

**UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER  
FACULTÉ DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

ANNÉE : 2021

THESE 2021/TOU3/2105

# THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Camille POISSON

LA CONTRACEPTION D'URGENCE CHEZ LES JEUNES AU ROYAUME-UNI

17 décembre 2021

Directeur de thèse : Professeur Florence TABOULET

## JURY

Président : Professeur Florence Taboulet

1er assesseur : Docteur Heather May Morgan

2ème assesseur : Docteur Isabelle Parelou

3ème assesseur : Docteur Camille Gentzbittel

**PERSONNEL ENSEIGNANT  
de la Faculté des Sciences Pharmaceutiques de l'Université Paul Sabatier  
au 1er octobre 2020**

**Professeurs Emérites**

Mme BARRE A.	Biologie Cellulaire
M. BENOIST H.	Immunologie
M. BERNADOU J.	Chimie Thérapeutique
M. CAMPISTRON G.	Physiologie
M. GAIRIN J.E.	Pharmacologie
Mme NEPVEU F.	Chimie analytique
M. ROUGE P.	Biologie Cellulaire
M. SALLES B.	Toxicologie

**Professeurs des Universités**

**Hospitalo-Universitaires**

Mme AYYOUB M.	Immunologie
M. CESTAC P.	Pharmacie Clinique
M. CHATELUT E.	Pharmacologie
Mme DE MAS MANSAT V.	Hématologie
M. FAVRE G.	Biochimie
Mme GANDIA P.	Pharmacologie
M. PARINI A.	Physiologie
M. PASQUIER C. (Doyen)	Bactériologie - Virologie
Mme ROQUES C.	Bactériologie - Virologie
Mme ROUSSIN A.	Pharmacologie
Mme SALLERIN B.	Pharmacie Clinique
M. VALENTIN A.	Parasitologie

**Universitaires**

Mme BERNARDES-GÉNISSON V.	Chimie thérapeutique
Mme BOUTET E.	Toxicologie - Sémiologie
Mme COUDERC B.	Biochimie
M. CUSSAC D. (Vice-Doyen)	Physiologie
M. FABRE N.	Pharmacognosie
Mme GIROD-FULLANA S.	Pharmacie Galénique
M. GUIARD B.	Pharmacologie
M. LETISSE F.	Chimie pharmaceutique
Mme MULLER-STAU MONT C.	Toxicologie - Sémiologie
Mme REYBIER-VUATTOUX K.	Chimie analytique
M. SEGUI B.	Biologie Cellulaire
Mme SIXOU S.	Biochimie
M. SOUCHARD J-P.	Chimie analytique
Mme TABOULET F.	Droit Pharmaceutique
M. VERHAEGHE P.	Chimie Thérapeutique

## Maîtres de Conférences des Universités

Hospitalo-Universitaires		Universitaires	
M. DELCOURT N.	Biochimie	Mme ARELLANO C. (*)	Chimie Thérapeutique
Mme JUILLARD-CONDAT B.	Droit Pharmaceutique	Mme AUTHIER H.	Parasitologie
M. PUISSET F.	Pharmacie Clinique	M. BERGE M. (*)	Bactériologie - Virologie
Mme ROUCH L.	Pharmacie Clinique	Mme BON C. (*)	Biophysique
Mme ROUZAUD-LABORDE C.	Pharmacie Clinique	M. BOUJILA J. (*)	Chimie analytique
Mme SERONIE-VIVIEN S (*)	Biochimie	M. BROUILLET F.	Pharmacie Galénique
Mme THOMAS F. (*)	Pharmacologie	Mme CABOU C.	Physiologie
		Mme CAZALBOU S. (*)	Pharmacie Galénique
		Mme CHAPUY-REGAUD S.	Bactériologie - Virologie
		Mme COLACIOS C.	Immunologie
		Mme COSTE A. (*)	Parasitologie
		Mme DERAÈVE C. (*)	Chimie Thérapeutique
		Mme ECHINARD-DOUIN V.	Physiologie
		Mme EL GARAH F.	Chimie Pharmaceutique
		Mme EL HAGE S.	Chimie Pharmaceutique
		Mme FALLONE F.	Toxicologie
		Mme FERNANDEZ-VIDAL A.	Toxicologie
		Mme GADEA A.	Pharmacognosie
		Mme HALOVA-LAJOIE B.	Chimie Pharmaceutique
		Mme JOUANJUS E.	Pharmacologie
		Mme LAJOIE-MAZENC I.	Biochimie
		Mme LEFEVRE L.	Physiologie
		Mme LE LAMER A-C.	Pharmacognosie
		M. LE NAOUR A.	Toxicologie
		M. LEMARIE A.	Biochimie
		M. MARTI G.	Pharmacognosie
		Mme MONFERRAN S.	Biochimie
		M. SAINTE-MARIE Y.	Physiologie
		M. STIGLIANI J-L.	Chimie Pharmaceutique
		M. SUDOR J. (*)	Chimie Analytique
		Mme TERRISSE A-D.	Hématologie
		Mme TOURRETTE-DIALLO A. (*)	Pharmacie Galénique
		Mme VANSTEEELANDT M.	Pharmacognosie
		Mme WHITE-KONING M. (*)	Mathématiques

(\*) Titulaire de l'habilitation à diriger des recherches (HDR)

## Enseignants non titulaires

Assistants Hospitalo-Universitaires		Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherche (ATER)	
Mme LARGEAUD L.	Immunologie	M. François-Xavier TOUBLET	Chimie Thérapeutique
M. LE LOUEDEC F.	Pharmacologie		
M. MOUMENI A.	Biochimie		
M. PAGES A.	Pharmacie Clinique		
Mme SALABERT A.S	Biophysique		
Mme TRIBAUDEAU L.	Droit Pharmaceutique		

## Remerciements

J'adresse mes remerciements aux personnes qui m'ont aidée dans la réalisation de cette thèse et qui m'ont soutenue tout au long de mes études.

