

Contraception d'urgence : plus efficace si une provision de médicaments est délivrée ?

- **Question clinique** Quel est l'intérêt de fournir à des femmes une provision d'un traitement contraceptif d'urgence, en termes de fréquence de grossesses, de maladies sexuellement transmissibles et de comportement sexuel et contraceptif ?

Analyse

P. Chevalier

Référence

Polis CB, Schaffer K, Blanchard K, et al. Advance provision of emergency contraception for pregnancy prevention. *Cochrane Database Syst Rev* 2007, Issue 2.

Contexte

La prise d'une contraception d'urgence peut prévenir une grossesse non désirée suite à un rapport sexuel non protégé. L'accès à cette contraception d'urgence peut être difficile. Fournir une provision d'un tel traitement pourrait pallier les obstacles à son utilisation en temps adéquat.

Méthodologie

Synthèse méthodique et méta-analyse

Sources consultées

- CENTRAL, EMBASE, POPLINE, MEDLINE et une base de données spécialisée dans la contraception d'urgence
- listes de références des études trouvées et experts.

Etudes sélectionnées

- RCTs comparant la fourniture d'une provision d'une contraception d'urgence versus accès habituel (counselling avec ou sans information sur la contraception d'urgence ou fourniture d'une contraception d'urgence à la demande à l'hôpital ou à la pharmacie)
- 8 RCTs incluses
- recherche limitée aux publications en anglais
- exclusion des études sans mention claire des grossesses dans les deux bras d'étude et sans renseignements plus précis obtenus de la part des auteurs.

Population étudiée

- 6 389 patientes en âge de procréer, en majorité aux E.-U., ou en Chine et en Inde
- surtout une population plus jeune ; mères adolescentes (1 étude) ; femmes en post-partum (2 études)
- recrutement : centres de planning familial, hôpital
- contraception d'urgence médicamenteuse : association estroprogestérone (méthode Yuzpe), lévonorgestrel seul, mifépristone ; remise d'une à trois cure(s) dans le groupe « provision »
- motifs d'exclusion : contraception hormonale, dispositif intra-utérin, allaitement (1 étude).

Mesure des résultats

- critère de jugement primaire : grossesses et maladies infectieuses sexuellement transmises
- critères secondaires : fréquence de recours à une contraception d'urgence, de rapports non protégés, de recours à une méthode contraceptive plus efficace, utilisation d'un condom, délai de prise de la contraception d'urgence après

le rapport, connaissances à propos de cette contraception.

- analyse de l'hétérogénéité (test I²), en intention de traiter, en modèle d'effets aléatoires avec analyse de sensibilité (pour les taux de sorties d'étude).

Résultats

Provision versus démarche conventionnelle

- fréquence des grossesses : OR 1,00 (IC à 95% de 0,78 à 1,29) sur 12 mois de suivi ; OR 0,91 (IC à 95% de 0,69 à 1,19) sur 6 mois de suivi ; OR 0,49 (IC à 95% de 0,09 à 2,74) sur 3 mois de suivi (une étude) ; peu de modification des résultats en analyse de sensibilité des études avec un taux de sorties d'étude <20% ; pas de modification suivant le type de contraception d'urgence
- contraception d'urgence : unique OR 2,52 (IC à 95% de 1,72 à 3,70) ; multiple OR 4,13 (IC à 95% de 1,77 à 9,63)
- recours plus rapide : différence moyenne pondérée -14,6 heures (IC à 95% de -16,77 à -12,4)
- en cas de grossesse suite à un rapport sans contraception : non prise d'une contraception d'urgence durant le cycle de conception : 64% dans le groupe « provision », 100% dans le groupe contrôle
- infections sexuellement transmissibles : OR 0,99 (IC à 95% de 0,73 à 1,34)
- augmentation relative des relations sexuelles non protégées ; pas de modification des méthodes contraceptives
- utilisation d'un condom semblable si recours ou non à une contraception d'urgence.

Conclusion des auteurs

Les auteurs concluent que la fourniture d'une provision d'un traitement contraceptif d'urgence ne réduit pas le taux de grossesse versus accès habituel à une contraception post-coïtale. Cette provision n'a pas d'impact négatif sur les comportements et résultats dans le domaine de la sexualité et de la procréation. Un accès aisé à une contraception d'urgence doit être possible, pouvant réduire le risque de grossesse non désirée. Les interventions évaluées sont cependant loin d'avoir réduit ce taux de grossesse dans les populations concernées.

Financement : pas de sources externes ; source interne : *Ibis Reproductive Health USA*.

Conflits d'intérêt : deux des co-auteurs sont également co-auteurs de certaines des études incluses..

1. Contraception postcoïtale. Idées-Forces de la Revue Prescrire. Mise à jour au n°279 (janvier 2007). *Rev Prescr* 2007;280:134-6.
2. Trussell J, Ellertson C, von Hertzen H, et al. Estimating the effectiveness of emergency contraceptive pills. *Contraception* 2003;67:259-65.

3. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998;352:428-33.

