femmes en âge de procréer est d'environ 15 millions et le nombre de jeunes femmes de 15-24 ans de 4 millions.

Population (âges en années)	Filles/ Femmes	Garçons/ Hommes
Jeunes femmes mineures (15-17)	1 136 373	1 186 857
Jeunes femmes <20 ans (15-19)	1 930 814	2 013 627
Jeunes femmes 20-24 ans (20 -24)	2 040 752	2 082 862
Femmes en âge de procréer (15-49)	14 796 530	-
Source : Institut national des études démographiques (Ined) ¹⁰		

3.2 Professionnels concernés

Les nombres de professionnels concernés sont indiqués dans le Tableau 3.

Professions/établissements	Nombre	Année	Source
Pharmaciens d'officine	66 664	2010	Eco-santé ¹¹
Pharmacies d'officine	22 386	2009	Eco-santé
Sages femmes			
Libérales	2 933	2009	Eco-santé
Toutes	40 930	2010	Eco-santé
Infirmiers scolaires	7 500		Le Figaro ¹²
Infirmiers libérales	77 190	2010	Eco-santé
Médecins généralistes	53 652	2009	Eco-santé
Gynécologues/obstétriciens	7 741	2011	Eco-santé

¹⁰ Données disponibles sur :

http://www.ined.fr/fichier/t_telechargement/34935/telechargement_fichier_fr_copie.de.pyramide.des.ages.2011.xls
(Consulté le 30/08/2011).

¹¹ Les bases de données Eco-santé sont compilées et mises à jour par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES). Disponible sur : www.ecosante.fr/ (consulté le 30/08/2011).

¹² <http://www.lefigaro.fr/flash-actu/2011/03/29/97001-20110329FILWWW00662-les-infirmieres-scolaires-manifestent.php>.

4 La contraception d'urgence

4.1 Définition

La CU ou contraception post-coïtale se définit comme les méthodes contraceptives qu'une femme peut utiliser pour prévenir la survenue d'une grossesse après un rapport sexuel non protégé ou mal protégé. La contraception d'urgence est une méthode de rattrapage ; elle n'est pas destinée à être utilisée de façon régulière en raison du risque d'échec plus grand qu'avec les contraceptifs modernes.

Deux méthodes peuvent être utilisées : (i) la méthode mécanique, ou dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre et (ii) la méthode hormonale dite pilule du lendemain. Le DIU au cuivre qui doit être posé dans les 5 jours par un médecin n'est pas abordé plus avant dans cette évaluation qui traite spécifiquement de la méthode hormonale.

La CU peut agir à différents stades du cycle reproductif mais son mode d'action précis n'est pas connu (13,14). Elle peut bloquer ou retarder l'ovulation ou empêcher la fécondation. Dans certains cas, elle peut également inhiber l'implantation de l'œuf fécondé dans l'utérus (nidation) (15) mais elle n'a pas d'effet une fois que la nidation a débuté. Tout médicament ou dispositif qui agit après la nidation est, par convention, considéré comme abortif et non comme contraceptif.

4.2 Médicaments disponibles

La contraception d'urgence hormonale (CUH) inclut les différents régimes suivants :

- régime œstroprogestatif dit régime Yuzpe¹³ ;
- mifépristone (anti-progestatif)¹⁴ ;
- lévonorgestrel (progestatif seul) ;
- ulipristal acétate (anti-progestatif).

Le lévonorgestrel présente un bon profil de sécurité. Les contre-indications associées à l'utilisation régulière des contraceptifs oraux combinés et de la pilule progestative ne s'appliquent pas aux pilules contraceptives d'urgence en raison du fait que les dosages sanguins des hormones utilisées sont relativement faibles et que les pilules ne sont utilisées que sur une période courte. Aucun risque particulier n'est démontré dans la littérature pour ce type de méthode contraceptive (2).

Les médicaments actuellement disponibles en France sont le lévonorgestrel (commercialisé sous les noms de Norlévo® et de sa forme générique, Lévonorgestrel Biogaran) et l'ulipristal acétate (Ellaone®). Le régime Yuzpe n'est plus recommandé et n'est plus disponible sous forme commercialisée. Quant à la mifépristone, elle n'est pas utilisée en France dans cette indication ; elle n'est d'ailleurs utilisée en contraception d'urgence qu'en Chine et en Russie (15).

Contrairement au lévonorgestrel qui est disponible en pharmacie sans prescription médicale (depuis 1999) et gratuitement pour mineures (depuis 2000), l'ulipristal acétate est soumis à

¹³ La méthode Yuzpe, d'après le nom du médecin canadien qui a le premier décrit la méthode au début des années 1980, repose sur une modification de la prise de contraceptifs oraux associés, c'est-à-dire de pilules contraceptives contenant un œstrogène et un progestatif. Deux doses sont administrées dans les 72 heures suivant un rapport non protégé, à 12 heures d'intervalle, chaque dose renfermant 100 µg d'éthinylestradiol et 0,5 mg de lévonorgestrel. Cette combinaison a été commercialisée temporairement en France sous le nom de Tétragynon® mais retirée du marché en 2005 du fait de ses risques et de sa moindre efficacité au regard du lévonorgestrel.

¹⁴ Connu initialement sous le nom de RU 486, la mifépristone est utilisé dans l'IVG médicamenteuse et, en Chine et en Russie, comme contraception d'urgence.

prescription. Il peut être pris jusqu'à 120 heures (5 jours) après le rapport non protégé alors que le lévonorgestrel doit être pris dans les 72 heures (3 jours).

Tableau 4. Médicaments utilisés en contraception d'urgence en France : prix et taux de remboursement par l'Assurance maladie

Dénomination	Dénomination commune internationale	Soumis à prescription médicale	Date d'accès au remboursement	Prix fabricant (HT)	Prix public (TTC)	Taux de remboursement
Norlevo® 1,5 mg*	Lévonorgestrel	Non	28/10/2004	5,07 €	7,58 €	65%
Lévonorgestrel Biogaran 1,5 mg	Lévonorgestrel	Non	13/07/2007	4,06 €	6,18 €	65%
Ellaone® 30 mg	Ulipristal acétate	Oui	16/09/2010	17,00 €	24,15 €	65%

HT=hors taxe ; TTC=toute taxe comprise.

