Avril 2025

Déclaration de l'IMAP sur les progrès réalisés en matière de contraception d'urgence

Introduction

Cette déclaration a été préparée par le Groupe consultatif médical international (IMAP) et a été approuvée en avril 2025.

La contraception d'urgence désigne l'ensemble des méthodes contraceptives pouvant être utilisées après un rapport sexuel non protégé ou insuffisamment protégé, mais avant le début d'une grossesse. Elle offre ainsi aux femmes et à toute personne susceptible de devenir enceinte la possibilité de prévenir une grossesse non désirée.[1] La contraception d'urgence constitue une méthode sûre et efficace pour prévenir les grossesses non désirées, permettant de réduire jusqu'à 99 % le risque de grossesse. Parmi les méthodes recommandées de contraception d'urgence figurent la prise de pilules (lévonorgestrel 1,5 mg ou ulipristal acétate 30 mg) ou la pose d'un dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre (1, 2). L'accès à la contraception d'urgence est une composante essentielle de services complets de santé sexuelle et reproductive et devrait être considéré comme un droit fondamental universel (3).

Malgré son efficacité, la contraception d'urgence n'est pas fréquemment utilisée après un rapport sexuel non protégé (4–6). Dans de nombreux contextes, l'accès à la contraception d'urgence demeure entravé par divers obstacles, et la majorité des femmes ignorent qu'il s'agit d'une option permettant de prévenir une grossesse après un rapport sexuel. Toutefois, dans la quasi-totalité des pays, ce sont les personnes les plus instruites qui sont les mieux informées sur la contraception d'urgence et les plus susceptibles d'y avoir recours. Certains prestataires manquent d'informations sur la contraception d'urgence, favorisent l'imposition de restrictions à son accès et adoptent des attitudes négatives à l'égard de sa délivrance aux personnes qui pourraient en avoir besoin, notamment les femmes non mariées, les survivantes de violences sexuelles et les violences basées sur le genre, ainsi que les adolescentes (7).

L'une des principales raisons invoquées pour refuser l'accès des femmes à la contraception d'urgence réside dans sa perception erronée ou sa présentation détournée comme un moyen délibéré d'interruption de grossesse. Il est donc primordial de faire valoir le fait que la contraception d'urgence empêche la survenue d'une grossesse, mais n'interrompt pas une grossesse déjà en cours (2). Il est essentiel que

[1] NOTE : Ce document est inclusif à l'égard des femmes, des filles et de toutes les personnes susceptibles de tomber enceintes, y compris les personnes intersexes, transgenres et de genre divers. Toute mention des femmes inclut toutes les personnes ayant la capacité de devenir enceintes.

l'information destinée au public, aux prestataires de soins et aux décideurs politiques souligne clairement que la contraception d'urgence ne provoque pas d'avortement, à la différence des pilules abortives utilisées pendant la grossesse. Les pilules de contraception d'urgence sont sûres pour les femmes de tous âges. Leurs effets secondaires sont rares et similaires à ceux des pilules contraceptives orales et peuvent inclure des nausées, des vomissements, des saignements vaginaux irréguliers ou de la fatigue (8, 9). Aucun≈effet négatif à long terme sur la santé ou la fertilité n'a été observé. (9).

Dans la majorité des pays, il existe des produits dédiés à la contraception d'urgence et ceux-ci figurent sur la liste modèle des médicaments essentiels de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (10). La contraception d'urgence est inscrite sur la liste des 13 produits vitaux dans le cadre d'action de la Commission des Nations Unies sur les produits d'importance vitale pour les femmes et les enfants (11). La contraception d'urgence constitue une composante du Dispositif minimum d'urgence pour la santé reproductive en situations d'urgence et fait partie des kits de santé reproductive inter-agences destinés à la gestion clinique du viol ainsi qu'aux méthodes de planification familiale à courte durée d'action (kits 3 et 4) (11). Pour un aperçu plus détaillé de la contraception d'urgence, reportez-vous aux Directives cliniques de l'IPPF centrées sur les clients pour les soins de santé sexuelle et reproductive (9).

Dans la mesure où le lévonorgestrel n'est efficace en contraception d'urgence que s'il est pris avant l'ovulation, son efficacité diminue, en moyenne, avec l'allongement de l'intervalle entre le rapport sexuel et la prise du médicament.