### **Aux membres du jury,**

**Madame le Professeur Florence Taboulet**, Professeur de Droit pharmaceutique et Économie de la Santé à la Faculté des Sciences pharmaceutiques – Laboratoire Epidémiologie et analyses en santé publique : risques, maladies chroniques, handicaps - UMR 1295 Inserm, Trajectoires d'innovations en santé : enjeux bioéthiques et impact en santé publique. C'est un honneur pour moi que vous ayez accepté d'encadrer cette thèse et je suis fière d'avoir été votre élève tout au long de ma formation à la faculté de Pharmacie. Je tiens à vous remercier pour votre aide, vos conseils et de m'avoir permis d'aller plus loin dans mon travail. Soyez assurée de ma très haute considération et de ma gratitude.

**Doctor in Philosophie Heather May Morgan**, Fellow of the Higher Education Academy, Fellow of the Royal Society of art – lecturer and researcher in applied health science - University of Aberdeen – Scotland. It is an honor to count you as a member of jury and that you accepted the challenge of participate in this French thesis. Your work at the Universtiy of Aberdeen inspired me and it was a pleasure to have been your student.

**Madame le Docteur Isabelle Parelou**, Docteur en Pharmacie, Formatrice CFA (centre de formation apprenti préparateurs en pharmacie) à Toulouse. Je te remercie d'avoir accepté de participer à cette thèse. C'est un honneur d'avoir une experte dans la formation des préparateurs en pharmacie, qui sont des maillons très importants dans la délivrance de la contraception d'urgence.

**Madame le Docteur Camille Gentzittel**, Docteur en Pharmacie, pharmacien attaché scientifique chargée en pharmacovigilance chez Universal Media Group. Je tiens à te remercier d'avoir accepté d'être membre de mon jury. Tu m'as soutenue tout long de nos études. Connaissant ton sens du professionnalisme et ton éthique, c'est un honneur pour moi que tu participes à ma thèse.

### **Aux membres de ma famille,**

Je tiens à vous remercier mes parents pour votre soutien indéfectible tout au long de ma vie. Merci d'avoir toujours cru en moi, de m'avoir poussée à donner le meilleur de moi-même et

de respecter mes choix de vie. Je vous remercie de m'avoir donné le droit et l'envie de rêver. J'ai beaucoup de chance de vous avoir et sachez que j'ai un profond respect pour les parents que vous êtes et l'éducation que vous avez pu m'offrir. Merci

A mes sœurs et amies, Juliette et Adelaïde. Merci de m'avoir fait grandir, de m'avoir soutenue et d'avoir partagé mes peines et mes succès. Merci

A mon beau-frère Gilles, merci de faire partie de notre famille et merci de ton soutien. A mes nièces Céleste, Ariane et Blanche pour votre amour.

A mes grands-mères, Francine et Monique merci pour vos précieux conseils de vie.

A mes cousins qui m'ont toujours fait beaucoup rire et qui m'ont soutenue dans mes études. Merci à Maude d'avoir été une oreille attentive concernant mes ambitions et mes craintes.

**A mes amis, qu'ils viennent d'ici ou d'ailleurs, qu'on se connaisse depuis toujours ou plus récemment, merci**

A ma meilleure amie depuis toujours Loriane. Merci d'avoir été un pilier tout au long de mes études et de ma vie. Merci de m'avoir toujours soutenue et d'avoir été là. C'est un honneur et un privilège de t'avoir dans ma vie.

To Léa, my best friend and greatest support I could ever except. Thank you for teaching me English with Phyliss. Thank you for being there all time during our Master at the University of Aberdeen and to continue to be this good friend I can always count on.

A mes amies de la faculté de pharmacie et surtout aux princesses. A Camille, Elsa, Pauline, Marion, Sophie, Perrine, Éloïse et Marjorie. Ce fut de sacrées années que nous avons partagé sur les bancs de la faculté des Maraichers et dans nos super séances de TP. Merci à vous d'être des amies fidèles et de m'avoir soutenue tout au long de ces études difficiles. Un grand merci aussi à Jean-Baptiste Pradel le plus fun des partenaires de TP.

A mes amies de Toulouse, merci de m'avoir fait rire et vivre les plus belles années étudiantes et merci de m'avoir soutenue dans mes études. Merci à Minthri, Camille R, David, jérémy, Valentine, Camille DL, Kevin, et pleins d'autres.

To my friends from Scotland Sophie, Rebecca, Karen, Sofia, Sebastian, John, Manon, Camille P, Sarah, Tomiwa, Flavio and my wonderful flatmate Frank. Thank you to make me love this country where I lived for almost a year and half.

