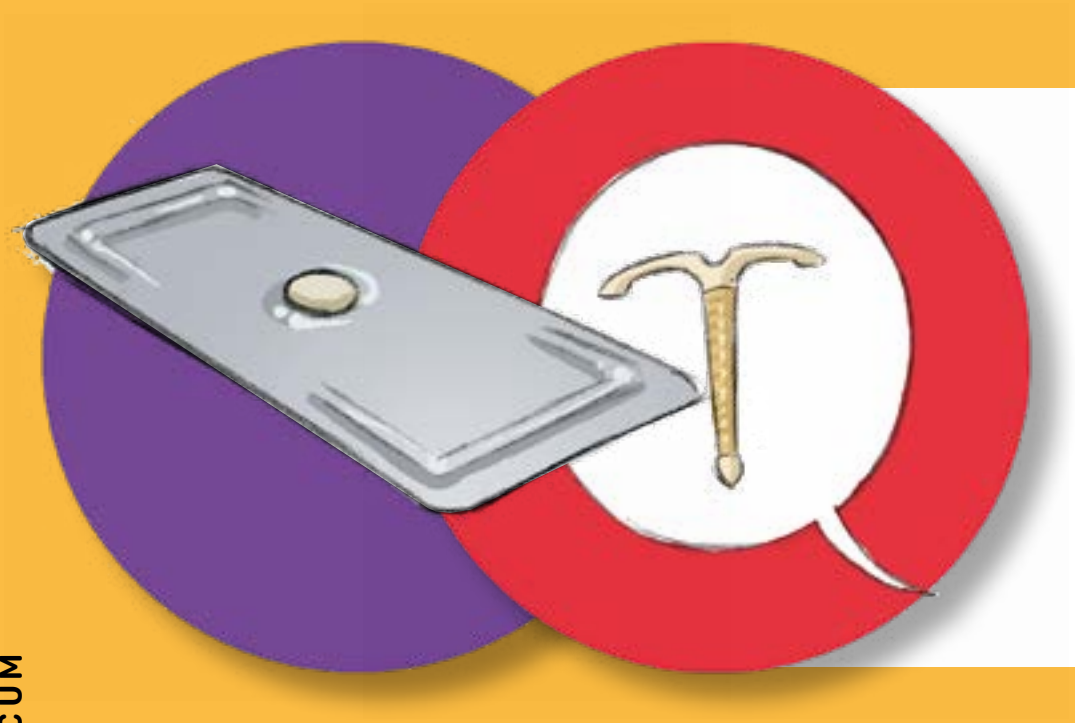
VADE-MECUM



Contraception d'urgence

Vade-mecum pour la prise en charge des demandes en centres de planning familial

FLCPF
FÉDÉRATION LAÏQUE DE CENTRES DE PLANNING FAMILIAL

Sommaire

Introduction 4

Synthèse de la littérature scientifique 5

Les pilules d'urgence 7
- **Efficacité** 7
  - Interactions médicamenteuses 8
  - Influence du poids corporel 8
- **Contre-indications et effets secondaires** 9
  - Usage répété des pilules d'urgence 9
  - Allaitement 9
- **Échec et suivi** 10

Le dispositif intra-utérin au cuivre 12
- **Efficacité** 12
- **Contre-indications et effets secondaires** 13
  - Infections sexuellement transmissibles 13
  - Personnes transmasculines 14
  - Post-partum et allaitement 14
  - Utilisation d'une coupe menstruelle 14
- **Échec et suivi** 14

Indications de contraception d'urgence 16
- **Indications de CU et défaut de contraception non hormonale ou absence de contraception** 16
- **Indications de CU et défaut de contraception hormonale** 16
  - Contraception estroprogestative 16
    - La pilule 16
    - L'anneau vaginal 17
    - Le patch 18
  - Contraception progestative 19
    - La pilule au désogestrel 19
    - La pilule à la drospirénone (Slinda®) 19
    - La piqûre contraceptive 20
- **Indications de contraception d'urgence (récapitulatif)** 21

Recommandations de bonne pratique 22
- **Accueil** 22
- **Précautions d'usage et suivi** 22
- **Dépistage** 22
  - IST-VIH 22
  - Violences conjugales et sexuelles 23

Accessibilité de la contraception d'urgence 25
- **Les pilules d'urgence** 25
- **Le dispositif intra-utérin** 25
- **Conclusion** 26

Annexe 1
- **Défauts de contraception hormonale Informations complémentaires** 28
  - Contraception estroprogestative 28
    - La pilule 28
    - L'anneau vaginal 30
    - Le patch 32
  - Contraception progestative 33
    - La pilule au désogestrel 33
    - La pilule à la drospirénone (Slinda®) 34
    - La piqûre contraceptive 35

Annexe 2
- **Arbre décisionnel** 36/37

Annexe 3
- **Exemple de questionnaire** 38/39

Annexe 4
- **Liste indicative des médicaments (interactions avec les pilules d'urgence)** 40

Liste des abréviations

- **CBIP** : Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique
- **CoSRH** : College of Sexual and Reproductive Healthcare (anciennement Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare)
- **CRAT** : Centre de Référence sur les Agents Tératogènes
- **CU** : Contraception d'Urgence
- **DIU** : Dispositif Intra-Utérin
- **DIU Cu** : Dispositif Intra-Utérin au Cuivre
- **DIU LNG** : Dispositif Intra-Utérin hormonal au Lévonorgestrel
- **ECEC** : European Consortium for Emergency Contraception
- **FSRH** : Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (actuellement College of Sexual and Reproductive Healthcare)
- **ICEC** : International Consortium for Emergency Contraception
- **IMC** : Indice de Masse Corporelle
- **ISH** : Intervalle Sans Hormones
- **IST** : Infections Sexuellement Transmissibles
- **LH** : Hormone Lutéinisante
- **LNG** : Lévonorgestrel
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **RSNP** : Rapport Sexuel Non Protégé
- **UKDILAS** : United Kingdom Drugs In Lactation Advisory
- **UKSPS** : United Kingdom Specialist Pharmacy Service
- **UPA** : Ulipristal Acetate ou Acétate d'Ulipristal
- **VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine
- **WHO** : World Health Organization

Introduction

La contraception d'urgence désigne les méthodes contraceptives permettant de prévenir une grossesse après un rapport sexuel non ou mal protégé. Permettre l'accessibilité à une contraception et prévenir les grossesses non désirées font partie des missions des centres de planning familial. Depuis de nombreuses années, les centres de planning familial répondent aux demandes de contraception d'urgence. Cela s'inscrit aussi dans leur mission d'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle.

Les indications de contraception d'urgence et les différents aspects entourant la prise en charge des demandes sont complexes. Ce document propose un apport méthodologique et pratique pour formaliser la conduite à tenir en se basant sur les dernières études scientifiques et sur la longue expérience des centres de planning familial.

Ce *Vade-mecum* est la deuxième édition, entièrement revue et mise à jour, d'un document paru initialement en 2017. Il contient :

- une synthèse de la littérature scientifique ;
- les indications en cas d'absence ou de mauvaise utilisation d'une contraception régulière ;
- des recommandations de bonnes pratiques ;
- un état des lieux de l'accès à la contraception d'urgence en Belgique.

En annexe, se trouvent :

- des informations complémentaires sur l'indication de contraception d'urgence en cas de défaut de contraception hormonale ;
- un arbre décisionnel pour répondre aux demandes en fonction du temps écoulé depuis le rapport sexuel non protégé et la situation contraceptive ;
- une liste indicative des médicaments qui interagissent avec les pilules d'urgence ;
- un exemple de questionnaire à remettre lors d'une demande si la confidentialité de l'accueil ne peut pas être assurée.

Dans tous les outils destinés aux professionnel·les et au public, nous nous référons aux dernières recommandations internationales d'organismes spécialisés en matière de contraception dont The European Consortium for Emergency Contraception (ECEC)[1] et The College of Sexual and Reproductive Healthcare (CoSRH, anciennement Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare – FSRH ; les deux terminologies sont toujours utilisées)[2] .

Un document édité à part reprend l'arbre décisionnel et un récapitulatif des indications de contraception d'urgence. Une brochure d'information destinée au public est également disponible. Tous ces documents peuvent être téléchargés sur le site : www.documentation-planningfamilial.net.

Pour compléter l'information au public, le site www.macontraceptiondurgence.be propose un questionnaire anonyme qui, en 6 étapes et moins de 5 minutes, offre des solutions personnalisées aux personnes qui risquent une grossesse et souhaitent l'éviter. Il informe également sur l'utilisation, le coût et la délivrance de la contraception d'urgence.

1/ https://www.ec-ec.org/
2/ https://www.cosrh.org/

Synthèse de la littérature scientifique

Deux méthodes de contraception d'urgence sont disponibles : les pilules d'urgence à base de lévonorgestrel (LNG)[3] ou d'acétate d'ulipristal (UPA)[4] et le dispositif intra-utérin au cuivre (DIU Cu). Elles doivent être utilisées dans les 3 ou dans les 5 jours, voire plus de 5 jours dans certains cas pour le DIU Cu, qui suivent le rapport sexuel non ou mal protégé. Plus elles sont utilisées rapidement, plus elles sont efficaces.

L'Organisation Mondiale de la Santé recommande de fournir de manière anticipée des pilules d'urgence pour qu'elles soient à disposition directement en cas de besoin et que les personnes puissent les prendre dès que possible après un rapport sexuel non ou mal protégé[5]. Les recommandations du College of Sexual and Reproductive Health (CoSRH) sont plus nuancées. Elles suggèrent que la fourniture systématique à l'avance de pilules d'urgence ne serait pas rentable mais reconnaît que cela peut être utile dans certaines circonstances particulières si cela s'accompagne d'informations circonstanciées sur l'efficacité et le suivi ainsi que sur les méthodes contraceptives régulières efficaces.

La plupart des études disponibles montrent qu'une plus grande accessibilité aux pilules d'urgence n'augmente pas la fréquence de rapports sexuels non protégés ou de comportements sexuels à risque et n'entraîne pas une diminution de la volonté de recours à une contraception régulière[6].

Les personnes transmasculines peuvent être à risque de grossesse même si elles sont sous traitement à la testostérone et en aménorrhée. Les études confirment que la prise de testostérone ne doit pas être considérée comme un moyen de contraception. Les professionnel·les doivent en tenir compte dans le cadre de leurs consultations et proposer des méthodes contraceptives adéquates, y compris en termes de contraception d'urgence et de recours à une interruption de grossesse[7][8]. Aux États-Unis, des hommes transgenres et des personnes non binaires assignées femmes à la naissance ont participé à une enquête en ligne. Sur 413 personnes ayant répondu, 36% ont eu besoin d'une contraception d'urgence avant et après leur transition. La plupart ont utilisé des pilules d'urgence et deux personnes un DIU hormonal sans qu'aucune grossesse n'ait été signalée.[9]

3/ Commercialisée sous les noms de Justine®, Levodonna®, Norlevo®, Postinor®.

4/ Commercialisée sous le nom d'EllaOne®.

5/ WHO (2022). Family Planning – A Global Handbook for Providers. World Health Organization, November 2022. CHAPTER 3 – Emergency Contraceptive Pills. https://fphandbook.org/chapter-3-emergency-contraceptive-pills [Page consultée le 14/04/2026]

6/ FSRH (2017 amended April 2026). Guideline : Emergency Contraception. The Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, March 2017 amended April 2026, 71 p. https://www.cosrh.org/Common/Uploaded%20files/documents/fsrh-guideline-emergency-contraception03dec2020-amendedjuly2023-11jul.pdf_

7/ MUMFORD K., LIGHT A. (2023) An Update on Contraception for Transgender, Non-binary, and Gender-expansive Individuals in Current Obstetrics and Gynecology Reports, 2023, vol. 12, pp.76–82. https://link.springer.com/article/10.1007/s13669-023-00362-x

8/ DAS K., GOMEZ LOBO V. (2025) Contraception considerations in transmasculine and gender diverse adolescents and young adults in Reproduction, 2025, vol. 169, issue 1, e240080. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39418097/

9/ ABER N L., COLLINS E., KREMPASKY C.F. et al. (2025) Transmasculine and Gender Nonbinary Individuals' Assigned Female at Birth Experiences and Preferences With Emergency Contraception in Obstetrics & Gynecology, June 2025, vol. 145, n° 6S, pp.56S-57S. DOI: 10.1097 https://www.researchgate.net/publication/392296763_Transmasculine_and_Gender_Nonbinary_Individuals%27_Assigned_Female_at_Birth_Experiences_and_Preferences_With_Emergency_Contraception_ID_1366

	CONTRACEPTION D'URGENCE – MÉTHODES DISPONIBLES		
	MÉTHODE	**AVANTAGES**	**INCONVÉNIENTS**
1	**DIU Cu**	► CU la + efficace. ► Agit après l'ovulation mais avant l'implantation. Peut être placé jusqu'à 5 jours après l'ovulation. ► Peut toujours être placé jusqu'au 12e jour après le début des dernières règles. ► Contraception de longue durée.	► Nécessite l'intervention du ou de la médecin.
2	**Cu orale UPA**	► Plus efficace que le LNG. ► Agit maximum 5 jours (120h) après le rapport sexuel non ou mal protégé. ► Surtout efficace en l'absence de contraception hormonale.	► N'agit pas après l'ovulation. ► Efficacité potentiellement réduite en cas d'utilisation d'une contraception hormonale. ► Ne permet pas de débuter une contraception hormonale directement après la prise. ► Prix élevé et remboursement partiel pour les personnes en ordre de mutuelle.
3	**Cu orale LNG**	► Peut être utilisée en cas d'oubli ou de mauvaise utilisation d'une contraception hormonale. ► Permet de débuter une contraception hormonale directement après la prise. ► Gratuite pour les personnes en ordre de mutuelle.	► N'agit pas après l'ovulation. ► Moins efficace que l'UPA sauf en cas d'utilisation simultanée de piroxicam (40mg)[10]. ► Agit maximum 3 jours (72h) après le rapport sexuel non ou mal protégé.