Objet de la déclaration

La présente déclaration vise à examiner les données récemment publiées concernant : 1) l'amélioration de l'efficacité de la pilule contraceptive d'urgence au lévonorgestrel (PCU-LNG) par une administration précoïtale ou en association avec un anti-inflammatoire non stéroïdien ; 2) l'utilisation potentielle de la PCU-LNG comme méthode contraceptive régulière pour des rapports sexuels peu fréquents ; 3) l'ulipristal acétate (UPA), méthode établie de contraception d'urgence, qui est actuellement étudiée en combinaison avec le misoprostol pour l'interruption précoce de grossesse ; et 4) la sous-utilisation de la mifépristone à faible dose comme méthode de contraception d'urgence.

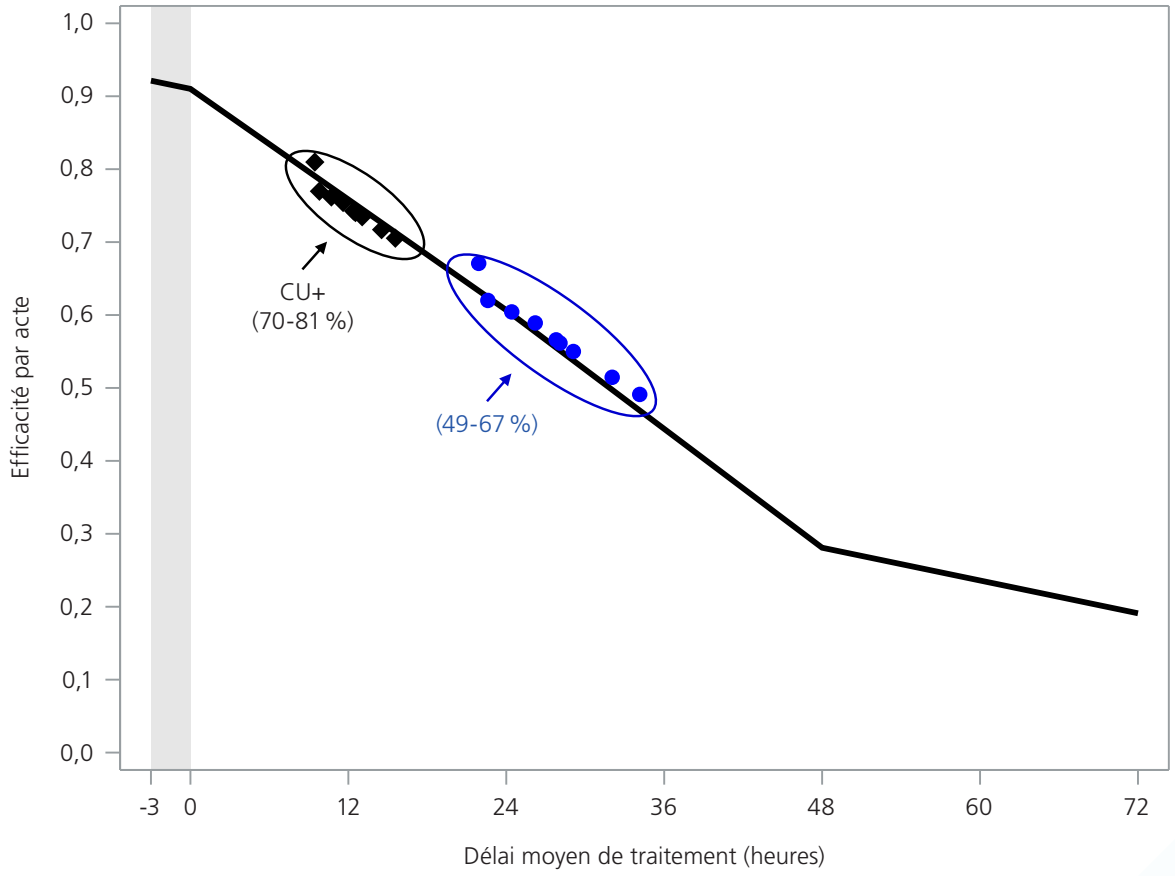
Public visé et parties prenantes

Cette déclaration s'adresse principalement aux Associations Membres de l'IPPF pour examiner les données publiées récemment sur les produits de contraception d'urgence et informer les soins de santé connexes. Ces conseils peuvent aussi être utiles à d'autres organisations de santé sexuelle et reproductive, à des décideurs publics, des chercheurs et des activistes.