A mes fabuleux amis et collègues de Dublin Dorothée, Alice, Orla, Ebel, Madhu, Shabnam, Anke, Cirian, Giampaolo, Christina and Brenda. Thank you too all the Safety Operation IQVIA team including Sabrina my excellent manager, for their support and for teaching me so much about pharmacovigilance role.

A Anne-Marie et Michel Ducasse, Benard et Marie Georges, Brigitte Le Bihan et Ghislaine Mirault pour leur soutien et leurs conseils.

Et merci à tous ceux qui ont fait partie de ma vie et que je n'ai pas mentionnés.

Et pour finir, je souhaiterais me dire merci de ne jamais avoir abandonné.

<b>RESUME :</b> .....	<b>4</b>
<b>ENGLISH SUMMARY AND TITLES</b> .....	<b>6</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>7</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b> .....	<b>13</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>15</b>
<b>PARTIE 1 : LEGISLATION ET PRATIQUES AUTOUR DU SYSTEME DE SANTE BRITANNIQUE ET LA CONTRACEPTION D'URGENCE</b> .....	<b>17</b>
CHAPITRE 1: CONTEXTUALISATION DU SYSTEME DE SANTE BRITANNIQUE .....	17
A. <i>Description du système législatif et de régulation du R.-U.</i> .....	17
1. Le droit applicable R.-U. ....	17
2. Les acteurs du système de santé .....	19
B. <i>Description du système de financement de la santé</i> .....	24
1. Le financement de la santé .....	24
2. Réglementation des prix des produits pharmaceutiques .....	25
C. <i>Le statut des adolescents au Royaume-Uni</i> .....	26
1. Droits des adolescents .....	26
2. L'enfant et la sexualité : système de protection de l'enfant .....	29
CHAPITRE 2: LES PRODUITS DE SANTE ET DISPOSITIF DE REGULATION DES NAISSANCES .....	31
A. <i>Les produits de santé en pharmacie</i> .....	31
1. Définition .....	31
2. Autorisation de mise sur le marché .....	33
3. Les différentes classes des médicaments et les modalités qui en découlent .....	34
B. <i>Systèmes de santé: source de dispensation de médicament</i> .....	37
1. Prescriptions et dispensations .....	37
2. Les acteurs majeurs de la dispensation .....	38
C. <i>Description des systèmes disponibles de régulation des naissances par pays</i> .....	41
1. Généralité sur les méthodes de contraception autorisées au R.-U. ....	41
2. Modalité d'interruption volontaire de grossesse .....	44
<b>PARTIE 2 : LA REPRODUCTION ET LES MECANISMES DE REGULATION DES NAISSANCES</b> .....	<b>47</b>
CHAPITRE 1 : LES MECANISMES DE LA REPRODUCTION ET DE LA CONTRACEPTION .....	47

A.	<i>Les mécanismes de la reproduction</i> .....	47
1.	Anatomie de l'appareil reproducteur féminin .....	47
2.	Cycle menstruel de la femme .....	49
3.	Les différents stades de la vie génitale chez la femme .....	52
4.	Fécondation jusqu'à la formation d'un fœtus .....	54
B.	<i>Méthodes de contraception</i> .....	57
1.	Méthode non hormonale .....	57
2.	Méthodes hormonales excluant celles d'urgence .....	58
	CHAPITRE 2 : LES DISPOSITIFS DE CONTRACEPTION D'URGENCE .....	62
A.	<i>La Contraception d'urgence</i> .....	62
1.	Définition et indication de la contraception d'urgence .....	62
2.	Présentation des EC .....	64
3.	Mécanisme d'action des EC .....	67
B.	<i>Particularité des EC</i> .....	69
1.	Interactions des EC qui peuvent affecter l'efficacité des EC .....	69
2.	Mise en place du DUI en cuivre .....	71
3.	Les effets indésirables et contre-indications .....	72
4.	Recommandations relatives à la mise en place d'une contraception continue .....	75
C.	<i>Délivrance de la contraception d'urgence</i> .....	76
1.	Généralité sur la dispensation des EC .....	76
2.	Schéma de décision de délivrance selon la 'Royal Pharmaceutical Society' .....	79
3.	Modalité de prescription et dispensation chez les jeunes .....	81
	<b>PARTIE 3 : IMPACT DES POLITIQUES DE SANTE SUR LA CONTRACEPTION D'URGENCE SUR LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES ADULTES AU R.-U.</b> .....	<b>85</b>
	CHAPITRE 1 : ÉPIDÉMIOLOGIE ET ETAT DE SANTE DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES ADULTES .....	85
A.	<i>Données générales concernant les adolescents et les jeunes adultes</i> .....	85
1.	Généralité et population du R.-U. ....	85
2.	Les conditions de vie et comportement de santé des jeunes au R.-U. ....	87
3.	Problèmes de santé courants des jeunes au R.-U. ....	92
B.	<i>État des lieux de la sexualité des mineurs au Royaume-Uni</i> .....	95



