

La contraception d'urgence

ACTES DU COLLOQUE CONTRACEPTION DU 26 SEPTEMBRE 2017

Table des matières

LA CONTRACEPTION D'URGENCE : ACTUALITÉ MÉDICALE	3
<i>Yannick MANIGART</i>	
LA CONTRACEPTION D'URGENCE : FREINS SOCIAUX ET CULTURELS.....	17
<i>Yaëlle AMSELLEM-MAINGUY</i>	
LES SITUATIONS D'URGENCE, DES MOMENTS DE DETECTION ET DE DEPISTAGE ?	27
<i>Emmanuelle PIET</i>	
LA PILULE DU LENDEMAIN : ACTUALITE POLITIQUE ET JURIDIQUE	34
<i>Table-ronde</i>	
LES RECOMMANDATIONS DE L'EUROPEAN CONSORTIUM OF EMERGENCY CONTRACEPTION.....	47
<i>Caroline MOREAU</i>	
ACCESSIBILITE ET DISTRIBUTION : ECHANGES DE BONNES PRATIQUES	53
<i>Table-ronde</i>	
PRESENTATION DE L'APPLICATION « CONTR'APPCEPTION ».....	60
<i>Aude BELIARD</i>	
PRESENTATION DE LA CAMPAGNE « CONTRACEPTION »	62
<i>Céline DANHIER</i>	

Les textes des interventions sont issus de la retranscription des interventions orales des auteurs. Les éventuelles erreurs sont de la responsabilité de l'éditeur.

LA CONTRACEPTION D'URGENCE : ACTUALITÉ MÉDICALE

Dr Yannick MANIGART

CHU Saint-Pierre – City Planning

La contraception d'urgence désigne les méthodes contraceptives permettant de prévenir la survenue d'une grossesse après un rapport sexuel non protégé. Il est recommandé de les utiliser dans les cinq jours suivant le rapport. Plus elles sont appliquées tôt, plus elles sont efficaces.

INDICATIONS

La contraception d'urgence est indiquée dans plusieurs cas :

- un rapport sexuel et une absence de contraception ;
- un échec ou un usage défectueux de la méthode contraceptive, notamment les problèmes de préservatif, de capes cervicales ou de diaphragmes ;
- un échec de la méthode du retrait ;
- une erreur de calcul de la période d'abstinence chez les couples utilisant une méthode de sensibilisation à la fertilité ;
- l'expulsion d'un DIU.

Elle peut également s'avérer nécessaire :

- au début de la contraception hormonale, si les contraceptions complémentaires - préservatif ou abstinence - nécessaires les 7 premiers jours, n'ont pas été appliquées;
- en cas de détachement ou d'enlèvement d'un anneau pendant plus de 48h ;
- en cas d'oubli de la pilule oestroprogestative pendant plus de 48h ;
- lorsque des inducteurs enzymatiques sont utilisés en parallèle d'une contraception hormonale ;
- en cas d'oubli de plus de 36h d'une pilule progestative (Cerazette[®] et les génériques équivalents) ;
- s'il y a plus de 14 semaines entre deux injections contraceptives ;
- si le délai de 3 ans de validité de l'implant est dépassé, même si la probabilité de grossesse est très faible la quatrième année.

METHODES DISPONIBLES

Trois méthodes sont disponibles : les pilules à base de lévonorgestrel ou à base d'acétate d'ulipristal et le dispositif intra-utérin au cuivre.

- La pilule à base de lévonorgestrel

Il s'agit d'une pilule dosée à 1.5mg de lévonorgestrel (LNG). Commercialisée sous trois dénominations (Levodonna[®], Norlevo[®], Postinor[®]), le prix est de plus ou moins 9,00€. Un remboursement préférentiel est accordé aux jeunes femmes de moins de 21 ans en ordre de mutuelle, soit sur ordonnance à la pharmacie, soit par remboursement à la mutuelle avec un bon délivré par le pharmacien. En fonction de la marque, elle coûte alors moins d'un euro ou est gratuite.

- La pilule à base d'acétate d'ulipristal

Il s'agit d'une pilule dosée à 30mg d'acétate d'ulipristal, commercialisée sous le nom d'EllaOne[®]. Le prix est nettement plus élevé, environ 25€. Un remboursement préférentiel est accordé aux jeunes femmes de moins de 21 ans en ordre de mutuelle, soit sur ordonnance à la pharmacie, soit par remboursement à la mutuelle avec un bon délivré par le pharmacien. Elle coûte alors plus ou moins 16,00€.

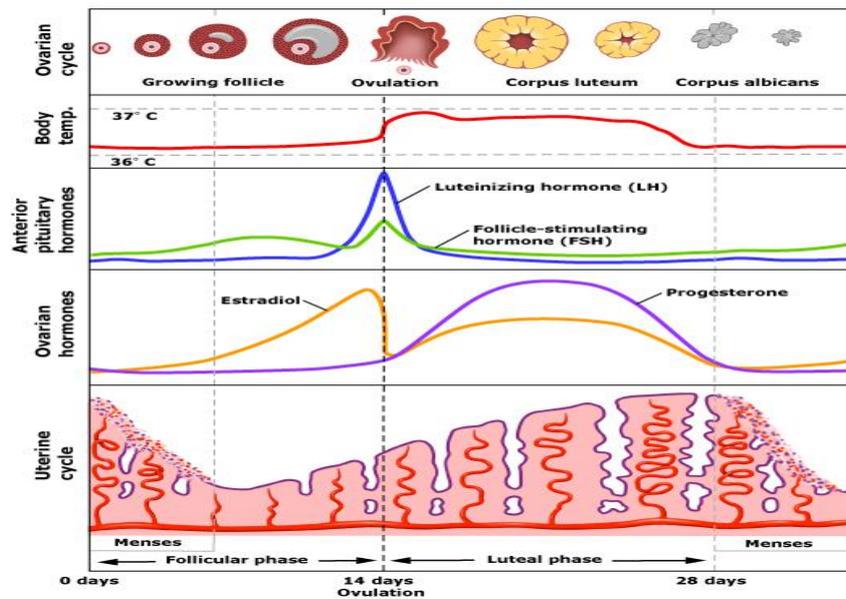
L'utilisation de la mifépristone (Mifégyne[®]), dosée à 50mg, est une autre méthode hormonale souvent décrite dans les études scientifiques. Elle sert de contraception d'urgence notamment en Chine. Cette hormone est utilisée, en Belgique, uniquement pour les avortements médicamenteux avec un dosage beaucoup plus élevé.

- Le dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre est une méthode contraceptive non hormonale utilisée également comme contraception d'urgence.

MECANISMES D'ACTION

Pour bien comprendre les mécanismes d'action de ces différentes méthodes, il convient de revoir brièvement les principales phases du cycle menstruel et de l'ovulation.

Après le premier jour des règles, un follicule se développe au niveau des ovaires. Il est visible à l'échographie et grandit de 2 mm par jour. L'ovulation se produit en général lorsqu'il atteint 20 mm et le corps jaune se crée. Le follicule sécrète de l'oestradiol tandis que le corps jaune sécrète de la progestérone. Cela crée une muqueuse utérine prête à accueillir l'éventuelle grossesse, mais l'ovulation ne peut se produire sans l'apparition du pic de LH, l'hormone lutéinisante sécrétée par l'hypophyse. Le pic de LH a donc une importance fondamentale.



En théorie, la conception n'est possible que durant une période par cycle. Un spermatozoïde pouvant vivre 120 heures dans le tractus génital, la contraception doit fonctionner plus de 5 jours. De son côté, l'ovocyte vit entre 12 et 24 heures. La fenêtre de conception s'étale donc de 5 jours avant l'ovulation à un jour après celle-ci. Sur un cycle, une patiente ayant un rapport non protégé a théoriquement de 20 à 25 % de risques de tomber enceinte.

La probabilité de grossesse varie en fonction du moment du cycle¹ : elle culmine à 30 % 1 à 2 jours avant l'ovulation, elle est de 15 % 3 jours avant et de 12 % le jour de l'ovulation. Un ou deux jours après, le risque est proche de zéro. La fécondation survient au plus tard 24 heures après l'ovulation. Après cette période, soit la fécondation a échoué, soit l'embryon est défectueux. La fécondation a lieu dans l'ampoule de la trompe de Fallope.

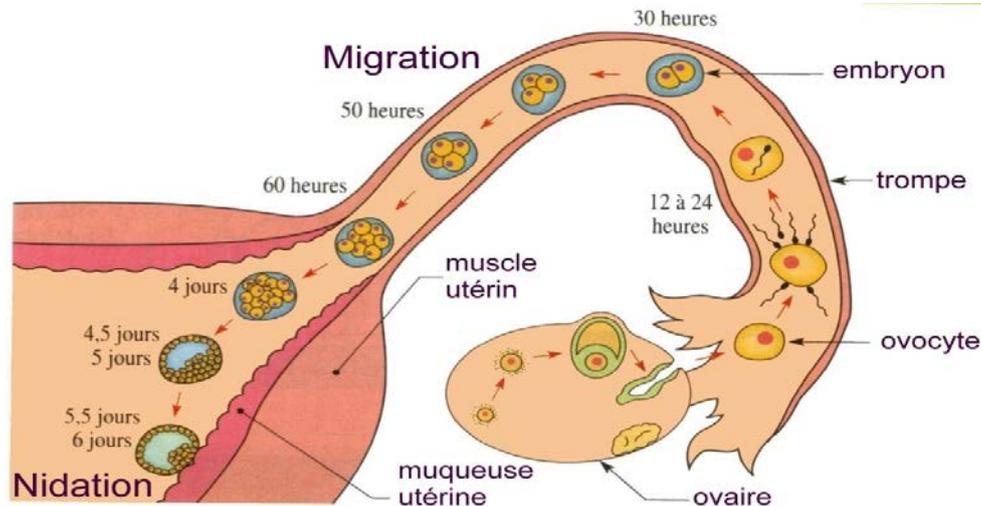
Les grossesses sont exceptionnelles si les rapports sexuels non protégés ont lieu dans les trois premiers jours du cycle. La seule certitude de risque zéro concerne cette période. Dans les autres périodes, les études montrent que le risque existe toujours.²

Il est étonnamment très difficile de prédire si un rapport sexuel survient durant la période de fertilité. Une étude comparant les témoignages des patientes sur leur cycle et les résultats des échographies et des prises de sang a montré une très mauvaise corrélation.

¹ LI D., WILCOX A.J., DUNSON D.B. Benchmark pregnancy rates and the assessment of post-coital contraceptives : an update. *Contraception*, 2015, Vol. 91, N°4, p.344-349.

² ESPINOS J.J., RODRIGUEZ-ESPINOSA J., SENOSIAIN R. et al. The role of matching menstrual data with hormonal measurements in evaluating effectiveness of postcoital contraception. *Contraception*, 1999, Vol. 60, N°4, p.243-247.

Entre le jour 3 et le jour 4 post fécondation, c'est-à-dire à peu près au jour 18 et 19 d'un cycle de 28 jours, l'embryon migre dans l'utérus et en général, il s'implante au jour 6.



- Action du lévonorgestrel (LNG)

Contrairement à son utilisation progestative dans la contraception, le LNG n'a pas d'effet sur les spermatozoïdes, ni sur la glaire cervicale dans la contraception d'urgence. Étant donné que les spermatozoïdes atteignent les trompes en cinq minutes, il faudrait prendre le LNG extrêmement rapidement après le rapport à risque pour agir sur ce plan. De plus, même après avoir pris le LNG, on trouve toujours des spermatozoïdes viables après 24h à 48h.

Le LNG affecte le développement folliculaire après la sélection du follicule dominant mais avant l'augmentation de la LH. Pris 2 à 3 jours avant l'ovulation, le LNG inhibe, reporte ou diminue le pic de LH indispensable à l'ovulation et ralentit ou stoppe le développement folliculaire. Par contre, quand le pic a déjà commencé, il n'inhibe plus l'ovulation. Dans cette période, le risque est pourtant élevé puisque l'ovulation survient 24 heures après le pic de LH.

Le LNG n'a pas d'effet sur la trompe, ni sur la morphologie de l'endomètre. Il n'est pas possible d'étudier l'implantation sur l'humain, mais les études *in vitro* montrent qu'il n'a pas d'effet sur la viabilité de l'embryon et, n'inhibant pas l'implantation, il n'a pas d'effet non plus sur la grossesse. Pour répondre aux débats actuels, le LNG ne provoque pas de mini-avortement, mais une postposition ou un arrêt de l'ovulation.

- Action de l'acétate d'ulipristal (UPA)

L'UPA est un modulateur sélectif des récepteurs de la progestérone, aussi appelé SPRM. Placées sur les récepteurs de la progestérone, ces molécules en modifient l'action. Elles n'ont pas d'effet sur le sperme, mais agissent sur le développement folliculaire avant la montée du pic de LH. Dans 100 % des cas, l'inhibition de la rupture folliculaire induit la postposition de l'ovulation de minimum cinq jours, soit la durée de vie du spermatozoïde.

La grande différence entre les deux méthodes hormonales, c'est que l'UPA est efficace lors de la montée de LH. Après ou au moment du pic, c'est trop tard, mais lors de la première partie du pic, l'ovulation est postposée dans 79 % des cas.

À la dose utilisée en contraception d'urgence, l'UPA n'a pas d'action sur l'endomètre. La molécule étant récente, peu de données ont été publiées sur la grossesse, mais aucun élément inquiétant ou effet malformatif n'ont été constatés à ce jour.

- Action du dispositif intra-utérin

Le DIU est la méthode la moins utilisée mais elle devrait pourtant être davantage mise en avant. Son effet intervient dans la phase de pré-fécondation. Il ne provoque pas un « mini avortement ». Les ions cuivres détruisent les spermatozoïdes et les ovocytes. C'est bien l'action du cuivre qui provoque cette réaction qui n'est pas observée avec des stérilets inertes en plastique encore utilisés en Chine, par exemple. La concentration des ions cuivre inhibe la mobilité, la viabilité et la capacité de fertilisation des spermatozoïdes et détruit les ovocytes avant qu'ils n'atteignent la cavité.

En tant que contraception d'urgence, l'intérêt du dispositif intra-utérin au cuivre est qu'il agit également pendant la phase de post-fécondation. En stimulant la contractibilité de l'endomètre et en inhibant l'implantation, il détruit l'embryon précoce dans la trompe.

Des études comparatives ont étudié les signes précoces d'implantation avec des stérilets au cuivre, des stériles inertes ou sans stérilet.³ Une diminution significative de l'implantation a été constatée avec les DIU au cuivre, ce qui indique donc davantage une prévention qu'une inhibition de l'implantation.

³ SAVARIS R., ZETTLER C.G., FERRARI A.N. Expression of $\alpha 4\beta 1$ and $\alpha v\beta 3$ integrins in the endometrium of women using the T200 copper intrauterine device, *Fertility and Sterility*, 2000, Vol.74, N°6, p.1102-1107. ORTIZ M.E., CROXATTO H.B. Copper-T intrauterine device and levonorgestrel intrauterine system : biological bases of their mechanism of action, *Contraception*, 2007, Vol.75, N°6, p.16S-30S.

En résumé, les méthodes hormonales retardent l'ovulation tandis que le DIU inhibe la fécondation et, après celle-ci, détruit l'embryon et inhibe l'implantation. Aucune des méthodes n'a d'effet après l'implantation.

EFFICACITE DES DIFFERENTES METHODES

Il est très difficile de déterminer avec précision l'efficacité des différentes méthodes. Pour mener une étude idéale, il faudrait analyser les données de toutes les femmes demandant une contraception d'urgence et donner un placebo à certaines d'entre elles sans les avertir, ce qui est éthiquement indéfendable et ne s'est donc jamais fait.

Les études se basent sur trois types de modèles. Le premier calcule le taux de grossesse des patientes ayant pris une contraception d'urgence et le compare au taux de grossesse estimé qu'on aurait observé sans contraception d'urgence. Le deuxième modèle compare les méthodes entre elles. Dans le troisième modèle, on donne la contraception d'urgence à des femmes ne présentant pas de risque de grossesse et on mesure l'ovulation dans les 5 jours après la contraception d'urgence. Ce modèle ne donne pas d'informations sur les autres mécanismes.

Toutes études confondues, le stérilet s'avère être la méthode la plus efficace.⁴ Il faut donner cette information aux patientes. Posé dans les cinq jours, avec un taux de grossesse entre 0 et 0,2%, il permet de prévenir de 97 à 100 % des grossesses. Il assure une contraception à plus long terme et présente un excellent taux de continuation des patientes. Il n'y a pas de contre-indication pour le poser le jour de la consultation. Dans une étude réalisée dans un planning aux Etats-Unis, 11 % des patientes ont accepté cette solution.

L'acétate d'ulipristal est efficace dans les 120 heures après le rapport non protégé et l'efficacité ne diminue pas avec le temps. Le taux de grossesse varie de 1 à 2 % et on estime le taux de grossesses évitées de 60 à 80%, selon le type d'étude et le jour du cycle. Une méta-analyse importante⁵ a démontré que l'UPA est 2 à 3 fois plus efficace que le LNG, selon le moment

⁴ ZHOU L., XIAO B. Emergency contraception with Multiload CU-375 SL IUD : a multicenter clinical trial, *Contraception*, 2001, Vol.64, N°2, p. 107-112.

WU S., GODFREY E.M., WOJDYLA D., DOG J., WANG C. VON HERTZEN H. Copper T380A intrauterine device for emergency contraception : a prospective, multicentre, cohort clinical trial, *BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2010, Vol. 117, N°10, p. 1205-1210.

CLELAND K., ZHU H., GOLDSTUCK N., CHENG L., TRUSSEL J. The efficacy of intrauterine devices for emergency contraception : a systematic review of 35 years of experience, *Human Reproduction*, Vol. 27, N°7, p.1994-2000.

⁵ GLASIER A.F., CAMERON S.T., FINE P.M. et al. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception : a randomised non-inferiority trial and meta-analysis, *Lancet*, 2010, Vol. 375, N° 9714, p.555-562.

du rapport sexuel. Ces résultats ont été récemment confirmés dans la Cochrane Revue.⁶ Contrairement au lévonorgestrel, l'UPA postpose l'ovulation même après le début de la montée de LH, elle est particulièrement recommandée si le rapport sexuel a eu lieu à un moment proche de l'ovulation. Par contre, elle n'est pas efficace après l'ovulation, ni après le pic de LH.