Contraception d'urgence au lévonorgestrel : nouvelles preuves d'une efficacité accrue

Selon l'étiquetage actuel, une dose orale de 1,5 mg de lévonorgestrel constitue une contraception d'urgence sûre et efficace lorsqu'elle est prise avant l'ovulation ; elle n'a pas d'effet apparent sur le risque de grossesse si elle est administrée après l'ovulation (12). Dans la mesure où le lévonorgestrel n'est efficace en contraception d'urgence que s'il est pris avant l'ovulation, son efficacité diminue, en moyenne, avec l'allongement de l'intervalle entre le rapport sexuel et la prise du médicament. Il est donc recommandé de l'administrer dès que possible après un rapport sexuel non protégé (13, 14). D'après des modélisations mathématiques des données disponibles, l'efficacité de la

Graphique 1 : Augmentation de la moyenne au sein de la population de l'efficacité maximale atteignable si 50 % de chaque cohorte disposait d'un approvisionnement par avance de PCU-GNL et la prenait 3 heures avant le rapport sexuel (carrés noirs), comparée à l'efficacité observée dans les neuf études initiales (cercles bleus)



Adapté de Taylor, Kapp et Steiner 2024

PCU-LNG pourrait dépasser 90 % en cas de prise post-coïtale sans délai (15). Toutefois, dans neuf études publiées portant sur des personnes ayant pris cette pilule dans les 72 heures suivant un rapport sexuel, l'efficacité maximale observée variait de seulement 49 % à 67 %, en fonction des intervalles de prise entre les participantes à l'étude (Graphique 1, cercles bleus). Selon la même modélisation, ces taux d'efficacité auraient atteint 70 % à 81 % si la moitié des participantes avaient disposé d'un approvisionnement par avance en PCU-LNG et l'avaient prise quelques heures (jusqu'à trois heures) *avant* le rapport sexuel (15).

Dans la sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives de l'OMS, il est recommandé un approvisionnement par avance en PCU pour réduire le délai de prise et augmenter ainsi l'efficacité de la méthode (1, 13). Malgré des preuves évidentes que la réduction de l'intervalle de traitement augmente l'efficacité par acte de la PCU-LNG, une revue systématique de 11 études d'intervention randomisées évaluant l'approvisionnement par avance en PCU a montré qu'aucune n'a pu démontrer de diminution des taux cumulés de grossesse au fil du temps dans les groupes à approvisionnement par avance (odds ratio (OR) 0,98, intervalle de confiance (IC) à 95 % 0,76 à 1,25 dans les études avec des données de suivi à douze mois) malgré une utilisation plus fréquente de contraception

d'urgence (utilisation unique : OR 2,47, IC à 95 % 1,80 à 3,40 ; utilisation multiple : OR 4,13, IC à 95 % 1,77 à 9,63) ainsi qu'une prise plus rapide dans les populations étudiées (différence moyenne pondérée (DMP) -12,98 heures, IC à 95 % -16,66 à -9,31 heures) (5). Il est important de noter que dans l'ensemble des études, l'approvisionnement par avance n'a pas conduit à une augmentation des taux d'infections sexuellement transmissibles (OR 1,01, IC à 95 % 0,75 à 1,37) ou à une fréquence accrue de rapports sexuels non protégés. Une analyse approfondie d'un essai randomisé disposant de données détaillées sur l'utilisation des méthodes a suggéré que certaines participantes ont remplacé d'autres méthodes contraceptives par la PCU-LNG, ce qui pourrait expliquer pourquoi l'approvisionnement par avance ne s'est pas traduit par une baisse des taux cumulés de grossesse (16). De plus, les auteurs d'une autre étude ont suggéré que, même avec un approvisionnement par avance, la PCU-LNG n'était pas prise suffisamment rapidement, le délai moyen d'administration étant de 17 heures (15).