10/ LI R.H.W, LO S.S.T., GEMZELL-DANIELSSON K. et al. (2023) Oral emergency contraception with levonorgestrel plus piroxicam: a randomised double-blind placebo-controlled trial in The Lancet, September 2023, vol. 402, Issue 10405, pp.851-858. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37597523/

Les pilules d'urgence



Les pilules d'urgence arrêtent ou postposent l'ovulation grâce à la molécule qu'elles contiennent : un progestatif de synthèse (LNG) ou un modulateur sélectif des récepteurs de la progestérone (UPA). Plus elles sont prises rapidement après le rapport sexuel non protégé, plus elles sont efficaces puisque la probabilité qu'elles soient prises avant l'ovulation augmente. La pilule d'urgence au lévonorgestrel est utilisée jusqu'à 72h (3 jours) après un rapport sexuel non protégé ; celle à l'acétate d'ulipristal est utilisée jusqu'à 120h (5 jours) après le rapport sexuel non protégé. Il ne s'agit pas de pilules abortives et elles n'interrompent pas une grossesse en cours.

Afin d'augmenter les chances de postposer l'ovulation, il faut prendre la pilule d'urgence le plus rapidement possible après le rapport non ou mal protégé ; idéalement, dans les premières 24h. Si une pilule d'urgence a déjà été prise dans la semaine qui précède, il convient de redonner la même pilule d'urgence que celle déjà prise.

Le LNG affecte le développement folliculaire ovarien avant l'augmentation de l'hormone lutéinisante (LH). Pris de 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, mais il n'inhibe plus l'ovulation quand le pic a déjà commencé. L'efficacité de l'UPA se poursuit lors de la montée de LH. L'ovulation est postposée dans 79 % des cas lorsque l'UPA est prise dans la phase ascendante du pic de LH mais plus ensuite[11]. Aucune des deux substances n'arrêtera l'ovulation si le pic de LH est dépassé.

Certaines études suggèrent que l'UPA aurait également un effet sur la nidation en modifiant l'endomètre[12]. Aucun consensus scientifique étayé ne vient confirmer cette hypothèse. Une revue de la littérature scientifique souligne même qu'un effet anti-implantation de l'UPA à la dose utilisée pour la contraception d'urgence est très improbable[13]. Selon cette revue, les résultats varient d'une étude à l'autre et montrent des modifications de l'endomètre minimes et incohérentes. L'UPA ne serait pas plus efficace que le hasard pour prévenir une grossesse après l'ovulation.

Efficacité

Les pilules d'urgence ne sont pas efficaces à 100 % et elles sont moins efficaces que l'utilisation d'une méthode contraceptive régulière.

Les estimations de l'efficacité sont faites à partir d'essais cliniques comparant le nombre de grossesses observées après une contraception d'urgence aux taux de grossesse attendus en l'absence de contraception d'urgence (sur base de la probabilité de conception à un moment précis du cycle menstruel où les rapports sexuels ont eu lieu). Dans les essais comparatifs, l'UPA serait plus efficace que le LNG dans les 72 heures après un rapport sexuel non ou mal protégé[14]. Néanmoins, même en cas de prise répétée d'UPA au cours d'un même cycle, une ovulation finit par se produire dans plus de 70% des cycles[15].

Par ailleurs, bien que le niveau de preuves soit faible, il semble que l'utilisation d'une contraception hormonale affecte l'efficacité de l'UPA[16]. Son utilisation n'est donc pas recommandée si une contraception hormonale est utilisée ou a été utilisée au cours des

7 derniers jours. Pour la même raison, une contraception hormonale ne pourra être entamée ou reprise qu'au plus tôt 5 jours après la prise de l'UPA[17/18]. Une attention particulière accordée au démarrage ou à la reprise d'une contraception hormonale est un facteur important à examiner avec la personne concernée par une contraception d'urgence[19].

A l'opposé de la perte d'efficacité, une étude sur 860 femmes a montré que certains anti-inflammatoires de longue durée, à base de 40 mg de piroxicam, améliorent de beaucoup l'efficacité de la pilule d'urgence au LNG (de 63% à 95%)[20]. Ceci n'est pas repris dans les recommandations pour l'instant, d'autant que ces anti-inflammatoires nécessitent une prescription, ce qui n'est pas le cas de la pilule d'urgence. Il convient de souligner que la pratique des centres de planning familial permettrait de délivrer les deux simultanément, moyennant la vérification de l'absence de contre-indications médicales.

Interactions médicamenteuses

La prise de certains médicaments dans les derniers 28 jours provoque des interactions avec les pilules d'urgence et diminue leur efficacité. C'est le cas des antituberculeux, des antiépileptiques, des antirétroviraux, du millepertuis, des anti-tumoraux et des médicaments utilisés dans le traitement de l'hypertension pulmonaire, de l'obésité et de la narcolepsie (cf. Annexe 4).

De nouveaux traitements de l'obésité[21] sont soupçonnés de réduire l'efficacité de la contraception hormonale orale. Pour l'instant, cela ne semble être confirmé que pour le traitement à base de tirzépatide (Mounjaro®). Le FSRH recommande d'ajouter une méthode barrière pendant 4 semaines en début de traitement ou après chaque augmentation de dosage ou de préférer une contraception non orale[22]. Il n'existe aucune preuve directe, ni aucune donnée pharmacocinétique, concernant l'effet sur la contraception hormonale d'urgence. Néanmoins, les vomissements et les diarrhées sont des effets secondaires fréquents de ces traitements. Le FSRH préconise de se référer aux recommandations habituelles et rappelle que le dispositif intra-utérin au cuivre est la méthode de contraception d'urgence la plus efficace[23].

Pour vérifier le détail des interactions médicamenteuses, il est conseillé de se référer au site https://www.drugs.com/.

Le traitement post-exposition au VIH (ténofovir, emtricitabine, doravirine) ne contient aucun médicament inducteur enzymatique susceptible de réduire l'efficacité de la contraception d'urgence par voie orale[24]. Quel que soit le schéma thérapeutique utilisé dans le cadre du VIH, il est recommandé de vérifier les interactions potentielles avec la contraception d'urgence orale à l'aide de l'outil en ligne "*HIV Drug Interactions*" de l'université de Liverpool (https://www.hiv-druginteractions.org/checker).

La testostérone n'a pas d'effet sur la contraception d'urgence orale. Les personnes transgenres peuvent recourir à toutes les méthodes de contraception d'urgence qu'elles suivent ou non un traitement hormonal masculinisant[25/26].

Influence du poids corporel

Différentes sources mentionnent un risque d'échec plus élevé des pilules d'urgence chez les personnes dont l'indice de masse corporelle (IMC) est ≥25 ou 30/m^2 ou le poids est >70 ou 80kg. Pour les personnes dont l'IMC est ≥30/m^2, le DIU Cu est la méthode la plus fiable[27/28]. Une étude plus récente suggère que les personnes présentant un IMC ou un poids corporel élevé (IMC>26 ou poids>70kg) courent un risque plus élevé d'échec avec une pilule d'urgence au LNG et que le seul fait de doubler la dose de lévonorgestrel ne soit pas efficace[29]. La pilule d'urgence à l'acétate d'ulipristal semble offrir de meilleurs résultats[30].

The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH) n'a pas encore modifié ses recommandations qui reprennent toujours le DIU au cuivre en première intention suivi de la pilule d'urgence à l'acétate d'ulipristal ou d'une double dose de celle au lévonorgestrel[31]. Des recherches supplémentaires devraient être menées pour mieux comprendre les mécanismes d'échec de la contraception d'urgence hormonale en lien avec le poids ou l'IMC des personnes concernées[32]. Compte tenu de l'amélioration importante de l'efficacité de la pilule au LNG associée à 40 mg de piroxicam, cela semble être une alternative plus intéressante que le doublement de la dose dans ce cas.

En ce qui concerne l'UPA, une étude pharmacodynamique récente démontre qu'une dose standard a une efficacité similaire chez des personnes de poids et d'IMC variables. Les principaux paramètres pharmacocinétiques de l'UPA ne semblent pas être affectés par le poids et l'IMC[33].

Le Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique (CBIP) recommande l'UPA comme un premier choix pour les femmes avec un IMC>26/m^2 ou un poids corporel >70kg et comme une alternative au DIU Cu entre 3 et 5 jours après un rapport non protégé[34].

Contre-indications et effets secondaires

La pilule d'urgence comporte moins de risques pour la santé que la pilule contraceptive. En effet, la pilule contraceptive combinée comporte des estrogènes à l'origine des risques cardiovasculaires, tandis que la pilule d'urgence ne contient que des progestatifs[35].

Le recours à la contraception d'urgence hormonale n'a pas de contre-indication absolue[36].

Néanmoins, l'UPA a un effet anti-glucocorticoïde et est donc contre-indiqué en cas d'asthme sévère traité avec un glucocorticoïde oral. L'UPA est également contre-indiqué en cas d'insuffisance hépatique sévère, mais il est peu probable qu'une prise unique aggrave le problème hépatique. Cette contre-indication n'est pas reprise dans les recommandations de la FSRH.

La pilule d'urgence peut perturber le cycle menstruel et des saignements peuvent survenir quelques jours après la prise du comprimé. Des nausées et vomissements, bien que rares, peuvent également être observés. Si dans les 3 heures après l'avoir prise, des vomissements ou une diarrhée aigüe interviennent, la pilule d'urgence n'a peut-être pas été absorbée et il faut en prendre une deuxième.

Usage répété des pilules d'urgence

Bien que les pilules contraceptives d'urgence soient indiquées pour un usage unique, leur prise à plusieurs reprises ne présente aucun risque connu pour la santé, même au cours d'un même cycle menstruel. Même si les données disponibles concernant le recours répété aux pilules d'urgence sont limitées, elles ne laissent pas présager de problèmes de sécurité[37/38].

Les recommandations internationales insistent toutefois sur l'importance de conseiller une méthode contraceptive régulière pour une protection continue contre les grossesses non désirées. Cependant, pour certaines personnes les pilules d'urgence peuvent être la méthode choisie ou la seule qui soit disponible ou abordable.

Allaitement

Le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT)[39] et The UK Drugs In Lactation Advisory Service (UKDILAS)[40] ne mentionnent pas de contre-indications pour la prise unique de pilules d'urgence au LNG ou à l'UPA et l'interruption de l'allaitement n'est pas nécessaire[41/42/43/44].

Néanmoins, en regard du temps nécessaire à la diminution du taux de l'UPA dans le sang et en l'absence de données cliniques, la prise répétée d'UPA n'est pas indiquée durant l'allaitement. Le DIU Cu ou la pilule d'urgence au LNG restent les premiers choix[45].



Échec et suivi

Il est recommandé de faire un test de grossesse 3 semaines après le recours à une pilule d'urgence afin de s'assurer qu'il n'y a pas de grossesse en cours. La pilule d'urgence ne protège pas pour les rapports sexuels ultérieurs, une contraception régulière est recommandée.

Une contraception hormonale peut débuter ou être poursuivie immédiatement après la prise de lévonorgestrel combinée avec une utilisation du préservatif durant 7 jours. La contraception d'urgence à l'UPA sera moins efficace si une contraception hormonale régulière est utilisée. De plus, celle-ci ne peut être poursuivie ou commencer que 5 jours après la prise de l'UPA, combinée avec une utilisation du préservatif pour les rapports sexuels durant 12 jours. Le CBIP conseille l'utilisation de la pilule d'urgence au LNG en cas de contraception hormonale.

Si une grossesse débute malgré l'utilisation d'une pilule d'urgence, il convient de donner toutes les informations permettant de prendre une décision éclairée. La procédure du recours à l'avortement doit être expliquée que le centre de planning familial le pratique ou pas. Si la grossesse est poursuivie, il convient de rassurer quant au risque de malformation du fœtus. D'après le CRAT, les données publiées chez des personnes exposées au LNG en cours de grossesse sont peu nombreuses, mais le recul est important et aucun élément inquiétant n'est retenu à ce jour[46]. Une étude récente confirme que la pilule d'urgence au LNG prise après l'ovulation n'affecte pas la nidation et n'a pas d'incidence sur le développement fœtal[47]. Par ailleurs, les données publiées pour des personnes enceintes exposées aux contraceptifs estroprogestatifs d'une manière générale, sont très nombreuses et rassurantes. Les données publiées pour celles exposées à l'UPA durant la grossesse sont quasi inexistantes mais aucun élément inquiétant n'est retenu à ce jour[48]. Sur les modèles animaux, il n'a pas été noté d'effet malformatif chez les fœtus vivants.