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

4.3 Efficacité

L'efficacité de la CU se calcule comme suit : $1 - O/E$, où O représente le nombre de grossesses observées étant donnée l'utilisation de la CU et E le nombre de grossesses attendues en l'absence de CU (15).¹⁵

La CU 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 (2). L'efficacité du lévonorgestrel a été évaluée dans 12 études et varie entre 52% et 100% selon les études (15). Les estimations de l'efficacité de l'ulipristal acétate varie entre 62% et 85% (15). Ces chiffres ne signifie pas que, par exemple, 25% des femmes qui utilisent la CU tomberont néanmoins enceintes, mais plutôt que sur 100 femmes ayant eu des relations sexuelles non protégées à une reprise, au cours de la deuxième ou de la troisième semaine de leur cycle menstruel, il est probable que huit d'entre elles tombent enceintes, alors que seulement deux de ces huit femmes tomberaient enceintes (une réduction de 75 %) après avoir utilisé la CU.

L'utilisation opportuniste et répétitive de la CU est nettement moins efficace qu'une méthode contraceptive continue (2). Par conséquent la CU ne doit pas être un substitut à une méthode contraceptive régulière.

4.4 Connaissances relatives à la contraception d'urgence

D'après le Baromètre Santé 2005, la grande majorité (99,4 %) des personnes de 15-54 ans avait déjà entendu parler de la contraception d'urgence (7). Cette connaissance est largement partagée par les hommes (99,0%) et les femmes (99,8 %). Cependant moins de 10% des personnes interrogées connaissaient le délai dans lequel la prise de la contraception d'urgence peut se faire. Le niveau de connaissance est plus élevé chez les femmes (11,7%) que chez les hommes (7,1%) ainsi que dans les classes d'âge les plus jeunes (18,3 % chez 15-24 ans vs 6,9 % pour le reste de la population).

Le fait que l'achat de la contraception d'urgence ne nécessite pas l'obtention d'une ordonnance est d'abord connu des plus jeunes (15-24 ans) et plus majoritairement des jeunes filles. Le niveau de connaissance de cette information diminue sensiblement avec

¹⁵ Les premières études démontrant l'efficacité de la CU étaient des études observationnelles non comparatives, à la suite desquelles, il a été considéré comme non éthique de conduire des essais contre placebo.

l'âge, aussi bien chez les hommes que chez les femmes (femmes, 15-19 ans : 96,1% ; 45-54 ans : 68,9%).

4.5 Utilisation de la contraception d'urgence

D'après l'enquête Baromètre Santé, en 2004, 15% des femmes de 15 à 49 ans déclaraient avoir déjà utilisé une contraception d'urgence au cours de leur vie et parmi les femmes plus jeunes, de moins de 20 ans, cette proportion était de 30%, et 19% d'entre elles l'avaient utilisée au cours de l'année précédente (7). L'utilisation de la contraception d'urgence a quasiment doublé entre 1999-2000 (peu après que la délivrance sans prescription ait été autorisée) et 2004, l'augmentation la plus importante étant observée chez les femmes de moins de 20 ans.

Toujours d'après le Baromètre Santé, la grande majorité (85%) des femmes ayant utilisé la contraception d'urgence en 2004 y avait eu accès directement en pharmacie, sans prescription médicale. Parmi les femmes ayant utilisé la contraception d'urgence, la proportion de celles l'ayant obtenue sur prescription était significativement plus élevée parmi les femmes de 40-44 ans (48%) que parmi les femmes de moins de 40 ans (12%). Très peu d'élèves de 15-17 ans (3,4%) ont obtenu la contraception d'urgence par l'infirmière scolaire ; la plupart des élèves ayant utilisé la contraception d'urgence l'ont obtenue directement en pharmacie (16).

Les données de marché de l'industrie pharmaceutique recueillies par le Groupement pour l'élaboration et la réalisation statistique (GERS) permettent de suivre le nombre d'unités de médicaments vendues en officine et à l'hôpital. Le nombre de contraceptions d'urgence vendues en pharmacie a doublé en 10 ans, passant de 570 000 en 2000 à 1 270 000 en 2010.

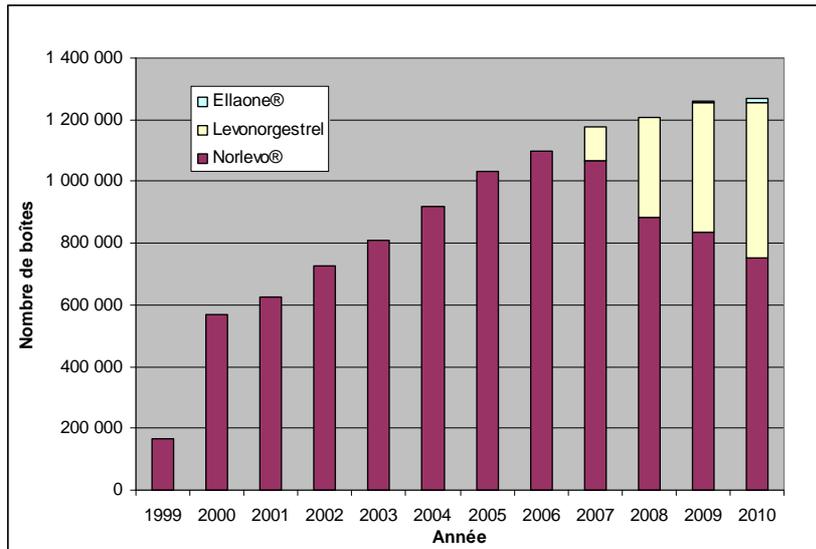
Tableau 5. Évolution du nombre de boîtes* de contraception d'urgence hormonale vendues chaque année en officine en France durant la période 1999 – 2010. Source : GERS

Année	Norlevo®	Lévonorgestrel	Ellaone®	Total
1999	165 719	-	-	165 719
2000	569 104	-	-	569 104
2001	623 954	-	-	623 954
2002	725 753	-	-	725 753
2003	811 433	-	-	811 433
2004	918 304	-	-	918 304
2005	1 033 303	-	-	1 033 303
2006	1 100 053	-	-	1 100 053
2007	1 068 031	110 481	-	1 178 512
2008	883 144	326 138	-	1 209 282
2009	836 813	419 159	3 500	1 259 472
2010	751 956	502 092	14 060	1 268 108

* 1 boîte correspond à 1 traitement

Les données de l'Assurance maladie indiquent qu'en 2009, 346 960 traitements par contraception d'urgence ont été remboursés par l'Assurance maladie. Parmi ces traitements remboursés, 305 763 (88,1%) l'ont été à 100%, le restant ayant été remboursé au taux de 65%.