L'association d'un anti-inflammatoire non stéroïdien, tel que le méloxicam ou le piroxicam, au lévonorgestrel pourrait également améliorer l'efficacité de la contraception d'urgence. En effet, ces médicaments inhibent l'enzyme COX-2, responsable de la synthèse des prostaglandines ovariennes, lesquelles jouent un rôle clé dans le processus d'ovulation (17–20). Les éléments probants disponibles suggèrent que la combinaison du lévonorgestrel et d'anti-inflammatoires non stéroïdiens est plus efficace en contraception d'urgence que chacun de ces agents pris séparément (18, 20). Un essai contrôlé randomisé récent mené en Hong Kong a montré que l'association du lévonorgestrel et du piroxicam permettait de prévenir 94,7 % des grossesses attendues, contre 63,4 % pour la combinaison lévonorgestrel et placebo (20). Aucune différence n'a été observée entre les deux groupes quant à la proportion de femmes qui constatent une modification de la date de leurs prochaines règles ou du profil des effets indésirables. (20).

Perspectives prometteuses pour l'utilisation du lévonorgestrel comme contraceptif à la demande

La rareté des rapports sexuels constitue l'un des principaux motifs de non-utilisation de contraception chez les femmes en âge de procréer. En moyenne, 34 % des femmes en Amérique latine et dans les Caraïbes, 31 % en Asie et 19 % en Afrique déclarent ne pas recourir à la contraception en raison de rapports sexuels rares ou inexistants. (21). Les femmes ayant peu ou pas de rapports sexuels peuvent hésiter à utiliser des contraceptifs nécessitant une prise quotidienne, comme la pilule, ou des méthodes à action prolongée impliquant une pose ou une injection. Cette réticence s'explique en partie par le refus d'adopter une méthode pouvant entraîner des effets secondaires pour un bénéfice – la prévention de la grossesse – dont elles ont rarement besoin. Les méthodes péricoïtales peuvent ainsi présenter un attrait particulier ; en l'occurrence, des études ont montré que, dans certains contextes, des femmes ont choisi d'utiliser la PCU-LNG comme méthode contraceptive régulière (21). Une revue systématique de 30 articles évalués par des pairs, publiés entre 2014 et 2023 et couvrant des recherches menées dans six pays répartis sur cinq régions du monde, semble indiquer un intérêt généralisé pour les contraceptifs oraux à la demande, à utiliser juste avant ou après un rapport sexuel. Une étude de validation de principe menée par l'OMS auprès de plus de 300 femmes sur six mois semble indiquer que l'utilisation de 1,5 mg de lévonorgestrel comme méthode contraceptive à la demande, prise dans les 24 heures avant ou après un rapport sexuel, est sûre (22). Cependant, cette méthode n'a montré qu'une efficacité modérée, avec un taux d'incidence de 7 à 11 grossesses pour 100 femmes-années, comparativement aux autres contraceptifs hormonaux. De plus, des études de faisabilité menées au Ghana et au Kenya ont montré à la fois une demande et une acceptabilité élevées pour une pilule de lévonorgestrel à usage péricoïtal, disponible

en pharmacie, chez les femmes ayant des rapports sexuels occasionnels (23,24). L'usage péricoïtal de la pilule au lévonorgestrel est associé à des niveaux élevés de satisfaction et se révèle particulièrement populaire auprès des nouvelles utilisatrices. Des recherches sont en cours pour optimiser l'efficacité de la pilule à usage péricoïtal, comme le lévonorgestrel, mieux cerner son profil d'effets secondaires (en particulier les saignements imprévus) et développer un produit pouvant être enregistré pour cet usage.

Les nouvelles indications potentielles de l'ulipristal (UPA) ne remettent pas en cause ce que l'on sait de son efficacité à retarder ou perturber l'ovulation pour prévenir la grossesse en contraception d'urgence