Contraception d'urgence

La probabilité de grossesse après un rapport sexuel est estimée à 7% sans méthode contraceptive¹. Les méthodes contraceptives d'urgence sont diverses : médicamenteuses (les seules évaluées ici), mécanique/chimique (insertion post-coïtale d'un dispositif intra-utérin cuivré). La revue de la littérature la plus récente suggère que le régime combiné (méthode Yuzpe) réduit le risque de grossesse de 47 à 53% selon les études². Avec le lévonorgestrel, l'efficacité serait supérieure, de 59 à 94%, avec également moins de nausées et de vomissements^{3,4}; une autre source¹ cite un risque de grossesse de 1,66%. Les barrières connues pour le recours à ce type de contraception sont : connaissances limitées des patientes, manque de counselling en routine de la part du prescripteur ou du pharmacien, nécessité d'une prescription, difficulté psychologique de la demander à son médecin traitant, absence de médecin traitant, manque de conscience du risque de grossesse, crainte d'effets indésirables, non facilité de prise.

Considérations sur la méthodologie

Les auteurs de cette méta-analyse ont utilisé un protocole de recherche et d'analyse recommandé. Ils se sont cependant limités aux études publiées en anglais, biais non considéré actuellement comme important. Ils n'ont pas recherché un biais de publication par la technique du funnel plot, arguant d'un nombre trop faible d'études pour que ce test soit significatif, ce qui est exact. La qualité des études incluses est fort variable ; la plupart ont une randomisation et un secret d'attribution corrects mais c'est le taux de suivi qui varie fortement. Une analyse de sensibilité ne montre cependant pas de différence pour les études avec moins de 20% de sorties d'étude versus l'ensemble des études. La validité des mentions par les patientes d'un recours à une contraception d'urgence, de la fréquence d'un rapport non protégé et de leurs habitudes contraceptives n'est pas connue, avec absence de vérification objective (possible). La déclaration de la survenue d'une grossesse non désirée a peut-être été inférieure à la réalité dans certaines études (avortement ?). Les études effectuant systématiquement des tests de grossesse ne montrent cependant pas de différence par rapport à celles dans lesquelles les grossesses sont celles qui sont signalées par les femmes. Les grou-

pes contrôle inclus dans les différentes études sont fort variables quant à l'intervention réalisée (information et/ou accès rapide à une contraception d'urgence). Seules deux études originales avaient la puissance nécessaire pour montrer une éventuelle différence entre les deux groupes dans la survenue d'une grossesse.

Analyse des résultats

La mauvaise utilisation de la technique peut-elle expliquer les grossesses survenues ? Peu d'études apportent une réponse. Une étude⁵ montre que 17% des patientes dans le groupe « provision » prennent incorrectement la deuxième dose de lévonorgestrel pour 0% dans le groupe contrôle. Une autre étude⁶ montre un usage incorrect chez la moitié des femmes développant une grossesse malgré la contraception d'urgence. Faut-il y voir l'effet probable d'un rappel de bonne utilisation lors du recours effectif à la contraception d'urgence ? Une meilleure connaissance théorique de la contraception d'urgence dans le groupe « provision » par rapport au groupe contrôle ne semble pas avoir été suffisante pour garantir un usage adéquat de cette contraception dans tous les cas, dans une étude⁶. L'administration maintenant possible du lévonorgestrel en une seule dose (1,5 mg) devrait pallier ce problème de mauvaise prise liée à une administration en deux doses.

La contraception d'urgence est une méthode plus efficace en termes de prévention d'une grossesse non désirée qu'un placebo. La discordance entre l'efficacité théorique et l'efficacité pratique d'une méthode contraceptive peut être importante : la raison de cette discordance devrait être mieux analysée. Les deux méthodes évaluées ne montrent pas de différence pour la prévention des grossesses non désirées, tout en montrant une différence pour le recours plus fréquent et plus rapide à une contraception d'urgence : ceci illustre que ces marqueurs sont peu performants pour indiquer le risque de grossesse.

Effets indésirables

Effets indésirables les plus fréquents du lévonorgestrel : nausées, vomissements, perturbation fréquente mais transitoire des règles¹. Les médicaments inducteurs enzymatiques peuvent diminuer l'efficacité du lévonorgestrel.

Recommandation de Minerva

Cette méta-analyse ne montre pas de bénéfice de la fourniture d'une provision d'un traitement contraceptif d'urgence versus processus habituel, en termes de prévention des grossesses non désirées. Le manque de puissance des études, et les incertitudes sur le bon enregistrement de toutes les données peuvent avoir joué un rôle dans cette absence de différence observée. Le praticien en retiendra l'importance d'un counselling systématique des femmes en âge de procréer sur les possibilités d'une contraception post coïtale, disponible en pharmacie en Belgique sans ordonnance mais intégralement remboursable sur prescription pour les femmes jusqu'à l'âge de 20 ans inclus.

4. Trussell J, Stewart F, Raymond EC. Emergency contraception: a cost-effective approach to preventing unintended pregnancy. July 2006. <http://ec.princeton.edu/questions/EC-review.pdf>
5. Lo SS, Fan SY, Ho PC, Clasier AF. Effect of advanced provision of emergency contraception on women's contraceptive behaviour: a randomized

controlled trial. *Hum Reprod* 2004;19:2404-10.
6. Jackson RA, Schwarz EB, Freedman L, Darney P. Advance supply of emergency contraception: effect on use and usual contraception - a randomized trial. *Obstet Gynecol* 2003;102:8-16.