Figure 3. Évolution du nombre annuel de boîtes de contraceptifs d'urgence hormonale vendues en officine en France durant la période 1999 - 2010.



Lévonorgestrel=Lévonorgestrel Biogaran (générique)

Si l'on compare, pour l'année 2009, les chiffres du GERS (1 259 472 boîtes de CU vendues) à ceux de l'Assurance maladie (346 960 CU remboursées), on peut en déduire que seuls 28% des traitements par contraception d'urgence ont fait l'objet d'un remboursement par l'Assurance maladie. Par ailleurs, parmi les traitements remboursés, 88% ont été remboursés à 100%, ce qui signifie que la plupart des CU remboursées ont concerné des mineures (ou des élèves).

Le nombre annuel de prescriptions de CUH (33 en 2011) enregistrées par les panels de médecins participants à l'Enquête permanente des prescriptions médicales base de données (EPPM) est trop faible pour pouvoir en tirer des informations fiables.

4.6 Coûts

Le coût de la contraception d'urgence peut être obtenu en multipliant le nombre de boîtes vendues (Tableau 5) par le prix unitaire (prix public, Tableau 4), ce qui correspond pour l'année 2010 à un montant total de 9 142 000 € (et pour l'année 2009 à 8 933 000 €). Le montant remboursé des médicaments de CU remboursés par l'Assurance maladie pour l'année 2009 était de 2 437 661 €, soit 27% du total pour cette même année.

4.7 Rôle et attitude des pharmaciens

Une enquête sur la contraception d'urgence chez les mineures a été réalisée auprès de 462 pharmacies d'officine en Alsace à la demande de l'IGAS (1). Cette enquête indique que la majorité (54%) des pharmaciens y sont favorables, ce dispositif permettant d'éviter des grossesses et valorisant le rôle des pharmaciens. Une certaine proportion de pharmaciens restent cependant mitigés (16%) voire négatifs (13%), les motifs de préoccupation les plus fréquemment cités étant le risque de mésusage, notamment l'utilisation de la contraception d'urgence comme moyen de contraception, et le risque de relâchement vis-à-vis des IST. Cette enquête fait état d'un certain nombre de difficultés rencontrées par les pharmaciens concernant :

- l'entretien
 - manque de réceptivité, surtout chez les jeunes,
 - impossibilité de conduire l'entretien lorsque l'achat est effectué par un tiers,

- confidentialité difficile à assurer,
- manque de temps (surtout côté clientèle) ;
- l'information
 - manque d'information des pharmaciens (une minorité),
 - manque de documentation (brochure à remettre aux clientes) en quantité suffisante,
 - carence d'information des clientes (conditions d'utilisation, efficacité relative) ;
- la déclaration de la minorité
 - incertitude sur l'âge réel ;
- les demandes à l'avance
 - généralement considérées par les pharmaciens comme du mésusage ;
- les achats réitérés
 - certains pharmaciens sont demandeurs d'un guide sur la conduite à tenir en cas de demandes réitérées ; un petit nombre déclare refuser de délivrer la contraception d'urgence dans ces conditions.

4.8 Rôle des infirmiers(ères) scolaires

Les données des bilans annuels de la Direction générale de l'éducation scolaire (DGESCO) montre que pour l'année scolaire 2006-2007, 9 672 élèves ont bénéficié de la contraception d'urgence dont 79% d'élèves mineures (1). Au total, 14 268 élèves sont venues à l'infirmerie demander une contraception d'urgence. Parmi ces demandes, 11 925 (soit 84%) ont justifié l'administration d'une contraception d'urgence qui dans 8 cas sur 10 a été délivrée directement par l'infirmière ; les autres élèves ayant fait une demande ont été orientées vers une structure spécialisée ou une pharmacie.

A l'échelle de la population, comme le montrent les chiffres du Baromètre santé, (voir 4.5 ci-dessus), seule une faible minorité d'élèves âgées de 15-17 ans (3,4%) a obtenu la contraception d'urgence par l'infirmière scolaire (16).

4.9 Freins à l'utilisation de la contraception d'urgence

Malgré les efforts pour faciliter l'accès à la CU, celle-ci reste sous-utilisée. Les freins à l'utilisation sont de deux ordres : d'une part un manque de connaissances des femmes et des médecins et d'autre part, des difficultés d'accès (17).

Dans une étude de cohorte française en population générale (étude Cocon) auprès de plus de 700 femmes à risque de grossesse non prévue, seules 11% des femmes ont utilisé la CU. Les femmes qui avaient une relation stable ou qui utilisaient une méthode contraceptive régulière étaient moins susceptibles d'utiliser la CU que les autres.

Une autre étude française, auprès de 1 365 femmes demandant une IVG, a révélé que plus de la moitié d'entre elles ignoraient le risque de grossesse au moment où elles sont tombées enceintes, ou ne pouvaient pas déterminer le rapport sexuel spécifique à l'origine de leur grossesse; seule une minorité (9,2%) a utilisé des pilules contraceptives d'urgence (18).

4.10 Mise à disposition à l'avance de la contraception d'urgence

La contraception d'urgence doit être prise le plus rapidement possible après le rapport non protégé. Or, se procurer la contraception d'urgence peut parfois être difficile et prendre du

temps. La mise à disposition à l'avance de la contraception d'urgence est une stratégie permettant aux femmes d'en disposer au moment où elles en ont besoin.