Il est essentiel d'informer les patientes que, le LNG comme l'UPA ne faisant que postposer l'ovulation dans le cycle, une contraception reste nécessaire, même à court terme. Avec le LNG, le taux de grossesse dans les 72 heures varie selon les études de 0,6 à 2,6%. Il faut le prendre dès que possible, même s'il peut être efficace jusqu'à 96 heures, mais pas après l'ovulation.

En conclusion, le LNG est recommandé dans les 72 heures tandis que l'UPA est efficace pendant 120 heures. L'UPA est plus efficace que le LNG surtout en période ovulatoire. L'UPA et le LNG sont inefficaces après l'ovulation, ce qui explique les échecs de la contraception d'urgence. Le DIU est la méthode la plus efficace puisqu'elle peut agir sur l'embryon jusqu'à 5 jours après l'ovulation. Le moment de l'ovulation étant impossible à déterminer, il est recommandé de le placer dans les 5 jours suivant le rapport sexuel, même si certaines instructions vont jusqu'à 7 jours.

FACTEURS INFLUENÇANT L'EFFICACITE DE LA CONTRACEPTION D'URGENCE

1. Jour du cycle

Le jour du cycle lors du rapport sexuel est le plus déterminant. Dans une méta-analyse⁷ reprenant des études réalisées avec 3 445 femmes ayant reçu de l'UPA ou du LNG, quatre fois plus de grossesses ont été constatées durant la période où la probabilité de fertilité et de grossesse est la plus importante.

2. Rapports sexuels non protégés après la prise d'une contraception d'urgence

Quatre fois plus de grossesse sont constatées : 6,4% versus 1,5%. Il est fondamental d'informer à ce sujet.

⁶ *Methods of emergency contraception* :

https://www.cochrane.org/CD001324/FERTILREG_methods-emergency-contraception

⁷ GLASIER A., CAMERON S.T., BLITHE D., SCHERRER B., MATHE H., LEVY D., GAINER E., ULMANN A. Can we identify women at risk of pregnancy despite using emergency contraception? Data from randomized trials of ulipristal acetate and levonorgestrel, *Contraception*, 2011, Vol. 84, N°4, p. 363-367.

3. Surpoids et obésité

Selon la méta-analyse⁸, pour le LNG le risque de grossesse est multiplié par 4 si le BMI est supérieur à 30 (qui définit l'obésité), il est multiplié par 2 avec un BMI de 25 (celui qui définit le surpoids). Pour l'UPA, le risque de grossesse double en cas d'obésité, mais ne change pas en cas de surpoids. Néanmoins, le nombre de grossesses et de personnes obèses ou en surpoids était tellement faible dans cette analyse que les statistiques n'ont pas de réelle signification.

L'Agence américaine des produits alimentaires et médicamenteux (FDA) et l'Agence européenne des médicaments (AEM) considèrent que les données sont trop limitées pour affirmer que le risque augmente en cas d'obésité et préconisent donc de ne rien changer. Par contre, les Anglais, notamment la Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH) et l'UK-Med, recommandent le dispositif intra-utérin quand le BMI dépasse 26 ou le poids 70 kg. Le LNG étant moins efficace, ils préconisent de donner de l'UPA et, si ce n'est pas possible, de doubler la dose de LNG. L'efficacité de cette double dose n'a jamais été étudiée.

4. Interactions médicamenteuses

Le premier type d'interaction concerne les inducteurs enzymatiques, des médicaments qui stimulent les enzymes du cytochrome et détruisent les substrats comme l'UPA et le LNG. Les niveaux des enzymes peuvent rester élevés jusqu'à 28 jours après l'arrêt des traitements. En cas de prise dans les 28 jours précédents, le dispositif intra-utérin est recommandé et, s'il est refusé ou contre-indiqué, une double dose de LNG.

Dans son répertoire des médicaments, le Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique (CBIP)⁹ a dressé une liste non exhaustive d'inducteurs.

Y figurent des antiépileptiques, des antibiotiques - surtout des antituberculeux-, des antirétroviraux - notamment l'éfavirenz, mais pas la névirapine, ainsi que le millepertuis et la cocaïne. N'ayant pas retrouvé cette dernière dans d'autres listes, je n'ai pu vérifier s'il s'agissait bien d'un inducteur enzymatique.

De nos jours, la consommation d'anti-acides est de plus en plus répandue. Une étude¹⁰ a démontré que la prise d'UPA dosée à 10 mg, combinée avec

⁸ Ibid

⁹ Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique (CBIP) : <http://www.cbip.be/fr/start>

¹⁰ POHL O., OSTERLOH I., LECOMTE V., GOTTELAND J.P. Changes in gastric pH and in pharmacokinetics of ulipristal acetate – a drug-drug interaction study using the proton pump inhibitor esomeprazole, *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 2013, Vol. 51, p. 26-33.

un anti-acide comme le Nexiam[®], diminuait la concentration d'UPA, mais cela n'a jamais été étudié avec la EllaOne[®] qui a un autre dosage. La notice indique que la signification clinique n'est pas connue. Nous ne savons donc pas s'il faut éviter de donner la EllaOne[®] en cas de consommation d'anti-acides.

Concernant les interactions entre les progestatifs, présents dans toute contraception hormonale, et l'UPA, la capacité de retarder l'ovulation est réduite après l'utilisation d'une pilule progestative au desogestrel, telle que la Cerazette[®] et ses génériques.

Aucune étude ne démontre la réduction de l'efficacité pour prévenir une grossesse, mais cela diminuerait la postposition de l'ovulation. D'autres études sont nécessaires pour établir un lien mais c'est inquiétant. Il n'existe pas de preuve que les pilules combinées diminuent également la postposition mais vu qu'elles contiennent des progestatifs, la méfiance est de mise. Aucune étude n'a démontré si le problème se pose quand on prend la pilule contraceptive avant la contraception d'urgence ou si on commence une pilule contraceptive, et donc un progestatif, après une contraception d'urgence. Beaucoup de questions restent en suspens. Pour éviter de créer une compétition entre les deux et risquer de diminuer leur efficacité, il est recommandé de débiter la contraception à base de progestatifs cinq jours après la prise d'UPA. Le LNG est donc indiqué à la place de l'UPA en cas d'oubli de pilule, de patch ou d'anneau.

CONTRE-INDICATIONS

Pour le DIU au cuivre, les seules contre-indications sont une allergie au cuivre ou une infection active. Le dispositif intra-utérin au cuivre peut être posé à de jeunes patientes nullipares.

La notice de la EllaOne[®] indique comme contre-indication un asthme sévère traité par glucocorticoïde car l'effet anti-glucocorticoïde de l'UPA risque de provoquer une crise. L'insuffisance hépatique est également citée, comme pour tous les médicaments métabolisés par le foie. Selon l'UK-Med néanmoins, il n'y a pas de contre-indication car une grossesse s'avérerait plus dangereuse pour les patientes.

La notice du lévonorgestrel cite également l'insuffisance hépatique mais à nouveau, les recommandations anglaises disent qu'il n'y a pas de contre-indication. Mais les risques thrombo-emboliques, le diabète ou les migraines ne sont pas des contre-indications pour la contraception d'urgence car ils ne contiennent pas d'éthyniloestradiol.

Concernant l'allaitement maternel, l'UPA se retrouve en quantité minime dans le lait. Aucun évènement n'a été signalé chez les femmes allaitantes. Pour le Centre de référence des agents tératogènes (CRAT) en France, le lait ne doit pas être jeté. Pour la *Food and Drug Administration* (FDA) américaine, il faut jeter le lait pendant un jour, puis reprendre l'allaitement. Par contre, pour les Anglais, l'OMS et la notice, il faut jeter le lait pendant une semaine. Cela semble sévère, mais pour éviter tout problème, le traitement le plus sûr peut être choisi. Avec le LNG, il n'y a aucune contre-indication.

ADMINISTRATION DE LA CONTRACEPTION D'URGENCE

Étant donné qu'on ne peut se fier au moment du cycle, les recommandations préconisent de la donner dès que possible. Aucun examen physique n'est nécessaire, mais un bon interrogatoire doit être mené, notamment pour savoir quand a eu lieu le rapport sexuel et si le moment est proche de l'ovulation. Si c'est le cas, on privilégiera l'UPA. Cela vaut la peine de demander si le rapport était consentant car ce moment peut servir à dépister des abus sexuels. Il faut également savoir si la patiente prend des médicaments et/ou a oublié de prendre sa contraception pour prévenir un problème avec la EllaOne®. Enfin, il faut évaluer son poids.

EFFETS SECONDAIRES

Comme dans les notices des autres pilules, certains effets secondaires ont des pourcentages élevés : maux de têtes, douleurs au moment des règles, nausées, fatigue, irritabilité et douleurs abdominales.

Si une patiente vomit sa contraception d'urgence dans les trois heures suivant la prise, il faut reprendre un comprimé avec un antiémétique. Si elle la vomit à nouveau, il faut insister pour placer un dispositif intra-utérin. Si le dispositif intra-utérin est refusé, il faut recommander un comprimé de LNG par voie vaginale. De trop rares études ont démontré que la contraception d'urgence administrée par voie vaginale est efficace.¹¹ Cette voie d'absorption est d'ailleurs de plus en plus utilisée dans les traitements médicamenteux et peut s'avérer très pratique.

De nombreuses revues et études ont démontré que les grossesses extra-utérines n'augmentent pas, ni pour le LNG ni pour l'UPA.¹²

¹¹ DEVOTO L., FUENTES A., PALOMINO A., ESPINOZA A., KOHEN P., RANTA S., VON HERTZEN H. Pharmacokinetics and endometrial tissue levels of levonorgestrel after administration of a single 1.5mg dose by the oral and vaginal route, *Fertility and Sterility*, 2005, Vol.84, n°1, p.46-51.

¹² CHENG L., CHE Y., GÜLMEZOGLU A.M. Interventions for emergency contraception, *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012.

Concernant la perturbation des règles, il est recommandé de faire un test de grossesse si les règles sont postposées de plus de sept jours par rapport à la date attendue. Avec la EllaOne[®], 75 % des patientes sont réglées normalement ou dans les sept jours autour des règles. Un petit nombre sera réglée dans les sept jours avant les règles et 20 % seront réglées après les sept jours, dont 4 % après 20 jours. Avec le LNG, la majorité est réglée dans les sept jours, et environ 10 % au-delà de la date attendue.

Concernant l'allégation de « bombe hormonale » pour la contraception d'urgence, de graves effets secondaires auraient été constatés. Or l'étude publiée dans *The Lancet*¹³, une des plus grandes revues médicales, atteste qu'aucune mort ou complication grave n'a été associée à la contraception d'urgence. Au-delà de la faiblesse des effets secondaires et des contre-indications, il est pertinent de comparer les taux d'hormones.

L'UPA est également utilisé par les gynécologues, à des doses de 5 mg, dans le traitement des fibromes en alternative à la chirurgie. Le traitement dure minimum trois mois. L'INAMI vient d'accepter le remboursement d'un traitement d'un an. Les études disponibles portent sur des doses de 5 et 10 mg. Avec l'utilisation pendant 3 mois du dosage le plus bas, on est à 252 mg, soit nettement au-dessus de la EllaOne[®], à savoir 30mg en une fois.

En contraception d'urgence, le LNG est donné à 1,5 mg. Dans les pilules de seconde génération comme la Microgynon 30[®] et ses génériques, où le LNG sert de progestatif, une prise sur 21 jours équivaut à 3,15 mg, soit deux fois plus. Quant au dispositif intra-utérin hormonal, cela représente 52 mg diffusé en minimum cinq ans.

REPRENDRE OU DEBUTER UNE CONTRACEPTION APRES LA CONTRACEPTION D'URGENCE

La durée de l'efficacité de la contraception d'urgence n'étant pas connue avec précision, il faut rapidement débiter un moyen contraceptif efficace et utiliser une méthode barrière jusqu'à ce que la contraception soit effective.

Avec le LNG, il faut débiter la contraception immédiatement et utiliser une méthode barrière (ou l'abstinence) pendant 7 jours - ou 2 jours avec la

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22895920>. Update : SHEN J., CHE Y., SHOWELL E., CHEN K., CHENG L. Interventions for emergency contraception, *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28766313>

ZHANG J., LI C., ZHAO W.H. et al. Association between levonorgestrel emergency contraception and the risk of ectopic pregnancy : a multicenter case-control study. *Scientific Reports*, 2015, Vol.5, N°8487.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25674909>

¹³ GLASIER A.F., CAMERON S.T., FINE P.M. et al. (2010). Op. cit.

pilule progestative - et faire un test de grossesse si la patiente n'est pas réglée dans les trois semaines.

Avec l'UPA, il ne faut pas commencer une contraception hormonale avant 5 jours, pour ne pas les mettre en compétition et en diminuer l'efficacité. Il faut donc utiliser une méthode barrière (ou l'abstinence) pendant 2 jours après les 5 jours avec une pilule progestative, pendant 7 jours après les 5 jours avec les pilules oestroprogestatives. Il faut également faire un test de grossesse après 3 semaines si la patiente n'est pas réglée.

LA CONTRACEPTION D'URGENCE COMME MOYEN DE CONTRACEPTION

De nombreuses études montrent une bonne tolérance et pas de contre-indication à répéter cette contraception.¹⁴ Par contre, après une prise de EllaOne[®], il ne faut pas prendre de LNG pendant 5 jours. En cas de prise de LNG, l'EllaOne[®] peut être moins efficace dans les 7 jours suivants.

Des études ont également analysé la contraception d'urgence comme moyen de contraception, qui peut convenir aux femmes ayant des rapports sexuels moins fréquents et ne voulant pas prendre de contraception à long terme. Les résultats d'une étude *Cochrane* de 2014¹⁵ démontre que la contraception d'urgence prise lors de chaque rapport sexuel post coïtal a un indice de Pearl moyen – il varie fortement d'une étude à l'autre - de 5 (5 femmes sur 100 par an auront une grossesse). Mais il est meilleur que les autres moyens contraceptifs per-coïtaux comme le préservatif ou le diaphragme. Comme les patientes oublient assez souvent leur pilule, l'indice de Pearl n'est pas plus mauvais que celui de la pilule en utilisation courante. La très sérieuse revue *Cochrane* conclut que cette méthode est sans danger et efficace tout en recommandant des études complémentaires.

CONCLUSION

Le stérilet au cuivre est la contraception la plus efficace, mais il s'avère difficile de convaincre les patientes qui le refusent.

Le choix entre LNG et UPA dépend de plusieurs facteurs : le temps écoulé depuis le dernier rapport sexuel, le poids ou le BMI de la patiente, la prise de médicaments (inducteurs enzymatiques, progestatifs, anti-acides) ou encore, l'aspect financier, l'UPA étant plus onéreux que le LNG.

¹⁴ JESAM C., COCHON L., SALVATIERRA A.M. et al. A prospective, open-label, multicenter study to assess the pharmacodynamics and safety of repeated use of 30mg ulipristal acetate, *Contraception*, Vol.93, N°4, p.310-316.

¹⁵ HALPERN V., RAYMOND E.G., LOPEZ L.M. Repeated use of pre- and postcoital hormonal contraception for prevention of pregnancy, *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25259677>

Enfin, les médecins doivent davantage se rendre disponibles pour le placement de dispositifs intra-utérins. Même s'ils sont débordés, ils doivent s'organiser pour mieux rendre service aux patientes. Ils connaissent mal la contraception d'urgence et laissent cette pratique aux accueillant.es.

DEBAT

Intervention de la salle : Le médecin n'a pas toujours le temps de voir la patiente. À l'accueil, je peux la convaincre de se faire placer un dispositif intra-utérin, mais quel argument donner à un collègue qui refuse de le poser parce qu'il ne connaît pas la patiente et n'a pas de frottis récent ?

Yannick MANIGART : Il ne faut pas connaître la patiente au préalable. Si le frottis finalement révèle une infection à gonocoque ou chlamydia, un traitement est possible par la suite une fois le dispositif intra-utérin placé. Le principal avantage est d'assurer une contraception à long terme. Il faut interroger les patientes car la seule contre-indication concerne celles qui, sans contraception hormonale, ont déjà des règles très douloureuses. Les contraceptifs hormonaux réduisent la durée et les douleurs des règles ainsi que l'acné. Dans mes consultations, j'ai la chance d'avoir un échographe à disposition, ce qui me permet de poser systématiquement les dispositifs intra-utérins sous échographie.

Intervention de la salle : Sans Cytotec[®] ?

Yannick MANIGART : Oui. Sauf cas exceptionnel, le Cytotec[®] n'est pas une bonne idée. Même s'il facilite la pose, il provoque des contractions utérines très douloureuses, surtout chez les nullipares. C'est pour cela qu'on l'utilise lors des accouchements. Certaines de mes patientes ont eu de telles contractions que je craignais qu'elles n'expulsent leur dispositif intra-utérin. Je vante les mérites du DIU mais j'admets que c'est difficile d'en placer plusieurs par jour. Le problème pour les médecins, c'est souvent le manque de temps.

Intervention de la salle : Je suis médecin dans un centre de planning familial. Quand je ne suis pas sûre qu'une patiente n'a pas d'infection, je lui donne de l'azithromycine qui est un antibiotique peu agressif. Cela permet d'être rassuré par rapport à une patiente que l'on n'est pas certain de revoir par la suite. Je confirme que nous devrions mieux nous organiser dans les centres de planning pour pouvoir placer des DIU comme contraception d'urgence. Les délégués médicaux n'évoquent pas les interactions entre l'acétate d'ulipristal et les progestatifs. Leur message se limite à dire qu'il est plus efficace que le lévonorgestrel. Vu que de nombreuses demandes de contraception d'urgence découlent d'un oubli de pilule, cela diminue fortement son intérêt. Il faut absolument considérer tous les critères évoqués et ne pas considérer que le lévonorgestrel est moins efficace.

Yannick MANIGART : Le choix entre les deux méthodes nécessite de réelles connaissances. Les travailleurs de planning sont sûrement mieux informés que les pharmaciens à cet égard. Même si certains font bien leur travail, cela m'étonnerait qu'ils soient tous attentifs à ces paramètres.