Bien que l'UPA à 30 mg soit une pilule contraceptive d'urgence établie et commercialisée, il a également été étudié et utilisé à d'autres doses pour diverses indications, notamment le traitement des fibromes utérins, de l'endométriose, des saignements chez les utilisatrices de DIU, ainsi que la prévention du cancer du sein. L'UPA est un modulateur sélectif des récepteurs de la progestérone : il interfère avec l'action de la progestérone naturelle, une hormone essentielle au maintien et au développement des pathologies citées plus haut, ainsi qu'à la grossesse. Une étude récente a évalué l'association de 60 mg d'UPA et de misoprostol pour l'interruption précoce de grossesse, la première fois que cette association a été utilisée pour provoquer un avortement (25). L'étude de l'UPA pour d'autres indications, y compris l'avortement, ne remet pas en cause les connaissances établies sur la contraception d'urgence : chez une personne non enceinte, l'UPA agit en retardant ou en inhibant l'ovulation. Il n'est pas connu comme étant efficace pour prévenir une grossesse si l'ovulation a déjà eu lieu. Comme le lévonorgestrel, l'UPA n'est pas efficace à 100 %. Cependant, l'UPA offre plusieurs avantages par rapport à la contraception d'urgence au lévonorgestrel : il dispose d'une fenêtre d'efficacité plus étendue pour inhiber l'ovulation et est également susceptible d'être plus efficace chez les femmes d'un poids corporel élevé. Globalement, cette étude récente suggère que l'UPA justifie de plus amples recherches en d'évaluer son utilité et son efficacité par rapport aux autres protocoles d'avortement médicamenteux. Cependant, il existe déjà des protocoles d'avortement médicamenteux éprouvés, sûrs et efficaces, reposant sur l'association mifépristone-misoprostol ou sur l'utilisation du misoprostol seul. Il reste incertain que l'association UPA-misoprostol présente des avantages par rapport aux protocoles médicamenteux existants, d'où la nécessité de poursuivre les recherches. Il existe toutefois un risque que certains responsables politiques détournent les résultats de cette étude afin de limiter l'accès à l'UPA pour la contraception d'urgence. Toute tentative de restreindre l'accès à l'UPA nuirait aux personnes recherchant une contraception d'urgence, d'autant qu'il présente des avantages sur le lévonorgestrel, notamment une efficacité supérieure chez les personnes ayant un indice de masse corporelle élevé et une fenêtre d'utilisation allant jusqu'à cinq jours après un rapport sexuel non protégé (26).

Des études de faisabilité menées au Ghana et au Kenya ont montré à la fois une demande et une acceptabilité élevées pour une pilule de lévonorgestrel à usage péricoïtal, disponible en pharmacie, chez les femmes ayant des rapports sexuels occasionnels.

La mifépristone constitue une méthode de contraception d'urgence sûre, efficace et abordable, dont l'accès devrait être élargi

La mifépristone est également un antagoniste des récepteurs de la progestérone, utilisée pour de nombreuses indications en gynécologie. Une revue systématique des interventions de contraception d'urgence publiée en 2019 a inclus plus de 40 études portant sur l'utilisation de la mifépristone à faible dose (25–50 mg) à des fins de contraception d'urgence (27). Selon l'analyse, la mifépristone présentait un taux d'efficacité de prévention de grossesse de 40 % supérieur à celui du lévonorgestrel. Bien que la mifépristone soit un médicament sûr, efficace et d'un coût généralement abordable, elle demeure peu accessible pour une utilisation à faible dose en contraception d'urgence. En fait, en 2020, seuls 6 pays disposaient d'un produit à base de mifépristone enregistré pour la contraception d'urgence, et ce malgré des études confirmant son innocuité et son efficacité (28). La disponibilité limitée de la mifépristone a freiné son inclusion dans les recommandations mondiales pour la contraception d'urgence, obstacle accentué par les craintes de confusion entre contraception d'urgence et avortement médicamenteux. Des travaux sont en cours pour développer et enregistrer un produit spécifiquement dédié à la contraception d'urgence à base de mifépristone, dans le but d'obtenir une autorisation réglementaire rigoureuse, d'accroître sa disponibilité et de favoriser son intégration dans les recommandations mondiales.

Recommandations

Intégrer pleinement la contraception d'urgence aux services et programmes de santé sexuelle et reproductive.