11/ GLASIER A.F., CAMEROUN S.T., FINE P.M. et al. (2010). Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis in Lancet, February 2010, vol. 375, n° 9714, pp.555–562. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20116841/

12/ MOZZANEGA B., NARDELLI G.B. (2019). UPA and LNG in emergency contraception : the information by EMA and the scientific evidences indicate a prevalent anti-implantation effect in The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, February 2019, vol. 24, n° 1, pp.4-10. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30656992/

13/ LI H.W.R., RESCHE-RIGON M., BAGCHI I.C. et al. (2019). Does ulipristal acetate emergency contraception (ella®) interfere with implantation ? in Contraception, November 2019, vol. 10, Issue 5, pp.386-390. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31351035/

14/ HAMDAOUI N., CARDINALE C., AGOSTINI A. (2018). La contraception d'urgence. RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité Sénologie, Décembre 2018, vol. 46, n° 12, pp.799-805. https://doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.006

15/ JESAM C., COCHON L., SALVATIERRA A.M. et al. (2016). A prospective, open-label, multicenter study to assess the pharmacodynamics and safety of repeated use of 30 mg ulipristal acetate in Contraception, April 2016, vol. 93, Issue 4, pp.310-316. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26764121/

16/ SNYDER E.M., CURTIS K.M., NGUYEN A.T. et al. (2025). Hormonal contraception after use of ulipristal acetate as emergency contraception : A systematic review in Contraception [Articles in Press Online], April 2025. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12246820/

17/ ICEC. (2018). Emergency Contraceptive Pills : Medical and Service Delivery Guidance. International Consortium for Emergency Contraception, International Federation of Gynecology and Obstetrics, December 2018, Fourth Edition, 24 p. https://www.ec-ec.org/wp-content/uploads/2019/01/ICEC-guides_FINAL.pdf

18/ CEULEMANS M., CHRISTIAENS T., DE WULF I. et al. (2021). Recommandations : Contraception d'urgence en Belgique. CBIP, 28 mai 2021. https://www.bcfi.be/pub_files/Contraception_d_urgence_recommandations_Belgique_2021.pdf_

19/ BAIRD A.S., TRUSSELL J., WEBB A. (2015). Use of ulipristal acetate and levonorgestrel for emergency contraception: a follow-up study in The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care, April 2015, vol. 41, n° 2, pp.116-121. https://doi.org/10.1136/jfprhc-2013-100733

20/ LI R.H.W, LO S.S.T., GEMZELL-DANIELSSON K. et al. (2023). Op.cit. p.6

21/ Analogues du GIP/GLP-1 commercialisés en Belgique sous le nom Mounjaro® (tirzépatide), Ozempic® et Wegovy® (sémaglutide).

22/ FSRH (2025). Glucagon-like peptide-1 (GLP-1) agonists and oral contraception. FSRH statement, January 2025. https://www.cosrh.org/Public/Public/Documents/FSRH-statement-Glucagon-like-peptide-1-agonists-and-oral-contraception-Feb-2025.aspx

23/ Ibid.

24/ FSRH (2017 amended April 2026). Op.cit. p.5

25/ FAUCHER P., HASSOUN D., LINET T. (2013). Santé sexuelle et reproductive des personnes LGBT. Elsevier Masson, 2013. Chapitre 13 : Contraception et avortement, pp.141-150.

26/ BONNINGTON A., DIANAT S., KERNS J. et al. (2020). Society of Family Planning clinical recommendations: Contraceptive counseling for transgender and gender diverse people who were female sex assigned at birth in Contraception, August 2020, vol. 102, n°2, pp.70-80. https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(20)30104-9/fulltext

27/ HAMDAOUI N., CARDINALE C., AGOSTINI A. (2018). Op.cit. p.10

28/ ICEC (2018). Op.cit. p.10

29/ EDELMAN A.B., HENNEBOLD J.D., BOND K. et al. (2022). Double Dosing Levonorgestrel-Based Emergency Contraception for Individuals With Obesity : A Randomized Controlled Trial in Obstetrics & Gynecology, July 2022, vol. 140, n° 1, pp.48-54. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9205298/

30/ EDELMAN A.B., HENNEBOLD J.D., BOND K. et al. (2025). Double dosing ulipristal acetate emergency contraception for individuals with obesity : a randomised crossover trial in British Medical Journal of Sexual & Reproductive Health, January 2025, vol. 6, n° 51, pp.27-35. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39004442/

31/ FSRH. (2022). FSRH CEU Statement : Response to new evidence relating to dose of levonorgestrel oral emergency contraception for individuals with higher body mass index (BMI). 4 August 2022. https://www.cosrh.org/Common/Uploaded%20files/documents/fsrh-ceu-statement-response-to-edelman-2022-aug22.pdf

32/ SALCEDO J., CLELAND K., BARTZ D., THOMPSON I. (2023). Society of Family Planning Clinical Recommendation : Emergency contraception in Contraception, May 2023, vol. 121, n° 109958. https://societyfp.org/wp-content/uploads/2023/05/SFP-Clinical-Recommendation_Emergency-contraception-2023_Final.pdf

33/ EDELMAN A., HENNEBOLD J.D., BOND K. et al. (2025). Op.cit.

34/ CEULEMANS M., CHRISTIAENS T., DE WULF I. et al. (2021). Op.cit. p.10

35/ FSRH (2017 amended April 2026). Op.cit. p.5

36/ HAMDAOUI N., CARDINALE C., AGOSTINI A. (2018). Op.cit. p.10

37/ RUDZINSKY P., LOPUSZYNSKA I., PAZIK D. et al. (2023). Emergency contraception – A review in European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, December 2023, vol. 291, pp.213-218. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37922775/

38/ STEYN P.S., FLEURANT E., SMITH E.M. et al. (2025). Safety of repeated use of emergency contraceptive pills in the same menstrual cycle : a systematic review in British Medical Journal of Sexual & Reproductive Health, November 2025, vol. 51, Suppl.1, pp.s30-s37. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41184153/

39/ Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT). https://www.lecrat.fr/

40/ UK Specialist Pharmacy Service (UK SPS). Information resources for advice on medicines and breastfeeding. https://www.sps.nhs.uk/articles/information-resources-for-advice-on-medicines-and-breastfeeding/

41/ CRAT (2025). Lévonorgestrel – Allaitement. https://www.lecrat.fr/6254/ [Page mise à jour le 03/03/2025 et consultée le 14/04/2026]

42/ CRAT (2025). Ulipristal acétate – Allaitement. https://www.lecrat.fr/6272/ [Page mise à jour le 03/03/2025 et consultée le 14/04/2026]

43/ UK SPS (2023). Using emergency contraception during breastfeeding. https://sps.nhs.uk/articles/using-emergency-contraception-during-breastfeeding/

44/ FSRH (2025). Statement : Ulipristal Acetate and Breastfeeding. The Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 24 January 2025. https://www.cosrh.org/Public/Documents/FSRH-statement-Ulipristal-Acetate-and-Breastfeeding.aspx

45/ UK SPS (2023). Op.cit.

46/ CRAT (2025). Lévonorgestrel – Grossesse. https://www.lecrat.fr/6252/ [Page mise à jour le 03/03/2025 et consultée le 14/04/2026]

47/ ENDLER M., LI R.H.W., DANIELSSON K.G. (2022). Effect of levonorgestrel emergency contraception on implantation and fertility : A review in Contraception, May 2022, vol. 109, pp.8-18. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35081389/

48/ CRAT (2025). Ulipristal acétate – Grossesse. https://www.lecrat.fr/6271/ [Page mise à jour le 03/03/2025 et consultée le 14/04/2026]

Le dispositif intra-utérin au cuivre



Le dispositif intra-utérin (DIU) se compose généralement d'un support en polyéthylène, à bras latéraux flexibles. Un fil de nylon attaché au support permet le retrait du dispositif. Il doit être placé dans l'utérus par une ou un médecin. Il existe deux types de DIU : le DIU au cuivre (DIU Cu) et le DIU hormonal (DIU LNG). Le DIU Cu est porteur d'une surface de cuivre variant de 200 à 380 mm^2. Le DIU LNG est muni d'une capsule qui libère quotidiennement du lévonorgestrel.

La concentration de cuivre sur le DIU inhibe la mobilité, la viabilité et la capacité de fertilisation des spermatozoïdes. Elle modifie également l'endomètre (paroi de l'utérus) et, dans le cas de la contraception d'urgence, empêche l'implantation de l'ovule éventuellement fécondé. En tant que contraception d'urgence, l'intérêt du dispositif intra-utérin au cuivre est d'agir également dans la phase de post-ovulation en stimulant la contractilité de l'utérus et en inhibant l'implantation.

Seul le DIU Cu est actuellement mentionné pour la contraception d'urgence dans les recommandations internationales. L'efficacité du DIU hormonal en contraception d'urgence a pour l'instant surtout été étudiée, avec des résultats satisfaisants, dans une utilisation en association avec la prise de LNG par voie orale[49]. Une étude semble indiquer que l'efficacité du DIU hormonal utilisé seul est comparable à celle du DIU au cuivre[50]. En réponse à cette étude, le FSRH recommande de ne pas modifier la pratique actuelle et encourage de nouvelles recherches qui pourraient soutenir l'indication du DIU hormonal comme contraception d'urgence[51]. Une publication prenant en compte de nombreux essais et études portant sur l'utilisation du DIU au cuivre ou hormonal en contraception d'urgence, arrive à la même conclusion en préconisant des études supplémentaires[52]. Enfin, récemment des données supplémentaires indiquent que le DIU Cu atteint un taux de prévention d'une grossesse de 100 % et que le taux du DIU LNG est lui de 93 à 96 %[53]. Même s'il mentionne qu'il s'agit d'une indication non encore validée officiellement (off label), le CBIP recommande déjà depuis quelques années, le DIU LNG comme premier choix en contraception d'urgence au même titre que le DIU Cu[54]. Si la personne préfère un DIU au LNG, il convient de l'informer qu'il est un peu moins efficace et qu'un test de grossesse est indiqué 21 jours après le placement, sachant que le LNG à haute dose dans l'utérus peut être tératogène.

Efficacité

Le DIU Cu est efficace comme contraception d'urgence jusqu'à 120h (5 jours) après un rapport sexuel à risque et au-delà si la date de l'ovulation peut être estimée (jusqu'à 5 jours après la date estimée de l'ovulation la plus précoce). Un DIU Cu peut toujours être placé jusqu'au 12e jour après le début des règles si le ou les rapports non ou mal protégés ont eu lieu dans la première partie du cycle[55].

Raisonnement : Le cycle le plus court est de 21 jours. L'ovulation a lieu 14 jours avant les règles suivantes, c'est-à-dire au plus tôt le 7e jour du cycle. Le DIU Cu peut être placé jusqu'à 5 jours après l'ovulation, soit jusqu'au 12e jour.

Le placement d'un DIU Cu est la méthode de contraception d'urgence la plus efficace. Le risque de grossesse après la pose d'un DIU Cu 6 à 14 jours après un rapport sexuel non protégé a été évalué. Dans les données collectées, aucune femme n'est tombée

CYCLE DE 21 JOURS

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	1
Période durant laquelle a eu lieu le rapport sexuel non protégé																					

1er jour des règles — Ovulation — Limite d'efficacité DIUcu

enceinte dans le mois qui a suivi le placement du DIU Cu[56]. Une revue systématique des études comparatives récentes relève un taux d'échec de 0,104 % pour le DIU Cu et de 1,51 % pour la contraception d'urgence orale[57].

De plus, un DIU Cu permet de bénéficier d'une contraception non hormonale fiable et de longue durée (5 ans ou 10 ans en fonction des modèles). L'efficacité contraceptive est élevée et n'est pas influencée par les médicaments inducteurs enzymatiques ni par le poids ou l'indice de masse corporelle (IMC) même si un IMC élevé peut être associé à un risque accru d'expulsion[58]. Les dernières recommandations de l'OMS précisent que la plupart des femmes peuvent utiliser un DIU en toute sécurité et avec efficacité, y compris celles qui n'ont pas d'enfant, quel que soit leur âge, y compris les adolescentes. Cela inclut également celles qui viennent de recourir à un avortement ou de subir une fausse couche (s'il n'y a aucun signe d'infection), qui allaitent, ont eu une grossesse extra-utérine ou une maladie inflammatoire pelvienne dans le passé ou encore qui souffrent d'infections vaginales ou d'anémie[59/60]. Pour les nullipares, l'utilisation d'un modèle étroit est recommandée afin de diminuer les contractions utérines et les expulsions.

Contre-indications et effets secondaires

Le recours au DIU au cuivre n'est contre-indiqué qu'en cas d'allergie au cuivre, de malformations utérines ou d'infection actuelle grave des organes génitaux internes.

Des saignements menstruels plus importants et plus longs sont fréquents pendant les 3 à 6 premiers mois d'utilisation d'un DIU au cuivre. Il convient donc d'être prudent avec les personnes présentant des signes de ménorragies ou d'anémie grave. L'anémie peut être significativement aggravée par la pose d'un DIU au cuivre chez certaines personnes et même s'il peut convenir comme contraception d'urgence, ce ne sera sans doute pas la meilleure option sur le long terme.

Infections sexuellement transmissibles

Les infections sexuellement transmissibles ne constituent pas forcément une contre-indication à la pose ou au maintien d'un DIU. Le risque d'IST doit être discuté avec la personne concernée en fonction du comportement individuel et de la prévalence locale des IST, pour pouvoir poser un choix.

Il n'existe aucune donnée probante permettant de déterminer si la pose d'un DIU chez les personnes atteintes d'une IST augmente le risque de salpingite. Les données limitées suggèrent que le risque est faible.

L'utilisation d'un DIU Cu ne semble pas non plus provoquer de risque accru de contamination par le VIH, ni d'effet négatif sur la progression du VIH ou un risque accru de transmission sexuelle du VIH aux partenaires[61].

Pour la pose d'un DIU Cu comme contraception d'urgence, il convient de faire la recherche pour la chlamydia et la gonorrhée, de placer le DIU et de traiter rapidement si le résultat est positif (sans nécessité de retirer le DIU). Dans le cas où il n'est pas possible de faire cette recherche, le DIU peut être placé accompagné, le cas échéant après évaluation du risque d'IST, d'un traitement antibiotique préventif.