4.10.1 Evaluation de l'impact à l'échelle populationnelle

Trois revues systématiques incluant les études visant à évaluer les effets de la mise à disposition à l'avance de la CU ont été identifiées : (i) une revue Cochrane des essais contrôlés randomisés (ECR) (19), (ii) une revue incluant à la fois des ECR et des études observationnelles (20), et (iii) une revue des ECR chez des adolescentes et des femmes jeunes (21). Les ECR inclus dans une des deux autres revues mais pas dans la revue Cochrane avaient été explicitement exclus de cette dernière en raison des critères de qualité méthodologique retenus. Par conséquent, seule la revue Cochrane est présentée ici.

La revue Cochrane (19) a évalué l'impact de la mise à disposition à l'avance de la CU sur l'incidence des grossesses et des infections sexuellement transmissibles ainsi que sur les comportements sexuels et en matière de contraception. Les essais inclus comparaient la mise à disposition à l'avance avec les modalités standards d'accès à la contraception d'urgence. Onze essais ont été retenus, incluant au total près de 7 700 femmes aux États-Unis, en Chine, en Inde et en Suède (22-32). Ces essais étaient très hétérogènes en termes de populations étudiées, de lieu de recrutement et de critères d'inclusion, de modalité standard d'accès à la CU (groupe contrôle), de type de CU utilisée (lévonorgestrel, régime Yuzpe, mifépristone) et de modalités de mise à disposition à l'avance de la CU. Dans sept des études, une seule dose de CU était fournie alors que dans les autres études, plus d'une dose était fournie au cours de l'étude.

La mise à disposition à l'avance de la CU ne diminuait pas les taux de grossesses comparés aux modalités standards d'accès même si les femmes qui disposaient de la CU à l'avance l'utilisaient plus fréquemment et plus rapidement. À l'exception d'une étude (conduite en Chine), aucun des autres essais n'a évalué l'effet de la mise à disposition à l'avance de la CU sur le taux d'avortement. Cette revue n'a pas non plus mis en évidence d'effet négatif sur l'utilisation de la contraception ou sur les comportements sexuels. Dans les quatre essais inclus ayant examiné l'impact sur les IST (23,24,29,30), l'incidence des IST était similaire parmi les femmes ayant obtenu la CU à l'avance et parmi les femmes des groupes contrôles.

Les auteurs de la revue Cochrane ont formulé certaines hypothèses pour tenter d'expliquer l'absence d'effet de la mise à disposition à l'avance de la CU sur le taux de grossesses. D'une part les femmes pourraient, malgré sa disponibilité, ne pas utiliser la CU après un rapport non protégé parce qu'elles ne seraient pas conscientes de leur risque de devenir enceintes ou par crainte d'effets secondaires. D'autre part, les femmes qui sont le moins à risque de devenir enceintes pourraient être celles qui sont le plus susceptibles d'utiliser la contraception d'urgence (33). Les auteurs concluent que les interventions de mise en disposition à l'avance de la CU testées à ce jour ne sont pas à même de réduire le taux de grossesses non désirées.

Dans un article de synthèse, Trussel indique qu'il est peu probable que l'élargissement de l'accès à la contraception d'urgence entraîne une diminution importante du nombre d'IVG étant données la fréquence extrêmement élevée des rapports sexuels non protégés, l'efficacité seulement modérée de la contraception d'urgence et l'utilisation trop peu fréquente à celle-ci (15).

4.10.2 Evaluation économique

Les études économiques disponibles, fondées sur des modélisations, montrent que la contraception d'urgence est coût-efficace, que celle-ci soit mise à disposition au moment où le rapport sexuel non protégé survient ou qu'elle soit fournie à l'avance (15). Cependant, comme le souligne Trussel dans une revue récente, ces modélisations font toutes l'hypothèse que la CU sera effectivement utilisée après un rapport non protégé. Or, aucune étude empirique n'a encore pu démontrer qu'une augmentation de l'accès à la contraception

d'urgence diminue les taux de grossesses ou d'IVG à l'échelle d'une population. La question du coût-efficacité de la mise à disposition à l'avance de la contraception d'urgence reste par conséquent ouverte.

4.10.3 Recommandations existantes

En France, l'ANAES, dans ses recommandations sur les stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme de 2004 (2), indiquait que si les études disponibles à l'époque permettaient de conclure à l'intérêt d'informer et de prescrire à l'avance une contraception d'urgence, elles ne permettaient pas d'écarter un risque d'utilisation moins efficace des méthodes contraceptives conventionnelles. L'ANAES concluait que la prescription à l'avance de la CU ne pouvait dès lors être effectuée qu'au cas par cas.

Une recherche documentaire préliminaire a permis d'identifier des recommandations sur la provision à l'avance de la contraception d'urgence. Il s'agit de recommandations internationales formulées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de recommandations de sociétés savantes au Canada et aux Etats-Unis.

► Recommandations internationales

Dans ses Recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptive, l'OMS indique qu'on peut délivrer par avance des pilules de CU aux femmes afin qu'elles puissent en disposer en cas de nécessité et qu'elles puissent les prendre dès que possible après un rapport non protégé (34). Le Groupe de travail a cependant pris note du fait que dans certains pays on ne peut fournir par avance des pilules de CU et que, dans ces conditions, il est possible de prescrire ce contraceptif de manière anticipée. Le Groupe de travail a examiné les éléments indiquant qu'une femme a plus de chance d'utiliser des pilules de CU après un rapport non protégé si on lui en a fourni par avance, et que cette façon de procéder n'influe pas sur les schémas d'utilisation des moyens contraceptifs, ni n'augmente la fréquence du recours à la PCU ou des rapports non protégés.

Dans son Manuel sur la planification familiale à l'intention des prestataires de services de santé, l'OMS recommande de fournir des pilules de CU à l'avance à toutes les femmes qui le souhaitent, et en particulier aux jeunes femmes (35).