1.	L'activité et le comportement sexuel des adolescents et des jeunes .....	95
2.	Éducation sexuelle et relationnelle .....	97
3.	La contraception et conception chez les adolescents .....	100
4.	Les abus sexuels .....	105
CHAPITRE 2 : UTILISATION ET EFFICACITE DE L'EC CHEZ LES JEUNES AU R.-U. ....		106
A.	<i>Les contraceptifs d'urgence chez les jeunes</i> .....	106
1.	Épidémiologie de la contraception d'urgence chez les adolescents .....	106
2.	Facteurs pouvant favoriser la prise d'EC .....	109
3.	Barrières à l'utilisation des EC .....	113
B.	<i>L'utilisation des EC chez jeunes et la balance bénéfice-risques</i> .....	117
1.	Conséquences de l'accessibilité des EC .....	117
2.	Impact des EC sur les choix de contraception, les taux de grossesse non désirée et les taux d'avortement chez les jeunes au R.-U.....	121
CONCLUSION.....		129
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>		<b>133</b>

## Liste des abréviations

AMM	Autorisation de mise sur le marché
BNF	<i>British National Formular</i>
BPSE	<i>Bristish Pharmaceutical Student's association</i>
CEDH	Convention Européenne des Droits de l'Homme
CHC	Contraceptifs hormonaux combinées
CIDE	Convention internationale des droits de l'enfant
DHSC	<i>Department of Health and Social Care</i>
DIU	Dispositif intra-utérin
DIU en cuivre	DIU en cuivre
DM	Dispositifs médicaux
DMPA	Dépôt medroxyprogesterone acétate
EC	Contraception d'urgence
FSH	Hormone folliculostimulante
FSRH	<i>Faculty of Sexual and reproductive Healthcare</i>
GP	<i>General Practionner</i>
GPhC	<i>General Pharmaceutical council</i>
GSL	<i>General Sale list</i>
GUM	<i>Genitourinary medicine</i>
HCG	Hormone chorionique gonadotrope
HMRs	<i>Human Medicines Regulations</i>
HPV	<i>Papillomavirus humain</i>
HSC	<i>Health and Social Care</i>
IMC	Indice de masse corporel
IST	Infections sexuellement transmissibles
LH	Hormone lutéinisante
LNG	Levonorgestrel
MHRA	<i>Medicines and Healthcare products Regulatory Agency</i>
Natsal	<i>National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles</i>
NHS	<i>National Health Service</i>
NICE	<i>National institute for Health and Care Excellence</i>
NSPCC	<i>National Society for the Prevention of Cruelty to Children</i>
ONS	<i>Office for National Statistics</i>
OTC	<i>Over The Counter</i>
P	<i>Pharmacy medicine</i>
POM	<i>Prescription Only Medicine</i>
POP	Contraceptions progestatives
R.-U.	Royaume-Uni
RCP	Résumé caractéristique du produit ou <i>summary of product characteristics</i>
UE	Union Européenne
UKMEC	<i>UK medical eligibility criteria for contraceptive use</i>
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UPA	Acétate d'ulipristal

UPSI	Un rapport sexuel non protégé
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

## Introduction

Le taux de natalité britannique chez les femmes de 15 à 19 ans était l'un des trois plus élevés parmi les pays ayant un statut économique similaire (Association for Young People's Health, 2019). Les adolescentes britanniques sont plus susceptibles de tomber enceintes que les adolescentes françaises (Sedgh G F. L., 2015). Il est important de préciser que toutes les grossesses chez l'adolescente ne sont pas imprévues. La décision de fonder une famille doit être respectée et les parents doivent être soutenus, quel que soit leur âge. Pour celles qui ne seraient pas planifiées, elles donneront lieu à une interruption volontaire de grossesse dans la majorité des cas. Le Royaume Uni (R.-U.) avait l'un des taux les plus importants d'avortement en Europe (Sedgh G S. S., 2012). Les grossesses chez les adolescentes peuvent avoir un impact négatif sur la santé physique, émotionnelle et financière des jeunes mères, de leurs enfants et de leurs familles (British Pregnancy Advisory Service, 2018). Elles sont plus fréquentes chez les jeunes femmes issues de milieux défavorisés, ce qui contribue à creuser les inégalités économiques en matière de santé, tant pour la mère et le bébé que pour leur famille (Office for National Statistics, 2020). Les grossesses non désirées sont coûteuses pour le National Health Service (NHS) (Christine M Thomas, 2013). Les différences au niveau de la population dans les taux de conception et d'avortement entre la France et le R.-U. peuvent être en partie liées à une plus grande proportion de la population qui est défavorisée en Grande-Bretagne (Scott RH, 2017). En 1999, le gouvernement du R.-U. a mis en place '*10 year teenage pregnancy strategy for England*', qui avait pour but de diminuer le taux de conception chez les femmes de moins de 18 ans. Ce projet se basait principalement sur l'éducation sexuelle des jeunes femmes et l'amélioration de l'accès à la contraception (Hadley A, 2016).