- Les programmes doivent inclure toutes les méthodes disponibles localement : à la fois les pilules PCU-LNG et UPA et le DIU au cuivre. Les méthodes doivent être accessibles à toutes les personnes, quel que soit leur âge, qui déclarent ou prévoient avoir des rapports sexuels non protégés et souhaitent éviter une grossesse. Le DIU constitue le contraceptif d'urgence le plus efficace et peut être laissé en place pour offrir une protection contraceptive continue et optimale à celles qui préfèrent adopter une méthode à action prolongée. La contraception d'urgence est un service essentiel à offrir en situation de crise humanitaire et dans les programmes de lutte contre les violences sexuelles et basées sur le genre pour la prophylaxie post-exposition après un viol ou des violences sexuelles.
- Les programmes d'éducation complète à la sexualité devraient fournir des informations sur les indications d'utilisation et la disponibilité de la contraception d'urgence, en précisant notamment les lieux où elle peut être obtenue (généralement en pharmacie, en plus des cliniques de santé).
- Les prestataires de soins de santé et les pharmaciens devraient être formés afin de faciliter l'accès à la contraception d'urgence pour toutes les personnes qui en ont besoin. Cela inclut la délivrance de conseils adaptés, la promotion de l'approvisionnement par avance comme solution de repli à d'autres méthodes contraceptives, ainsi que l'accompagnement lors des périodes où ces méthodes ne sont pas utilisées.

Les programmes d'éducation complète à la sexualité devraient fournir des informations sur les indications d'utilisation et la disponibilité de la contraception d'urgence.

Préconiser la réduction des obstacles à l'accès à la contraception d'urgence.

- Encourager la mise à disposition des pilules de contraception d'urgence en vente libre, sans restriction d'âge ou de statut matrimonial, et supprimer toute limitation réglementaire ou administrative injustifiée sur le plan médical.
- Veiller à intégrer la contraception d'urgence dans les politiques publiques nationales et les programmes essentiels de santé publique, y compris en situation de crise humanitaire.

Préconiser l'approvisionnement par avance de pilules contraceptives d'urgence.

- L'approvisionnement par avance de pilules de contraception d'urgence à garder à portée de main accroît la probabilité de leur prise après un rapport sexuel non protégé, ou en tout état de cause dans un intervalle plus court après un rapport sexuel, ce qui optimise leur efficacité. L'approvisionnement par avance peut éviter des retards involontaires dans le traitement. L'approvisionnement par avance en contraception d'urgence peut être particulièrement avantageux pour les adolescentes, qui sont souvent plus susceptibles d'avoir des rapports sexuels non planifiés et de connaître des difficultés d'accès à cette méthode.

Préconiser la prise jusqu'à 3 heures avant un rapport sexuel pour celles qui prévoient par ailleurs d'avoir un rapport sexuel non protégé.

- La modélisation des données publiées sur les PCU-LNG révèle que leur efficacité augmente nettement lorsqu'elles sont prises jusqu'à 3 heures avant un rapport sexuel, tout en conservant la même innocuité qu'une prise après le rapport. Cette façon d'administrer les PCU-LNG pourrait constituer une approche pertinente pour la prévention des grossesses non planifiées chez les femmes prévoyant des rapports sexuels non protégés, et a démontré son acceptabilité dans différentes populations (18–21). Des recherches sont nécessaires pour déterminer si du counselling sur cette option conduit à une utilisation accrue et en temps opportun.

Déstigmatiser l'utilisation répétée ou planifiée de la contraception d'urgence.

- La contraception d'urgence ne devrait pas être perçue comme étant uniquement destinée à être utilisée en cas d'urgence. Les pharmaciens et les prestataires de soins de santé ne doivent pas imposer d'obstacles à une utilisation répétée ou planifiée. Bien que la contraception d'urgence ne soit pas approuvée comme méthode de routine avec un produit établi et disponible, les données cliniques, bien que limitées, attestent de son innocuité et de son efficacité modérée. Cependant, d'autres méthodes contraceptives, plus efficaces pour une utilisation régulière, sont disponibles. Un large éventail de contraceptifs hormonaux ainsi que le DIU au cuivre ont démontré une efficacité supérieure dans la prévention de la grossesse. Toutefois, ces options peuvent ne pas convenir aux femmes ayant des rapports sexuels peu fréquents.

Encourager et promouvoir la recherche actuelle et future afin de développer des méthodes péricoïtales efficaces et utilisables à la demande.