Personnes transmasculines

Pour les hommes trans* et les personnes qui prennent un traitement hormonal masculinisant, l'insertion d'un speculum pour la mise en place d'un DIU peut être difficilement supportée, particulièrement en cas d'atrophie et de sécheresse vaginales liées à la prise de testostérone. La pose sous sédation ou sous hypnose peut être envisagée. En dehors de l'utilisation du DIU en contraception d'urgence, en cas d'atrophie marquée, la prescription d'estrogènes locaux 15 jours avant la pose peut être proposée. Avant l'insertion, il est très important de signaler la possibilité de douleurs et de saignements lors de la pose et après, ce qui peut générer de la dysphorie et être perturbant pour certaines personnes qui ne connaissent plus ces symptômes depuis le début de la prise de testostérone[62].

Post-partum et allaitement

Le taux d'expulsion des DIU varie en fonction du moment de la pose, du type de dispositif et du mode d'accouchement, mais la pose d'un DIU peut avoir lieu à n'importe quel moment de la période du post-partum. Néanmoins, il existe un risque relatif accru de perforation au moment de la pose pendant la période du post-partum et l'allaitement. Même si le risque absolu de perforation reste faible, le DIU doit être placé par du personnel expérimenté et sa position doit être contrôlée après quelques semaines[63/64].

Utilisation d'une coupe menstruelle

L'expulsion du DIU en lien avec l'utilisation d'une coupe menstruelle est souvent évoquée. Les études menées jusqu'ici sont encore peu nombreuses mais elles semblent associer l'utilisation d'une coupe menstruelle et un risque accru d'expulsion du DIU, essentiellement au moment du retrait de la coupe menstruelle. Tous les modes d'emploi mentionnent d'annuler l'effet ventouse avant le retrait. La notice de certaines marques préconise de demander un avis médical si on utilise un DIU ou un anneau vaginal comme contraception. Cela rejoint les conclusions de différentes études menées depuis 2023. Toutes recommandent la prudence, une bonne information des personnes concernées et le développement de plus amples recherches sur le lien entre l'utilisation de produits d'hygiène menstruelle et l'expulsion de DIU[65/66/67].

Échec et suivi

Une visite de suivi est recommandée après les premières règles ou 3 à 6 semaines après la pose du DIU.

Les risques d'expulsion, de perforation, de grossesse et d'infection sont faibles. Si les directives médicales appropriées sont respectées, les cas de grossesse sont extrêmement rares. En cas de grossesse, il convient de donner toutes les informations permettant une décision éclairée.

Si une grossesse survient malgré l'utilisation d'un DIU Cu, le risque relatif de grossesse extra-utérine augmente (le DIU évitant les grossesses intra-utérines)[68]. Si la grossesse est poursuivie, il convient d'informer des risques encourus. Si le DIU est laissé en place, il y a un risque accru d'infections, de fausse couche au deuxième trimestre et d'accouchement prématuré. Dans la mesure du possible, le retrait du DIU réduit le risque d'issue défavorable. Même si le retrait lui-même comporte un faible risque de fausse couche[69].

Si la personne souhaite interrompre sa grossesse, la procédure du recours à l'avortement doit lui être expliquée, que le centre de planning familial en pratique ou pas.

49/ TUROK D.K, SANDERS J.N., THOMPSON I.S. et al. (2016). Preference for and efficacy of oral levonorgestrel for emergency contraception with concomitant placement of a levonorgestrel IUD : a prospective cohort study in Contraception, June 2016, vol.93, n°6, pp.526–532. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S001078241530144X

50/ TUROK D.K., GERO A., SIMMONS R.G et al. (2021). Levonorgestrel vs copper intrauterine devices for emergency contraception in The New England Journal of Medicine, January 2021, n°384, pp.335–344. https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2022141

51/ FSRH (2021). FSRH CEU Statement: Response to Recent Publication Turok et al. (2021) "Levonorgestrel vs. Copper Intrauterine Devices for Emergency Contraception". https://www.cosrh.org/Common/Uploaded%20files/documents/fsrh-ceu-statement-lng-ius-vs-cu-iud-for-ec-feb-2021.pdf

52/ RAMANADHAN S., GOLDSTUCK N., HENDERSON J.T. et al. Progestin intrauterine devices versus copper intrauterine devices for emergency contraception (Review) in Cochrane Database of Systematic Reviews, 2023, Issue 2. https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013744.pub2/full

53/ NOURSE E., WOODCOCK A.L., BROWN K.S. et al. Estimating emergency contraception efficacy with levonorgestrel and copper intrauterine devices in Contraception, September 2025, vol. 149, n° 110946, pp.2-6. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010782425001374

54/ CEULEMANS M., CHRISTIAENS T., DE WULF I. et al. (2021). Op.cit. p.10

55/ WHO (2022). Op.cit. p.5

56/ THOMPSON I., SANDERS J.N., BIMLA SCHWARZ E. et al. Copper intrauterine device placement 6-14 days after unprotected sex in Contraception, September 2019, vol. 100, n° 3, pp.219-221. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S001078241930191X

57/ CHEUNG T.S., GOLDSTUCK N.D., GEBHARDT G.S. The intrauterine device versus oral hormonal methods as emergency contraceptives : A systematic review of recent comparative studies in Sexual & Reproductive Healthcare, June 2021, vol. 28, n° 100615. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1877575621000227

58/ ANTHONY M.S., ZHOU X., SCHOENDORF J. et al. Demographic, Reproductive, and Medical Risk Factors for Intrauterine Device Expulsion in Obsterics & Gynecology, December 2022, vol. 142, n° 6, pp.1017-1030. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36357958/

59/ WHO (2022). Op.cit. p.5

60/ FSRH (2023 amended 2025). Guideline : Intrauterine Contraception, March 2023 amended January 2025 https://www.cosrh.org/Common/Uploaded%20files/documents/fsrh-clinical-guideline-intrauterine-contraception-mar-23-amended.pdf

61/ WHO (2025). Medical eligibility criteria for contraceptive use. 2025, Sixth Edition. Intrauterine devices (IUDs), pp.85-108 & Copper-bearing IUD (Cu-IUD) for emergency contraception (E-IUD), pp.85-109. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/9f048e30-0d14-4187-b167-9c24b9102092/content

62/ FAUCHER P., HASSOUN D., LINET T. (2013) Op.cit. p.10

63/ AVERBACH S.H., ERMIAS Y., JENG Y. et al. (2020) Expulsion of intrauterine devices after postpartum placement by timing of placement, delivery type, and intrauterine device type : a systematic review and meta-analysis in American Journal of Obstetrics and Gynecology, August 2020, vol. 23, issue 2, pp.177-188. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32142826/

64/ FSRH (2023 amended 2025). Op.cit.

65/ BOWMAN N., THWAITES A. (2023) Menstrual cup and risk of IUD expulsion – a systematic review in Contraception and Reproductive Medicine, January 2023, Volume 8, article 15, 7 p. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36670496/

66/ BROWN J.E., CREININ M.D., WU H. et al. (2024) Menstrual cup use and intrauterine device expulsion in a copper intrauterine device randomized trial in Contraception, Juny 2024, vol. 134, n° 110415 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38431257/

67/ MADAR J., GAUCHER M., BARBAROUX A. (2024) Étude RIESC : risques d'infections uro-génitales et d'expulsion dans l'association stérilet et coupe menstruelle in Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie, Décembre 2024, vol. 52, n° 12, pp.683-689 https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468718924002599?via%3Dihub

68/ WHO (2025). Op.cit.

69/ CoSRH (2025) UK Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. CoSRH, 2025. https://www.cosrh.org/Common/Uploaded%20files/documents/UKMEC_2025.pdf

Indications de contraception d'urgence

Indications de CU et défaut de contraception non hormonale ou absence de contraception

- En cas de rapport sexuel non ou mal protégé, **quel que soit le moment du cycle menstruel**.
- En cas de rapport sexuel non ou mal protégé, **après l'arrêt d'une contraception de longue durée (implant, dispositif intra-utérin)**.
- En cas de rapport sexuel non ou mal protégé, **à partir du 5e jour après un avortement** ou une fausse couche.
- En cas de rapport sexuel non ou mal protégé, **à partir du 21e jour après l'accouchement**, sauf si aménorrhée et respect strict d'allaitement maternel exclusif jour et nuit pendant les 6 premiers mois du post-partum (méthode MAMA).

POST-PARTUM	
TYPE D'ALLAITEMENT	**RAPPORT SEXUEL NON PROTÉGÉ**
► Allaitement maternel exclusif *Jour et nuit, sans retour des règles*	► CU indiquée à partir de 6 mois de post-partum
► Allaitement maternel *Uniquement jour, pas de tétées la nuit et/ou retour des règles*	► CU indiquée dès que les critères stricts d'allaitement exclusif jour et nuit et d'aménorrhée ne sont plus respectés
► Allaitement mixte	► CU indiquée à partir de 21 jours de post-partum

DÉFAUT DE CONTRACEPTION NON HORMONALE OU ABSENCE DE CONTRACEPTION				
DIU Cu Si RSNP < 72h > 72h et < 120h	Ou	**CU orale UPA** Si RSNP < 72h > 72h et < 120h	Ou	**CU orale UPA** Si RSNP < 72h > 72h et < 120h

Indications de CU et défaut de contraception hormonale

On parle **d'intervalle sans hormones** (ISH) pour parler de la pause de 7 jours entre deux plaquettes, deux anneaux ou deux séries de trois patchs.

N.B. Des informations complémentaires sur les défauts de contraception pour chaque méthode sont reprises en Annexe 1.

Contraception estroprogestative

La pilule

Pilules (21 comprimés actifs ou 28 comprimés avec 21 actifs et 7 placebos) à prendre quotidiennement et contenant un estrogène et un progestatif.

Les indications concernent uniquement les produits contenant de l'**éthinylestradiol, avec arrêt entre 2 plaquettes ou pilules placebos durant 7 jours**[70].

Bien que les recommandations internationales auxquelles nous nous référons ne concernent que les pilules monophasiques à l'éthinylestradiol avec 7 jours d'arrêt entre 2 plaquettes (21 comprimés), nous les avons étendues aux pilules de même composition proposant 28 comprimés avec les 7 dernières pilules placebos. C'est pourquoi nous parlons de dernière pilule **active** prise quand la confusion est possible.

Il faut **7 jours consécutifs de couverture hormonale** pour que l'effet contraceptif soit assuré. L'intervalle sans hormones (ISH) entre deux plaquettes **débute 24h après la prise de la dernière pilule active**. Prises correctement, les pilules contraceptives estroprogestatives d'une plaquette assurent une **couverture contraceptive continue durant 28 jours**, y compris durant l'ISH.

L'ISH entre deux plaquettes doit être **de moins de 9 jours**. Si la plaquette suivante est entamée au-delà de ce délai, on parle de **redémarrage tardif**. L'oubli en cours de plaquette ne peut excéder **72h**. Le risque d'échec de la couverture contraceptive est le plus élevé en cas de **redémarrage tardif** ou d'oubli **durant la première semaine de la plaquette**.

COMMENT CALCULER L'INTERVALLE SANS HORMONES (ISH) ENTRE DEUX PLAQUETTES ?				
Lundi 9h	**Mardi 9h**	**Mercredi > lundi**	**Mardi 9h**	**Mercredi**
Dernière pilule active + **6 pilules actives précédentes prises correctement**	**Début ISH**	**ISH**	**Fin ISH** 1ère pilule plaquette suivante	**Si oubli mardi** 1ère pilule plaquette suivante **avant 9h OK**

INDICATIONS DE CONTRACEPTION D'URGENCE – PILULES ESTROPROGESTATIVES			
► Redémarrage tardif 9 jours ou plus après la dernière pilule active prise ► 2 pilules ou plus oubliées la 1ère semaine de la plaquette, 72h ou plus après la dernière pilule prise (si la 1ère pilule de la plaquette a été prise correctement) ► Plus de 7 pilules consécutives oubliées, quelle que soit la semaine de la plaquette			
DIU Cu Si RSNP < 72h > 72h et < 120h	Ou	**CU orale LNG** Si RSNP < 72h	**[CU orale UPA]** Si RSNP **Choix par défaut**[71] si RSNP >72h et <120h et DIU Cu pas envisageable

L'anneau vaginal

Anneau flexible en plastique, à placer et garder 3 semaines dans le vagin. Il contient un estrogène et un progestatif.

Il faut 7 **jours consécutifs de couverture hormonale** pour que l'effet contraceptif soit assuré. Utilisé correctement, l'anneau vaginal assure une **couverture contraceptive continue durant 28 jours**, y compris durant l'ISH.

On peut l'enlever **maximum 3h par 24h** sans diminuer son efficacité. Le **retrait accidentel** de l'anneau doit être **inférieur à 48h**.

L'intervalle sans hormones entre deux anneaux débute dès le retrait de l'anneau. L'ISH entre deux anneaux ne peut excéder **24h après l'arrêt de 7 jours**. Si l'anneau suivant est placé au-delà de ce délai, on parle de **redémarrage tardif**. Le **risque d'échec de la couverture contraceptive** est le plus élevé en cas de **redémarrage tardif** ou de **retrait prolongé durant la première semaine** d'utilisation.

COMMENT CALCULER L'INTERVALLE SANS HORMONES (ISH) ENTRE DEUX ANNEAUX ?			
Lundi 9h	**Mardi > Dimanche**	**Lundi 9h**	**Mardi**
Retrait de l'anneau + **Placement correct les 7 derniers jours** **À partir de 9h : début ISH**	**ISH**	**Fin ISH** 1ère pilule plaquette suivante	**Si oubli mardi** 1ère pilule plaquette suivante **avant 9h OK**

INDICATIONS DE CONTRACEPTION D'URGENCE – ANNEAU VAGINAL			
► **Redémarrage tardif, 8 jours ou plus depuis le retrait de l'anneau précédent** ► **Retrait de l'anneau 48h ou plus, la 1ère semaine d'utilisation** ► **Anneau resté en place plus de 5 semaines**			
DIU Cu Si RSNP < 72h > 72h et < 120h	Ou	**CU orale LNG** Si RSNP < 72h	**[CU orale UPA]** Si RSNP **Choix par défaut**[72] si RSNP >72h et <120h et DIU Cu pas envisageable

Le patch

Timbre à coller sur la peau (jamais sur les seins, les zones rasées ou irritées) et à changer chaque semaine. Il contient un estrogène et un progestatif.