Depuis les deux dernières décennies, les taux de contraception chez les femmes de moins de 18 ans en Angleterre et au Pays de Galles, ont diminué de 62,7% entre 1999 et 2018 (Office for National Statistics, 2020). Cette diminution coïncide avec la mesure rendant accessible en pharmacie, sans ordonnance, la contraception d'urgence. La première contraception d'urgence à base de levonorgestrel fut autorisée sur le marché britannique uniquement sur prescription en tant que '*Prescription Only Medicine*' en 1984 (Quarini, 2005). L'étude menée par l'Organisation Mondiale de la Santé a démontré un taux de réussite de 95% si le premier comprimé de levonorgestrel 750 microgram est pris dans les 24 heures suivant le rapport

sexuel (Organisation Mondiale de la Santé, 1998). Il y a donc une forte incitation à mettre en place un système permettant aux femmes d'obtenir une contraception d'urgence aussi rapidement que possible. C'est pour cela que le gouvernement britannique a déréglementé les contraceptifs d'urgence à base de lévonorgestrel au statut de '*Pharmacy medicine*' et donc dispensé sans ordonnance aux frais de la patiente (sauf exception) pour toutes les femmes de plus de 16 ans. L'acétate d'ulipristal en tant que contraceptif d'urgence a obtenu son autorisation de mise sur le marché en 2009 et fut déréglementé au statut de '*Pharmacy medicine*' en 2015. L'une des stratégies de santé publique des Britanniques est de faciliter l'accès à la contraception d'urgence afin de diminuer les grossesses non désirées chez les adolescentes et d'améliorer la vie des adolescentes britanniques.

Le but de cette thèse est de décrire la place de la contraception d'urgence dans les stratégies de contrôle de naissance chez les adolescentes et les jeunes femmes britanniques. Secondairement, elle aura pour but de décrire l'impact de la contraception d'urgence sur les comportements des jeunes femmes et de son implication ainsi que d'autres facteurs dans la diminution des taux de conception chez les adolescentes.

Afin de répondre à ces objectifs, la partie 1 va contextualiser le système de santé britannique et la place des produits de santé, dont les dispositifs de régulation des naissances.

La partie 2 va évoquer les mécanismes de la reproduction et de la contraception afin de mieux comprendre les méthodes de contraception d'urgence, dont la modalité d'utilisation et de dispensation.

Pour finir, la partie 3 a pour but de décrire la santé sexuelle et l'utilisation de la contraception d'urgence des adolescents et des jeunes au R.-U.

# **Partie 1 : Législation et pratiques autour du système de santé britannique et la contraception d'urgence**

## **Chapitre 1: contextualisation du système de santé britannique**

### **A. Description du système législatif et de régulation du R.-U.**

#### **1. Le droit applicable R.-U.**

##### **a. Le droit britannique**

Le Royaume-Uni (R.-U.) est l'union de quatre pays sous la couronne d'Angleterre : Angleterre, Écosse, Pays de Galles et l'Irlande du Nord. La Grande-Bretagne se réfère uniquement aux territoires de l'Angleterre, l'Écosse et le Pays de Galles. La démocratie britannique fonctionne selon le principe de séparation des pouvoirs. Il existe trois entités : le parlement qui rédige la loi, et le pouvoir exécutif qui fait respecter la loi et le pouvoir judiciaire qui interprète la loi. Depuis l'accession du R.-U. au traité de Rome en 1973, l'Union européenne (UE) était la plus haute autorité pour cette législation au R.-U. Les législations relatives à la pharmacie et la médecine dérivent de l'UE. Suite à l'application du 'Brexit' le 31 janvier 2020, le R.-U. a officiellement quitté l'UE (Pitchford, 2017).

Le droit britannique peut être divisé en deux catégories primaires appelées : '*statute law*' et '*common law*'. Le droit statutaire émane du Parlement britannique sous forme de droit privé et de droit public. La législation primaire est élaborée sous forme d' '*Act*' (lois) comme par exemple le '*Medicines Act*'. La législation secondaire est élaborée sous forme de '*Regulation*' (règlements et arrêtés) ou sous forme d' '*Orders*' (Ordre et décret) au Conseil et utilisée comme '*Statutory Instruments*'. Les organismes publics, comme le '*National Health Service*' (NHS), vont suivre le corpus législatif du droit administratif britannique. L'application de la loi est supervisée par les tribunaux ou en 2<sup>ème</sup> intention les autorités d'appel. Les sanctions sont administratives telles qu'une amende et émanent du tribunal administratif. '*The Professional law*' est le droit relatif à l'exercice d'une profession. Les tribunaux professionnels utilisent aussi les normes des affaires de droit civil pour juger si un professionnel est coupable ou non de fautes professionnelles. Dans le cas des pharmaciens, ces normes se trouvent principalement dans le '*General Pharmaceutical Council*' (GPhC) pour les professionnels de la pharmacie et pour les pharmacies agréées. Le droit civil ou '*civil law*' prend racine dans la

notion de devoir et de responsabilité que possède un citoyen envers un autre et à partir du droit commun ou '*common law*'. Le droit commun est la partie du droit anglais qui dérive de la coutume et de la jurisprudence. Une action en vertu du droit civil permet à une partie lésée de poursuivre en justice un autre citoyen qui lui aurait fait du tort. Concernant le domaine de la santé, les actions les plus fréquentes concernent la négligence dans les soins, la violation de la confidentialité et la diffamation (Pitchford, 2017).

Le Parlement britannique à Westminster produit des sources de droit primaire applicable soit uniquement en Angleterre, soit en Angleterre et dans d'autres pays du Royaume. Les parlements de l'Écosse, du Pays de Galles et de l'Irlande du Nord vont uniquement produire des sources de droit primaire relatif à leurs pays. Les sources de législation secondaire vont émaner du souverain, du gouvernement britannique et des gouvernements de l'Écosse, du Pays de Galles et de l'Irlande du Nord. Le droit commun sera dépendant de la jurisprudence établie dans chaque pays (European e-Justice, 2017; European e-Justice, 2020; European e-Justice, 2018).

