

DONNÉES SUR LES PILULES CONTRACEPTIVES D'URGENCE

Les pilules contraceptives d'urgence (PCU) sont des contraceptifs qui se prennent après un rapport sexuel non protégé ou après l'échec d'une méthode contraceptive (par exemple lorsque le préservatif se déchire), mais en l'absence d'une grossesse.

- Les PCU ne causent pas d'avortement. Selon les groupes d'experts médicaux tels que « US Food and Drug Administration (FDA) », « US National Institutes of Health », « American Medical Women's Association », et « American College of Obstetricians and Gynecologists », une grossesse commence par l'implantation d'un ovule fécondé dans l'utérus d'une femme.^{1,2,3,4} En prévenant une grossesse non désirée, la contraception d'urgence réduit le recours à l'avortement.⁵
- Il existe des PCU spécialement dosées sur le marché. En plus, il est possible de prendre des pilules contraceptives régulières en dosage élevé et spécifique⁶ pour obtenir une contraception d'urgence efficace. Les PCU peuvent être composées uniquement de l'hormone progestative ou d'une formule œstrogène et progestatif combinée. Aux États-Unis, Plan B® est un produit fabriqué spécifiquement pour la contraception d'urgence et est uniquement composé de progestérone.
- Les PCU contiennent les mêmes hormones et agissent suivant les mêmes mécanismes d'action que les pilules contraceptives régulières.
- D'après une enquête récente,⁷ il a été prouvé que les PCU agissent en retardant ou en empêchant l'ovulation (la libération d'un ovule par l'ovaire). Ce processus prévient ainsi la fécondation. On ne peut cependant tout à fait écarter la possibilité que les PCU puissent également empêcher l'implantation d'un ovule fécondé dans l'utérus, étant donné qu'il n'est pas possible de savoir si l'ovule est bien fécondé. Des chercheurs ont menés des expériences sur des animaux afin de tester si les PCU uniquement composées de progestérone peuvent en effet empêcher l'implantation d'un ovule fécondé. Ces études suggèrent que les PCU au progestérone seul agissent en perturbant l'ovulation, et en évitant ainsi la fécondation; elles ne perturbent par contre pas les étapes telle que l'implantation, qui se produisent après la fécondation.^{8,9} Les études menées sur des humains ont prouvé que les PCU au progestérone seul perturbent l'ovulation et rendent la fécondation peu probable.⁷
- Lorsqu'une femme est déjà enceinte, les PCU n'ont aucun effet sur cette grossesse.¹⁰
- Les PCU se prennent généralement en deux doses. La première dose peut être prise dans un délai de 72 heures après un rapport sexuel non protégé.^{11,12} La deuxième dose est prise 12 heures après la première. Des études ont apporté la preuve que prendre les deux doses de PCU à la fois et jusqu'à 120 heures après un rapport sexuel non protégé est efficace. Ce régime est approuvé dans quelques pays. Au plus tôt les PCU sont prises, au plus elles sont efficaces.¹³
- Les PCU composées uniquement de progestérone sont plus efficaces que celles composées d'œstrogène et de progestérone.¹⁴
- Selon FDA,³ les PCU ne présentent aucun risque et sont efficaces. Elles ne peuvent interrompre une grossesse établie ou endommager un embryon en développement si une femme enceinte les utilise par mégarde. En plus, l'utilisation répétée des pilules contraceptives d'urgence (PCU) n'est pas dangereuse.¹⁵
- Des études ont montré que les jeunes femmes et les femmes adultes ayant facilement accès aux PCU ne sont pas plus susceptibles d'avoir des rapports sexuels non protégés ou d'abandonner l'utilisation d'autres méthodes de contraception que les femmes n'ayant pas accès aux PCU.^{16,17,18}