Il faut **7 jours consécutifs de couverture hormonale** pour que l'effet contraceptif soit assuré. Un patch agit 9 jours. Utilisée correctement, une série de 3 patchs assure une **couverture contraceptive continue durant 28 jours**, y compris durant l'ISH. Un patch peut être décollé **maximum 24h** sans diminuer son efficacité. **Le décollement accidentel** du patch doit être **inférieur à 48h**.

L'intervalle sans hormones débute dès le retrait du dernier patch de la série. L'ISH entre deux séries de patchs ne peut excéder **24h après l'arrêt de 7 jours**. Si le premier patch est placé au-delà de ce délai, on parle de **redémarrage tardif**.

Le **risque d'échec de la couverture contraceptive** est le plus élevé en cas de **redémarrage tardif** ou de **décollement prolongé durant la première semaine d'utilisation.**

COMMENT CALCULER L'INTERVALLE SANS HORMONES (ISH) ENTRE DEUX SÉRIES DE PATCHS (ISH) ?			
Lundi 9h	**Mardi > Dimanche**	**Lundi 9h**	**Mardi**
Retrait du **dernier patch** + **Placement correct les 7 derniers jours** **À partir de 9h : début ISH**	**ISH**	**Fin ISH** Nouveau patch	**Si oubli lundi** Nouveau patch **avant 9h OK**

INDICATIONS DE CONTRACEPTION D'URGENCE – PATCH			
► **Redémarrage tardif, 8 jours ou plus, depuis le retrait du patch précédent** ► **Décollement accidentel pendant 48h ou plus, durant la 1ère semaine d'utilisation** ► **Utilisation prolongée du même patch pendant 48h ou plus, durant la 1ère semaine d'utilisation**			
DIU Cu Si RSNP < 72h > 72h et < 120h	Ou	**CU orale LNG** Si RSNP < 72h	**[CU orale UPA]** Si RSNP **Choix par défaut**[73] si RSNP >72h et <120h et DIU Cu pas envisageable

Contraception progestative

La pilule au désogestrel

Pilules à prendre quotidiennement en continu, sans arrêt entre les plaquettes, et contenant uniquement un progestatif, le désogestrel (28 comprimés actifs de même composition).

Il faut **7 jours consécutifs de couverture hormonale** pour que l'effet contraceptif soit assuré. Les pilules sont prises en continu sans intervalle sans hormones. Il ne peut pas y avoir **plus de 36h entre la prise de deux pilules** de la plaquette en cours **ou entre deux plaquettes**. Si la plaquette suivante est entamée au-delà de ce délai, on parle de **redémarrage tardif**.

La pilule à la drospirénone (Slinda®)

Pilules à prendre quotidiennement en continu, sans arrêt entre les plaquettes, et contenant uniquement un progestatif, de la drospirénone (28 comprimés dont les 4 derniers placebos[74]*).*

Il faut **7 jours consécutifs de couverture hormonale** pour que l'effet contraceptif soit assuré. Prises correctement, les pilules contraceptives progestatives d'une plaquette assurent une **couverture contraceptive continue durant 28 jours**, y compris durant les jours sous placebo.

Il ne peut pas y avoir **plus de 48h entre la prise de deux pilules actives** de la plaquette en cours. Il ne peut pas y avoir plus de **24h** entre deux plaquettes. Si la plaquette suivante est entamée au-delà de ce délai, on parle de **redémarrage tardif**.

INDICATIONS DE CONTRACEPTION D'URGENCE – PILULES PROGESTATIVES			
► **Pilules au désogestrel** – **Redémarrage tardif, de plus de 36h, entre deux plaquettes** – **1 pilule oubliée, plus de 36h, après la dernière pilule prise** ► **Pilules à la drospirénone** – **Redémarrage tardif, de plus de 24h, entre deux plaquettes** – **1 pilule oubliée, plus de 48h, après la dernière pilule active prise**			
DIU Cu Si RSNP < 72h > 72h et < 120h	Ou	**CU orale LNG** Si RSNP < 72h	**[CU orale UPA]** Si RSNP **Choix par défaut** si RSNP >72h et <120h et DIU Cu pas envisageable

Les pilules progestatives doivent être prises en continu, au même moment chaque jour, pour être efficaces. Les oublis représentent un risque élevé de défaut de la couverture contraceptive. Un test de grossesse, 3 semaines après le rapport sexuel non ou mal protégé, est indispensable pour éviter la découverte tardive d'une grossesse non-désirée.

La piqûre contraceptive

Injection d'un progestatif (acétate de médroxyprogestérone 150mg) par un prestataire de soins, à renouveler tous les 3 mois.

INDICATIONS DE CONTRACEPTION D'URGENCE – PIQÛRE CONTRACEPTIVE			
► **Redémarrage tardif, 14 semaines ou plus depuis la dernière injection** ► **Durant la 1ère semaine après un redémarrage tardif**			
DIU Cu Si RSNP < 72h > 72h et < 120h	Ou	**CU orale LNG** Si RSNP < 72h	**[CU orale UPA]** Si RSNP **Choix par défaut**[76] si RSNP >72h et <120h et DIU Cu pas envisageable

70/ Ces recommandations ne concernent pas les pilules monophasiques à l'éthinylestradiol proposant 24 comprimés (Perynella®) ou 28 comprimés avec les 4 dernières pilules placebos (e.a. Annaïs Continu®, Yaz®) ; ni les pilules de dernière génération, à l'estradiol (Zoely®) ou l'estetrol (Drovelis®, Lydisilka®), pour lesquelles nous n'avons actuellement pas d'études. Nous vous conseillons de vous référer aux indications des notices des marques concernées (disponibles sur www.cbip.be).

71/ À partir de plus de 9 jours sans hormones progestatives, on peut considérer qu'il n'y a plus d'interférence hormonale pour la prise d'une contraception d'urgence à l'acétate d'ulipristal (UPA). Il convient néanmoins de mesurer le bénéfice/risque sachant qu'il y a un délai d'attente de 5 jours après la prise d'UPA, pour reprendre une contraception hormonale régulière.

72/ Ibid.

73/ Cf. Note 71

74/ La pause hormonale par la prise de pilules placebos est censée diminuer le risque de saignements sporadiques (spotting).

75/ Cf. Note 71

76/ Cf. Note 71

Récapitulatif

Quelle que soit la situation, le DIU Cu est LA contraception d'urgence la plus efficace

AUCUNE CONTRACEPTION / OUBLI OU MAUVAISE UTILISATION D'UNE CONTRACEPTION NON-HORMONALE				
DIU CU Si RSNP < 72h > 72h et < 120h	Ou	**CU orale UPA** Si RSNP < 72h > 72h et < 120h	Ou	**CU orale UPA** Si RSNP < 72h > 72h et < 120h

CONTRACEPTION COMBINÉE ESTROPROGESTATIVE (ÉTHINYLESTRADIOL + PROGESTATIF)

PILULES
- ► Redémarrage tardif 9 jours ou plus après la dernière pilule active prise
- ► 2 pilules ou plus oubliées la 1ère semaine de la plaquette, 72h ou plus après la dernière pilule prise (si la 1ère pilule de la plaquette a été prise correctement).
- ► Plus de 7 pilules consécutives oubliées, quelle que soit la semaine de la plaquette

ANNEAU VAGINAL
- ► Redémarrage tardif, 8 jours ou plus depuis le retrait de l'anneau précédent
- ► Retrait de l'anneau 48h ou plus, la 1ère semaine d'utilisation
- ► Anneau resté en place plus de 5 semaines

PATCH
- ► Redémarrage tardif, 8 jours ou plus, depuis le retrait du patch précédent
- ► Décollement accidentel du patch pendant 48h ou plus, la 1ère semaine d'utilisation
- ► Utilisation continue du même patch pendant 48h ou plus, la 1ère semaine d'utilisation

DIU Cu Si RSNP < 72h > 72h et < 120h	Ou	**CU orale LNG** Si RSNP < 72h	**[CU orale UPA]** Si RSNP **Choix par défaut** si RSNP >72h et <120h et DIU Cu pas envisageable

CONTRACEPTION PROGESTATIVE

PILULES
- ► Redémarrage tardif, de plus de 36h, entre deux plaquettes
- ► 1 pilule oubliée, plus de 36h, après la dernière pilule prise

PILULES À LA DROSPIRENONE
- ► Redémarrage tardif, de plus de 24h, entre deux plaquettes
- ► 1 pilule oubliée, plus de 48h, après la dernière pilule active prise

PIQÛRE CONTRACEPTIVE
- ► Redémarrage tardif, 14 semaines ou plus depuis la dernière injection
- ► Durant la 1ère semaine après l'injection en cas de redémarrage tardif

DIU Cu Si RSNP < 72h > 72h et < 120h	Ou	**CU orale LNG** Si RSNP < 72h	**[CU orale UPA]** Si RSNP **Choix par défaut** si RSNP >72h et <120h et DIU Cu pas envisageable

Recommandations de bonne pratique

Accueil

- Veiller à un accueil bienveillant et non-moralisateur en adoptant une posture professionnelle objective et informative, détachée d'éventuels aspects moraux.
- Permettre aux personnes de poser, en connaissance de cause, des choix qui leur sont propres en veillant à ce qu'elles reçoivent une information suffisante et compréhensible.
- Se rappeler que les personnes transmasculines, sous traitement hormonal ou non, sont à risque de grossesse et peuvent bénéficier de toutes les méthodes de contraception d'urgence.
- Veiller à la confidentialité de la demande et si le contexte ne le permet pas, envisager l'utilisation d'un questionnaire pour éviter à la personne de s'exprimer à haute voix (cf. Annexe 3).
- Accompagner le choix d'une contraception d'urgence sur base des recommandations médicales fondées sur les lignes directives internationalement reconnues (Cf. Annexe 2).
- Chercher à comprendre la stratégie contraceptive existante et proposer un soutien approprié en envisageant une contraception régulière adaptée au mode de vie de la personne concernée.
- Laisser la personne décider d'utiliser la pilule d'urgence comme méthode de contraception sur base d'une information claire et complète, notamment sur sa fiabilité relative.
- Répondre favorablement à une demande de la part d'une tierce personne (conjoint·e, ami·e, parent·e, etc.) en veillant à ce qu'elle reçoive une information suffisante et qu'elle comprenne l'importance de la transmettre.

Précautions d'usage et suivi

- Toujours prévoir un test de grossesse 3 semaines après l'utilisation d'une contraception d'urgence.
- En cas de doute sur le suivi contraceptif (calculs compliqués, mauvaise connaissance du cycle, oublis multiples, etc.), opter pour une CU et la mise en place d'une contraception régulière adaptée avec une protection supplémentaire de type barrière, jusqu'à l'utilisation durant 7 jours consécutifs de la contraception régulière.
- Proposer le DIU Cu au même titre que les pilules d'urgence si des médecins, formé·es et habitué·es à la pose de DIU, sont en mesure d'intercaler ces rendez-vous entre leurs consultations ou en orientant vers un centre de planning ou un·e médecin en capacité de répondre à la demande.
- Poursuivre l'accompagnement en cas d'échec de la contraception d'urgence que la grossesse soit poursuivie ou non.

Dépistage

Chaque consultation en centre de planning familial est une occasion de dépister les IST dont le VIH et les hépatites, ou de détecter des violences sexuelles et/ou conjugales. Une demande de contraception d'urgence représente une opportunité encore plus évidente.

IST-VIH

- Toujours penser qu'un rapport sexuel non protégé peut entraîner une IST et en cas de suspicion et/ou de situation à risque, proposer un test de dépistage.
- Expliquer les différents types de dépistage et leurs indications : la prise de sang pour le VIH, la syphilis et les hépatites ; le TROD (dépistage à lecture rapide) pour le VIH, la syphilis et les hépatites ; l'autotest pour le VIH ; le frottis vaginal, anal et/ou oral pour la chlamydia et la gonorrhée ; le frottis du col utérin pour les papillomavirus humains (HPV).
- Evaluer le risque d'IST et l'opportunité d'un traitement préventif en cas de placement d'un DIU, si le dépistage et/ou le recours à une analyse en laboratoire sont compliqués.
- Saisir l'opportunité d'évaluer le risque d'infection au VIH et, le cas échéant, de recommander un traitement d'urgence contre le VIH (Traitement Post-Exposition (TPE)[77], disponible dans les services d'urgence des centres de référence VIH[78].
- Orienter vers un centre de référence VIH, en cas de résultats positifs au dépistage du VIH[79].

Les dernières données belges disponibles font état de plus de 30 % de diagnostics VIH posés tardivement, dont 43 % chez les femmes hétérosexuelles. Il est important de porter une attention accrue aux femmes qui appartiennent à des populations clés, en particulier celles qui sont originaires de régions à forte prévalence dont l'Afrique subsaharienne. Les autres infections sexuellement transmissibles (chlamydia, gonocoque, syphilis) sont aussi en progression constante et ont tendance à toucher des publics de plus en plus diversifiés[80]. La réduction du nombre de personnes ignorant leur état de séropositivité est un enjeu de santé publique depuis maintenant plusieurs années.