Intervention de la salle : Lorsque nous donnons des animations de prévention des grossesses non désirées, nous conseillons de prévoir un moyen de contraception régulier et d'éviter autant que possible la contraception d'urgence. Mes collègues m'ont dit qu'une pilule du lendemain avait un taux d'hormones égal à celui d'une plaquette entière. Nous faisons donc passer le message qu'il ne faut pas répéter ce moyen de contraception. Confirmez-vous que c'est faux ?

Yannick MANIGART : Cela dépend du dosage mais cela représente, par exemple, la moitié d'une plaquette de Microgynon 30[®]. J'ai voulu montrer que, sans être un moyen de contraception à promouvoir, ce n'est pas grave d'y avoir recours. Le seul problème avec la répétition, c'est qu'ensuite, on se perd dans le cycle. Pour les patientes qui ont des relations très ponctuelles, cela peut représenter une alternative. Il ne faut pas forcément les condamner ou les pousser à avoir une contraception régulière. Le débat reste ouvert.

Intervention de la salle : Étant donné que les pilules uniquement progestatives couvrent plus rapidement, après 2 jours, une patiente qui ne prenait pas de contraception, pourrait-on imaginer de délivrer systématiquement ce genre de pilule pour protéger la zone à risque ? On pourrait la prescrire pendant les trois premières semaines, avant de prévoir une contraception à plus long terme.

Yannick MANIGART : Le seul inconvénient de cette pilule, c'est qu'il n'y a pas de contrôle du cycle, sauf avec la Microlut[®] car la faible dose de lévonorgestrel n'inhibe pas l'ovulation. Les pilules progestatives au désogestrel comme la Cerazette[®] doivent être prises en continu. On ne sait donc pas si la patiente va être réglée : certaines ont de l'aménorrhée tandis que d'autres ont du spotting tout le temps. Par contre, hormis une protection plus rapide, l'avantage, c'est qu'il n'y a aucune contre-indication.

La contraception d'urgence : freins sociaux et culturels

Yaëlle AMSELLEM-MAINGUY

Institut National de la Jeunesse et de l'Éducation Populaire - INJEP (France)

INTRODUCTION

Présentée en 2007 à l'Université Paris Descartes, ma thèse de sociologie portait sur la contraception d'urgence et les pratiques contraceptives des jeunes femmes. Même si elle date d'il y a 10 ans, elle reste d'actualité. Je vais présenter le cas français et les résultats de ma thèse à la lumière des travaux que j'ai menés depuis, en particulier une enquête sur les enjeux du consentement dans l'entrée dans la sexualité à l'adolescence et les liens entre consentement à un rapport sexuel et les méthodes de protection, de contraception.¹⁶ Je me référerai également à une enquête, en voie de finalisation, sur la vie sexuelle et affective des mineurs incarcérés en France métropolitaine.¹⁷

L'INJEP, situé à Paris, est un observatoire des pratiques des jeunes et des politiques de jeunesse.¹⁸ L'Institut n'est donc pas uniquement centré sur la sexualité ou la contraception. Au sein de l'équipe où je travaille, huit chargés de recherches se répartissent des champs de recherche et travaillent en collaboration avec d'autres chercheurs d'universités. Je travaille sur les questions de santé, de sexualité et de genres mais l'Institut se penche sur d'autres thématiques et le site comprend de nombreuses données sur l'état de la jeunesse. Notre travail est axé sur la France, mais cela peut être l'occasion de confronter les résultats à vos constats de terrain.

RAPPEL DU CONTEXTE FRANÇAIS

En France, la contraception reste très largement utilisée et l'offre s'est considérablement diversifiée depuis une quinzaine d'années. Depuis quelques années, la contraception hormonale est pointée du doigt et régulièrement décriée, notamment suite à l'accident vasculaire cérébral (AVC) d'une jeune femme. Les médias relaient le débat, soit pour dire que ce n'est qu'un cas parmi d'autres, soit pour dire que la contraception est extrêmement dangereuse. Le message manque souvent de subtilité et tend à faire croire aux jeunes femmes qu'il faudrait tout de suite arrêter la

¹⁶ http://www.injep.fr/sites/default/files/documents/rapport_sivs_def.pdf

¹⁷ <http://www.injep.fr/sites/default/files/documents/rapport-2017-06-prison.pdf>

¹⁸ <http://www.injep.fr/>

contraception hormonale (pilule), voir notamment sur cette question les travaux sur la crise des pilules.

On a longtemps observé en France la prégnance d'une norme contraceptive très forte inculquée dès le plus jeune âge : l'entrée dans la sexualité doit se passer avec un préservatif puis, quand la relation dure, la question de la pilule se pose. Lorsque le couple est stable, un test de dépistage du VIH et des IST permet théoriquement d'abandonner le préservatif au profit de la pilule jusqu'à l'arrivée du premier enfant qui éventuellement permettra la pose d'un dispositif intra-utérin (DIU). Quand on les interroge, les jeunes filles connaissent très bien ce schéma théorique. Elles savent parfaitement réciter et reproduire le récit collectif véhiculé dans les séances d'éducation à la sexualité. En France, la loi préconise trois séances de deux heures par niveau scolaire obligatoire mais ce n'est pas du tout effectif et il n'y a pas d'évaluation de cette ineffectivité.

Depuis les années 2010, cette norme contraceptive évolue lentement. La plainte introduite contre les laboratoires pharmaceutiques suite à l'AVC a montré du doigt la pilule comme l'unique méthode de contraception et remis en question les méthodes hormonales.

Malgré ce contexte, la publication des premiers résultats du Baromètre Santé 2016¹⁹ montre que la pilule reste la contraception médicale la plus utilisée avec 36% d'utilisatrices. On observe un pic d'utilisation dans deux tranches d'âge : avec 60,4% des filles de 15 à 19 ans qui l'utilisent et 59,5% des jeunes femmes de 20 à 24 ans. Cette information est importante parce qu'on peut lire en ce moment, dans la presse, des informations contradictoires clamant la fin de la pilule. Un article de Rue 89²⁰ a récemment vanté le retrait comme une méthode contraceptive paritaire et égalitaire plaçant les hommes et les femmes sur le même plan. On constate donc pourtant que toutes les femmes ne pratiquent pas le retrait.

CONTRACEPTION D'URGENCE : TARIFS ET CONDITIONS DE PRESCRIPTION

La contraception d'urgence est en vente libre en pharmacie depuis 1999. Elle est disponible dans les infirmeries scolaires suite à un débat très polémique depuis janvier 2000. Elle est gratuite pour les mineures en pharmacie depuis 2002 et doit être délivrée de manière anonyme. Certaines pharmacies demandent pourtant une preuve de cette minorité. Les tarifs et les conditions de prescription des trois méthodes sont repris dans le tableau ci-dessous.

¹⁹ Les Baromètres Santé, un observatoire des comportements des Français pour orienter les politiques de santé publique. INPES.

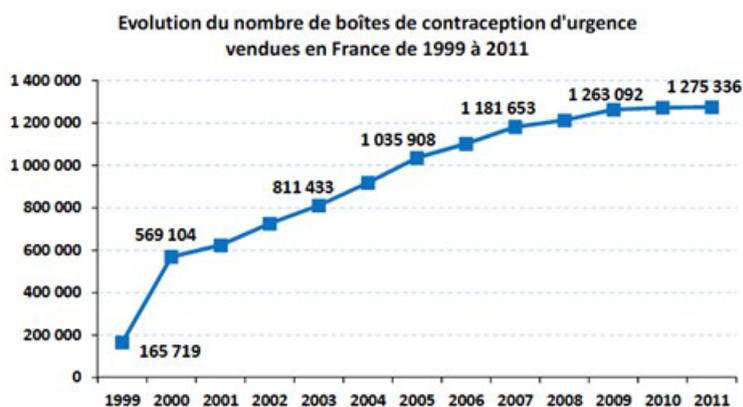
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/index.asp>

²⁰ Site d'information sur l'actualité et les faits de société, développé par l'hebdomadaire français *L'Obs*.

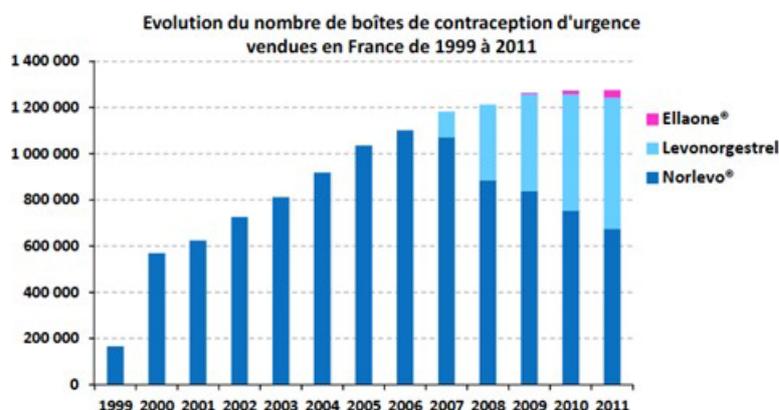
Produit	Utilisation maximale	Soumis à prescription	Prix public	Gratuité pour les mineures	Taux de remboursement
NorLevo	72h	Non (2000)	7,14 euros	Oui	65%
Levonorgestrel	72h	Non	5,01 euros	Oui	65%
EllaOne	120h	Non (2015)	18,60 euros	Oui	65%

Source : base de données publiques des médicaments, médicaments.gouv.fr (consulté 09/2017)

Même si nous avons peu de données sur la contraception d'urgence, les graphiques ci-dessous indiquent l'évolution du nombre de boîtes vendues en France entre 1999, moment de la première mise sur le marché de contraception d'urgence, et 2011/2012.



Source : GERS



Source : Groupement pour l'Elaboration et la Réalisation de Statistiques (GERS)

En 2010, un quart des femmes de 15-49 ans ont déclaré avoir déjà pris la contraception d'urgence : 40% des 15-19 ans et 12,5% des 35-49 ans. La

contraception d'urgence est construite comme une contraception pour les jeunes qui ne sauraient pas gérer leur contraception. La communication s'adresse donc d'abord à eux. Lorsque j'ai soutenu ma thèse sur les jeunes femmes de moins de 25 ans, un des commentaires portait sur l'usage de la contraception d'urgence par les femmes de 35-49 ans pour déceler les points communs ou les différences de recours.

Les données du Baromètre Santé 2010²¹ montrent que le problème de préservatif est la première occurrence citée par les 15-19 ans. Pour les 20-24 ans, c'est un oubli de pilule tandis que pour les plus de 35 ans, c'est une absence de contraception. Ce n'est donc pas l'absence de contraception qui caractérise la demande de contraception d'urgence des plus jeunes. C'est pourtant souvent sur ce point qu'on cherche à les culpabiliser en leur proposant de les aider à se prendre en mains. On remarque d'ailleurs que les plus de 35 ans mériteraient qu'on leur porte plus d'attention.

INFORMATIONS SUR LA CONTRACEPTION D'URGENCE

Concernant les représentations de la contraception d'urgence, un sondage surprenant a été réalisé, en 2015, auprès des 15-50 ans.²² La question était libellée comme suit :

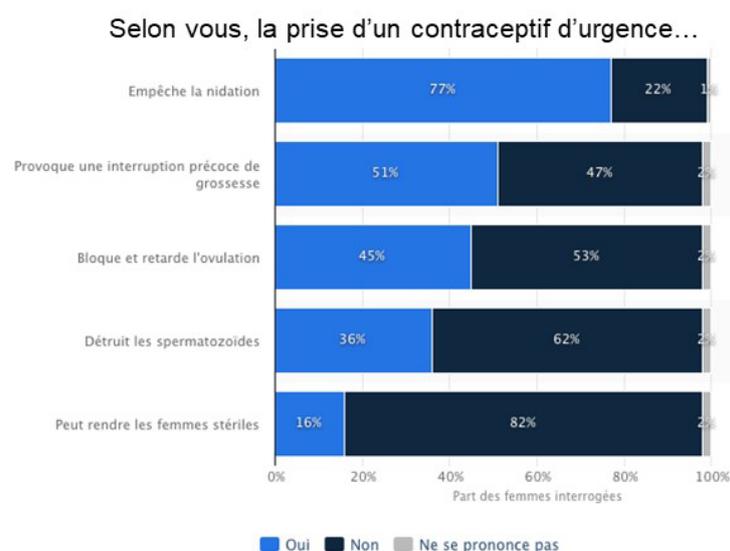
« Selon vous, la prise d'une contraception d'urgence :

- Empêche la nidation
- Provoque une interruption de grossesse précoce
- Bloque et retarde l'ovulation
- Détruit les spermatozoïdes
- Peut rendre les femmes stériles »

Il s'agit de formulations qui requièrent une bonne connaissance du corps humain et qui sont certainement obscures pour la plupart des filles auprès desquelles j'ai enquêté. Cela pose des questions sur la manière dont l'information sur la contraception d'urgence est diffusée.

²¹ Les Baromètres Santé, op.cit.

²² http://harris-interactive.fr/opinion_polls/le-rapport-des-francaises-a-la-contraception-2/



Source : sondage « rapport des françaises à la contraception » (15-50 ans), Harris Interactive, septembre 2015

Même chez les filles les plus précaires, par exemple celles qui sont incarcérées, la contraception est avant tout une affaire de femmes. On en parle : entre copines, à celle qui a raconté qu'elle avait déjà eu une expérience de contraception d'urgence ou d'IVG ou qui est plus expérimentée sexuellement ; avec des copines plus âgées, qui sauraient mieux ce qu'il faut faire ou répondre aux questions ; à des cousines, mais pas forcément à des sœurs ou à l'entourage restreint de la famille ; et plus rarement, avec les mères, quand la sexualité est reconnue et considérée comme légitime par la famille. Garçons et filles s'accordent pour dire que même s'ils peuvent parler de sexualité avec leurs parents, ils n'en ont pas forcément envie.

Les discussions entre femmes se poursuivent sur internet sur les blogs et les forums dédiés à la santé et la contraception. Ce sont essentiellement des femmes qui y partagent leur expérience et échangent des conseils.

Les filles citent également les professionnels, mais plus rarement les médecins de famille ou les gynécologues. En France, dans certaines villes, les délais d'attente pour voir un gynécologue sont extrêmement longs et les consultations en cabinet privé peuvent être rapidement très chères. Il y en a dans les centres de planification et dans les services de protection maternelle et infantile (PMI) mais les enquêtes que j'ai réalisées révèlent qu'elles y vont moins fréquemment que directement à la pharmacie. Elles n'associent pas forcément le planning familial ou les centres de planification à des lieux où se procurer la contraception d'urgence mais plutôt à un endroit où pratiquer une IVG ou demander du soutien pour une

contraception à long terme. Pour un évènement où le délai est court, le coût organisationnel est fort : il faut se renseigner sur le lieu, les horaires, etc. Finalement, la disponibilité en pharmacie place les pharmaciens dans une position centrale parmi les professionnels de la santé. Cela leur donne un pouvoir important sur la vie des femmes et des jeunes femmes en particulier.

LA « PILULE DU LENDEMAIN » : UNE EXPRESSION QUI PERDURE ... ET POSE PROBLEME

Lorsque j'ai commencé à m'intéresser à la contraception d'urgence, je me suis rendue compte que l'expression « pilule du lendemain » ne convenait pas au produit. Par exemple, la posologie du Norlevo[®] est passée de 2 à 1 comprimé sans communication grand public. Des filles l'ayant déjà utilisé ont pensé qu'elles devaient l'acheter deux fois tandis que d'autres ont pensé que le deuxième comprimé était en prévision d'une autre utilisation. On voit là l'importance d'informer la population concernée.

Par ailleurs, le mot « pilule » brouille les informations entre pilule contraceptive et pilule abortive. Cela a des effets sur la représentation du produit et la possibilité de l'utiliser plusieurs fois selon les positions morales des utilisatrices. Avec le mot « lendemain », les plus jeunes et les plus précaires pensent qu'il faut absolument attendre le lendemain. La notion de lendemain induit une construction de pensée d'adultes comme quoi la sexualité se passe forcément la nuit dans un lit deux places ! Or on le sait, les jeunes se débrouillent pour avoir une marge de manœuvre la journée, de bénéficier de l'absence de leurs parents ou fratrie dans la journée et avoir du temps pour eux à une période de la vie où ils et elles habitent massivement au domicile familial.

REPRESENTATIONS DES JEUNES FEMMES SUR LES METHODES CONTRACEPTIVES

Je me suis également intéressée aux usages et aux recours des filles à la contraception d'urgence. Pourquoi les jeunes filles qui connaissent le produit n'y ont pas recours la deuxième fois et pourquoi celles qui connaissent la contraception d'urgence ne font pas la démarche de se la procurer.

Le facteur du prix est alors apparu : 7,00€ ce n'est pas énorme quand on a 30 ans, mais quand on en a 18, c'est cher. L'accessibilité est également déterminante. La démarche à faire auprès des professionnels a un coût important ; il n'est pas toujours facile d'exposer sa sexualité et de dire dans une pharmacie qu'on a eu un rapport sexuel au risque de se faire reconnaître dans des zones d'habitations parfois relativement petites.

Le contexte du rapport sexuel m'a également semblé pertinent. L'investissement dans la relation, le sentiment amoureux et la place du partenaire dans la construction d'un couple vont jouer un rôle. Le lieu où se déroule le rapport sexuel n'est pas sans conséquence sur les manières de négocier une contraception ou une protection. Avoir un rapport sexuel chez soi donne davantage de marge de manœuvre à la jeune femme. Chez son copain ou ailleurs, elle se sentira davantage contrainte à accepter un rapport sans protection.

Enfin, le degré de consentement au rapport sexuel est déterminant. En parlant avec des filles qui ont subi des violences sexuelles, je ne comprenais pas pourquoi les jeunes femmes qui avaient déjà pris la contraception d'urgence à un autre moment de leur vie ne le faisaient pas suite à un viol. En entretien, c'est compliqué à comprendre sans mettre les filles en difficulté. Lorsqu'une jeune femme m'a dit que de toute façon, un bébé naît dans l'amour, j'ai compris qu'il y avait un lien avec la manière de se projeter avec le partenaire. Une autre m'a dit qu'elle refusait que cet événement violent ait des conséquences sur sa vie. Or prendre la contraception d'urgence implique de transposer ce moment dans un autre temps, alors qu'elle ne voulait ni y penser, ni en parler.