#### b. Les droits de l'homme dans la réglementation de la santé

Le R.-U. a promulgué le '*Human Right Act 1998*' et s'applique auprès de toutes les autorités et organisations publiques. Depuis son application, toutes les lois et interprétations de la loi doivent se faire dans le respect et la protection des droits de l'Homme (Pitchford, 2017).

Certains articles des '*Human Rights Act 1998*' sont particulièrement importants pour les professionnels de santé comme par exemple:

- A. Article 2: le droit à la vie qui signifie le droit de ne pas être privé de vie, sauf exception. Mais le droit à la vie n'est pas synonyme du droit à un système de santé illimité pour préserver à tout prix la vie. Ce droit est souvent évoqué dans les affaires concernant les suicides assistés, la contraception ou l'avortement.
- B. Article 3: l'interdiction de torturer ou tout traitement dégradant ou inhumain.
- C. Article 5: le droit à la liberté.
- D. Article 6: le droit à un procès équitable.
- E. Article 8: le droit au respect de la vie privée. Cet article est très important dans le cadre du respect de la vie privée pour les soins médicaux ainsi que le secret médical.

F. Article 9: le droit de la liberté de pensée, des croyances et de culte. Cet article peut aussi être utilisé dans le cas où l'utilisation d'un traitement est contraire aux convictions religieuses ou culturelles.

## 2. Les acteurs du système de santé

### a. Les gouvernements du R.-U.

Le gouvernement britannique est dirigé par le premier ministre et son cabinet. Le premier ministre supervise le fonctionnement des agences gouvernementales, nomme les membres du gouvernement et est la principale personnalité du gouvernement à la chambre des communes. Le cabinet est composé des principaux membres du gouvernement. Les ministres sont désignés par le premier ministre parmi les membres de la Chambre des Communes et de la Chambre des Lords. Il existe 23 départements ministériels, 20 départements non-ministériels ainsi que plus de 300 autres institutions et groupe d'utilité publique. Les départements et les agences ont la responsabilité de mettre en place les politiques énoncées par le gouvernement (United Kingdom Government, s.d.).

En Écosse, au Pays de Galles et en Irlande du Nord, les gouvernements décentralisés sont responsables de nombreuses questions de politique intérieure, et leurs Parlements/Assemblées ont des pouvoirs législatifs dans certains domaines comme la santé, l'éducation, la culture, l'environnement et le sport (European e-Justice, 2017; European e-Justice, 2020; European e-Justice, 2018).

### b. Le parlement britannique à Westminster

Le parlement à Westminster comprend la Chambres des Communes et la Chambre des Lords. Leurs rôles sont de piloter les actions du gouvernement (contrôle), créer et modifier des lois (législation), débattre des questions importantes(débat), contrôler et approuver les dépenses du gouvernement (budget/impôts).

La Chambre des communes est également chargée d'accorder des fonds au gouvernement en approuvant les projets de loi. Les décisions prises par une Chambre doivent être approuvées par l'autre. La Chambre des communes est élue par les citoyens. Le parti qui a le plus grand nombre de députés aux Communes forme le gouvernement.



La Chambre des Lords est indépendante de la Chambre des communes, dont elle complète le travail. Les Lords partagent la tâche d'élaborer les lois. Ils contrôlent le travail du gouvernement mais ne peuvent pas bloquer les projets de loi.

Les décisions du parlement de Westminster peuvent s'appliquer soit uniquement en Angleterre, soit en Angleterre et dans d'autres Pays du R.-U. Il y a des parlements décentralisés en Écosse, au Pays de Galles et en Irlande du Nord (United Kingdom Parliament, s.d.; The Scottish Parliament / Pàrlamaid na h-Alba, s.d.; Senedd Cymru Welsh Parliament, s.d.; NIDIRECT government services / téidireach seirbhísi rialtais, s.d.).

#### c. Les ministères de la santé au R.-U.

Le *'Department of Health and Social Care'* (DHSC) est le ministère de la santé et de l'aide sociale en Angleterre. Le but de ce département est d'aider les ministres du gouvernement à diriger les services de santé et de la protection sociale du pays afin d'aider les gens à vivre plus longtemps, de manière indépendante et en meilleure santé. La DHSC va rendre des comptes au gouvernement et au public, agir comme les gardiens de la santé et du système de santé et résoudre les problèmes complexes de santé. Le ministère est soutenu par 29 institutions et organisations publiques comme la *'Medicines and Healthcare products Regulatory Agency'* (MHRA) ou bien le NHS England (United Kingdom Government, s.d.).

En Écosse, le département de la santé s'appelle le *'Scottish Government Health and Social Care Directorate'* (Scottish Government Health and Social Care Directorates, s.d.). Au Pays de Galles, il s'agit du *'Department of Health and Social Services'* (GIG CYMRU / NHS Wales, s.d.).