- Un contraceptif à utiliser au moment du rapport, discret et ne nécessitant pas la coopération du partenaire, pourrait représenter une option intéressante pour de nombreuses femmes, notamment celles ayant des rapports sexuels occasionnels. Pour cela, il y aurait lieu de développer et de commercialiser un produit dédié pour répondre à ces besoins, en s'appuyant sur les données d'innocuité et d'efficacité déjà existantes pour l'utilisation péricoïtale du lévonorgestrel. Les chercheurs et activistes engagés dans la santé sexuelle et reproductive devraient apporter leur soutien actif au développement d'un contraceptif spécifique, ainsi qu'à la réalisation d'essais cliniques internationaux supplémentaires, afin de favoriser son approbation réglementaire.

Recommander l'intégration de la mifépristone à une dose de 25 à 50 mg dans les directives mondiales relatives à la contraception d'urgence.

- L'intégration de la mifépristone à une dose de 25 à 50 mg dans les directives mondiales en vue d'un usage contraceptif contribuerait à accroître la sensibilisation et à stimuler la demande pour des alternatives supplémentaires, efficaces, en matière de contraception d'urgence. La mise en avant de l'importance de disposer de méthodes post-coïtales plus efficaces et plus sûres encouragera les fabricants à investir dans le développement et la large distribution d'un contraceptif d'urgence à base de mifépristone spécifiquement dédié à cet usage.

Bibliographie

1. Organisation mondiale de la Santé. Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives de l'OMS [Internet]. 3e éd. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 [cité 25 avril 2025]. 72 p. Disponible à : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259677/9789242565409-fre.pdf
2. Li RHW, Lo SST, Cameron ST. Méthodes hormonales pour la contraception d'urgence. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 1er décembre 2024 ;97:102550.
3. Shaw D, Cook RJ. Applying human rights to improve access to reproductive health services. Int J Gynecol Obstet. 2012 ; 119(S1):S55–9.
4. Raine TR, Harper CC, Rocca CH, Fischer R, Padian N, Klausner JD, et al. Direct access to emergency contraception through pharmacies and effect on unintended pregnancy and STIs: a randomized controlled trial. JAMA. 5 janvier 2005 ; 293(1):54–62.
5. Polis CB, Schaffer K, Blanchard K, Glasier A, Harper CC, Grimes DA. Advance provision of emergency contraception for pregnancy prevention (full review). Cochrane Database Syst Rev. 18 avril 2007 ; 2007(2):CD005497.
6. Raymond EG, Stewart F, Weaver M, Monteith C, Van Der Pol B. Impact of increased access to emergency contraceptive pills: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. Novembre 2006 ; 108(5):1098–106.
7. Westley E, Kapp N, Palermo T, Bleck J. A review of global access to emergency contraception. Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet. 2013 octobre ; 123(1):4–6.
8. Batur P, Kransdorf LN, Casey PM. Emergency Contraception. Mayo Clin Proc. 1er juin 2016 ; 91(6):802–7.
9. Directives cliniques centrées sur les clients de l'IPPF | IPPF [Internet]. 2022 [cité 27 mars 2025]. Disponible à : https://www.ippf.org/client-centred-clinical-guidelines-1
10. Liste modèle des médicaments essentiels de l'OMS – 23e liste, 2023 [Internet]. [cité 27 mars 2025]. Disponible à : https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MHP-HPS-EML-2023.02
11. Minimum Initial Service Package. In: Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings: 2010 Revision for Field Review [Internet]. Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise ; 2010 [cité 27 mars 2025]. Disponible à : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305157/
12. Endler M, Li R, Gemzell Danielsson K. Effect of levonorgestrel emergency contraception on implantation and fertility: A review. Contraception. 2022 mai ; 109:8–18.
13. Organisation mondiale de la Santé. Medical eligibility criteria for contraceptive use [Internet]. 5e éd. Genève: Organisation mondiale de la Santé ; 2015 [cité 8 avril 2025]. 276 p. Disponible à : https://iris.who.int/handle/10665/181468
14. Comprimé Plan B One-Step (levonorgestrel).