À partir des entretiens, j'ai pu dresser une typologie des différents types de rapports sexuels, j'ai établi avec elles des critères de rapports potentiellement féconds et questionné pourquoi, à certains moments, elles utilisent la contraception d'urgence tandis qu'à d'autres non.

Les représentations de la méthode sont également déterminantes. En France, un livre récent affirme que plus de femmes meurent de la pilule que de violences conjugales!²³ Cela montre le contexte particulièrement offensif contre les méthodes hormonales dans lequel les professionnels de la santé ou de l'éducation doivent s'efforcer de déconstruire ces idées fausses. Les discours collectifs et médiatiques pèsent évidemment sur les représentations.

L'idée perdure que la contraception d'urgence est dix, voire cent fois, plus puissante qu'une pilule contraceptive. Au début, cette idée a aussi été véhiculée par des professionnels. Même si c'est moins le cas, cela reste présent dans les discours des jeunes.

La parentalité et la maternité étant extrêmement valorisées dans notre contexte social, tout ce qui implique un risque pour la fécondité est mal vu. Dans les représentations, les effets secondaires redoutés de la contraception d'urgence comprennent des règles abondantes et douloureuses, des vomissements et surtout, le risque d'une baisse de fertilité, voire un risque de stérilité. Cela justifierait de ne pas y avoir recours trop souvent. Ce sont des éléments que l'on retrouve encore fréquemment sur les sites en ligne consacrés à la santé.

²³ DEBUSQUAT S. J'arrête la pilule, Les liens qui libèrent, 2017.

Il est important de garder ces éléments en mémoire pour comprendre le discours à tenir face aux femmes. Même si je n'ai interrogé que des jeunes femmes, je pense que les représentations n'évoluent pas beaucoup avec l'âge.

RECOURS A LA CONTRACEPTION D'URGENCE ET FREINS A L'UTILISATION

Les représentations et les discours des adultes sur la méthode contraceptive d'urgence ont une forte influence. Les mères disent à leur fille que la contraception d'urgence doit rester exceptionnelle et utilisée en dernier recours.

Sans donner de proportion, j'ai rencontré des filles qui, n'ayant que des rapports ponctuels, préfèrent utiliser la contraception d'urgence spontanément et momentanément plutôt que d'avoir une contraception à long terme qu'elles risquent d'oublier. L'utilisation rationnelle qu'elles développent au regard du récit qu'elles construisent va entrer en conflit avec les représentations des adultes.

La représentation des utilisatrices par les pharmaciens ou les infirmières scolaires joue également un rôle. Certains considèrent que la loi leur a trop facilité l'accès à la contraception d'urgence et qu'elles ne prennent plus leur précaution. Au cours de la thèse, j'ai réalisé des tests en pharmacie avec quelques filles et j'ai constaté des propos humiliants et stigmatisants : « Je ne donne pas ce produit à des filles comme vous ! ».

Au-delà du coût financier, les démarches à effectuer pèsent sur le recours à cette contraception. Les filles développent des stratégies de contournement pour maintenir leur anonymat, notamment dans des pharmacies locales en milieu rural. Elles présentent leur démarche comme étant pour une amie, par exemple. Les reproches éventuels sont alors plus faciles à vivre.

Dans ma thèse, j'ai étudié la variété des usages de la contraception d'urgence allant de l'utilisation unique souvent liée à un défaut de contraception à des utilisations répétées ou des bricolages contraceptifs. Certaines jaugent la période où il faut la prendre tandis que celles qui voient rarement leurs petits copains la prennent à la sortie du week-end.

Certains garçons sont très fiers d'avoir été chercher la contraception d'urgence. Néanmoins, quand on réalise des entretiens de couple, d'abord avec la fille, puis avec le garçon, il y a d'importants écarts dans le récit : la conséquence d'un rapport sexuel relève toujours malgré tout de la responsabilité de la femme.

En prévoyant la gratuité pour les mineures de 15 à 18 ans, la loi française exclut de fait les garçons. Ils ne peuvent pas aller chercher gratuitement la contraception pour leur copine. Des garçons m'ont raconté que quand ils avaient essayé, le pharmacien avait demandé qu'ils viennent avec leur copine. Alors qu'ils avaient fait l'effort d'y aller, ça les a complètement

découragés ! Bien sûr, les professionnels gardent une marge de manœuvre quant à la délivrance aux garçons et quant à l'âge. La loi ne prévoit la contraception gratuite qu'à partir de 15 ans, mais dans les centres de planification familiale, elle est gratuite pour les mineures. L'âge circonscrit dans la loi est entouré d'une confusion : même si l'âge de la majorité sexuelle n'est pas fixé dans le droit, la sur-criminalisation des violences sexuelles sur les moins de 15 ans a entraîné la construction théorique d'une majorité sexuelle. Lorsque la loi sur la contraception a été votée, le fait d'en donner accès à toutes les mineures équivalait pour certains, à reconnaître la légitimité d'une sexualité chez les moins de 15 ans, inacceptables notamment pour les lobbies religieux.

DEBAT

Intervention de la salle : Si la contraception est gratuite pour les mineures de 15 à 18 ans, qu'en est-il pour celles qui ont moins de 15 ans ?

Yaëlle AMSELLEM-MAINGUY : La loi ne prévoit la contraception gratuite qu'à partir de 15 ans, mais dans les centres de planification familiale, elle est gratuite pour les mineures. Les professionnels gardent une marge de manœuvre quant à l'âge et quant à la délivrance aux garçons. L'âge circonscrit dans la loi est entouré d'une confusion : même si l'âge de la majorité sexuelle n'est pas fixé dans le droit, la sur-criminalisation des violences sexuelles sur les moins de 15 ans a entraîné la construction théorique d'une majorité sexuelle. Lorsque la loi sur la contraception a été votée, le fait d'en donner accès à toutes les mineures équivalait pour certains, à reconnaître la légitimité d'une sexualité chez les moins de 15 ans, inacceptables notamment pour les lobbies religieux.

Intervention de la salle : En tant que médecin en centre de planning familial, j'ai tendance à ne pas promouvoir la pilule du lendemain comme premier choix de contraception car elle est moins efficace. Est-ce que les jeunes filles le savent ? Ne faudrait-il pas le mentionner dans votre exposé ?

Yaëlle AMSELLEM-MAINGUY : Parmi les filles que j'ai rencontrées, aucune ne s'est vue prescrire la contraception d'urgence en première contraception. Globalement, la pilule hormonale est la première contraception prescrite. L'efficacité de la contraception d'urgence n'est pas remise en question par les plus jeunes. Alors que les sites institutionnels le précisent clairement, les filles n'ont pas toujours en tête que l'efficacité baisse de manière progressive quand le moment du rapport s'éloigne. Cette information n'est pas suffisamment diffusée.

Yannick MANIGART : Par rapport à l'utilisation courante d'une pilule classique, la contraception d'urgence est aussi efficace. L'indice de Pearl est en moyenne de 7, alors qu'en utilisation courante, avec les oublis, celui de la pilule est de 8 ou 9. Sans la promouvoir, la contraception d'urgence est

effectivement intéressante pour les jeunes qui ont des rapports ponctuels et espacés.

Yaëlle AMSELLEM-MAINGUY : Les adultes parlent beaucoup de la sexualité des jeunes, mais quand on interroge ceux-ci sur les occasions et le nombre de rapports sexuels, il s'avère que leur sexualité est loin de notre idée d'une sexualité effrénée et permanente. Ils ont peu (et peu d'occasion) de rapports sexuels, mais ils en parlent beaucoup. C'est d'ailleurs pareil, avec les films pornographiques. C'est important de prendre conscience du regard d'adultes qu'on porte sur leurs pratiques.

Intervention de la salle : Je suis pharmacienne. En Belgique, la contraception d'urgence n'est pas immédiatement gratuite. La femme doit avancer les frais et se faire rembourser avec un reçu. C'est un énorme frein qui s'ajoute au coût de protection comme les préservatifs. En plus, il faut une prescription.

Yaëlle AMSELLEM-MAINGUY : En France, la pharmacie se fait rembourser. La gratuité immédiate et non conditionnée en pharmacie pour les mineures est une des avancées de l'accès à la contraception d'urgence.

Yannick MANIGART : Même prescrite, le coût de l'EllaOne[®], 15,00€, reste élevé en Belgique et le remboursement n'est octroyé qu'à la jeune fille.

Dans la conclusion de votre thèse, le recours à la contraception d'urgence est plus fréquent quand la relation est stable. C'est étonnant. Comment l'expliquez-vous ?

Yaëlle AMSELLEM-MAINGUY : En France, les campagnes d'information sur les IST et le VIH ont été dissociées des campagnes sur les contraceptions, induisant l'idée qu'un rapport sexuel ne doit pas être mêlé à deux risques. Les jeunes, et sans doute les adultes aussi, ont associé un risque à un rapport sexuel. Dans un couple avec une relation affective forte, on construit un risque de grossesse. Avec un partenaire qu'on ne connaît pas très bien, on construit un risque d'IST ou de VIH.

Il y a peu d'utilisation de la contraception d'urgence simultanément à un test IST ou VIH. Dans les cas de viol, l'utilisation d'une multi-thérapie d'urgence est rare. La corrélation entre les deux risques se fait difficilement dans les campagnes. Et puis, ça fait beaucoup à gérer après avoir eu un rapport sexuel !

Les situations d'urgence, des moments de détection et de dépistage ?

Emmanuelle PIET

Centre de planification familiale de Seine-Saint-Denis
Collectif féministe contre le viol (France)

INTRODUCTION

J'ai commencé la planification familiale en 1975, lorsque l'avortement a été autorisé. J'avais fait des études de médecine uniquement pour la contraception et l'avortement. Nous étions contentes de ne plus être obligées de bidouiller des produits hyper-dosés. Très vite pourtant, même si cela paraît bizarre, les femmes se sont plaintes de douleurs, au cœur et au ventre...

Deux courants se sont alors dessinés : les laborantins ont créé des pilules de toutes sortes, de deuxième, troisième, puis cinquième génération. Nous, on s'est dit qu'il y avait sans doute autre chose, que c'était difficile pour les femmes de dire qu'elles ne voulaient pas de rapport sexuel, même si avec la pilule, elles ne risquaient pas de tomber enceintes. C'était plus facile de dire qu'elles étaient malades ! J'ai alors commencé à penser autrement ces effets secondaires. À l'époque, c'était la mode des mèches dans les cheveux. Je m'étais fait trois mèches rouges et dans ma consultation, trois femmes sur trente m'ont dit : « Vous aussi docteur, il vous bat, votre mari ? » J'ai compris qu'en disant aux femmes qu'on savait quelque chose, qu'on était comme elles, elles se mettaient à parler.

En 1976, j'ai introduit le dépistage systématique des violences dans ma pratique. Lorsque j'ai été chargée de coordonner les 122 centres de planification du département de Seine-Saint-Denis, j'ai voulu qu'on s'interroge sur les violences à tous les moments de rencontre avec les femmes. Ça fonctionne : quand on pose des questions, elles répondent. À partir de là, on a mis en place des dispositifs pour les aider. On a appris qu'il était possible, et même facile, de les aider.

CONCERNANT LA CONTRACEPTION D'URGENCE

En 1976, on distribuait du Distilbène comme contraception d'urgence. Ça marchait. Puis, d'autres molécules et produits spéciaux sont arrivés. En 1984, quand j'ai été en charge des centres de planification, ma première préoccupation était qu'une femme qui demande une contraception après un rapport sexuel puisse être dépannée. Dès 1986, tout le personnel des centres de planification a été formé à répondre à cette demande, qu'un médecin soit présent ou non. Jusqu'en 2001, seuls les docteurs étaient autorisés à délivrer cette contraception, mais en jouant sur le travail

d'équipe et la délégation, il était possible de rattraper les dossiers a posteriori.

Deux mémoires et une thèse plus tard, des tests ont été réalisés pour savoir si la contraception était vraiment délivrée dans les centres. Les résultats ont montré jusqu'à 99% de réponses positives. Le plus important pour moi, c'est que les femmes trouvent une réponse. Après, on prend le temps d'expliquer que ce n'est pas dangereux.

Dans les centres de planification, il y a l'idée qu'une fois, ça va ; deux fois, faut voir ; mais trois fois, la femme exagère ! Une étude réalisée avec tous types de professionnels a montré qu'à la troisième demande, ils ne comprennent pas. Effectivement, quand on prend une contraception d'urgence régulièrement, autant prendre une pilule classique. Mais je ne vois pas en quoi cela dérange le professionnel, ça ne lui coûte rien et ça ne le concerne pas.

Il a été très difficile de faire passer le message aux professionnels qu'il valait mieux prendre quatre contraceptions d'urgence en un mois que mal prendre sa pilule, ou de ne pas prendre de pilule du tout. La fille qui voit son copain une fois par mois n'a pas de raison de prendre une pilule tous les jours. Ce sont des choses qu'il faut expliquer aux professionnels.

En 2001, Ségolène Royal a autorisé les infirmières scolaires à donner la pilule d'urgence. En Seine-Saint-Denis, il y a 1,6 millions d'habitants, 200 collèges, 150 lycées et plus d'infirmières scolaires qu'ailleurs, car elles avaient lutté pour être plus nombreuses. Pour la donner, il fallait que le lycée ou le collège l'ai achetée. Les infirmières devaient donc négocier avec le chef d'établissement. Nous avons décidé de les acheter pour elles et proposé qu'elles viennent les chercher chez nous. En échange, nous leur avons demandé de remplir un questionnaire à chaque délivrance.

La nature du rapport figurait parmi les questions. Le rapport était-il consenti ou contraint ? En moyenne, chaque année, les résultats ont révélé 3 % de viols. En plus de leur donner la pilule d'urgence, nous avons donc pu aider 3 % des jeunes filles à penser ce qu'il s'était passé. La représentation du rapport est très compliquée. Les jeunes femmes disent souvent qu'elles ne voulaient pas du rapport sexuel sans pour autant reconnaître que c'est un viol. Ce n'est pas facile de comprendre ce qu'on a vécu. Après tout, c'est ce qu'elles pensent qui est important. On peut parler avec elles mais le chemin, il n'est pas possible de le faire à leur place.

Sur l'ensemble du département, même en facilitant au maximum l'accès à la contraception d'urgence, les pharmacies sont les plus efficaces. Avec 1,6 millions d'habitants, elles donnent chaque année 6 500 pilules du lendemain aux 15-18 ans. Les centres de planification en donnent entre 1 500 et 2 000, sans distinction d'âge. Un texte de loi concerne les mineures désirant garder le secret tandis qu'un autre comprend les personnes ne bénéficiant d'aucune couverture maladie, comme une jeune de 22 ans dont les parents scrutent le courrier de la sécu ou la dame de 40 ans qui a un

mari regardant. Les infirmières scolaires donnent 350 contraceptions d'urgence par an. Elles passent dans les classes en début d'année pour informer de leur présence et de leur capacité à dépanner, mais au collège, les jeunes n'ont probablement pas encore beaucoup de rapports et surtout, ce n'est sans doute pas le meilleur lieu.

Dans l'imaginaire collectif, les jeunes ont énormément de rapports sexuels, mais c'est faux. La valeur médiane du premier rapport sexuel n'a pratiquement pas bougé depuis 40 ans. Ils couchent au même âge que leurs grands-mères !

L'autre idée répandue, c'est que plus ils couchent jeunes, moins ils vont bien et plus ils nous prennent la tête. En France, chez les adolescentes, peu de grossesses débouchent sur la naissance d'un enfant. Entre 1975 et 2016, le nombre de femmes qui accouchent avant 18 ans est passé de 2,5% à 0,4%. Cette baisse est liée à la contraception et au développement des centres de planning familial. Le chiffre stagne depuis une dizaine d'années.

Les filles qui accouchent avant 18 ans vivent rarement des histoires d'amour simples. La grossesse volontaire prend souvent sa source dans le désir d'aimer quelqu'un alors qu'elles ne l'ont jamais été.

Le dépistage systématique est important à tout moment, donc aussi lors des avortements. En Seine-Saint-Denis, lorsqu'on a interrogé les femmes qui demandaient un avortement, 23 % d'entre elles étaient enceintes ou demandaient l'avortement à cause de violences. Nous avons recensé 6 viols, 14 violences conjugales et 3 violences familiales.

En 2009, j'ai renouvelé l'enquête en analysant les IVG itératives et en interrogeant les femmes à partir de la deuxième IVG. Je pensais que la répétition pouvait être signe de violence, mais la proportion était la même : pour 23 % des femmes en demande d'IVG, des violences étaient à l'origine de la grossesse ou de l'IVG. Cela représente quand même presque un quart des femmes ! La grossesse ou le risque de grossesse est un moment où l'interrogation systématique est vraiment payante. Lorsqu'on les interroge, on peut les aider !

Nous avons mené une étude avec les pharmaciens au moment où nous voulions lancer une campagne sur les préservatifs féminins. Nous voulions installer un présentoir sur les comptoirs des pharmacies du département et mettre en vente trois préservatifs à 0,15 euros. Pour qu'ils acceptent de les vendre, j'ai téléphoné à tous les pharmaciens du département. J'ai découvert des professionnels qui avaient envie de bien faire mais qui n'étaient pas informés. Ils avaient plein de questions sur la contraception d'urgence et ne connaissaient pas du tout les centres de planification. Cela montre à quel point nous ignorons ce que fait le voisin.

J'ai envoyé les centres de planification rencontrer les pharmacies de leur entourage pour les informer de notre travail et de la gratuité de nos prestations afin qu'ils nous envoient les jeunes qui auraient des problèmes.

Sur 400 appels passés, j'ai rencontré un seul réfractaire, les autres étaient de bonne volonté. Un des problèmes, c'est que le personnel change souvent dans les pharmacies et qu'il faut le former. Mais nous pouvons – et nous devons – travailler ensemble. Cela relève de notre responsabilité.