Violences conjugales et sexuelles

- Envisager que le rapport sexuel non protégé ait pu être non consenti, en cas de suspicion proposer un accompagnement et être vigilant-es par rapport à certains critères de vulnérabilité (exemples non exhaustifs : personne mineure, personne en situation de handicap, LGBTQIA+, recours multiples aux dépistages IST ou à une contraception d'urgence). Pour les violences conjugales, vous pouvez communiquer les coordonnées de la ligne d'écoute du 0800 30 030 (lundi au samedi, 9h à 20h) et pour les violences sexuelles, la ligne d'écoute de SOS viol 0800 98 100 (lundi au vendredi, 8h à 18h). Pour les mineur-es en cas de danger grave et imminent, vous pouvez contacter SOS Enfants ou le SAJ[81].

- Accompagner la personne en se référant à l'outil DPO (Détection Prise en charge Orientation) de prise en charge des victimes à l'usage des professionnel·les, pour leur permettre de mieux détecter, prendre en charge et orienter les victimes, quel que soit leur âge ou leur genre[82].

- Orienter, en cas de faits de violences avérés, vers un Centre de Prise en charge des victimes de Violences Sexuelles (CPVS)[83].

Une part non négligeable de la population est victime de violences sexuelles au cours de sa vie. Les femmes, les filles et les personnes transgenres courent disproportionnellement plus de risques d'être victimes[84]. Selon un rapport récent d'analyse de l'enquête européenne sur la violence à l'égard des femmes et d'autres formes de violence interpersonnelle, les résultats belges indiquent que les victimes de violences sexuelles par partenaire sont quasi exclusivement des femmes et que cela concerne environ 1 femme sur 13 (7,6 %)[85]. A Bruxelles, 33,7% des femmes déclarent avoir subi au moins une fois de la violence par leur partenaire intime, ce chiffre monte à 42,5% en Wallonie[86]. Cela démontre l'importance de la détection de violences dans ce cadre tout en tenant compte de la demande de la personne et de sa difficulté éventuelle à formuler sa situation.

77/ Autres dénominations : Prophylaxie Post-Exposition (PPE ou PEP en anglais) ou Non-Occupational HIV Post-Exposure Prophylaxis (NONOPEP). Traitement d'une durée de 28 jours, à initier le plus tôt possible, idéalement dans les 48 heures après l'exposition. N'est plus efficace après 72 heures. Disponible dans les services d'urgence des centres de référence VIH et aux urgences de certains hôpitaux ayant une convention avec un centre de référence VIH. Remboursé pour toute personne en ordre de mutuelle et nécessite un suivi médical de 3 mois. Réservé aux rapports non protégés considérés comme fortement à risque pour le VIH, au regard de trois critères principaux : les caractéristiques du contexte du rapport sexuel et du ou de la partenaire sexuel·le de la personne concernée, le type de rapport sexuel, des facteurs de risques supplémentaires. Plus d'informations : LIBOIS A., FLORENCE E., DERDELINCKX I. et al. Belgian guidelines for non-occupational HIV post-exposure prophylaxis 2017 in Acta Clinica Belgica, Augustus 2018, vol. 73, n° 4, pp.257-280.
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29429390/

78/ https://depistage.be/prevention/tpe/

79/ https://preventionsida.org/fr/contacts-utiles/se-soigner/

80/ LECOMPTE A., SERRIEN B., BENSEMMANE S. et al. (2019) Surveillance des infections sexuellement transmissibles. Situation épidémiologique au 31 décembre 2023. Sciensano, Novembre 2024, 24 p. https://doi.org/10.25608/408r-bk15

81/ Fédération Wallonie-Bruxelles. Direction générale de l'Aide à la Jeunesse. Brochure sur la maltraitance. Fédération Wallonie-Bruxelles, 2017.
https://aidealajeunesse.cfwb.be/fileadmin/portail_aj/uploads/4._Ressources/Etudes_et_recherches/121217_Brochure_Maltraitance.pdf

82/ Plus d'informations :
https://documentation-planningfamilial.net/pmb/opac_css/index.php?lvl=cmspage&pageid=6&id_rubrique=86

83/ https://cpvs.belgium.be/fr

84/ https://igvm-iefh.belgium.be/fr/themes/violences/violences-sexuelles/chiffres

85/ JANSSEN C., VESENTINI F. Les violences liées au genre en Belgique. Chiffres clés de l'Enquête européenne sur la violence à l'égard des femmes et d'autres formes de violence interpersonnelle (EU-GBV, 2021-2022). IWEPS, 2024, 92 p.
https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/downloads/rs-hs-gbv-fr-final.pdf

86/ IWEPS. Violence par partenaire intime.
https://www.iweps.be/indicateur-statistique/violence-par-partenaire-intime/

Accessibilité de la contraception d'urgence

Les pilules d'urgence

Les centres de planning familial délivrent depuis toujours des pilules contraceptives (y compris avant le début des années 70 qui verront l'abrogation de la loi de 1923 interdisant toute "publicité" sur la contraception) et des pilules du lendemain, ancienne dénomination de la pilule d'urgence. Avant la commercialisation des produits actuels, des prescriptions étaient déjà délivrées pour des préparations magistrales efficaces mais qui présentaient l'inconvénient d'un fort dosage hormonal.

La FLCPF et ses centres militent depuis plus de 50 ans pour permettre et améliorer l'accès à une contraception libre et choisie et prévenir les grossesses non désirées. En matière de contraception d'urgence les avancées de ces vingt dernières années sont notables, que ce soit en termes de commercialisation ou de prise en charge par la sécurité sociale. Les pilules d'urgence telles que nous les connaissons aujourd'hui, sont commercialisées en Belgique depuis le début des années 2000, d'abord celle au lévonorgestrel (fin 2000) et quelques années plus tard, celle à l'acétate d'ulipristal (fin 2009). D'abord disponible sur prescription médicale, elles sont aujourd'hui toutes les deux en vente libre en pharmacie depuis plus de 10 ans. Elles bénéficient d'une prise en charge par l'INAMI pour les personnes en ordre de mutuelle, quel que soit leur âge, à hauteur de 9,00€. Cela rend la pilule au LNG gratuite (prix de vente maximum 9,00€) et réduit le coût de celle à l'UPA (prix de vente 25,00€).

Les centres de planning familial délivrent gratuitement des pilules d'urgence dans le cadre d'un accueil professionnel, pluridisciplinaire et confidentiel, qui permet souvent d'aller au-delà de la seule demande de contraception d'urgence (détection des violences, dépistages IST, discussion sur la contraception, etc.). Cette pratique est cependant remise en cause ces dernières années. Légalement, seul·es les médecins et pharmacien·nes peuvent délivrer des médicaments, hormis quelques exceptions[87]. Dans les faits, cela signifie que seul·es les médecins pratiquant au sein des centres sont habilité·es à distribuer les pilules d'urgence, et uniquement sous forme d'échantillons. Ces dernier·es devraient donc être présent·es en permanence et interrompre constamment leurs consultations afin de pouvoir recevoir chaque personne se présentant sans rendez-vous pour obtenir une pilule d'urgence. Une situation ingérable dans la pratique, d'autant plus que les centres de planning familial doivent faire face à une pénurie de médecins, ce qui ne permet pas d'assurer une permanence médicale continue dans les locaux.

Malgré plusieurs propositions de modifications législatives, les centres de planning familial ne bénéficient toujours pas d'une exception à la délivrance de médicaments. Pourtant, cela renforcerait et protégerait le droit de recourir à la contraception d'urgence gratuitement, en toute confidentialité, en bénéficiant d'un accompagnement et d'une prise en charge globale appropriée, par des professionnel·les spécifiquement formé·es à la santé sexuelle et reproductive. La FLCPF poursuit et renforce son plaidoyer en ce sens en s'appuyant sur les recommandations récurrentes des rapports d'évaluation de la législation relative à l'avortement[88].

Le dispositif intra-utérin

Le DIU Cu est la contraception d'urgence de loin la plus efficace. Elle présente en outre l'avantage d'être une méthode fiable de longue durée qui permet de s'exonérer des contraintes liées à l'observance d'une contraception quotidienne ou hebdomadaire. Différents freins subsistent toutefois dans son utilisation, tant du côté des médecins que du public, que ce soit comme contraception d'urgence ou régulière. En effet, les professionnel·les sont encore parfois réticent·es à proposer un DIU comme première contraception à des nullipares. Même si son utilisation comme contraception régulière a augmenté ces dernières années, son placement nécessite une consultation médicale plus difficilement compatible

avec son utilisation en urgence. Les recommandations des expert·es vont clairement dans le sens d'une amélioration de l'accessibilité en contraception d'urgence et préconise d'identifier des lieux, tels que les centres de planning familial, équipés et soutenus, pour permettre le placement en urgence. La FLCPF plaide également dans ce sens et incite ses membres à se coordonner pour prévoir, dans la mesure du possible, des consultations dédiées et des dispositifs à disposition.

Le prix des DIU Cu est de plus ou moins 60,00 €. Cela reste un coût très accessible pour une protection pouvant aller jusqu'à 10 ans. Les DIU Cu sont délivrés en pharmacie sur prescription médicale et sont entièrement remboursés pour les moins de 25 ans en ordre de mutuelle ainsi que pour les bénéficiaires de l'intervention majorée et les résident·es de certaines institutions, sans limite d'âge. Plusieurs mutualités accordent également un remboursement complémentaire pour tous les moyens de contraception quel que soit l'âge.

Conclusion

Les recommandations internationales et nationales plaident pour une plus grande accessibilité de la contraception, y compris d'urgence. Les centres de planning familial sont des acteurs essentiels de cet enjeu de santé publique. A Bruxelles comme en Région wallonne, depuis plusieurs décennies, ils organisent la distribution de la contraception d'urgence à l'accueil par des professionnel·les psycho-médico-sociaux formé·es suivant des protocoles internes précis et sécurisés, même si souvent en l'absence des médecins.

La FLCPF continuera son plaidoyer pour adapter la loi sur la distribution des médicaments et permettre aux centres de planning familial de remplir leurs missions en tant qu'acteurs de prévention, en complémentarité des pharmacies, pour un accès renforcé à la contraception d'urgence.

87/ Article 4, § 2, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967, intégré dans l'article 6, § 2, des lois coordonnées du 10 mai 2015 relatives à l'exercice des professions des soins de santé. https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/article.pl?language=fr&lg_txt=f&type=&sort=&numac_search=&cn_search=2015051006&caller=SUM&&view_numac=2015051006n

88/ SPF Santé publique – Sécurité de la Chaîne alimentaire Environnement. Interruption volontaire de grossesse. https://urlr.me/jF7WvT

ANNEXES

ANNEXE 1 / DÉFAUTS DE CONTRACEPTION HORMONALE

Informations complémentaires[89]

Contraception estroprogestative

La pilule

Pilules (21 comprimés actifs ou 28 comprimés avec 21 actifs et 7 placebos) à prendre quotidiennement et contenant un estrogène et un progestatif.

Prises correctement, les pilules contraceptives estro-progestatives d'une plaquette assurent une **couverture contraceptive continue durant 28 jours**, y compris durant l'ISH.

REDÉMARRAGE TARDIF APRÈS ISH		
≥ 9 jours depuis la dernière pilule active	**CU** si RSNP pendant ou après ISH	► Prendre la dernière pilule oubliée dès que possible et continuer la plaquette aux moments prévus. ► Eviter les rapports sexuels ou utiliser un préservatif tant que les pilules n'ont pas été prises durant 7 jours consécutifs. ► Faire un test de grossesse 3 semaines après la prise de la contraception d'urgence.
1 PILULE OUBLIÉE 48 À <72H DEPUIS LA DERNIÈRE PILULE ACTIVE PRISE DE LA PLAQUETTE EN COURS		
1 pilule oubliée la 1ère semaine après l'ISH	**CU non requise si et seulement si** la 1ère pilule de la plaquette a été prise correctement **ET** les 7 dernières pilules actives de la plaquette précédente ont été prises correctement	► Prendre la dernière pilule oubliée dès que possible et continuer la plaquette aux moments prévus. ► Pas de précaution contraceptive supplémentaire requise.
1 pilule oubliée la 2ème ou 3ème semaine après l'ISH	CU non requise si et seulement si les 7 dernières pilules actives de la plaquette en cours ont été prises correctement	► Prendre la dernière pilule oubliée dès que possible et continuer la plaquette aux moments prévus. ► Pas de précaution contraceptive supplémentaire requise.

2 PILULES OU PLUS OUBLIÉES ≥72H DEPUIS LA DERNIÈRE PILULE ACTIVE PRISE DE LA PLAQUETTE EN COURS		
2 à 7 pilules oubliées la 1ère semaine	**CU** si RSNP pendant ISH ou durant la 1ère semaine	► Prendre la dernière pilule oubliée dès que possible et continuer la plaquette aux moments prévus. ► Eviter les rapports sexuels ou utiliser un préservatif tant que les pilules n'ont pas été prises durant 7 jours consécutifs. ► Faire un test de grossesse 3 semaines après la prise de la contraception d'urgence.
2 à 7 pilules oubliées la 2ème ou 3ème semaine après l'ISH	**CU non requise si et seulement si** les 7 dernières pilules actives de la plaquette en cours ont été prises correctement	► Prendre la dernière pilule oubliée dès que possible et continuer la plaquette aux moments prévus. ► Pas de précaution contraceptive supplémentaire requise.[90] ► Si les oublis se situent dans la 3ème semaine avant l'interruption prévue entre deux plaquettes ou avant la semaine de prise de pilules placebos, débuter une nouvelle plaquette directement.
Plus de 7 pilules consécutives oubliées quelle que soit la semaine de la plaquette	**CU**	► Envisager un test de grossesse immédiat. ► Recommencer une nouvelle plaquette et continuer la plaquette aux moments prévus ou envisager une autre méthode de contraception. ► Eviter les rapports sexuels ou utiliser un préservatif tant que les pilules n'ont pas été prises durant 7 jours consécutifs. ► Refaire un test de grossesse 3 semaines après la prise de la contraception d'urgence.