► Canada

La Société d'obstétrique et de gynécologie du Canada recommande qu'il soit remis à l'avance aux femmes en âge de procréer une ordonnance de contraception d'urgence hormonale (36). Elle recommande en outre, plus spécifiquement, que lorsque le préservatif constitue le seul moyen de contraception privilégié par une femme et son partenaire, le fournisseur de soins de santé remette à sa patiente une ordonnance de contraception d'urgence. Elle préconise également que l'offre à l'avance d'une ordonnance de contraception d'urgence soit envisagée pour toutes les patientes ayant subi une IVG.

► États Unis

Le Collège américain d'obstétrique et de gynécologie indique que la pilule de contraception d'urgence au lévonorgestrel peut être fournie à l'avance aux femmes afin que celles-ci puissent l'utiliser dès que possible en cas de nécessité (37). Il recommande de fournir la pilule contraceptive d'urgence à l'avance aux femmes consultant dans des centres de planification familiale ou des services de santé sexuelle.

5 Conclusion

Malgré la prévalence contraceptive élevée et les efforts en matière de diffusion de la contraception en France, y compris de la contraception d'urgence, le nombre d'IVG ne diminue pas. L'absence de diminution du nombre d'IVG chez les jeunes s'explique par une propension croissante à interrompre une grossesse à ces âges.

L'autorisation de délivrance de la contraception d'urgence sans prescription médicale et gratuite et anonyme pour les mineures s'est accompagnée d'une augmentation importante de l'utilisation de la contraception d'urgence, surtout chez les jeunes femmes. Cette augmentation de l'utilisation de la contraception d'urgence ne s'est cependant pas traduite par une diminution du nombre d'IVG. La contraception d'urgence n'est donc pas suffisamment utilisée par les femmes ayant des rapports non protégés. La majorité des femmes ayant recours à l'IVG ignore leur risque de grossesse au moment où elles tombent enceintes.

Les essais contrôlés randomisés disponibles visant à évaluer l'impact de la mise à disposition à l'avance de la contraception d'urgence n'ont pas montré d'effet sur l'incidence des grossesses. Ces études n'ont pas non plus mis en évidence d'effets négatifs sur les comportements sexuels et en matière de contraception.

ANALYSE DE LA DEMANDE

1 Pertinence de l'évaluation

La prévention des grossesses non désirées est une priorité de santé publique en France. La contraception d'urgence constitue un des moyens disponibles pour prévenir les grossesses non désirées et en conséquence des IVG, et l'amélioration de l'accès à la contraception d'urgence fait partie des objectifs de la loi de santé publique de 2004.

La nécessité d'utiliser la contraception d'urgence le plus rapidement possible après un rapport non protégé et la sous-utilisation constatée de celle-ci justifient le développement de stratégies ayant pour objectif d'augmenter l'utilisation de la contraception d'urgence. La mise à disposition à l'avance fait partie des mesures visant à augmenter son utilisation dans les conditions optimales d'utilisation.

Les résultats d'essais contrôlés randomisés, conduits à l'étranger, montrent que la mise à disposition à l'avance de la contraception d'urgence est une stratégie permettant d'augmenter la fréquence et la rapidité d'utilisation de celle-ci. Ces essais n'ont cependant pas mis en évidence de réduction du taux de grossesses et d'IVG. Par ailleurs, les données disponibles ne mettent pas en évidence d'effet négatif de la mise à disposition à l'avance de la contraception d'urgence sur les comportements sexuels ou en matière de contraception.

Au vu des éléments mentionnés ci-dessus, la mise à disposition à l'avance d'une contraception d'urgence en France mérite d'être évaluée plus avant.

2 Faisabilité de l'évaluation

2.1 Ressources disponibles

2.1.1 Bases documentaires et sources d'information

La recherche documentaire initiale réalisée dans le cadre de cette phase préparatoire a porté sur la période janvier 2000 à juin 2011. Cette recherche a permis d'apprécier la quantité des données disponibles dans la littérature y compris dans la littérature grise afin de répondre aux questions envisagées.

La recherche a porté sur les sujets et les types d'études définis en accord avec le chef de projet et a été limitée aux publications en langue anglaise et française.

► Bases de données documentaires interrogées :

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

Cette recherche a été complétée par la bibliographie des références citées dans les documents analysés.

► Bases de données consultées :

- Données du GERS ;
- Données de l'Assurance maladie et du PMSI ;
- Enquête permanente des prescriptions médicales (EPPM)¹⁶ ;
- World Contraceptive Use 2011¹⁷,
- Eco-santé.

2.1.2 Stratégie et résultats de la recherche documentaire

La stratégie de recherche est construite en utilisant, pour chaque sujet, soit des termes issus d'un thésaurus (descripteurs du MESH par exemple pour Medline), soit des termes du titre ou du résumé (mots libres). Ils sont combinés en autant d'étapes que nécessaire à l'aide des opérateurs booléens « ET » « OU » « SAUF ». Ils sont également combinés avec les termes descripteurs de type d'étude.

Le tableau figurant en annexe présente la stratégie de recherche initiale dans la base de données bibliographiques Medline. Les résultats obtenus en termes de nombre de références (par type d'étude et par sujet sur une période donnée) sont repris dans ce tableau.

Nombre références identifiées dans la phase de cadrage : 883

Nombres de références analysées dans la phase de cadrage : 248

2.1.3 Autres sources de données disponibles ou exploitation de bases de données de pratiques

► Données de l'Assurance maladie et du PMSI

Les données issues du système d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (SNIIRAM) produites par la CNAMTS ainsi que celles issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et des statistiques annuelles des établissements (SAE) pourront être exploitées.

► Baromètre Santé 2010

Le baromètre santé inclut des questions spécifiques concernant la sexualité, la contraception et les IST. Les dernières données du Baromètre Santé (pour l'année 2010) pourront être analysées et comparées avec les vagues d'enquête précédentes.

2.2 Travaux en cours ou prévus au sein de la HAS et concernant les partenaires institutionnels en relation avec le thème

► Au sein de la HAS :

La HAS vient d'être saisie sur un thème plus large – « Evaluation comparative (en termes d'efficacité, de tolérance et d'observance), en vie réelle, des méthodes contraceptives disponibles en France » qui est en cours de discussion pour inscription au programme de travail 2012.