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1 Hughes E.C. (ed.) 1972. Committee on Terminology, The American College of Obstetricians and Gynecologists. <i>Obstetric-Gynecologic Terminology</i>. Philadelphia, PA: F.A. Davis. 2 American Medical Women's Association (AMWA). 1996. <i>Position Statement on Emergency Contraception</i>. Alexandria, VA: AMWA. 3 Federal Register. 1997. "Prescription drug products: Certain combined oral contraceptives for use as post-coital emergency contraception: notice." 62: 8609–8612. Washington, DC: Government Printing Office. 4 Office for Protection from Research Risks (OPRR), National Institutes of Health, Department of Health & Human Services. 2001. <i>Protection of Human Subjects</i>. Code of Federal Regulations 45 Part 46; rev. 13 November. 5 Alan Guttmacher Institute (AGI). 2002. "Contraceptive use among U.S. women having abortions in 2000–2001," 17 December. 6 http://ec.princeton.edu/worldwide/default.asp 7 Croxatto, H.B., V. Brache, M. Pavez, L. Cochon, M.L. Forcelledo, F. Alvarez, R. Massai, A. Faundes, and A.M. Salvatierra. 2004. "Pituitary–ovarian function following the standard levonorgestrel emergency contraceptive dose or a single 0.75-mg dose given on the days preceding ovulation," <i>Contraception</i> 70(6): 442–450. 8 Muller, A.L., C.M. Llados, and H.B. Croxatto. 2003. "Postcoital treatment with levonorgestrel does not disrupt postfertilization events in the rat," <i>Contraception</i> 67(5): 415–419. 9 Ortiz, M.E., R.E. Ortiz, M.A. Fuentes, V.H. Parraguez, and H.B. Croxatto. 2004. "Post-coital administration of levonorgestrel does not interfere with post-fertilization events in the new-world monkey <i>Cebus apella</i>," <i>Human Reproduction</i> 19(6): 1352–1356. 10 American College of Obstetricians & Gynecologists (ACOG). 1996. "Emergency oral contraception," <i>ACOG Practice Patterns</i> 3: 1–8. | <ol style="list-style-type: none"> 11 Rodrigues, I., F. Grou, and J. Joly. 2001. "Effectiveness of emergency contraception pills between 72 and 120 hours after unprotected sexual intercourse," <i>American Journal of Obstetrics and Gynecology</i> 184(4): 531–537. 12 Ellertson, Charlotte, Margaret Evans, Sue Ferden, Clare Leadbetter, Aileen Spears, Karen Johnstone, and James Trussell. 2003. "Extending the time limit for starting the Yuzpe regimen of emergency contraception to 120 hours," <i>Obstetrics & Gynecology</i> 101(6): 1168–1171. 13 Von Hertzen, H., G. Piaggio, J. Ding, J. Chen, S. Song, G. Bartfai et al. 2002. "Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: A WHO multicentre randomised trial," <i>Lancet</i> 360(9348): 1803–1810. 14 Raymond, Elizabeth, Douglas Taylor, James Trussell, and Markus J. Steiner. 2004. "Minimum effectiveness of the levonorgestrel regimen of emergency contraception," <i>Contraception</i> 69(1): 79–81. 15 Shelton, J.D. 2002. "Repeat emergency contraception: Facing our fears," <i>Contraception</i> 66(1): 15–17. 16 Roye, C.F. 2001. "Routine provision of emergency contraception to teens and subsequent condom use: A preliminary study," <i>Journal of Adolescent Health</i> 28(3): 165–166. 17 Graham, Anna, Laurence Moore, Deborah Sharp, and Ian Diamond. 2002. "Improving teenagers' knowledge of emergency contraception: Cluster randomised controlled trial of a teacher led intervention," <i>British Medical Journal</i> 324(7347): 1179–1183. 18 Raine, Tina R., Cynthia C. Harper, Corinne H. Rocca, Richard Fischer, Nancy Padian, Jeffrey D. Klausner, and Philip D. Darney. 2005. "Direct access to emergency contraception through pharmacies and effect on unintended pregnancy and STIs: A randomized controlled trial," <i>Journal of the American Medical Association</i> 293(1): 54–62. |
|---|--|

POUR PLUS DE RENSEIGNEMENTS SUR LES TRAVAUX DE RECHERCHE ET LES PROGRAMMES DE POPULATION COUNCIL, VEUILLEZ VISITER LE SITE WWW.POPCOUNCIL.ORG