DEBAT

Intervention de la salle : Je travaille dans un centre de planning familial. Selon moi, l'interruption de grossesse et la contraception d'urgence font partie des droits des femmes. C'est intéressant de penser ces moments comme des occasions de dépistage mais un droit, c'est inconditionnel. Je ne sais pas comment faire coexister cette occasion avec le respect de leurs droits fondamentaux. Elles ont le droit de dire qu'elles veulent une pilule ou un avortement et qu'elles n'ont pas envie de répondre aux questions.

Emmanuelle PIET : Je suis d'accord, mais pas complètement. Plus de 53 000 femmes ont appelé au moins une fois le numéro vert *Viols Femmes Informations* pour raconter un viol. Nous avons retiré une réelle expertise de cette expérience. La première chose que nous avons appris, c'est qu'un violeur a toujours la même stratégie : il choisit sa victime, l'isole, inverse la culpabilité et lui impose le silence en la menaçant. La victime est maintenue sous le sceau du secret. Si on ne lui pose pas de question, elle ne dira jamais rien. Certaines analyses peuvent durer plus de neuf ans parce que certaines questions n'ont pas été posées - et malgré le fait que la patiente a été bien éduquée à répondre aux questions. Ce conflit justifie de poser des questions, sans forcément être intrusif. La patiente a parfaitement le droit de ne pas répondre.

Avant je demandais : « Êtes-vous victime de violence ? » Cela ne marche pas très bien. Maintenant, je pose des questions : « Il est gentil votre mari ? Les rapports sexuels se passent bien ? » Quand la patiente souffle ou indique que quelque chose ne va pas, je continue à poser des questions. Et puis, si nous ne posons pas de questions, qui le fera ?

En tant que médecin, je fais des certificats de contre-indication aux rapports sexuels. Je certifie que l'état de santé contre-indique tout rapport sexuel. La première fois, c'était dans les années 70, pour une femme qui souffrait d'une épisiotomie et d'une infection. Lorsque je lui ai dit qu'elle ne devait pas avoir de rapport sexuel, elle m'a répondu : « Si vous croyez que c'est moi qui décide ! » Je lui ai dit que je déciderais et j'ai fait un certificat de contre-indication à tout rapport sexuel pour 15 jours. Elle m'a demandé de le prolonger.

Nous avons toujours l'idée qu'un rapport sexuel, c'est agréable. Quand une femme enceinte demande si elle peut avoir des rapports sexuels, nous répondons souvent par l'affirmative, bien sûr, ce n'est pas une maladie ! Mais quand on lui demande si elle en a envie, cela change tout. Nous devons travailler sur ce type d'a priori.

Le premier droit des usagères, c'est de recevoir une parole vraie. Certaines femmes m'ont dit que la première fois que je leur avais posé la question, elle ne m'avait pas répondu mais qu'en me connaissant mieux, elle pouvait me parler. Si une femme ne veut pas répondre, c'est son droit, mais elle aura au moins intégré que la question nous intéresse. Quand des femmes me demandent pourquoi je leur pose la question, je leur réponds simplement : parce que je peux vous aider.

Intervention de la salle : C'est important d'être accueillant. Parfois les femmes ne disent rien puis, tout à coup, elles parlent pendant une heure parce qu'elles ont senti qu'elles pouvaient vider leur sac. C'est leur droit de ne rien dire ...

Emmanuelle PIET : ... mais c'est notre devoir de demander ! Par contre, je ne crois pas que cela soit possible à l'accueil. Peut-être en psychanalyse, et encore. Il faut être compétitif avec la consigne donnée à la victime de garder le silence et utiliser d'autres armes que l'agresseur.

Yannick MANIGART : Il est délicat de savoir où commence l'intrusion dans la vie privée. Le dépistage des MST suppose également de poser des questions très intimes. Nous devons apprendre à poser plus de questions. Si nous ne le faisons pas, personne ne le fera.

Emmanuelle PIET : Quand un médecin prend en compte les violences, cela change la prise en charge. Un de mes collègues, médecin généraliste dans un centre de santé, a interrogé 100 patientes, dont certaines qu'il connaissait depuis 20 ans : 60 avaient subi des violences psychologiques, 40 des violences physiques et 20 des violences sexuelles. Il pensait les connaître mais cela lui a fait voir autrement les plaintes et douleurs qu'elles avaient rapportées pendant toutes ces années. L'étude a été reconduite hors de Seine Saint-Denis avec le même résultat. Dans le questionnaire, on demandait aux femmes si la question les avait dérangées : elles étaient toutes très contentes, elles n'attendaient que ça. L'étude a été reconduite également dans des missions locales qui font de l'insertion professionnelle. Parmi les femmes qui touchent le revenu de solidarité active (RSA) 60 % subissaient des violences. Ça a complètement changé le regard des travailleurs sociaux.

Intervention de la salle : Parfois, on ne pose pas de question car on a peur de la réponse. Tant qu'on ne sait pas quoi faire, on reste avec ce malaise.

Emmanuelle PIET : On pense souvent que travailler avec les histoires de violence, c'est très long et très dur. Pourtant, à la ligne téléphonique, une discussion ne peut durer plus d'un quart d'heure sans faire du mal à la femme. Ce n'est pas une question de temps.

On pense aussi souvent qu'on a pas de solution, mais dire à une personne victime de violence : il n'a pas le droit de vous faire ça, vous n'y êtes pour

rien et je peux vous aider, ce n'est pas très compliqué, mais pour la victime, cela suffit parfois à tout changer.

Un jour une femme est arrivée à ma consultation et m'a embrassée comme si j'étais sa meilleure copine. Comme je ne la reconnaissais pas, j'ai regardé dans son dossier. Je l'avais vue deux fois, il y a dix ans. La première fois, j'avais écrit : « Minidril® » et la deuxième, « Minidril® + mec chiant ». Elle s'est mise en route toute seule, mais de son point de vue, je lui ai sauvé la vie.

Il ne s'agit pas de tout faire tout seul. Je travaille avec une psychomotricienne, des kinés, des assistantes sociales, des associations de femmes. On peut les aider, mais on ne peut pas tout faire tout seul.

Intervention de la salle : Vous semblez faire du dépistage avec naturel et spontanéité mais comment s'assurer que chacun a les outils pour se sentir à l'aise ? Comment font ceux qui répondent aux 53 000 appels du numéro vert ?

Emmanuelle PIET : Ils ont une grille. Lorsqu'on a proposé à la mission locale de faire du dépistage systématique, la grille a été construite avec les conseillers d'insertion pour connaître les questions qu'ils se sentaient de poser. Le public de la mission locale est mixte. À la question : est-ce que vous avez déjà subi des violences ? Presque tous les garçons répondaient non, mais quand on décrivait : fessée, claque, tabassage, ils répondaient tous positivement. Pour eux, ce n'était pas de la violence.

Les conseillers craignaient de ne pas savoir quoi faire en cas de réponses positives. J'avais prévu qu'une conseillère conjugale serait présente la semaine où ils poseraient les questions, mais finalement les conseillers ne lui ont envoyé personne. Le fait d'être confortés par la possibilité d'être aidés leur avait suffi.

Après, on a exploité les données et on leur a présenté les résultats. Les données récoltées ont montré que les gens en grande difficulté d'insertion ont été davantage victimes de violence. Ils ne pensaient pas que des femmes pouvaient être séquestrées. À leur demande, ils ont poursuivi l'étude. Ils avaient besoin d'un alibi pour poser les questions. L'enjeu, c'est de se retrouver avec son questionnement et d'être à l'aise avec les mots.

Intervention de la salle : Pensez-vous que la formation est essentielle ou que chacun peut trouver sa manière de susciter les questions de la bonne façon ?

Emmanuelle PIET : Je pense que vous êtes compétents. Mes trois phrases-clés sont une bonne base : « Vous n'y êtes pour rien, il n'avait pas le droit, je peux vous aider ». Après, chacun a son style.

Intervention de la salle : Pendant la grossesse, le dépistage systématique des violences intrafamiliales est recommandé. Une étude réalisée à l'hôpital Saint-Pierre montre des chiffres effrayants. Je conseille à mes collègues de

demander simplement : « Comment ça se passe à la maison ? » ou « Comment ça va avec Monsieur ? ». En tant que gynécologue ou médecin généraliste, nous entrons dans la sphère intime des gens. Ces questions permettent à la patiente d'identifier notre intérêt pour ces problématiques et parfois, cela leur permet de revenir vers nous. Des formations sont organisées par l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes.

Yannick MANIGART : Il faut parfois savoir se débarrasser du compagnon en consultation. Certains empêchent de poser des questions.

Emmanuelle PIET : C'est une faute professionnelle grave d'accueillir le couple au moment de la grossesse. Le secret médical n'est pas partagé avec le mari. Les deux premières consultations doivent se dérouler sans le père pour donner à la femme ses résultats d'examens. Une fois qu'ils sont rentrés, c'est plus difficile de les faire sortir. C'est mieux que personne n'entre. Le père peut venir voir le bébé à l'échographie à la prochaine consultation, mais pas au début. Certaines questions, notamment le nombre d'avortements, vont être posées. Si l'homme n'est pas au courant, la femme ne peut pas tout dire. C'est pareil pour les enfants : ils comprennent tout et ils n'ont pas à assister à la consultation gynécologique de leur mère !

La pilule du lendemain : actualité politique et juridique

Fabienne WINCKEL

Députée PS et échevine de la ville de Soignies

Laura GOFFART

Secrétaire régionale Ecolo et co-présidente d'Ecolo J

Alain CHASPIERRE

Vice-président de l'Association Pharmaceutique Belge (APB)

Gaëtan DE LAEVER

Directeur de la Fédération Laïque de Centres de Planning Familial (FLCPF)

Julie PAPAZOGLU

Juriste, chargée de missions au Centre d'Action Laïque (CAL)

Modérateur : **Yannick MANIGART**

Yannick MANIGART : *Même si environ 30 000 pilules contraceptives et 5 000 pilules du lendemain sont distribuées chaque année dans les centres de planning, cette distribution est en contradiction avec le prescrit de l'arrêté royal de 1967, selon lequel nul ne peut exercer l'art pharmaceutique sans être porteur du diplôme légal de pharmacien.*

Malgré les mesures prises par les pouvoirs régionaux pour financer l'achat des pilules, leur distribution, gratuite ou non, reste illégale en dehors des pharmacies. Des propositions de loi ont suggéré d'ajouter une exception à cet article pour autoriser la distribution par les centres de planning familial sous certaines conditions, mais elles ont été refusées par la ministre De Block. Alors que la loi sur l'art pharmaceutique est fédérale, la ministre a renvoyé aux compétences régionales.

Madame Winckel, pourquoi cette polémique a-t-elle surgi maintenant alors que les centres de planning distribuent la contraception depuis des dizaines d'années ?

Fabienne WINCKEL : Fin 2015, la Région a découvert que la distribution de pilules contraceptives et du lendemain par les centres de planning était illégale. Deux groupes politiques, Ecolo et le PS, ont immédiatement déposé des propositions de loi. Avec ma collègue Muriel Gerken, nous avons mené ce combat ensemble au parlement fédéral.

Dans la législation, les médecins peuvent prescrire et les pharmaciens peuvent délivrer. Nous avons proposé de modifier l'arrêté royal pour reconnaître aux centres la capacité de délivrer la pilule du lendemain faiblement dosée à prendre dans les 72 heures après un rapport. Nous

trouvions normal que la loi s'adapte à la pratique. Il est par ailleurs absurde que la pilule du lendemain soit disponible sans prescription sur internet.

Nous trouvions logique que les centres de planning, qui proposent un accompagnement et développent des actions d'éducation à la sexualité et à la vie affective, puissent également la délivrer et nous n'avons pas compris que la ministre ne nous suive pas.

La réalité est complètement différente en Wallonie et en Flandre. En Flandre, à la suite de restructurations, il n'y a plus de centre de planning familial. Nous avons clairement signifié que nous ne voulions pas de cette restructuration. Nous voulons que les centres de planning familial continuent de rendre ce service important à la population et travaillent à la diminution des grossesses non désirées auprès des jeunes filles.

La ministre De Block n'a pas été à l'écoute de ce qu'il se passe en Wallonie. Je déplore qu'aucun représentant du MR ne soit présent aujourd'hui. En tout état de cause, le MR n'a pas suffisamment relayé la réalité francophone au niveau fédéral. En commission, lors des débats, des propos d'un autre temps ont été tenus. Il reste beaucoup de travail à faire pour rapprocher les élus de la réalité de terrain.

Yannick MANIGART : *Il y a eu un vote à la Chambre et une majorité s'est prononcée contre le projet ?*

Fabienne WINCKEL : Les textes ont été déposés début 2016 et des auditions ont été organisées, mais la ministre n'est jamais venue en commission pour en discuter. Des représentants de son cabinet étaient présents mais son absence a compliqué toute avancée de la réflexion. À un moment, avec Muriel Gerken, nous avons proposé de soumettre les textes au vote. Le texte a été soutenu par l'opposition et rejeté par la majorité. C'est grâce au militantisme du secteur que la pilule du lendemain est encore distribuée dans les centres. Je vous en remercie.

Yannick MANIGART : *Quelle était la proposition d'Ecolo ?*

Laura GOFFART : Ecolo voulait instaurer un « pass contraception » à l'image de ce qui se fait en France. Ce « pass » permettrait aux jeunes filles d'avoir deux tickets : l'un pour rencontrer un médecin en planning familial, l'autre pour faire une prise de sang. Les garçons recevraient également deux tickets : l'un pour des informations et l'autre, pour une prise de sang. Cela permettrait de toucher des jeunes de différents milieux.

Nous proposons de distribuer le « pass » dans les écoles. On parle beaucoup des jeunes, mais il ne faut pas oublier que les illégaux et les

personnes précarisées ont également besoin de l'aide des centres de planning familial. La libéralisation de la santé pose problème. En Flandre, il n'y a plus de centres de planning familial et il ne reste que cinq centres qui pratiquent des interruptions de grossesse.

Yannick MANIGART : *Quelle est la position de l'association pharmaceutique belge ?*

Alain CHASPIERRE : Nous avons été convoqués à la Région wallonne en 2014 pour aborder le problème de l'illégalité avérée de la distribution par les centres de planning familial mais aussi le gaspillage de stocks de pilules par ces centres qui posait un problème d'utilisation de l'argent public. Nous nous sommes mis autour de la table.

Nous assistons à l'ultra-libéralisation de la santé. Les pharmaciens sont concernés car de nombreux produits ne sont plus de leur ressort en termes de dispensation. L'énorme pression qui pèse sur le secteur ne facilite pas la sérénité des débats.

La traçabilité des produits et des médicaments va devenir de plus en plus aigüe. À partir de 2019, la directive européenne *Falsified medicine directive* (FMD) sera d'application. Elle permettra d'identifier tout médicament pour lutter contre la falsification. Des lots de médicaments falsifiés, notamment contre l'hépatite C, ont été découverts en Allemagne. La traçabilité est très importante. Même si les pharmacies ont encore une image de marque un peu galvaudée, les choses évoluent.

Depuis 2009, un guide de bonnes pratiques officinales est d'application et les pharmaciens sont soumis à des normes qualitatives dans la distribution et la conservation des produits. Le fait de délivrer tel produit dans tel secteur génère des frustrations car les pharmaciens estiment que ce qu'on leur impose n'est pas assumé par les autres distributeurs.

Les officines ont un atout : l'accessibilité. En Belgique, il y a 4 937 pharmacies. Chaque jour, 500 000 personnes entrent dans une pharmacie et 86% des gens sont fidèles à un seul et unique pharmacien. Cela veut dire que les pharmaciens ont un très bon niveau de connaissance de la population. Ce genre de débat devrait être plus constructif et utiliser les atouts de chaque secteur.

Au niveau de la Région wallonne, il y avait le problème de la gratuité. Vous savez qu'en dessous de 21 ans, avec une ordonnance, les patientes ont gratuitement accès au LNG à 1,5 mg. Depuis peu, sans prescription, les pharmaciens peuvent remettre un document qui permet le remboursement. Je vous l'accorde, ces parcours administratifs constituent des freins.

Pour résoudre le problème de la gestion des stocks par les centres et permettre une bonne dispensation sans gaspillage, nous avons proposé que des tickets soient remis par les centres de plannings pour aller chercher la contraception d'urgence dans la pharmacie la plus proche.

Les pharmacies sont disséminées sur le territoire national et accessibles 24 heures sur 24. Les statistiques ont montré que la contraception d'urgence était en majorité dispensée la nuit ou pendant les heures de garde. Lorsque les centres sont fermés, les pharmaciens sont là pour assurer le service.

Nos secteurs se méconnaissent. Nous avons également proposé que, lorsque le pharmacien dispense ce type de produit à une personne visiblement en difficulté, il informe la personne sur le centre de planning familial le plus proche pour l'inciter à s'y rendre. Nombreux sont ceux qui ignorent même l'existence des centres de planning.

Nous avons proposé une politique collaborative avec une gestion la plus efficiente possible des moyens publics. La notion de soins pharmaceutiques est primordiale. L'échange des données de santé, moyennant le respect des données privées et de l'éthique, permet d'améliorer la qualité de la prise en charge et des soins. La notion de « pharmacien de référence » qui sera lancée le 1^{er} octobre va dans ce sens.

Le LNG et l'UPA sont deux molécules pour lesquelles de nombreuses interactions médicamenteuses doivent être analysées. Les inducteurs enzymatiques 3A4 réduisent à néant les effets du LNG.

Plusieurs débats doivent être menés. C'est la proposition que nous avons fait à la Région wallonne, pour assurer un encadrement cohérent et être le plus constructif possible, dans l'intérêt des deux parties et tout en respectant un canal de distribution.

Gaëtan DE LAEVER : Il y a une méconnaissance manifeste des uns envers les autres. Pour préparer ce débat, j'ai téléphoné à mon pharmacien et j'ai constaté qu'il manquait d'informations pour répondre à mes questions. La méconnaissance se situe aussi du côté des centres de planning. Ce genre de colloque est indispensable pour mettre à jour les connaissances.

La rapidité de prise étant un facteur déterminant de l'efficacité de la pilule du lendemain, la multiplication des canaux de diffusion doit permettre de faciliter l'accès à ce type de contraception.