¹⁶ EPPM est une base de données commerciale appartenant à IMS Health. Les données concernent les prescriptions médicales d'un panel de 835 médecins libéraux (généralistes et spécialistes). Les variables disponibles incluent les médicaments prescrits, les caractéristiques démographiques du patient ainsi que celle du médecin, le diagnostic principal et les effets attendus de la prescription. Les données sont interrogeables à partir d'un logiciel « propriétaire ». Des extrapolations pour la France sont produites. Le nombre de prescriptions de CU issues de ce panel n'était pas suffisant pour produire des estimations fiables.

¹⁷ Cette base de données inclut les dernières informations disponibles sur la prévalence contraceptive par type de méthode dans les différents pays et régions du monde.

- ▶ Par ailleurs, des travaux sont en cours sur cette thématique :

Le Baromètre santé, mis en œuvre par l'Inpes, inclut un module sur la sexualité et la contraception, y compris la contraception d'urgence.

3 Mise en œuvre de l'évaluation

3.1 Objectifs

L'objectif de ce travail est, à partir de l'analyse de la littérature et des pratiques actuelles de diffusion et d'utilisation de la contraception d'urgence hormonale, de rendre un avis sur la pertinence de la mise à disposition à l'avance de la contraception d'urgence hormonale et, le cas échéant, de proposer des stratégies de mise à disposition à l'avance, pouvant être différentes selon les populations cibles ou géographiquement.

La présente évaluation s'inscrit dans le cadre d'une évaluation plus large des méthodes contraceptives et en constitue un des éléments de réponse (voir 3.3 ci-dessous).

3.2 Questions d'évaluation

3.2.1 Quelle efficacité de la mise à disposition à l'avance de la contraception d'urgence par rapport aux conditions d'accès actuelles ?

En première approche, les données de pratique françaises indiquent que l'augmentation de l'utilisation de la contraception d'urgence n'a pas été suivie par une diminution du nombre d'IVG. En outre, les essais contrôlés randomisés disponibles ne montrent pas d'impact de la mise à disposition à l'avance de la contraception d'urgence en termes de réduction du nombre de grossesses.

Ce point comprend une mise en perspective des données issues de la littérature au regard de données socio-épidémiologiques françaises récentes et de données sur l'utilisation actuelle de la contraception d'urgence en France. Ce point comprend également une estimation du niveau d'utilisation nécessaire de la CU pour produire un impact décelable en termes de réduction des grossesses non désirées et des IVG.

Un éclairage psychosociologique sur les grossesses non désirées et sur les comportements des mineures sera envisagé.

3.2.2 Quels risques de la mise à disposition à l'avance de la contraception d'urgence sur les comportements sexuels et en matière de contraception ?

En première approche, les études disponibles n'ont pas mis en évidence d'effet négatif sur l'utilisation de la contraception ou sur les comportements sexuels. Ce point comprend une mise en perspective des données issues de la littérature au regard des données socio-épidémiologiques françaises.

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

Ce point comprend une analyse des principaux freins à l'utilisation de la contraception d'urgence afin de déterminer comment ces freins peuvent être levés.

3.2.4 Quelle place de la mise à disposition à l'avance parmi les stratégies visant à augmenter l'utilisation de la contraception d'urgence ?

Ce point comprend une évaluation de l'ensemble des approches permettant d'augmenter l'utilisation de la contraception d'urgence.

3.2.5 Quelles modalités de mise à disposition à l'avance de la contraception d'urgence, dans quelles conditions et pour quelles populations ?

La mise à disposition à l'avance de la contraception d'urgence (CU) ne fait pas appel à une stratégie unique mais à différentes options possibles de mise à disposition à l'avance. Ces différentes options seront envisagées. Ce point comprend la définition des modalités possibles de mise à disposition à l'avance et l'évaluation de leur impact attendu notamment en termes d'utilisation.

Ces modalités pourront être définies en fonction de situations locales ou de populations cibles. En effet, la population susceptible de bénéficier de la CU comprend différentes sous-populations, hétérogènes en termes de caractéristiques sociodémographiques et comportementales et de cibles potentielles pour différentes options de mise à disposition à l'avance de la CU.

3.2.6 Quelles méthodes de suivi et d'évaluation ?

Ce point nécessite de définir les objectifs, les méthodes et les indicateurs de suivi et d'évaluation à mettre en place.

Une réflexion sur les critères d'efficacité de la mise à disposition à l'avance de la CU (e.g. réduction du nombre de grossesses, du nombre de grossesses non désirées, du nombre d'IVG) en termes de pertinence et de faisabilité de leur mesure pour répondre à la question posée par la DGS et à un travail plus large si celui-ci était engagé ultérieurement est à prévoir.

3.3 Questions hors champ

Cette évaluation fait référence uniquement à la contraception d'urgence hormonale : elle n'inclut pas la contraception d'urgence par DIU au cuivre.

L'évaluation de l'efficacité en conditions optimales d'utilisation (efficacy), de la sécurité et du rapport bénéfices-risques des différentes pilules de contraception d'urgence ne fait pas partie de ce travail.

La prévention des grossesses non désirées fait appel à différentes approches et stratégies dont : l'information et l'éducation sexuelle dès le plus jeune âge, le développement de meilleurs moyens contraceptifs, l'utilisation correcte la contraception régulière, l'utilisation de la contraception d'urgence et le recours à l'IVG. L'utilisation de la contraception d'urgence est donc une approche parmi d'autres. Ces autres approches ne seront pas traitées dans la présente évaluation mais pourraient faire l'objet d'un travail ultérieur, plus large, dans le cadre de la demande faite à la HAS par la DGS et la DSS pour une inscription à son programme de travail 2012 du thème : « Evaluation comparative (en termes d'efficacité, de tolérance et d'observance), en vie réelle, des méthodes contraceptives disponibles en France ».

L'efficience de la mise à disposition à l'avance de la contraception d'urgence ne sera pas évaluée dans le présent travail.

PLAN DE RÉALISATION PROPOSÉ

1 Intitulé proposé

Mise à disposition à l'avance de la contraception d'urgence.