L'anneau vaginal

Anneau flexible en plastique, à placer et garder 3 semaines dans le vagin. Il contient un estrogène et un progestatif.

Utilisé correctement, l'anneau vaginal assure une **couverture contraceptive continue durant 28 jours**, y compris durant l'ISH. On peut l'enlever **maximum 3h par 24h** sans diminuer son efficacité.

REDÉMARRAGE TARDIF APRÈS ISH		
≥ 8 jours depuis le retrait de l'anneau	**CU** si RSNP pendant ou après ISH	► Insérer l'anneau dès que possible et le garder en place jusqu'au jour prévu pour le retrait. ► Eviter les rapports sexuels ou utiliser un préservatif tant que l'anneau n'est pas resté en place durant 7 jours consécutifs. ► Faire un test de grossesse 3 semaines après la prise de la contraception d'urgence.
RETRAIT ACCIDENTEL DE L'ANNEAU PENDANT <48H		
La 1ère semaine après l'ISH	**CU non requise** **si et seulement si** l'anneau a bien été placé correctement les jours précédents **ET** que l'anneau est resté placé correctement durant les 7 derniers jours avant l'arrêt de 7 jours.	► Insérer l'anneau dès que possible et le garder en place jusqu'au jour prévu pour le retrait. ► Pas de précaution contraceptive supplémentaire requise.
La 2ème ou 3ème semaine après l'ISH	**CU non requise** **si et seulement si** l'anneau est resté placé correctement durant les 7 jours précédents.	► Insérer l'anneau dès que possible et le garder en place jusqu'au jour prévu pour le retrait. ► Pas de précaution contraceptive supplémentaire requise.

RETRAIT ACCIDENTEL DE L'ANNEAU PENDANT ≥48H		
La 1ère semaine après l'ISH	**CU** si RSNP pendant ISH ou durant la 1ère semaine	► Insérer l'anneau dès que possible et le garder en place jusqu'au jour prévu pour le retrait. ► Eviter les rapports sexuels ou utiliser un préservatif tant que l'anneau n'est pas resté en place durant 7 jours consécutifs. ► Faire un test de grossesse 3 semaines après la prise de la contraception d'urgence.
La 2ème ou 3ème semaine après l'ISH	**CU non requise** **si et seulement si** l'anneau est resté placé correctement durant les 7 jours précédents.	► Insérer l'anneau dès que possible et le garder en place jusqu'au jour prévu pour le retrait. ► Pas de précaution contraceptive supplémentaire requise.[91] ► Si le retrait accidentel a lieu la 3ème semaine, ne pas respecter l'intervalle sans hormones.
UTILISATION CONTINUE DE L'ANNEAU >3 SEMAINES		
Utilisation du même anneau pendant >21 jours et ≤28 jours	**CU non requise** **si et seulement si** l'anneau est resté placé correctement entre le 21ème et 28ème jour	► Démarrer l'ISH et placer un nouvel anneau au jour prévu après l'interruption ou placer un nouvel anneau directement. ► Pas de précaution contraceptive supplémentaire requise.
Utilisation du même anneau pendant >4 semaines et ≤5 semaines	**CU non requise** **si et seulement si** l'anneau est resté placé correctement entre le 21ème et 28ème jour	► Placer un nouvel anneau directement et ignorer l'ISH. ► Pas de précaution contraceptive supplémentaire requise.[92]
Utilisation du même anneau pendant >5 semaines	**CU** si RSNP pendant la 5ème semaine ou au-delà	► Envisager un test de grossesse immédiat. ► Placer un nouvel anneau dès que possible et ignorer l'ISH. ► Eviter les rapports sexuels ou utiliser un préservatif jusqu'à ce que le nouvel anneau ait été en place durant 7 jours consécutifs ► Faire un test de grossesse 3 semaines après la prise de la contraception d'urgence.

Le patch

Timbre à coller sur la peau (jamais sur les seins, les zones rasées ou irritées) et à changer chaque semaine. Il contient un estrogène et un progestatif.

Utilisée correctement, une série de 3 patchs assure une **couverture contraceptive continue durant 28 jours**, y compris durant l'ISH. Un patch peut être décollé **maximum 24h** sans diminuer son efficacité.

REDÉMARRAGE TARDIF APRÈS ISH		
≥ 8 jours depuis le retrait du dernier patch de la série	**CU** si RSNP pendant ou après ISH	► Placer un nouveau patch dès que possible et le garder en place jusqu'au jour prévu pour le retrait. ► Eviter les rapports sexuels ou utiliser un préservatif tant que le patch n'est pas resté en place durant 7 jours consécutifs. ► Faire un test de grossesse 3 semaines après la prise de la contraception d'urgence.
DÉCOLLEMENT ACCIDENTEL DU PATCH PENDANT <48H OU UTILISATION DU MÊME PATCH ≤48H SUPPLÉMENTAIRES		
La 1ère semaine après l'ISH	**CU non requise si et seulement si** le patch est resté placé correctement les jours précédents que le patch est resté placé correctement durant les 7 derniers jours avant l'arrêt de 7 jours.	► Placer un nouveau patch dès que possible et le garder en place jusqu'au jour prévu pour le retrait. ► Pas de précaution contraceptive supplémentaire requise.
La 2ème ou 3ème semaine après l'ISH	**CU non requise si et seulement si** le patch est resté placé correctement durant les 7 jours précédents.	► Placer un nouveau patch dès que possible et le garder en place jusqu'au jour prévu pour le retrait. ► Pas de précaution contraceptive supplémentaire requise.
DÉCOLLEMENT ACCIDENTEL DU PATCH PENDANT ≥48H OU UTILISATION DU MÊME PATCH ≥48H SUPPLÉMENTAIRES		
La 1ère semaine après l'ISH	**CU** si RSNP pendant ISH ou durant la 1ère semaine	► Placer un nouveau patch dès que possible et le garder en place jusqu'au jour prévu pour le retrait. ► Eviter les rapports sexuels ou utiliser un préservatif tant que le patch n'est pas resté en place durant 7 jours consécutifs. ► Faire un test de grossesse 3 semaines après la prise de la contraception d'urgence.
La 2ème ou 3ème semaine après l'ISH	**CU non requise si et seulement si** le patch est resté placé correctement durant les 7 jours précédents.	► Placer un nouveau patch dès que possible et le garder en place jusqu'au jour prévu pour le retrait. ► Pas de précaution contraceptive supplémentaire requise.[93] ► Si le décollement accidentel a lieu la 3ème semaine, ne pas respecter l'intervalle sans hormones

La pilule au désogestrel

Pilules à prendre quotidiennement en continu, sans arrêt entre les plaquettes, et contenant uniquement un progestatif, le désogestrel (28 comprimés actifs de même composition).

REDÉMARRAGE TARDIF		
≥ 36h entre 2 plaquettes	**CU** si RSNP a eu lieu au moment de l'oubli, la semaine précédent l'oubli ou avant que la couverture contraceptive ne soit rétablie (pilules prises correctement durant 7 jours consécutifs)	► Prendre la pilule oubliée dès que possible, même si cela signifie prendre 2 comprimés le même jour, et continuer la plaquette aux moments prévus. ► Eviter les rapports sexuels ou utiliser un préservatif tant que les pilules n'ont pas été prises correctement durant au moins 7 jours. ► Faire un test de grossesse 3 semaines après la prise de la contraception d'urgence.
1 PILULE OUBLIÉE QUELLE QUE SOIT LA SEMAINE DE LA PLAQUETTE EN COURS		
<36h depuis la dernière pilule prise	**CU non requise si et seulement si** les 7 pilules précédentes ont été prises correctement	► Prendre la dernière pilule oubliée dès que possible même si cela signifie prendre 2 comprimés le même jour, et continuer la plaquette aux moments prévus. ► Pas de précaution contraceptive supplémentaire requise.
≥36h depuis la dernière pilule prise	**CU** si RSNP a eu lieu au moment de l'oubli, la semaine précédent l'oubli ou avant que la couverture contraceptive ne soit rétablie (pilules prises correctement durant 7 jours consécutifs)	► Prendre la pilule oubliée dès que possible, même si cela signifie prendre 2 comprimés le même jour, et continuer la plaquette aux moments prévus. ► Eviter les rapports sexuels ou utiliser un préservatif tant que les pilules n'ont pas été prises correctement durant au moins 7 jours. ► Faire un test de grossesse 3 semaines après la prise de la contraception d'urgence.

La pilule à la drospirénone (Slinda®)

Pilules à prendre quotidiennement en continu, sans arrêt entre les plaquettes, et contenant uniquement un progestatif, de la drospirénone (28 comprimés dont les 4 derniers placebos[94]).

Prises correctement, les pilules contraceptives progestatives d'une plaquette assurent une **couverture contraceptive continue durant 28 jours**, y compris durant les jours sous placebo.

REDÉMARRAGE TARDIF		
≥24h entre 2 plaquettes	**CU** si RSNP a eu lieu au moment de l'oubli ou la semaine précédent l'oubli	► Prendre la pilule oubliée dès que possible, même si cela signifie prendre 2 comprimés le même jour, et continuer la plaquette aux moments prévus. ► Eviter les rapports sexuels ou utiliser un préservatif tant que les pilules n'ont pas été prises correctement durant au moins 7 jours. ► Faire un test de grossesse 3 semaines après la prise de la contraception d'urgence.
1 PILULE ACTIVE OUBLIÉE QUELLE QUE SOIT LA SEMAINE DE LA PLAQUETTE EN COURS		
<48h depuis la dernière pilule active prise	**CU non requise si et seulement si** la 1ère pilule de la plaquette a été prise correctement ET les 7 dernières pilules actives de la plaquette précédente ont été prises correctement (avant les 4 comprimés placebos).	► Prendre la dernière pilule oubliée dès que possible même si cela signifie prendre 2 comprimés le même jour, et continuer la plaquette aux moments prévus. ► Pas de précaution contraceptive supplémentaire requise.
≥48h depuis la dernière pilule active prise	**CU** si RSNP a eu lieu au moment de l'oubli ou la semaine précédent l'oubli	► Prendre la pilule oubliée dès que possible, même si cela signifie prendre 2 comprimés le même jour, et continuer la plaquette aux moments prévus. ► Si l'oubli a lieu la 3ème ou 4ème semaine de la plaquette, continuer à prendre les comprimés actifs et ignorer les 4 derniers comprimés placebos en débutant une nouvelle plaquette directement. ► Eviter les rapports sexuels ou utiliser un préservatif tant que les pilules actives n'ont pas été prises correctement durant au moins 7 jours. ► Faire un test de grossesse 3 semaines après la prise de la contraception d'urgence.

Les pilules progestatives doivent être prises en continu, au même moment chaque jour, pour être efficaces. Les oublis représentent un risque élevé de défaut de la couverture contraceptive. Un test de grossesse, 3 semaines après le rapport sexuel non ou mal protégé, est indispensable pour éviter la découverte tardive de grossesse non-désirée.

La piqûre contraceptive

Injection d'un progestatif (acétate de médroxyprogestérone 150mg) par un prestataire de soins, à renouveler tous les 3 mois.

REDÉMARRAGE TARDIF		
≥14 semaines depuis la dernière injection Ou Durant la 1ère semaine après un redémarrage tardif	**CU**	► Faire la nouvelle injection dès que possible. Envisager un test de grossesse avant l'injection si pertinent en fonction de la situation (le produit injecté est tératogène). ► Eviter les rapports sexuels ou utiliser un préservatif jusqu'à ce que l'injection assure la couverture contraceptive. ► Faire un test de grossesse 3 semaines après la prise de la contraception d'urgence.

89/ Les informations complémentaires sont reprises des recommandations du FSRH.
FSRH CEU Guidance: Recommended Actions after Incorrect Use of Combined Hormonal Contraception (e.g. late or missed pills, ring and patch), March 2020, Amended 6 July 2021.
https://www.cosrh.org/Common/Uploaded%20files/documents/fsrh-ceu-recommended-actions-after-incorrectuse-of-chc-march-2020-amended-jul-2021-.pdf
CoSRH. Guidelines & Statements : Method Specific.
https://www.cosrh.org/Public/Public/Standards-and-Guidance/Method-Specific.aspx?hkey=245db426-eea3-4aa6-9bdfd455d7ea6ab3

90/ Par prudence, en cas de risque d'oublis ultérieurs, les recommandations internationales conseillent d'éviter les rapports sexuels ou d'utiliser un préservatif tant que les pilules n'ont pas été prises durant 7 jours consécutifs.

91/ Ibid.

92/ Cf. Note 90

93/ Cf. Note 90

94/ La pause hormonale par la prise de pilules placebos est censée diminuer le risque de saignements sporadiques (spotting).