Pour les centres, les pharmacies doivent évidemment continuer à délivrer la contraception d'urgence et, si possible, orienter le public vers les centres de planning familial pour une contraception à plus long terme. Mais ceux, jeunes ou moins jeunes, qui en font la demande en centre de planning doivent pouvoir l'y trouver. Les centres de planning familial permettent d'assurer un accueil de proximité qui garantit une discrétion. Même si les

pharmacies commencent à aménager des locaux plus discrets, ils ne sont pas toujours facilement accessibles et cela reste compliqué de demander un peu de discrétion dans une pharmacie.

Les centres de planning familial offrent un accueil de qualité par des personnes formées aux matières psycho-médico-sociales. Ce contact est très important. Quand j'étais plus jeune, je n'osais pas aller à la pharmacie de mon village parce que j'avais peur de tomber sur mon voisin. Aujourd'hui, on peut acheter les préservatifs au supermarché mais je pense que la situation n'a pas évolué, voire a régressé.

La confidentialité offerte par les centres de planning familial est essentielle mais risque d'être remise en cause par le plan eSanté. La traçabilité ne facilitera pas la confiance que les jeunes peuvent accorder aux travailleurs de centres de planning familial.

Ces éléments poussent la FLCPF à continuer à travailler pour une plus grande accessibilité et le bon sens veut que les centres de planning puissent continuer à distribuer des produits vendus en pharmacie sans prescription. La FLCPF est sans doute le plus grand consommateur en Belgique de pilules du lendemain puisque nous avons mis en place une centrale d'achat qui permet de réduire les coûts pour les centres de planning familial.

Yannick MANIGART : *M. Chaspierre, j'entends vos arguments ; vous êtes tenus de respecter des normes que les centres de planning ont probablement plus de difficulté à respecter. Mais en tant que médecin, il me semble que l'écoute et la sensibilisation sont essentielles. Délivrer la contraception d'urgence nécessite des connaissances spécifiques que même certains médecins ne possèdent pas. De plus, pour éviter les jugements dont les sociologues sont venus témoigner, la sensibilisation est primordiale. Je doute que les pharmaciens aient toujours le temps de prodiguer une écoute de qualité et soient sensibilisés à ce genre de situation délicate.*

Alain CHASPIERRE : Pour faciliter l'accès aux pilules du lendemain, on pourrait imaginer de les vendre en grandes surfaces. Quand on entend ouvrir des portes pour faciliter l'accès, il faut réfléchir aux portes qu'on ouvre. La rapidité d'action étant importante, il est utile que les pharmacies soient accessibles quand les centres de planning sont fermés.

Concernant la sensibilisation, le pharmacien a une obligation de formation continue ; il a une accréditation pour les soins pharmaceutiques et les médicaments. J'ai encore rencontré récemment quelqu'un qui avait fait le tour des unions professionnelles de pharmaciens pour donner des formations sur la dispensation de la pilule du lendemain. Dans tous les secteurs, on peut pointer des problèmes. Certaines pharmacies sont des centres commerciaux tandis que d'autres sont de véritables acteurs de soins.

Il me semble que ce genre de débat mérite de ne pas s'attarder sur des cas particuliers mais de prendre un peu de hauteur pour trouver la meilleure solution et le débat ne me semble pas encore suffisamment mûr.

À l'avenir, la notion de traçabilité des produits sera capitale. Nous sommes inondés par les produits disponibles sur internet. Je suis fermement opposé à la vente de produits de santé sur internet. Actuellement, seules les extensions de pharmacies physiques sur internet sont légales. Il est néanmoins très compliqué pour le citoyen de distinguer un site légal d'un faux. Il ne connaît pas toujours l'existence de labels. Je trouve que la vente d'autotests en dehors des officines est inadmissible. J'entends que les centres de planning rencontrent des problèmes de financement, mais il me semble qu'il vaudrait mieux trouver des solutions de collaboration rapprochée plutôt que de plaider pour l'ouverture de canaux de distribution non encadrés où la traçabilité risque à termes de poser problème.

Pour répondre à la directive FMD²⁴, les officines vont devoir s'équiper à leur frais d'un système comportant un lecteur de code barre spécifique et une connexion pour identifier les produits et lutter contre la dispensation de médicaments falsifiés, ce qui suppose des frais supplémentaires. Pour éviter de prendre des décisions qui s'avèreront obsolètes en 2019, un débat global est nécessaire.

Je ne suis pas insensible aux problèmes sociaux, mais il me semble que des collaborations entre centres de planning familial et pharmacies permettraient d'assurer la traçabilité et le contrôle pharmaceutique et de garantir l'accès à la contraception d'urgence en dehors des heures d'ouverture des centres de planning.

Julie PAPAZOGLU : En tant que juriste, je suis venue évoquer les potentiels problèmes de responsabilité civile et pénale qui pourraient toucher ceux qui dispensent la pilule du lendemain aux femmes qui en ont besoin.

Je ne comprends pas la raison pour laquelle M. Chaspierre indique que le débat n'est pas mûr. La pilule du lendemain est délivrée en centre de planning depuis des décennies, sans aucun risque de séquelle physique ou psychique. Si c'était une nouveauté en phase de test, je pourrais comprendre les questionnements des pharmaciens ou des médecins. Pourquoi vouloir changer la donne ? Laisser les centres de planning donner la pilule du lendemain ne vous retire en rien votre possibilité de la délivrer dans les pharmacies, ni n'empiète sur le monopole de délivrance des

²⁴ Directive médicaments falsifiés 2011/62/UE.

https://www.afmmps.be/fr/humain/medicaments/medicaments/procedures_damm/directive_medicaments_falsifies_201162ue

médicaments, mais cela permet aux centres de continuer à faire ce qu'ils font depuis de nombreuses années.

Alain CHASPIERRE : Comme chaque fois que nous défendons la dispensation d'un produit en pharmacie face à l'ultra libéralisation actuelle. Chaque jour, nous devons justifier pourquoi certains produits ne doivent pas sortir de l'officine.

Les soins de santé font l'objet d'une nouvelle approche basée sur l'efficacité. À terme, le budget de la sécurité sociale est menacé. Chaque acteur de santé doit se positionner de la manière la plus efficace possible. La distribution telle qu'elle a été orchestrée par le passé n'était pas optimale. Il faut aller vers une dispensation des médicaments accompagnée de normes qualitatives garantissant la traçabilité. Il faut réfléchir au débat du futur.

Fabienne WINCKEL : Au parlement, le débat a donné lieu depuis longtemps à des échanges avec le secteur pharmaceutique et médical. Certains défendent des positions philosophiques et idéologiques tandis que d'autres défendent un secteur. S'il faut effectivement considérer ce débat de manière globale en incluant une réflexion sur les soins de santé, il faut également répondre au problème du terrain.

Il ne s'agit pas de retirer aux pharmacies le pouvoir de délivrer des médicaments, mais de permettre la délivrance d'un médicament particulier, faiblement dosé et dont l'utilisation n'a pas posé de problèmes juridiques, ni suscité des plaintes en raison de problèmes de santé. Il ne s'agit pas d'ouvrir une porte hasardeuse, mais de permettre à un acteur qui fournit un travail de qualité de donner un médicament dans une situation d'urgence. Je vous remercie d'être venu défendre votre point de vue.

Les centres apportent une confidentialité et un accompagnement essentiels. Dès le moment où des sites internet délivrent légalement la pilule du lendemain sans aucun contact avec un pharmacien, ni prescription par un médecin, il est absurde d'interdire aux centres de le faire. Lorsqu'on fait remarquer l'absurdité de la situation à la ministre de la Santé, elle ne répond pas car elle refuse de réglementer la vente de médicaments en ligne.

Alain CHASPIERRE : Nous avons eu ce débat avec les infirmières des plateformes de soins palliatifs qui étaient confrontées à l'indisponibilité de produits. Nous nous sommes assis autour de la table et nous avons soumis au politique une proposition qui respectait toutes les parties et où les pharmaciens continuent à jouer un rôle prépondérant dans la constitution des kits de soins palliatifs. Nous sommes parvenus à une solution.

Lors des débats à la Chambre, les discussions avec les pharmaciens ont été très pauvres. Nous sommes mis devant le fait accompli. En tant que représentant professionnel, je reconnais que les pharmaciens sont crispés. Le fait que les centres de planning affirment leur volonté de continuer, même de manière illégale, renforce une logique de confrontation qui ne favorise pas le dialogue. Pour trouver des solutions qui agréent les deux parties, il faut changer d'état d'esprit.

Il faut envisager une solution pérenne qui anticipe l'arrivée de la directive européenne sur les médicaments falsifiés et assurer un service de qualité dans l'intérêt du patient. Je regrette que le débat n'ait pas été mené sereinement.

Yannick MANIGART : *Quels sont les risques encourus par le travailleur ou le responsable de centre qui continue à distribuer la pilule du lendemain ?*

Julie PAPAZOGLU : La loi sur les médicaments de 1964 prohibe la distribution de médicaments en dehors des personnes qui sont légalement autorisées à le faire. Un arrêté royal de 1967 a été coordonné dans une loi de 2015, date à laquelle le texte aurait pu être amélioré. Malheureusement, ces textes interdisent encore toujours la distribution de pilules du lendemain et de pilules contraceptives en centre de planning familial, exception faite des échantillons gratuits délivrés par les médecins. En centre de planning, le médecin n'est donc pas autorisé à distribuer la pilule. Il peut juste la prescrire.

J'ai envisagé la question sur le plan de la responsabilité civile, pénale et de la responsabilité en droit du travail en prenant trois cas de figures : en tant qu'employé, en tant qu'employeur et en tant que victime potentielle d'une prise de pilule du lendemain qui aurait entraîné des séquelles.

1. Cadre juridique actuel

Les articles 5 et 6 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relatives à l'exercice des professions des soins de santé (coordination de l'AR n°78 du 10 novembre 1967) prévoient que nul ne peut exercer l'art pharmaceutique s'il n'est porteur d'un diplôme légal de pharmacien et que constitue l'exercice illégal de l'art pharmaceutique l'accomplissement habituel par une personne ne réunissant pas l'ensemble des conditions requises par l'alinéa 1^{er} d'une activité suivante : la préparation, l'offre en vente, la vente en détail et la délivrance même à titre gratuit de médicaments.

Les sanctions pénales prévues à l'article 122§1, 1° de la même loi précisent que sans préjudice de l'application des peines prévues par le Code pénal ainsi que de l'application de sanctions disciplinaires, est puni d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de 500 euros à 5000 euros ou d'une de ces peines seulement celui qui accomplit habituellement un ou des actes relevant de l'art médical ou de l'art pharmaceutique soit sans être porteur du diplôme requis ou sans en être légalement dispensé soit sans être inscrit au tableau de l'Ordre.

- ⇒ En théorie donc, les travailleurs des centres de planning qui distribuent la pilule sont donc bien en infraction avec la loi et commettent un délit en la distribuant.
- ⇒ Les médecins qui la distribuent sont soumis aux mêmes sanctions sauf si cela constitue un échantillon gratuit (exception à l'AR royal n°78).

2. Responsabilité civile des travailleurs et du centre (ASBL)

Responsabilité engagée par un tiers : exemple d'une personne qui aurait eu des séquelles suite à l'ingestion d'une PL.

Envers le travailleur : en vertu de l'article 1382 du Code civil, il faudra que la personne prouve une faute (la violation d'une règle de droit), un dommage et un lien de causalité entre la faute et le dommage.

L'article 18 de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail stipule qu'en cas de dommage causé par le travailleur à l'employeur ou à un tiers dans l'exécution de son contrat, le travailleur ne répond que de son dol (faute avec intention de causer un dommage), de sa faute lourde ou de sa faute légère habituelle.

Il nous semble ici que cette forme d'immunisation de la responsabilité du travailleur ne pourrait pas s'appliquer dès lors que le travailleur distribue la PL en sachant bien qu'il contrevient à la loi.

De surcroît, il commet donc une faute lourde qui pourrait impliquer, si son employeur n'est pas au courant, un risque de licenciement pour faute grave.

Envers l'employeur : celui-ci peut également voir sa responsabilité mise en cause par un tiers sur base des agissements de son travailleur (responsabilité du commettant pour les faits de son préposé) en vertu de l'article 1384, alinéa 3 du Code civil. Le tiers devra alors prouver le lien de subordination entre le travailleur et l'employeur et la faute dans le chef du travailleur ; Si les conditions sont réunies, il s'agit d'une présomption irréfragable de responsabilité de l'employeur qui sera responsable même si lui-même n'a commis aucune faute et qu'il n'était pas au courant des agissements de son travailleur.

Si l'employeur n'était pas au courant des agissements de son travailleur, il pourra se retourner contre lui et invoquer la responsabilité du travailleur sur base de l'article 1382 (faute, dommage, lien de causalité) s'il prouve un dommage (atteinte à son honneur, à son image, à sa respectabilité, manque à gagner sur base d'une perte éventuelle de subside).

Responsabilité engagée par un pouvoir subsidiant : exemple la Région bruxelloise ou la Région wallonne

Le pouvoir subsidiant peut également engager la responsabilité civile du travailleur, de l'employeur et du centre sur base des conditions précitées (faute, dommage, lien de causalité). Par ailleurs, si les arrêtés de subsides le permettent, le pouvoir subsidiant pourrait également retirer son agrément et les subsides aux centres de plannings.

3. Responsabilité pénale des travailleurs et du centre

Soit une plainte est déposée par un tiers (une victime) au parquet, soit la victime se constitue partie civile entre les mains d'un juge d'instruction soit le parquet décide lui-même de se saisir du dossier. En théorie donc, tant le centre que le travailleur sont susceptibles d'être poursuivis sur base de l'article 122 de la loi du 10 mai 2015.

Cependant, on imagine mal que des procureurs généraux transmettent des injonctions positives du ministre à leur parquet en vue d'engager des poursuites pour ce type de délit ou que le parquet décide de ne pas classer sans suite ou que la chambre du conseil conclut à des charges suffisantes pour renvoyer les intéressés devant le tribunal correctionnel et ce pour plusieurs raisons :

- La non-dangerosité avérée du médicament sur le plan médical (la PL est infiniment moins dosée en hormone qu'une pilule abortive ou une pilule contraceptive et ne présente aucun risque de séquelle grave => voir les interventions et l'exposé de Yannick Manigart et autres intervenants médicaux présents au colloque).
- Le fait que les centres distribuent ces PL depuis des dizaines d'années de manière officielle et sans que cela ne pose de problème tant sur le plan de la santé des femmes que sur le plan judiciaire.
- Le fait que les pouvoirs publics continuent à financer via des subsides l'achat des PL en centre de planning.

4. Conclusions

Il est nécessaire d'assurer une bonne coordination et une bonne communication entre les travailleurs et l'employeur pour être au clair quant

au fait de distribuer ou non la pilule du lendemain. L'idéal est d'avoir un règlement de travail cohérent qui puisse protéger le travailleur.

Intervention de la salle : M. Chaspierre parle de confrontation entre nos deux secteurs mais selon moi, le problème est ailleurs : lorsque je me suis rendue en pharmacie pour obtenir une pilule du lendemain, hormis le fait que je n'étais pas à l'aise, on ne m'a pas demandé quand avait eu lieu le rapport à risque, ni si j'avais une contraception.

Une collaboration avec des tickets permettant aux bénéficiaires de se procurer la pilule en pharmacie après être passés par le centre de planning est envisageable, mais l'accompagnement que nous proposons est totalement différent.

Alain CHASPIERRE : À la Région wallonne, il avait été envisagé que les centres de planning émettent un ticket qui, remis au pharmacien, permette la délivrance gratuite de la pilule, quelle qu'elle soit. Les offices de tarification auxquelles les pharmaciens rentrent les ordonnances vérifient les tickets et transfèrent la facture à la Région wallonne. Après un débat flou, cette proposition n'a pas été poursuivie. Mais les représentants des centres de planning étaient plutôt partisans de cette solution.

C'est une bonne piste. Le cabinet De Block s'y est opposé, notamment en raison de l'informatisation poussée de tous les supports de santé, mais une telle mesure régionale pourrait être mise en place sans l'accord de l'État fédéral.

Gaëtan DE LAEVER : Ce ne sont pas les pharmaciens qui ont dénoncé le problème, mais l'administration de la Région wallonne. Notre fédération a commis des erreurs dans le passé, dans la gestion des dates de péremption mais a pris aujourd'hui des mesures pour une meilleure gestion.

En continuant à délivrer la pilule du lendemain, nous ne risquons pas d'aller en prison comme M. Peers à l'époque des IVG. Par contre, les mesures européennes de traçabilité vont certainement modifier la pratique. En travaillant avec les pharmaciens, nous pouvons trouver des solutions. Ce n'est pas une guerre entre les centres de planning et les pharmaciens. Il y a une révolte contre des positions politiques, nous voulons rendre la contraception d'urgence la plus accessible possible, mais il n'est pas question de le faire à la place des pharmacies.

Nous devons aborder ensemble les perspectives, notamment d'e-Santé et de suivi informatique, et formuler une proposition pour 2019. Il me semble important que chacun puisse entendre la position de l'autre.

Intervention de la salle : Je ne partage pas complètement l'analyse juridique. Une victime qui aurait subi un dommage pourrait porter plainte à la police. Le Parquet mènerait une enquête et le centre de planning pourrait être sanctionné par une amende. La loi sur les médicaments prévoit des sanctions.

Au civil, il faut prouver la faute, le dommage et le lien de causalité. La faute commise est de délivrer la pilule du lendemain. Le dommage, qui pourrait être une thrombose, surviendrait de la même façon, que la pilule soit délivrée par un centre de planning ou une pharmacie. Les centres de planning peuvent être rassurés.

Yannick MANIGART : *Contrairement à la pilule contraceptive, la pilule du lendemain n'augmente pas le risque de thromboses. En cas de plainte, les études scientifiques démontreraient que la pilule du lendemain n'y est pour rien.*

Julie PAPAZOGLU : En termes de responsabilité civile, il y a une différence entre la délivrance illégale en centre de planning et la délivrance légale par une pharmacie d'une pilule qui aurait causé une thrombose. Le pharmacien étant légalement autorisé à le faire, la responsabilité sera davantage imputable à celui qui le fait illégalement qu'à celui qui le fait légalement mais s'est trompé dans l'anamnèse.

Intervention de la salle : Au pénal, oui mais pas au civil.