2 Méthodologie envisagée

2.1 Modalités de réalisation

Cette évaluation se fonde sur une revue de la littérature et sur l'intervention d'un groupe de travail pluridisciplinaire et multiprofessionnel.

2.2 Méthode de travail

Le format retenu pour cette évaluation est la *Recommandation en santé publique*.

2.3 Calendrier prévisionnel de réalisation

Un délai de 6 mois entre la validation de la note de cadrage par la Commission d'évaluation économique et de santé publique et celle du rapport final semble nécessaire compte tenu des étapes nécessaires à mettre en œuvre.

Le calendrier prévisionnel envisage 2 réunions du groupe de travail, un examen par la CEESP et un examen et une validation par le Collège de la HAS.

- 1^{ère} réunion du groupe de travail : janvier 2011
- 2^e réunion du groupe de travail : mars 2012
- Examen par la CEESP et avis: avril 2012
- Examen par le Collège de la HAS et validation : avril 2012

2.4 Composition qualitative du groupes de travail

Chaque groupe devra être constitué de façon à réunir les professionnels de santé de compétences et de modes d'exercice pertinents par rapport au thème abordé. Ces professionnels seront sélectionnés à partir de la liste des professionnels proposés par les sociétés savantes et les organismes consultés.

- ▶ Professionnels et autres parties prenantes devant être représentés dans le groupe de travail :
 - Médecins de santé publique
 - Pharmaciens
 - Sages-femmes
 - Epidémiologistes
 - Gynécologues
 - Infirmiers (dont infirmiers scolaires)
 - Médecins généralistes
 - Représentants des usagers
- ▶ Organismes sollicités :
 - Institutions
 - Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps)

- Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)
- Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO)
- Institut national des études démographiques (Ined)
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)
- Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm)
- Sociétés savantes et organisations professionnelles
 - Collège national des gynécologues obstétriciens français (CNGOF)
 - Société française de gynécologie
 - Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale
 - Collège de médecine générale (CMG)
 - Collège national des sages-femmes
 - Centre d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française (Cespharm)
 - Société française de santé publique (SFSP)
 - Association des épidémiologistes de langue française (ADELF)
- Associations relatives à la contraception
 - Association française pour la contraception (AFC)
 - Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception (ANCIC)
 - Conseil supérieur de l'information sexuelle (CSIS)
 - Mouvement français pour le planning familial (MFPF)
 - Union nationale des associations familiales
 - Fédération nationale familles rurales
 - Confédération sociale des familles

ANNEXE. STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Bases de données bibliographiques

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

Tableau : Stratégie de recherche dans la base de données Medline:

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

Essais cliniques non contrôlés, études comparatives, études de cas contrôlés	01/2000 – 11/2010	89
Etape 1 ET		
Etape 6 (Clinical Trials as Topic OR "Case-Control Studies OR Retrospective Studies)/de OR (Comparative Study OR Clinical Trial)/pt OR (clinical trial OR retrospective stud* OR comparative stud* OR versus)/ti		
Revues	01/2000 – 11/2010	131
Etape 1 ET		
Etape 7 Review/ti OR review/pt		
Autres types d'études	01/2000 – 11/2010	158
Etape 1 ET		
Etape 8 (Health Knowledge, Attitudes, Practice OR Physician's Practice Patterns OR Prescriptions OR Family Planning Services OR Physicians OR Pharmacists OR Contraception Behavior)/de OR (advance supplies OR advance supply OR advance provision*)/ti,ab		
SAUF Etape 2 OR Etape 3 OR Etape 4 OR Etape 5 OR Etape 6 OR Etape 7		
Contraception d'urgence – Données économiques		
Tous types d'études	01/2000 – 11/2010	47
Etape 1 ET		
Etape 9 (Cost Allocation OR Cost-Benefit Analysis OR Costs and Cost Analysis OR Cost Control OR Cost Savings OR Cost of Illness OR Health Care Costs OR Economics, Medical OR Social Security OR Length of Stay OR Insurance, Health)/de OR economics/subheading OR (burden of disease OR cost of illness)/ti,ab OR (cost* OR economic*)/ti		
Politiques de contraception, taux d'IVG et de grossesses adolescentes en Europe		
Tous types d'études	01/2000 – 06/2011	60
Etape 10 ((Abortion, Induced/statistics and numerical data OR Family Planning Policy OR Family Planning Services OR Pregnancy in Adolescence/statistics and numerical data)/de OR (abortion* OR family planning OR family polic*)/ti OR (pregnan*/ti AND (adolescent* OR teenage*/ti)) AND (Europe/epidemiology/de OR europe*/ti) OR (Contraception/de AND (Health Policy OR Health Services Accessibility)/de AND Europe/de)		

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

Sites consultés

France

- Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé – AFSSAPS
- Ameli assurance maladie
- Association française pour la contraception
- Banque Claude Bernard
- Base CODECS
- Base Eco-Santé
- Bibliothèque médicale Lemanissier
- Bibliothèque Interuniversitaire de Médecine – BIUM
- Caisse nationale des allocations familiales
- Catalogue et index des sites médicaux francophones – CISMeF
- Collège des Economistes de la Santé
- Comité d'Evaluation et de Diffusion des Innovations Technologiques – CEDIT
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – DREES
- Documentation française
- Evaluation des technologies de santé pour l'aide à la décision (Fédération hospitalière de France) – ETSAD
- Expertise collective INSERM

- Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé – FNORS
- Haut Conseil de la santé publique – HCSP
- Inspection générale des affaires sociales – IGAS
- Institut national d'études démographiques – INED
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé – INPES
- Institut national de la statistique et des études économiques – INSEE
- Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé – IRDES
- Institut de Veille Sanitaire – InVS
- Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports
- Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers – MeaH
- Réseau d'évaluation en économie de la santé
- Santé Décision Management
- Société Française de Médecine Générale – SFMG
- Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie – URCAM