ANNEXE 2 / ARBRE DÉCISIONNEL

LE RAPPORT SEXUEL NON OU MAL PROTÉGÉ A EU LIEU DANS LES 3 JOURS (72H)	
CONTRACEPTION HORMONALE RÉGULIÈRE	**PAS DE CONTRACEPTION HORMONALE RÉGULIÈRE**
► DIU Cu ► LNG* **Augmentation de l'efficacité du LNG avec 40mg piroxicam*	► DIU Cu ► UPA ou LNG* **Augmentation de l'efficacité du LNG avec 40mg piroxicam*
SI UNE PILULE D'URGENCE A DÉJÀ ÉTÉ PRISE DANS LA SEMAINE QUI PRÉCÈDE, PRESCRIRE LA MÊME QUE CELLE DÉJÀ PRISE.	
ET APRÈS ?	**ET APRÈS ?**
Si pas de placement de DIU Cu, la contraception hormonale doit être reprise immédiatement ET éviter les rapports sexuels ou utiliser un préservatif durant 7 jours consécutifs.	Si pas de placement de DIU Cu et prise d'UPA, une contraception hormonale ne peut débuter que 5 jours plus tard ET éviter les rapports sexuels ou utiliser un préservatif durant 12 jours après la prise d'UPA.
LE RAPPORT SEXUEL NON OU MAL PROTÉGÉ A EU LIEU DANS LES 3 À 5 JOURS (72H)	
CONTRACEPTION HORMONALE RÉGULIÈRE	**PAS DE CONTRACEPTION HORMONALE RÉGULIÈRE**
► DIU Cu ► [UPA] Si DIU Cu pas envisageable, choix par défaut compte tenu d'une possible efficacité réduite	► DIU Cu ► UPA
SI UNE PILULE D'URGENCE A DÉJÀ ÉTÉ PRISE DANS LA SEMAINE QUI PRÉCÈDE, PRESCRIRE LA MÊME QUE CELLE DÉJÀ PRISE.	
ET APRÈS ?	**ET APRÈS ?**
Le DIU Cu a l'avantage d'être une méthode contraceptive de longue durée extrêmement efficace.	Si pas de placement de DIU Cu et prise d'UPA, une contraception hormonale ne peut débuter que 5 jours plus tard ET éviter les rapports sexuels ou utiliser un préservatif durant 12 jours après la prise d'UPA.
***LNG** : lévonorgestrel, commercialisé sous les noms Justine®, Levodonna®, Norlevo®, Postinor®/ UPA : acétate d'ulipristal, commercialisé sous le nom EllaOne® / **DIU Cu** : dispositif intra-utérin au cuivre*	

À RETENIR

- Quelle que soit la situation, le DIU Cu est LA contraception d'urgence la plus efficace.
- La contraception d'urgence orale n'agit qu'avant l'ovulation et n'est pas efficace à 100%.
- Toujours prévoir un test de grossesse 3 semaines après l'utilisation d'une contraception d'urgence.
- Penser qu'un rapport sexuel non protégé peut entraîner une infection sexuellement transmissible (IST) et en cas de suspicion et/ou de situation à risque, proposer un test de dépistage.
- Envisager que le rapport sexuel non protégé ait pu être non consenti et en cas de suspicion, proposer un accompagnement.

N'OUBLIEZ PAS !

- L'utilisation de l'UPA est contre-indiquée en cas d'asthme sévère traité par corticoïdes et en cas d'insuffisance hépatique sévère.
- Certains médicaments, pris dans les 28 derniers jours, diminuent l'efficacité des pilules d'urgence.

INDICATIONS DE CONTRACEPTION D'URGENCE

AUCUNE CONTRACEPTION / OUBLI OU MAUVAISE UTILISATION D'UNE CONTRACEPTION NON-HORMONALE

En cas de rapport sexuel non ou mal protégé,
- **quel que soit le moment du cycle menstruel** ;
- **après l'arrêt d'une contraception de longue durée** (implant, dispositif intra-utérin)
- **à partir du 21ème jour après l'accouchement**, sauf si aménorrhée et respect strict d'allaitement maternel exclusif jour et nuit pendant les 6 premiers mois du post-partum (méthode MAMA) ;
- **à partir du 5ème jour après un avortement ou une fausse-couche.**

DIU Cu Si RSNP < 72h ou < 120h **Ou CU orale UPA** Si RSNP < 72h ou < 120h **Ou CU orale LNG** Si RSNP < 72h

CONTRACEPTION COMBINÉE ESTROPROGESTATIVE (éthinylestradiol + progestatif)

PILULES	ANNEAU VAGINAL	PATCH
► **Redémarrage tardif** 9 jours ou plus après la dernière pilule active prise ► **2 pilules ou plus oubliées la 1ère semaine de la plaquette**, 72h ou plus après la dernière pilule prise (si la 1ère pilule de la plaquette a été prise correctement) ► **Plus de 7 pilules consécutives oubliées**, quelle que soit la semaine de la plaquette	► **Redémarrage tardif**, 8 jours ou plus depuis le retrait de l'anneau précédent ► **Retrait de l'anneau** 48h ou plus, **la 1ère semaine d'utilisation** ► **Anneau resté en place** plus de 5 semaines	► **Redémarrage tardif**, 8 jours ou plus, depuis le retrait du patch précédent ► **Décollement accidentel du patch** pendant 48h ou plus, la 1ère semaine d'utilisation ► **Utilisation prolongée du même patch** pendant 48h ou plus, la 1ère semaine d'utilisation

DIU Cu Si RSNP < 72h ou < 120h **Ou CU orale LNG** Si RSNP < 72h

[CU orale UPA] Si DIU Cu pas envisageable et RSNP > 72h et < 120h
Choix par défaut compte tenu d'une possible efficacité réduite

Si l'intervalle sans hormones a été prolongé, un DIU Cu peut être placé jusqu'au 13ème jour après le début de l'intervalle sans hormones

CONTRACEPTION PROGESTATIVE

PILULES AU DESOGESTREL	PILULES À LA DROSPIRENONE	PIQÛRE CONTRACEPTIVE
► **Redémarrage tardif**, de plus de 36h, entre deux plaquettes ► **1 pilule oubliée**, plus de 36h, après la dernière pilule prise	► **Redémarrage tardif**, de plus de 24h, entre deux plaquettes ► 1 **pilule oubliée**, plus de 48h, après la dernière pilule active prise	► **Redémarrage tardif**, 14 semaines ou plus depuis la dernière injection ► **Durant la 1ère semaine après un redémarrage tardif**

DIU Cu Si RSNP < 72h ou < 120h **Ou CU orale LNG** Si RSNP < 72h

[CU orale UPA] Si DIU Cu pas envisageable et RSNP > 72h et < 120h
Choix par défaut compte tenu d'une possible efficacité réduite

Cet arbre décisionnel fait l'objet d'un tiré à part édité séparément.
Il peut être téléchargé sur www.documentation-planningfamilial.net

ANNEXE 3 / EXEMPLE DE QUESTIONNAIRE

Dans un souci de discrétion et de confidentialité, nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire. Ces informations sont anonymes et confidentielles. Elles servent uniquement à trouver la meilleure solution pour vous.

► ***Quand a eu lieu le dernier rapport sexuel non protégé ?***
☐ Il y a moins de 72 heures (= 3jours)
☐ Il y a moins de 120 heures (= 5jours)
☐ Il y a plus de 5 jours

► ***Quand ont débuté vos dernières règles ?*** .....

► ***Vous utilisez une méthode contraceptive hormonale mais vous avez eu un problème, répondez aux questions concernant la méthode utilisée.***

PILULE	PATCH	ANNEAU VAGINAL	PIQÛRE
Vous avez oublié : ☐ 1 seule pilule ☐ 2 pilules ou plus ☐ Vous ne savez plus ***Dans quelle semaine de la plaquette ?*** ☐ 1ère semaine ☐ 2ème semaine ☐ 3ème semaine ☐ Vous ne savez plus ***Précisez la marque de pilule :***	***Non placé après la pause de 7 jours :*** ☐ Moins de 48h ☐ Plus de 48h ☐ Vous ne savez plus ***Décollement :*** ☐ Moins de 48h ☐ Plus de 48h ☐ Vous ne savez plus ***Quelle semaine d'utilisation ?*** ☐ 1ère semaine ☐ 2ème semaine ☐ 3ème semaine ☐ Vous ne savez plus	***Non placé après la pause de 7 jours :*** ☐ Moins de 48h ☐ Plus de 48h ☐ Vous ne savez plus ***Enlevé et non replacé :*** ☐ Plus de 3h sur 24h ☐ Moins de 48h ☐ Plus de 48h ☐ Vous ne savez plus ***Quelle semaine d'utilisation ?*** ☐ 1ère semaine ☐ 2ème semaine ☐ 3ème semaine ☐ Vous ne savez plus	***La dernière injection a été faite depuis*** : ☐ Moins de 14 semaines ☐ Plus de 14 semaines ☐ Vous ne savez plus

PRÉSERVATIF	DISPOSITIF INTRA-UTÉRIN
Vous l'avez oublié ou il s'est déchiré : ☐ 1 fois ☐ 2 fois ou plus ☐ Vous ne savez plus ***À quel moment par rapport au 1er jour des dernières règles ?*** **Date précise :** ..... ***Sinon :*** ☐ 1ère semaine ☐ 2ème semaine ☐ 3ème semaine ☐ Vous ne savez plus	***Vous pensez qu'il a bougé ou qu'il a été expulsé.*** ***À quel moment par rapport au 1er jour des dernières règles ?*** **Date précise :** ..... ***Sinon :*** ☐ 1ère semaine ☐ 2ème semaine ☐ 3ème semaine ☐ Vous ne savez plus

► ***Avez-vous déjà pris une pilule d'urgence au cours des 7 derniers jours ?***
☐ OUI
☐ NON

► ***Si oui, s'agit-il de :***
☐ Justine®, Levodonna®, Norlevo®, Postinor®
☐ EllaOne®

► ***Souffrez-vous d'asthme sévère traité avec de la cortisone ?***
☐ OUI
☐ NON

► ***Allaitez-vous ?***
☐ OUI
☐ NON

► ***Avez-vous pris un de ces médicaments ces 4 dernières semaines ?***
☐ NON
☐ OUI. Si OUI, lequel ou lesquels ?

Antituberculeux
☐ Mycobutin® (rifabutine)
☐ Rifadine® (rifampicine)
☐ Rifocine® (rifamycine)

Antiépileptiques
☐ Diphantoine® *(phénytoine)*
☐ Gardenal® *(phénobarbital)*
☐ Inovelon® *(rufinamide)*
☐ Mysoline® *(primidone)*
☐ Tegretol® *(carbamazépine)*
☐ Topomax® *(topiramate)*
☐ Trileptal® *(oxcarbazépine)*

Antiretroviraux
☐ Evafirenz/Emtricitabine/Tenofovir (*efavirenz*)
☐ Intelence®® (*etravirine*)
☐ Viramune® (*névirapine*)

Traitement de l'obésité
☐ Xenical® *(orlistat)*

Antidépresseurs à base de plante
☐ Hyperiplant®
☐ Tous les compléments alimentaires à base de millepertuis *(hypericum perforatum)*

Antitumoraux
☐ Caprelsa® *(vandétanib)*
☐ Tafinlar® *(dabrafénib)*
☐ Zelboraf® *(vémurafénib)*

Traitement de l'hypertension pulmonaire
☐ Tracleer® *(bosentan)*

Médicament utilisé dans les troubles de l'attention et la narcolepsie
☐ Provigil® *(modafinil)*

ANNEXE 4 / LISTE INDICATIVE DES MÉDICAMENTS

(interactions avec les pilules d'urgence)

MÉDICAMENTS	MOLÉCULES	INDICATIONS
ANTITUBERCULEUX		
MYCOBUTIN®	Rifabutine	► Tuberculose
RIFADINE®	Rifampicine	► Tuberculose / Prévention après contact avec personne atteinte d'une méningite
RIFOCINE®	Rifamycine	► Tuberculose
ANTIEPILEPTIQUES		
DIPHANTOINE®	Phénytoïne	► Epilepsie / Trouble bipolaire / Névralgie
GARDENAL®	Phénobarbital	► Epilepsie
INOVELON®	Rufinamide	► Epilepsie
MYSOLINE®	Primidone	► Epilepsie
TEGRETOL®	Carbamazépine	► Epilepsie
TOPAMAX	Topiramate	► Epilepsie
TRILEPTAL®	Oxcarbazépine	► Epilepsie
ANTIDEPRESSEURS		
HYPERIPLANT® Tous les compléments alimentaires à base de millepertuis	Millepertuis (Hypericum perforatum)	► Dépression légère
ANTIRETROVIRAL		
EFAVIRENZ/EMTRICITABINE/ TENOFOVIR	Efavirenz	► Infection VIH
INTELENCE®	Efavirenz	► Infection VIH
VIRAMUNE®	Efavirenz	► Infection VIH
TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ		
XENICAL®	Orlistat	► Obésité
INHIBITEURS DES PROTEINES KINASES (ANTI-TUMORAUX)		
CAPRELSA®	Vandétanib	► Tumeur maligne
TAFINLAR®	Vandétanib	► Tumeur maligne
ZELBORAF®	Vémurafénib	► Tumeur maligne
TRAITEMENT DE L'HYPERTENSION PULMONAIRE		
TRACLEER®	Bosentan	► Hypertension pulmonaire
TRAITEMENT DE LA NARCOLEPSIE		
PROVIGIL®	Modafinil	► Narcolepsie

Pour une mise à jour du tableau des interactions médicamenteuses, référez-vous aux sites suivants :
www.drugs.com
www.hiv-druginteractions.org

NOTES

NOTES

VADE-MECUM

Comité de rédaction
Claudine Cueppens *(FLCPF)*
Dr Anne Verougstraete *(VUB-Dilemma)*

Comité de lecture
Laurence Beff, Pierre Honnay, Murielle Coiret et Thomas Pierard *(FLCPF)*
Bérangère Deketele, Clémence Mazy et Florence Riga *(SIPS)*

Edité par la FLCPF Asbl, 2ème édition, septembre 2026.
© Tous droits de reproduction réservés
D/2026/12.700/3

AVEC LE SOUTIEN DE

FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES

FÉDÉRATION LAÏQUE
DE CENTRES
DE PLANNING FAMILIAL

FLCPF
rue de la Tulipe 34
1050 Bruxelles

www.planningfamilial.net



EDITEUR RESPONSABLE : FLCPF ASBL – 34 RUE DE LA TULIPE – 1050 BRUXELLES – © ILLUS : GAËL DE MEYERE