Intervention de la salle : M. Chaspierre, j'ai entendu vos arguments et je suis sûre que vous avez entendu les nôtres. La complémentarité est fondamentale. La distribution de la pilule du lendemain ne pose pas de problème médical. Comment peut-on avancer ?

Gaëtan DE LAEVER : Nous sommes favorables à la mise en place d'un groupe de travail qui analyse la meilleure manière de fonctionner à partir de 2019. Il faut se concentrer sur l'avenir et anticiper le fait que dans un an et demi, il ne sera plus possible de s'approvisionner comme aujourd'hui.

Il faut s'informer sur les directives qui seront bientôt en vigueur et ne pas oublier les outils informatiques qui nous donneront accès au dossier médical global (DMG). Nous devons nous réunir pour partager les pratiques de terrain et sensibiliser les uns comme les autres aux difficultés.

Alain CHASPIERRE : Il faut être pragmatique. La loi fédérale est difficile à modifier. Ce qui n'existe pas en Flandre n'a pas d'importance. Il est possible d'engager le dialogue pour répondre à cette spécificité francophone. Le débat est ouvert et beaucoup de pistes sont possibles. Pour mettre en place des mécanismes pérennes, il faut garder à l'esprit que dans le futur, la notion de traçabilité sera essentielle. Cette question provoque beaucoup de remous car elle contraint le secteur à s'équiper à sa charge d'équipements informatiques.

Je vous remercie de m'avoir invité pour exprimer mon point de vue. Nos rencontres permettent de faire avancer le débat. Le dialogue entre citoyens et acteurs de terrains permet de soumettre des propositions au politique.

Intervention de la salle : Une femme pourrait porter plainte parce qu'elle est tombée enceinte et doit subir une IVG parce que la pilule du lendemain n'a pas été efficace en raison d'interactions médicamenteuses. Beaucoup de pharmaciens ne demandent pas si la patiente prend d'autres médicaments. Dans certains pays, pour délivrer un soin, il faut être porteur d'un certificat qui atteste d'une formation et d'une connaissance spécifiques, qu'on soit pharmacien, médecin, sage-femme ou travailleur de centre de planning familial.

Les recommandations de l'European Consortium of Emergency Contraception

Caroline MOREAU

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (France)

Bloomberg School of Public Health (Baltimore, USA)

Membre de l'European Consortium of Emergency Contraception

INTRODUCTION

Chercheuse en santé sexuelle et reproductive, j'ai fait ma thèse en France au moment où la contraception d'urgence est devenue disponible sans ordonnance. Mes premières recherches abordent l'influence de la démedicalisation sur les pratiques de la contraception d'urgence. Je présente aujourd'hui les travaux du Consortium Européen pour la Contraception d'Urgence (ECEC).

Fondé en 2012, l'ECEC est un réseau qui rassemble des chercheurs, des professionnels de santé et des activistes. Sa mission est de développer et promouvoir la connaissance sur les produits disponibles, favoriser l'harmonisation des pratiques basées sur des connaissances récentes et promouvoir un accès équitable à travers la région. Pour harmoniser les pratiques, le groupe diffuse des recommandations issues des recherches récentes et propose un outil d'aide à la décision.

DIFFUSION DE LA CONTRACEPTION D'URGENCE EN EUROPE

La contraception d'urgence existe depuis les années 60. Au départ, des doses élevées d'œstrogènes et de progestérones suscitaient des effets secondaires. Dans les années 70, le docteur Yuzpe propose la méthode qui porte son nom. Cette combinaison d'œstrogènes et de progestatifs a été la seule méthode disponible jusqu'au milieu, voire la fin, des années 90.

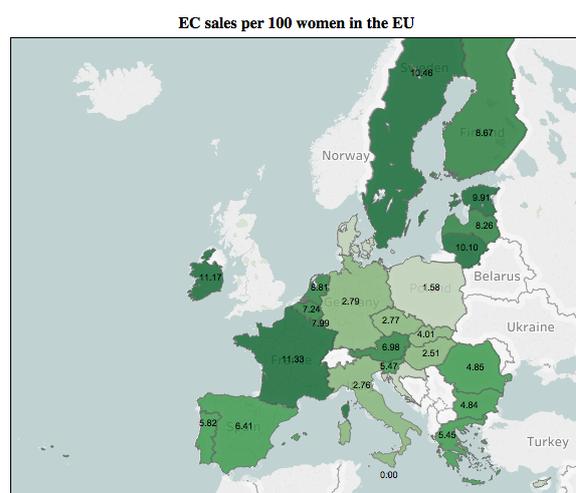
Ensuite, de nouveaux produits ont émergé : le lévonorgestrel (LNG) puis des modulateurs sélectifs des récepteurs de la progestérone qu'on appelle aussi anti-progestatifs. Les premières recherches ont porté sur la mifépristone à des doses relativement faibles, entre 25 et 50 mg. Les recherches réalisées en Chine ont montré une efficacité extrêmement élevée mais, pour des raisons plus politiques que médicales, cette méthode n'est pas disponible dans la plupart des pays européens. En tant que méthode de contraception post-coïtale, elle est disponible dans cinq pays : l'Arménie, la Russie, l'Ukraine, le Vietnam et la Chine. En Chine, elle est disponible sans prescription. Depuis 2009, l'acétate d'ulipristal (UPA), qui fait partie de la même famille, s'est développé pour une utilisation de contraception post-coïtale.

En parallèle, le dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre était connu depuis très longtemps mais n'était jusqu'alors pas utilisé pour ses propriétés post-coïtales. Depuis quelques années, de nouvelles études ont rappelé son utilité en tant que contraception d'urgence. C'est la méthode la plus efficace et la seule qui permet la prolongation de la protection vers une contraception de longue durée.

Les produits sont de plus en plus accessibles, notamment depuis que le LNG puis l'UPA ont été mis à disposition sans prescription. Depuis 2015, l'accès à la contraception d'urgence est harmonisé en Europe. Fin 2014, l'Agence européenne des médicaments (EMA) a autorisé la diffusion de l'UPA et du LNG sans prescription dans tous les pays de l'Union européenne. Jusqu'en 2015, l'Italie, l'Allemagne et la Croatie n'avaient pas donné accès à cette molécule sans prescription. La Hongrie et la Pologne ont décidé de ne pas le faire. La Pologne, qui avait dans un premier temps accepté, a changé d'avis en juin 2017. Malte est le seul pays d'Europe – avec le Vatican, qui ne fait pas partie de l'Union européenne – où la contraception d'urgence n'est pas du tout autorisée. La situation européenne complexe s'harmonise donc petit à petit, même si certains pays maintiennent des obstacles importants.

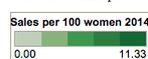
La disponibilité des produits, avec ou sans prescription, influence les niveaux d'utilisation. En l'absence d'études comparatives sur les pratiques contraceptives et l'utilisation de la contraception d'urgence, les études se basent sur les niveaux de ventes. Ce niveau ne correspond pourtant pas forcément au niveau d'utilisation, mais c'est le seul indicateur comparable disponible pour l'Europe.

VARIATION GEOGRAPHIQUES DES VENTES



Les données de l'IMS²⁵ pour 2014 et 2015 montrent une hétérogénéité des pratiques en Europe. Les couleurs plus foncées montrent les niveaux d'utilisation les plus élevés.

Color shows sales per 100 women of reproductive age for 2014 by EU country.



²⁵ IMS Health. <http://www.imshealth.com/>

Dans le nord de l'Europe, les niveaux d'utilisation sont relativement élevés : environ 11 à 12 boîtes sont vendues pour 100 femmes par an. D'autres pays, dont le Benelux, ont un niveau intermédiaire avec 8 à 9 boîtes. Sans surprise, dans les pays où la prescription était requise jusqu'en 2015, le taux d'utilisation est beaucoup moins élevé : moins de 3 boîtes en Allemagne, en Italie et dans certains pays de l'Est. Dans ces pays, la contraception est également moins utilisée.

Une de nos études a tenté de mesurer l'impact de la décision de l'EMA en comparant les ventes en 2014 et en 2015. De manière générale, la décision a eu très peu d'influence sur le niveau des ventes. Néanmoins, une augmentation significative des ventes est observée dans les pays où la décision de rendre l'UPA disponible a entraîné la promotion du LNG sans prescription. Dans les années à venir, les ventes vont probablement chuter en Pologne où la prescription est à nouveau nécessaire. Ces données comportent un artefact : la chute des ventes aux Pays-Bas est due au fait qu'un des vendeurs n'a pas déclaré le nombre de boîtes vendues. Cela démontre la nécessité de disposer de données plus fiables sur l'utilisation de la contraception d'urgence en Europe.

CRITERES D'ELIGIBILITE POUR LA CONTRACEPTION DE L'OMS

L'OMS a intégré la contraception d'urgence dans le paysage des méthodes disponibles et produit des recommandations sous la forme de critères d'éligibilité.²⁶



²⁶ Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. Cinquième édition. OMS, 2015.

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/fr/

La cinquième édition de l'OMS est basée sur une revue exhaustive de la littérature qui permet d'établir des recommandations pour chaque produit en fonction de conditions médicales particulières ou d'interactions médicamenteuses. Les contraceptifs post-coïtaux oraux, le LNG ou l'UPA, sont toujours classés dans les catégories 1 ou 2, celles où le produit est recommandé.

La catégorisation de l'OMS comporte quatre catégories. Dans la catégorie 1, il n'y a pas de condition à l'utilisation du produit ; dans la catégorie 2, les risques sont plus faibles que les bénéfices ; dans la catégorie 3, les bénéfices sont moindres que les risques et dans la catégorie 4, la méthode ne doit être recommandée en aucun cas. Il est logique que les contraceptifs post-coïtaux soient dans les catégories 1 ou 2 puisque les recommandations de l'OMS servent de base pour déterminer que ces produits peuvent être délivrés sans prescription.

Toutefois, ce type de classification n'est pas assez fine pour établir quel produit choisir. En harmonie et en complément des travaux de l'OMS, le consortium a décidé de développer un outil de décision qui permette de déterminer la meilleure contraception d'urgence en fonction des circonstances et de conditions spécifiques.

Cet outil est destiné aux femmes et aux prescripteurs et professionnels de santé. Basé sur une revue récente de la littérature, il sert à améliorer le conseil et l'accès et permet de diffuser toutes les options possibles selon les circonstances. Il permet aux femmes de prendre une décision éclairée.

DISQUE D'AIDE A LA DECISION POUR LA CONTRACEPTION D'URGENCE

Nous avons repris le principe du disque de décision de l'OMS et nous l'avons appliqué aux trois produits disponibles dans l'espace européen : le LNG, l'UPA et le DIU au cuivre.

Nous avons développé cet outil en concertation avec l'OMS et suivi la même procédure. Une revue de la littérature a été suivie d'un travail itératif de revues par deux comités scientifiques : un comité interne au Consortium européen s'est chargé d'une série de révisions adaptées, ensuite une deuxième série de revues ont été faites par le comité scientifique de la Société Européenne sur la Contraception et la Santé Reproductive (SECSR) et par le comité administratif du Consortium. Les membres de ces comités sont essentiellement des cliniciens et des chercheurs européens ou américains et des représentants de l'OMS.

La diffusion de l'outil a débuté en mai 2016. Une version électronique est en ligne. Depuis quelques mois, une version française est disponible.²⁷ L'outil se présente sous la forme d'un disque. La couronne externe correspond à des conditions médicales ou des circonstances de prise. Le

²⁷ <http://www.ec-ec.org/ecmethod-fr/>

Il y a deux contre-indications au stérilet au cuivre : la maladie de Wilson, extrêmement rare, qui en tant qu'accumulation de cuivre pose un problème de métabolisme et une cervicite purulente active au moment de la pose. Les antécédents d'infections sexuellement transmissibles ne constituent pas une contre-indication.

Les contre-indications à la pilule régulière le sont également pour la contraception d'urgence. En cas de migraines ou d'infections cardiovasculaires graves, toutes les formes de contraception d'urgence sont recommandées sans restriction.

En cas d'obésité ou de prise d'inducteurs enzymatiques qui contiennent des cytochromes, le stérilet au cuivre doit être favorisé. Des études ont montré une diminution de l'efficacité du LNG et potentiellement de l'UPA chez les femmes obèses. Pour les Britanniques, ces molécules ne sont pas contre-indiquées, mais potentiellement moins efficaces. Si possible, ils recommandent de favoriser le stérilet au cuivre. Ils doublent la dose de LNG chez les femmes obèses mais il n'y a pas de données pour établir l'efficacité de cette double dose.

Les inducteurs enzymatiques, dont la rifampicine et quelques antirétroviraux induisent une baisse d'efficacité de la contraception d'urgence.

CIRCONSTANCES DE PRISE

Les contraceptifs d'urgence sont efficaces dans des délais variables par rapport au dernier rapport non protégé. Toutes les méthodes sont recommandées dans les premières 72 heures. Le LNG est potentiellement moins efficace entre 96 et 120 heures. Au-delà de ce délai, et dans certains pays jusqu'à sept jours après le dernier rapport, seul le DIU au cuivre semble encore efficace. Il y a très peu d'études sur ce sujet.

En cas de prise multiple dans un cycle, il faut préconiser la même molécule ; l'un étant un progestatif et l'autre, un anti-progestatif, l'UPA et le LNG peuvent avoir des effets antagonistes.

Ces données sont disponibles en ligne dans de nombreuses langues. La traduction est en cours dans de nombreux pays européens.

Accessibilité et distribution : échanges de bonnes pratiques

Florence RIGA

Accueillante au SIPS

Corinne BOUÛAERT

Médecin au Collectif Contraception de Seraing et chargée de cours à l'ULg

Anne VEROUGSTRAETE

Gynécologue au SJERP-Dilemma (VUB)

Sonia VANDENVEN

Pharmacienne à Héron-Couthuin

Modérateur : **Yannick MANIGART**

Yannick MANIGART : *À quels problèmes êtes-vous confrontés à l'accueil en centre de planning familial ?*

Florence RIGA : Je suis accueillante au planning familial le SIPS à Liège. Nous avons mené une enquête auprès des centres liégeois sur l'accueil des personnes qui demandent une pilule du lendemain. Dans tous les centres, l'accueil est confidentiel et, sans suivre précisément le protocole que vous avez évoqué, les questions portent sur les mêmes sujets : le délai par rapport au dernier rapport, l'existence d'une contraception à long terme, les contre-indications médicales. Les centres de planning voulaient plus d'informations sur les risques médicaux. Même s'il n'y a pas de problèmes avérés, l'actualité politique a effrayé beaucoup de travailleurs et ils ont entamé des recherches.

L'accueil est un lieu de prévention. Nous prenons systématiquement le temps d'expliquer ce que contient le produit et comment il fonctionne. Nous essayons également de savoir si la personne a conscience d'avoir pris un risque d'infection sexuellement transmissible (IST). Pour informer sur l'efficacité de la pilule, nous proposons aux patientes de revenir faire un test de grossesse ou de prendre rendez-vous avec un médecin pour avoir un moyen de contraception.

Nous avons constaté diverses pratiques. L'actualité politique et juridique ainsi que les difficultés financières ont posé de nombreux problèmes. À Liège, quatre centres ont décidé de délivrer un bon qui permet de se procurer la pilule du lendemain en pharmacie, mais trois d'entre eux ont fait machine arrière. Les médecins faisaient des ordonnances *a posteriori*, ce qui est tout aussi illégal que de délivrer la pilule.

Le seul centre qui poursuit cette pratique a constaté très peu de pertes entre le nombre de bons délivrés et le nombre de pilules achetées. Il est dans une situation financière compliquée. Même si la FLCPF a mis en place une centrale d'achat, tous les centres n'ont pas les moyens d'y avoir accès. Le centre a mis en place un système mixte. Seules les femmes qui n'ont pas la possibilité financière de l'acheter ou celles pour lesquelles la confidentialité ou le délai compliquent les choses peuvent recevoir la contraception d'urgence.

À la question de savoir si la pilule du lendemain est donnée uniquement à la femme ou si elle peut être donnée à son petit copain ou à une amie, il y a deux attitudes différentes. Certains centres considèrent que la femme doit se présenter car il est important de la prendre le plus rapidement possible et lui demandent de l'avaler immédiatement pour ne pas postposer la prise. Il y a aussi la crainte que les informations données à une tierce personne ne soient pas correctement transmises.

Les centres qui la donnent aux tiers utilisent les mêmes arguments. Le délai étant important, si la personne ne peut se déplacer, quelqu'un d'autre peut le faire à sa place. Concernant l'information, ces centres font confiance à la tierce personne pour transmettre la sensibilisation.

Les conclusions de cette enquête sont disponibles. Elle contient toutes les questions éthiques et déontologiques que les centres se sont posés.

Yannick MANIGART : *En tant que pharmacienne, quel est votre quotidien ?*

Sonia VANDENVEN : Avec l'information reçue aujourd'hui, je me rends compte que, comme beaucoup de pharmaciens, je ne fais pas parfaitement mon travail. J'ai fait une grille de questions à poser aux femmes qui se présentent : de quand date le dernier rapport ? Ont-elles un moyen de contraception ? Si elles n'en ont pas, ou qu'elles utilisent un peu trop souvent la contraception d'urgence, je conseille d'aller voir un médecin. Je me suis rendue compte aujourd'hui qu'il pouvait y avoir une autre manière de voir la contraception, donc je ne poserai plus cette question.

Beaucoup de délivrances ont lieu pendant les gardes et la majorité, le dimanche. Jusqu'ici, même si je ne le montrais pas, cela m'agaçait. Mais maintenant, cela me paraît logique, car les comportements à risque sont plus fréquents lors des soirées du week-end. On est parfois réveillés à 3 heures du matin pour une pilule du lendemain ! Il y a un énorme travail d'éducation à faire. Si le terme « lendemain » ne convient pas, le mot « urgence » n'est peut-être pas plus opportun : les gens vont se ruer dans l'heure à la pharmacie.

Je demande si la personne prend des médicaments, mais comme j'ai une officine de village ouverte depuis 26 ans, en général, je le sais. Très peu de jeunes viennent chercher une contraception d'urgence et je les comprends. À leur place, j'aurais trop peur de tomber sur mon voisin ou sur mes parents. Personnellement, j'étais bien contente qu'il y ait des centres de planning familial pour ma première contraception.