Etranger

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

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

BIBLIOGRAPHIE

1. Inspection générale des affaires sociales, Aubin C, Jourdain-Menninger J, Chambaud L. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. Paris: La Documentation Française; 2009. <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000049/0000.pdf>
2. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, Institut national pour l'éducation en santé. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis La Plaine: ANAES; 2004. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_contraception_vvd-2006_2006_10_27_12_57_59_515.pdf
3. Poletti B. Rapport d'information fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur la contraception des mineures. Paris: Assemblée Nationale; 2011. <http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i3444.pdf>
4. Ministère du travail de l'emploi et de la santé. L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2009-2010. Paris: Ministère du travail de l'emploi et de la santé; 2010. <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000641/0000.pdf>
5. Direction générale de la santé. Livre des plans de santé publique. Prévention et sécurité sanitaire. Paris: Ministère du travail de l'emploi et de la santé; 2011. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/LDP_2011_BD.pdf
6. Leridon H, Oustry P, Bajos N. La médicalisation croissante de la contraception en France. Pop Soc 2002;(381).
7. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Guilbert P, Gautier A. Baromètre santé 2005. Premiers résultats. Saint-Denis: INPES; 2006.
8. Bajos N, Goulard H, Job-Spira N. Emergency contraception: from accessibility to counseling. Contraception 2003;67(1):39-40.
9. Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N, Cocon Group. Contraception: from accessibility to efficiency. Hum Reprod 2003;18(5):994-9.
10. Vilain A, Mouquet MC. Les interruptions volontaires de grossesse en 2008 et 2009. Etudes Résultat 2011;(765).
11. Rossier C, Toulemon L, Prioux F. Évolution du recours à l'interruption volontaire de grossesse en France entre 1990 et 2005. Population-F 2009;64(3):495-530.
12. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? BEH 2005;(9-10):38-40.
13. Katzman D, Taddeo D. Emergency contraception. Paediatr Child Health 2010;15(6):363-72.
14. Glasier A. Emergency postcoital contraception. N Engl J Med 1997;337(15):1058-64.
15. Trussell J, Raymond EG. Emergency contraception. A last chance to prevent unintended pregnancy. Princeton: Office of Population Research, Princeton University; 2011. <http://ec.princeton.edu/questions/ec-review.pdf>
16. Moreau C, Bajos N, Trussell J. The impact of pharmacy access to emergency contraceptive pills in France. Contraception 2006;73(6):602-8.
17. Goulard H, Moreau C, Gilbert F, Job-Spira N, Bajos N, Cocon Group. Contraceptive failures and determinants of emergency contraception use. Contraception 2006;74(3):208-13.
18. Moreau C, Bouyer J, Goulard H, Bajos N. The remaining barriers to the use of emergency contraception: perception of pregnancy risk by women undergoing induced abortions. Contraception 2005;71(3):202-7.
19. Polis CB, Grimes DA, Schaffer K, Blanchard K, Glasier A, Harper CC. Advance

provision of emergency contraception for pregnancy prevention (full review). *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(2):CD005497.

20. Raymond EG, Trussell J, Polis CB. Population effect of increased access to emergency contraceptive pills: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2007;109(1):181-8.

21. Meyer JL, Gold MA, Haggerty CL. Advance provision of emergency contraception among adolescent and young adult women. A systematic review of literature. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2011;24(1):2-9.

22. Belzer M, Sanchez K, Olson J, Jacobs AM, Tucker D. Advance supply of emergency contraception: a randomized trial in adolescent mothers. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2005;18(5):347-54.

23. Ekstrand M, Larsson M, Darj E, Tydén T. Advance provision of emergency contraceptive pills reduces treatment delay: a randomised controlled trial among Swedish teenage girls. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008;87(3):354-9.

24. Gold MA, Wolford JE, Smith KA, Parker AM. The effects of advance provision of emergency contraception on adolescent women's sexual and contraceptive behaviors. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2004;17(2):87-96.

25. Hazari K. Use of emergency contraception by women as a back up method. *Health Popul Perspect Issues* 2000;23(3):115-22.

26. Hu X, Cheng L, Hua X, Glasier A. Advanced provision of emergency contraception to postnatal women in China makes no difference in abortion rates: a randomized controlled trial. *Contraception* 2005;72(2):111-6.

27. Jackson RA, Schwarz EB, Freedman L, Darney P. Advance supply of emergency contraception. effect on use and usual contraception. A randomized trial. *Obstet Gynecol* 2003;102(1):8-16.

28. Lo SS, Fan SY, Ho PC, Glasier AF. Effect of advanced provision of emergency contraception on women's contraceptive behaviour: a randomized controlled trial. *Hum Reprod* 2004;19(10):2404-10.

29. Raine TR, Harper CC, Rocca CH, Fischer R, Padian N, Klausner JD, *et al.* Direct access to emergency contraception through pharmacies and effect on unintended

pregnancy and STIs. A randomized controlled trial. *JAMA* 2005;293(1):54-62.

30. Raymond EG, Stewart F, Weaver M, Monteith C, van Der Pol B. Impact of increased access to emergency contraceptive pills: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2006;108(5):1098-106.

31. Schreiber CA, Ratcliffe SJ, Barnhart KT. A randomized controlled trial of the effect of advanced supply of emergency contraception in postpartum teens: a feasibility study. *Contraception* 2010;81(5):435-40.

32. Schwarz EB, Gerbert B, Gonzales R. Computer-assisted provision of emergency contraception a randomized controlled trial. *J Gen Intern Med* 2008;23(6):794-9.

33. Baecher L, Weaver MA, Raymond EG. Increased access to emergency contraception: why it may fail. *Hum Reprod* 2009;24(4):815-9.

34. Organisation mondiale de la santé. Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation des méthodes contraceptives. Genève: OMS; 2005. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/924256284X.pdf>

35. Organisation mondiale de la santé, Ecole de santé publique Bloomberg, Agence des Etats-Unis pour le développement international. Planification familiale: manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier. Successeur de Eléments de la technologie de la contraception. Genève: OMS; 2007. <http://www.globalhandbook.org/frenchhandbook.pdf>

36. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, Black A, Francoeur D, Rowe T. Consensus canadien sur la contraception. 1ère partie. *J Obstet Gynecol Can* 2004;(143):158-74.

37. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care. Emergency contraception. Guidance. *J Fam Plan Reprod Health Care* 2006;32(2):121-8.