#### d. Medicines and Healthcare products Regulatory Agency

La MHRA réglemente les médicaments, les dispositifs médicaux et les produits dérivés du sang au R.-U (United Kingdom Government, s.d.). C'est une institution exécutive du Ministère de la santé. L'agence a la responsabilité de:

- S'assurer que les médicaments, les dispositifs médicaux et les produits dérivés du sang sont conformes aux standards de sécurité, de qualité et d'efficacité,
- S'assurer que la chaîne des médicaments, des dispositifs médicaux et des produits dérivés du sang est sécurisée et sûre,
- Promouvoir et harmoniser les standards internationaux pour s'assurer de l'efficacité et de la sécurité des médicaments biologiques,

- Aider à éduquer les patients et les professionnels de santé sur les risques et les bénéfices des médicaments, des dispositifs médicaux et des produits dérivés du sang, dans le but d'assurer une utilisation sûre et efficace de ces produits,
- Promouvoir l'innovation et la recherche et développement qui bénéficieraient à la santé publique,
- Participer à la préparation des cadres réglementaires britanniques, européens et internationaux afin qu'ils soient proportionnels aux risques et efficaces pour protéger la santé publique.

#### e. National Health Service (NHS)

Le NHS fut créée le 5 juillet 1948 avec quelques principes fondamentaux : un système de santé gratuit pour tous, l'accès aux soins en fonction des besoins et non de la capacité à payer. La structure de le NHS au R.-U. est tout comme la législation en perpétuelle évolution. Sa constitution fut rédigée en 2009 et a pour but d'établir les droits et responsabilités des patients et professionnels de santé (Brain, s.d.). Le NHS est divisée en trois: *NHS England* (Angleterre), *NHS Wales* (Pays de Galles) et *NHS Scotland* (Écosse). Pour l'Irlande du Nord, Il existe la '*Health and Social Care*' (HSC) qui est séparé de le NHS mais qui fait partie du service national de santé au R.-U. Même si leurs structures et les titres des institutions varient entre l'Angleterre, le Pays de Galles et L'Écosse, elles ont toutes pour but de planifier et gérer les services de santé locaux, les centres de médecine générale et tous les centres qui proposent des services de santé secondaires comme les hôpitaux. Les informations spécifiques à chaque pays sont disponibles sur le site du NHS de chaque pays (GIG CYMRU / NHS Wales, s.d.; Scottish Government Health and Social Care Directorates, s.d.; United Kingdom Parliament, 2020).

Le *NHS England* est un organisme public exécutif non ministériel qui dirige et supervise le financement, la planification et les prestations de soins de santé en Angleterre. Elle alloue la plupart des fonds qu'elle reçoit du ministère de la santé aux '*Clinical Commissioning Groups*' (CCG). Le *NHS England* encadre directement certains services de soins de santé, notamment les services de soins primaires, les programmes de dépistage et de vaccination, et les services spécialisés. Le *NHS England* et les '*Clinical Commissioning Groups*' sont soumis à un certain nombre d'obligations légales statutaires en vertu du '*Health and Social Care Act 2012*'.

Les '*Clinical Commissioning Groups*' ont la responsabilité de produire un service de santé dans un domaine spécifique. Ils produisent majoritairement les services de santé primaire et ils sont dirigés par des conseils ou *board*. Les '*Commissioning Support Units*' permettent de soutenir les '*Clinical Commissioning Groups*' en produisant eux aussi des services de santé et des services de support comme des fonctions administratives. Depuis 2016 en Angleterre, ces organisations deviennent graduellement privées pour rester compétitives (United Kingdom Parliament, 2020; Pitchford, 2017).

f. National Institute for health and Care Excellence

La '*National institute for Health and Care Excellence*' (NICE) est une institution de la NSH qui est responsable de la promotion de l'excellence clinique dans ses services en Angleterre. Pour cela, elle publie des conseils et des recommandations par exemple sur l'efficacité des traitements et procédures médicales ou sur la prévention des maladies. Ses recommandations sont officiellement uniquement applicables en Angleterre mais parfois aussi dans les autres pays du R.-U. L'organisation est divisée en sept branches : le '*Centre of Guidelines*', le '*Centre for health technology évaluation*', le '*Health and Social Care Directorate*', le '*Science, Evidence and Analytics Directorate*', '*Digital, information and technology directorate*', le '*Communications directorate*' et '*Finance, Strategy and transformation directorate*'. Le '*Health and Social Care Directorate*' publie une variété de recommandations et publications dont le but est d'améliorer la qualité de le NHS, comme le '*British National Formular*' (BNF). Le BNF est un guide sur la prescription, la délivrance et l'administration des médicaments autorisés au R.-U. et est l'équivalent du « Vidal » Français (NICE National Institute for Health and Care Excellence, s.d.).

g. The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare

Elle fut établie en 1993 comme la '*Faculty of Family planning and Reproductive Healthcare*' (FSRH) pour maintenir l'excellence clinique et le plus haut standard de soins. Il s'agit d'un comité constitué de médecins et personnels soignants spécialisés dans les soins de santé sexuelle et de la reproduction. Elle doit fournir des programmes de formation, organiser des conférences et évènements spécialisés de haute qualité ainsi que publier des recommandations cliniques et autres ressources d'apprentissage en matière de santé sexuelle et reproductive. La FSRH participe à la définition des politiques de santé dans ce domaine grâce à son engagement auprès du gouvernement national et local, des politiciens, des

commissaires et des décideurs politiques à travers tout le R.-U. De plus, la FSRH fournit des conseils cliniques indépendants sans conflit d'intérêt. Des cliniciens expérimentés travaillant pour la FSRH sont disponibles pour agir en tant qu'experts pour des commissions, afin d'examiner des appels d'offres pour des services de santé sexuelle et de la reproduction (Royal College of Obstetricians and Gynaecologist, s.d.).