Yannick MANIGART : *Ceux qui viennent chercher la contraception d'urgence chez vous sont donc des personnes plus âgées ?*

Sonia VANDENVEN : Certains jeunes viennent chercher leur contraception, notamment lors de l'instauration de traitement chez une jeune fille. Récemment, j'ai expliqué à une jeune fille qui commençait l'université qu'avec les guindailles, en cas de vomissements ou de diarrhées, sa contraception ne serait plus assurée et qu'il pourrait s'avérer utile d'avoir toujours une pilule du lendemain.

Les femmes qui demandent une contraception d'urgence rapportent un échec de contraception. Étant plus âgées, elles ne sont pas mal à l'aise. Un jeune se demande toujours ce que l'on va penser de lui. Même si je peux garantir l'anonymat dans mon local de garde, c'est un faux anonymat. À part les délégués, peu de gens y entrent donc si un jeune en sort, tous les gens du village vont se demander ce qu'il faisait là. Pendant les gardes, ils ont moins de chance de rencontrer des connaissances.

Nous cherchons que les femmes soient libres et aient le droit de choisir en ayant toutes les informations. Tous les médecins n'ont pas ces informations non plus. La lutte contre les grossesses non désirées peut passer par tous les canaux. Il y a aura toujours des personnes qui feront leur métier avec plus ou moins d'attention.

Yannick MANIGART : *Je suis persuadé que beaucoup de pharmaciens font très bien leur métier. Même pour les médecins, il est difficile de s'informer sur toutes les disciplines. Je ne peux imaginer que tous les pharmaciens soient bien informés sur la contraception d'urgence. L'avantage du planning familial, c'est que les personnes qui y travaillent sont sensibilisées et informées.*

Sonia VANDENVEN : J'ai beaucoup apprécié que Mme Piet relate avoir été vers les pharmaciens lors du lancement de son projet. Nous pourrions nous voir régulièrement pour échanger en vue d'offrir un meilleur service aux femmes. Vous êtes au courant des dernières publications scientifiques dans votre domaine, ce qui n'est pas toujours notre cas.

Yannick MANIGART : *Qu'enseignez-vous aux médecins généralistes sur la contraception d'urgence ?*

Corinne BOUÛAERT : En tant que médecin de centre de planning pratiquant des IVG, je voudrais d'abord souligner que la contraception d'urgence est encore largement sous utilisée. Lors des accueils IVG, de nombreuses patientes savent qu'il y a eu un problème de contraception, mais beaucoup d'entre elles ne sont pas au courant de la possibilité d'avoir une contraception d'urgence et, quand elles le sont, elles ne savent parfois pas où se la procurer. Les centres de planning, les médecins généralistes et les pharmaciens ne sont donc pas trop nombreux pour rendre cette contraception plus accessible. Pour la santé publique et l'intérêt des patients, ce qui nous met en concurrence n'est pas du tout bienvenu.

En tant que médecin généraliste en maison médicale, je reçois peu de demandes de contraception d'urgence. Lorsque nous avons accroché une affiche listant tout ce que le médecin généraliste pouvait faire, plus de patients se sont adressés à nous.

Avec quelques collègues des centres de planning et des centres IVG liégeois, nous intervenons dans la formation du futur généraliste. Nous abordons la contraception d'urgence lors d'une journée avec ateliers. Nous proposons des stages pratiques dans les centres de planning. Les connaissances théoriques se sont améliorées.

Dans la formation de ma génération, il y avait beaucoup de gynécologie, et même des accouchements, mais pour toute une série de raisons, les médecins généralistes se sont sentis dépossédés de la gynécologie obstétrique. J'espère que la nouvelle génération se réappropriera la gynécologie de première ligne et sera capable de prescrire une contraception ou une contraception d'urgence.

Les jeunes médecins connaissent la théorie, mais il faut continuer à dispenser cette formation et poursuivre sur cette voie. La formation de généraliste de l'ULB contient des cours sur la contraception, l'IVG et la contraception d'urgence. J'espère que cela va se généraliser.

Yannick MANIGART : *Comment cela se passe-t-il en Flandre ? Pourquoi les centres de planning ont-ils disparu ? Comment la contraception d'urgence est-elle distribuée ?*

Anne VEROUGSTRAETE : Au départ, un ministre chrétien de la Santé a interdit aux centres de planning flamands de faire des IVG sous peine de retirer les subsides. Sous l'impulsion de la Hollande, un modèle a été mis en place : les généralistes et les gynécologues des centres de planning reçoivent les femmes en consultation avant de les orienter vers les centres

d'IVG. Il y a 5 centres qui pratiquent des IVG. Il y a donc eu séparation entre centre de planning et centre qui pratique des IVG. Les centres de planning ont été inclus dans des *Centrum voor Algemeen Welzijnswerk* (CAW). Petit à petit, de moins en moins de médecins ont travaillé dans les centres de planning et la direction des CAW a décidé de supprimer leur présence et d'orienter le public vers les généralistes.

Le centre flamand d'expertise sur la santé sexuelle, Sensoa, a développé un site sur la santé sexuelle et donc aussi sur la contraception en différentes langues. Les conseils sont aussi audibles pour les personnes qui ne savent pas lire.²⁸

Concernant les jeunes, les *Jongeren advies centrum* (JAC) disent qu'ils reçoivent très peu de demandes de contraception. Je suppose que les jeunes vont dans les pharmacies et chez les généralistes. Pour éviter les problèmes de confidentialité avec les généralistes de la famille, les centres de conseil orientent les jeunes vers un réseau connu de généralistes. Via un système de *tchat*, les jeunes posent des questions par écrit et les intervenants répondent en donnant le contact de personnes de référence.

Tous les acteurs qui peuvent dispenser la contraception d'urgence doivent collaborer. Ce type de contraception est certes connu du public, mais plus le moment du rapport s'éloigne, plus la perception du risque de grossesse diminue.

En Angleterre, dans certaines villes, le DIU au cuivre est placé comme contraception d'urgence dans des centres. Dans chaque ville, il faudrait un centre où, tous les jours, la pose de DIU soit possible. Depuis 40 ans, nous savons que cette méthode est beaucoup plus efficace que la pilule d'urgence : le LNG diminue de moitié le nombre de grossesse, l'UPA de $\frac{3}{4}$ et le stérilet de 99,9% ! Pourquoi n'est-elle pas davantage disponible ?

Intervention de la salle : Les centres de planning familial doivent s'organiser pour placer davantage de dispositifs intra-utérins en urgence.

Il y a une méconnaissance du risque. À l'accueil IVG, des idées du siècle passé circulent encore : des femmes pensent qu'on ne peut pas tomber enceinte au premier rapport ou sans éprouver de plaisir ! Les idées erronées, la peur de consulter ou le fait de ne pas savoir où c'est possible sont des freins à la contraception d'urgence. Tout ce qui complique le recours à cette contraception doit être supprimé. En donnant un papier aux patientes pour qu'elles aillent chercher leur contraception à la pharmacie, on sait pertinemment que certaines n'iront pas jusque-là.

²⁸ <https://www.zanzu.be/fr>

Yannick MANIGART : *Le DIU au cuivre est-il considéré comme un médicament ? Encore récemment, il ne figurait pas dans le répertoire des médicaments. A-t-on le droit de le distribuer ?*

Alain CHASPIERRE : Le DIU est une alternative efficace. Il figure sur le site du Centre belge d'Information pharmaco-thérapeutique²⁹ et est donc considéré comme un médicament et un dispositif médical. Concernant les modalités, les prestataires d'actes habilités à l'administrer doivent y avoir accès. La réglementation est en cours de modification.

Sonia VANDENVEN : Le coût financier de la contraception d'urgence est un frein ; en tout cas pour l'EllaOne[®], qui est indiquée au-delà de 72 heures. Pour éviter une médecine à deux vitesses, la délivrance devrait être gratuite en pharmacie. Toutes les femmes doivent y avoir accès sans rencontrer de difficultés financières.

Intervention de la salle : Je voulais demander à Mme Riga comment les centres s'étaient positionnés par rapport à l'interdiction de distribuer la pilule du lendemain ?

Florence RIGA : Dans chaque centre, une concertation a eu lieu en équipe et avec la direction et le Conseil d'administration pour se positionner par rapport à la légalité et aux risques pris. Dans les centres que j'ai interrogés, les travailleurs ne risquent rien car toutes les directions sont au courant.

Intervention de la salle : Le système de bon m'effraie un peu. Si quand les patientes viennent au centre de planning pour une pilule du lendemain, on les envoie vers la pharmacie avec un bon, je me demande si la prochaine fois, elles reviendront ? Le travail de prévention - réalisé par les centres de plannings auprès des femmes qui viennent aussi y chercher autre chose qu'une explication sur la pilule du lendemain - risque de passer à la trappe. Les centres qui ont décidé de faire marche arrière l'ont-ils fait pour cette raison ?

Florence RIGA : En partie. Le fait que la question légale n'est pas réglée a fortement influencé leur décision. La manifestation organisée par la FLCPF, aussi. Les centres ont également constaté des pertes entre la délivrance du bon et le retrait à la pharmacie.

²⁹ <http://www.cbip.be/fr/start>

Pour les centres qui ont constaté une diminution de la distribution de la pilule du lendemain, il est difficile de savoir si c'est dû au système de bon ou au tapage médiatique selon lequel c'est une bombe hormonale. Le bouche-à-oreille peut effectivement aller très vite, mais peu de centres ont constaté une diminution sensible et, vu le nombre de centres à Liège, les femmes peuvent facilement se la procurer. Beaucoup de femmes font le tour des centres de planning et des pharmacies, parfois par crainte des jugements. Elles finissent par savoir où elle est délivrée aux tiers ou non, par exemple.

Un travail de prévention et de réflexion peut être réalisé à l'accueil des centres. Il faut dire aux femmes que ce n'est pas grave de prendre plusieurs fois la pilule du lendemain pour qu'elles osent revenir raconter ce qui leur arrive.

Corinne BOUÛAERT : Je voudrais intervenir en tant que militante. J'ai pratiqué l'avortement lorsque c'était illégal. Nous prenions alors des risques autrement importants. Sous prétexte de procédure d'excellence, de soi-disant risque zéro et de traçabilité, la majorité des patientes sont privées de produits efficaces qui ne sont pas dangereux. Il faut résister et militer contre cette logique. Je suis contente que la FLCPF ait décidé de poursuivre la distribution.

Présentation de l'application « Contr'appception »

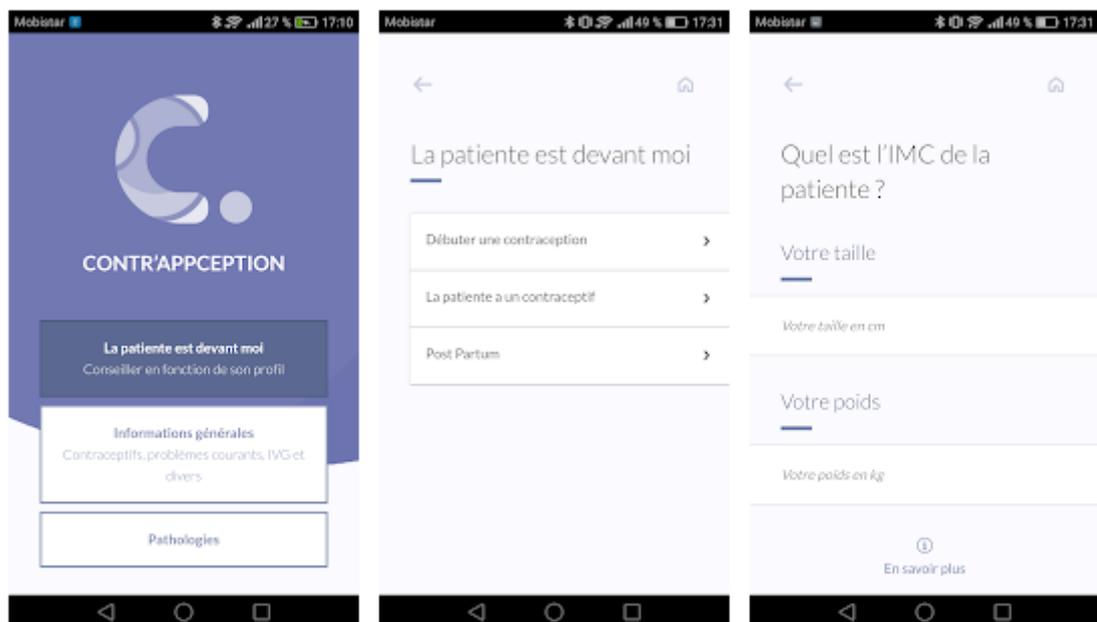
Aude BELIARD

Centre Hospitalier Universitaire (Liège)
Groupement des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique
(GGOLFB)

L'application peut être téléchargée gratuitement sur Apple Store ou Google Play en faisant une recherche avec le mot « Contr'appception »³⁰. Il s'agit d'une application interactive qui permet d'aider les médecins à prescrire une contraception.

Le premier écran vous offre trois possibilités d'entrée : La patiente est devant vous, Des informations générales, Des pathologies.

En fonction de votre choix, il suffit de répondre aux questions qui se succéderont d'écran en écran.



Si vous choisissez la première entrée « La patiente est devant moi », les questions suivantes porteront sur un début ou un changement de contraception ou encore si la patiente est en post-partum.

³⁰ <https://www.ggolfb.be/fr/article/news-medicale/contrappception-la-premiere-appli-francophone-qui-epaule-les-medecins>

Pour débiter une contraception, les questions porteront sur les contre-indications à la contraception oestro-progestative (tabagisme, hypertension, migraines, thromboses dans les antécédents familiaux, ...). S'il n'y pas de contre-indication, les choix s'affichent avec des informations sur les prix.

La liste des prix et les noms des contraceptifs seront mis à jour mais il est toujours possible de vérifier les informations sur le site du Centre belge d'information pharmacothérapeutique (CBIP)³¹.

Il est également possible d'entrer dans l'application avec des questions. Il y a des informations sur les centres de planning qui pratiquent des IVG. Si le délai légal est dépassé, les centres en Hollande et en Angleterre s'affichent. Il y a aussi une entrée pour les problèmes courants, notamment pour gérer les oublis de pilule. Est-ce une pilule combinée ou progestative ? La patiente a-t-elle oublié un ou plusieurs comprimés ? Où en est-elle dans sa plaquette ? L'application contient également des informations sur les contraceptifs d'urgence. Chaque fois qu'une petite icône ⓘ apparaît, des informations complémentaires sont disponibles.

Le dernier volet porte sur les pathologies spécifiques et les interactions avec la contraception. Les pathologies sont présentées par ordre alphabétique. Par exemple, en cas de maladie auto-immune, un lupus érythémateux avec anticorps anti-phospholipide, les pilules combinées sont interdites mais le DIU est autorisé. Lorsqu'une option est interdite, aucune information ne s'affiche.

Quand on débute une contraception, en fonction du moment du cycle, l'application indique s'il faut prévoir des préservatifs ou penser à la contraception d'urgence. Pour simplifier, le cycle a été divisé en périodes : du 1^{er} au 5^{ème} jour, au-delà du 5^{ème} jour du cycle et le cas de l'absence de règles, par exemple en raison d'ovaires polykystiques. Il est possible de progresser dans l'application en répondant à des questions. Par exemple, y a-t-il eu un rapport non protégé ? Si oui, quand, etc.

Une fois téléchargée, l'application est disponible hors ligne donc il n'est pas nécessaire d'avoir une connexion internet. Elle peut être utile aux gynécologues mais aussi aux médecins en formation, aux généralistes qui travaillent dans les centres de planning familial, aux pharmaciens ou à tout autre personne. Des médecins l'ont développée afin qu'elle soit la plus simple et pratique possible.

³¹ <http://www.cbip.be/fr/start>

Présentation de la campagne « Contraception »

Céline DANHIER

Sida'SOS

Sida'Sos est une association active dans la promotion de la santé sexuelle des jeunes. L'éducation par les pairs et la collaboration sont au coeur de notre action. Chaque année, nous formons 400 jeunes à devenir pairs-éducateurs, principalement parmi les futurs professionnels de la santé ou de la pédagogie.

Nous avons constaté de réelles lacunes dans les connaissances sur la contraception et les IST, même chez des futures sages-femmes pourtant censées prescrire des contraceptifs l'année suivante. Nous avons donc décidé d'élargir la formation et d'ajouter deux journées pratiques à la journée théorique. Nous faisons appel aux centres de planning pour intervenir sur la contraception.

Nous travaillons à partir des constats des jeunes pour créer des projets ou des campagnes. Les jeunes nous ont dit ne plus avoir vu de campagne sur la contraception depuis 10 ans. Ils étaient incapables de citer les possibilités. Ils se sont plaints de se retrouver à chaque fois avec la pilule, parce que chez le gynécologue ou le généraliste, ils n'avaient que 15 minutes pour parler des moyens de contraception. Ce n'est qu'après des effets secondaires et plusieurs essais que le DIU ou un autre moyen de contraception leur était proposé.

Nous avons décidé de travailler pendant deux ans sur cette thématique. Nous avons fait appel aux fédérations de centres de planning. La Fédération laïque et la Fédération pluraliste nous ont rejoint pour créer plusieurs campagnes : la première à destination du public de l'enseignement secondaire, l'autre pour le public des hautes écoles. Elles se déclinent dans un site internet, une brochure, un spot télé et un spot radio.

Nous espérons réunir l'ensemble du secteur en février lors du lancement de la campagne. Cette journée a été riche d'enseignements. Nous donnerons certainement plus de place à la pilule du lendemain dans la campagne. Pour faire bouger les choses, il faut que tout le monde collabore.

Edité par la FLCPF/CEDIF, septembre 2018.

Transcription : Déborah KEMPCZYNSKI

Réalisation : Claudine CUEPPENS

© Tous droits de reproduction réservés

D/2018/12.700/2



Avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles

Editeur responsable : G. De Laever – 34 rue de la Tulipe – 1050 Bruxelles



Fédération Laïque de Centres de Planning Familial

34 rue de la Tulipe – 1050 Bruxelles – 02 502 68 00

cedif@planningfamilial.net – www.planningfamilial.net