15. Taylor DJ, Kapp N, Steiner MJ. Maximizing the effectiveness of 1.5 mg levonorgestrel for emergency contraception: The case for precoital use. Contracept X. 2024 ; 6:100107.
16. Weaver MA, Raymond EG, Baecher L. Attitude and Behavior Effects in a Randomized Trial of Increased Access to Emergency Contraception. Obstet Gynecol. 2009 janvier ; 113(1):107.
17. Duffy DM. Novel contraceptive targets to inhibit ovulation: the prostaglandin E2 pathway. Hum Reprod Update. 2015 ; 21(5):652–70.
18. Massai MR, Forcelledo ML, Brache V, Tejada AS, Salvatierra AM, Reyes MV, et al. Does meloxicam increase the incidence of anovulation induced by single administration of levonorgestrel in emergency contraception? A pilot study. Hum Reprod Oxf Engl. 2007 février ; 22(2):434–9.
19. Edelman AB, Jensen JT, Doom C, Hennebold JD. Impact of the prostaglandin synthase-2 inhibitor celecoxib on ovulation and luteal events in women. Contraception. 2013 mars ; 87(3):352–7.
20. Li RHW, Lo SST, Gemzell-Danielsson K, Fong CHY, Ho PC, Ng EHY. Oral emergency contraception with levonorgestrel plus piroxicam: a randomised double-blind placebo-controlled trial. Lancet Lond Engl. 9 septembre 2023 ; 402(10405):851–8.
21. Sedgh G, Hussain R. Reasons for contraceptive nonuse among women having unmet need for contraception in developing countries. Stud Fam Plann. 2014 juin ; 45(2):151–69.
22. Festin MPR, Bahamondes L, Nguyen TMH, Habib N, Thamkhantho M, Singh K, et al. A prospective, open-label, single arm, multicentre study to evaluate efficacy, safety and acceptability of pericoital oral contraception using levonorgestrel 1.5 mg. Hum Reprod Oxf Engl. 2016 mars ; 31(3):530–40.
23. McCann B, Liang T, Ramarao S, Kuffour E, Ankomah A, Vandermark Moore J, et al. Feasibility and Acceptability of LNG 1.5 mg as an On-Demand Pericoital Contraceptive in Ghana. Stud Fam Plann. 2023 septembre ; 54(3):523–38.
24. Odwe G, McCann B, Liambila W, Vandermark J, Mwanga D, Anab E, et al. Feasibility of e-commerce pharmacy provision and acceptability of levonorgestrel 1.5 mg for pericoital use in urban and peri-urban settings in Kenya: a prospective cohort study. BMJ Sex Reprod Health. 2023 janvier ; 49(1):35–42.
25. Winikoff B, Bousiéguez M, Salmerón J, Robles-Rivera K, Hernández-Salazar S, Martínez-Huitrón A, et al. A Proof-of-Concept Study of Ulipristal Acetate for Early Medication Abortion. NEJM Evid. 2025 février ; 4(2):EVIDoa2400209.
26. Grossman D. New Data on Ulipristal Acetate and Misoprostol for Medication Abortion — A Step Forward? NEJM Evid. 28 janvier 2025 ; 4(2):EVIDe2400460.
27. Shen J, Che Y, Showell E, Chen K, Cheng L. Interventions for emergency contraception. Cochrane Database Syst Rev. 20 janvier 2019 ; 2019(1):CD001324.
28. Rodriguez MI, Gülmezoglu AM. Mifepristone for emergency contraception: Case for recommendation in practice guidelines. Contraception. 2020 décembre ; 102(6):383–4.

Remerciements

Nous sommes reconnaissants des contributions de Laneta Dorflinger, Nathalie Kapp, Markus Steiner et Doug Taylor pour la première ébauche de la déclaration, et aux membres du personnel de l'IMAP (Luchuo Bain, Paul Blumenthal, Arachu Castro, Hellen Gonalez, Metin Gulmezoglu, Chipo Gwanzura, James Kiarie, Gail Knudson, Zozo Nene, Suzanne Veldhuis) et de l'IPPF (Rania Elhassan, Manuelle Hurwitz, Galliane Palayret, Marevic Parcon) pour leur relecture et leurs contributions.

Qui sommes-nous

La Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF) est une organisation mondiale prestataire de services et un défenseur de premier ordre de la santé et des droits de tous en matière de sexualité et de reproduction. Nous sommes un mouvement mondial constitué d'organisations nationales qui œuvrent pour et avec les communautés et les individus.

IPPF
4 Newhams Row
Londres SE1 3UZ
Royaume-Uni

tél. : +44 20 7939 8200
fax : +44 20 7939 8300
e-mail : info@ippf.org
www.ippf.org

Œuvre de bienfaisance britannique enregistrée sous le n° 229476

Publié en avril 2025