#### h. General Pharmaceutical council

La '*General Pharmaceutical council*' (GPhC) peut s'apparenter à l'ordre des pharmaciens en France. Son rôle est de protéger, promouvoir, et maintenir la santé, la sécurité et le bien-être des patients en faisant respecter des standards et en maintenant la confiance du public dans le secteur pharmaceutique. Elle fut créée grâce à la "Pharmacy Order 2010". La juridiction de la GPhC s'étend sur la Grande Bretagne. Pour l'Irlande du Nord, il s'agit de la "*Pharmaceutical society of Northern Ireland*" qui va coopérer grâce au '*Memorandum of Understanding*' avec la GPhC.

L'article 4 du "Pharmacy Order 2010" décrit les principales fonctions de la GPhC:

- D'établir et de maintenir le registre des pharmaciens, des techniciens en pharmacie et des pharmacies de ville
- D'établir et de promouvoir des standards de sécurité et d'efficacité de l'exercice de la pharmacie dans les pharmacies enregistrées
- De fixer des exigences de formation continue du personnel pharmaceutique
- De promouvoir la sécurité et l'efficacité de l'exercice de la pharmacie par les personnes enregistrées
- De fixer les standards et les exigences minimum d'études, de formation pratique et intellectuelle, de l'acquisition d'une expérience et du développement professionnel continu qui est nécessaire pour être pharmacien et technicien en pharmacie enregistré dans le "*Register*" (registre officiel de la GPhC)
- De s'assurer que les personnes enregistrées maintiennent leurs aptitudes à exercer.

Afin de pouvoir être efficace et de remplir toute ses responsabilités, la GPhC collabore avec d'autres organisations officielles comme la '*Royal Pharmacy Society*' et autres institutions professionnels (Pitchford, 2017; General Pharmaceutical Council , s.d.).

## B. Description du système de financement de la santé

### 1. Le financement de la santé

Le système de santé au Royaume-Uni est un système universel basé sur la résidence. Les décisions en matière de financement sont différentes dans les différents pays du R.-U. du fait de la décentralisation du système de santé. Le gouvernement britannique va allouer un budget pour le système de santé de l'Angleterre et fournir des « subventions globales » ou *'Block Grant'* pour les autres pays (CLEISS, s.d.).

En Angleterre, le système de santé est financé séparément des services sociaux (Helen McKenna, 2017). Ces dépenses de santé incluent le financement de le NHS, des autorités locales et les autres organismes publiques et représentaient 166,7 milliards de Livres Sterling en 2018 (Office for National Statistic, 2020). Le NHS England est financée par trois sources majoritairement: l'impôt sur le revenu, la *'Nation Insurance Contribution'* et la contribution des patients, mais les proportions diffèrent chaque année. Les habitants sont libres de pouvoir souscrire à une assurance de santé privée, mais seulement 10,6 % de la population dans tout le R.-U y souscrive (LangBuisson, 2017). En Angleterre, les patients doivent aussi contribuer financièrement à certaines prestations comme les prescriptions. Cela représente environ 10 % des ordonnances, sauf exemption. Le Pays de Galles, l'Écosse et l'Irlande du Nord ont supprimé la facturation des ordonnances (Harker, 2019).

Au Pays de Galles, le NHS est majoritairement financée par les impôts et une petite partie grâce à la *'Nation Insurance Contribution'*. Le NHS reçoit la majorité de ses fonds du gouvernement gallois pour couvrir les coûts de fonctionnement des services de santé au Pays de Galles. En avril 2007, les frais de prescription du NHS ont été supprimés pour les habitants du Pays de Galles qui ont un médecin généraliste ou *'general practitioner'* (GP) enregistré au Pays de Galles et qui vont obtenir des prescriptions dans des pharmacies enregistrées au Pays de Galles (GIG CYMRU / NHS Wales , s.d.).

En Écosse, les services de santé dispensés sont gratuits pour les résidents légaux en Écosse et sont financés par différentes méthodes de taxation et d'imposition au R.-U. Le *'Scotland Act 2016'* accentue la décentralisation concernant certains pouvoirs fiscaux et selon cette loi la « subvention globale » fixée par le gouvernement britannique représente environ 50% du budget du gouvernement écossais (United Kingdom Government, 2014). Le reste du budget

du gouvernement provient à 30% de l'impôt sur le revenu écossais, la TVA écossaise à hauteur d'environ 15% et le reste provient d'autres types de taxes. Le gouvernement Ecossais vote les ressources qui seront alloués à le NHS, dans le cadre des dépenses publiques décentralisées. Il va aussi définir les objectifs nationaux de santé et les priorités de le NHS, signent les plans d'exécution de chaque *NHS Board* et des *Special NHS Board*. Les dépenses de santé en Écosse par personne sont supérieures de 7,2% à celles en Angleterre en 2017 (Scottish Government Riaghaltas na Alba, 2017; NHS Scotland, s.d.).

L'assemblée d'Irlande du Nord décide de la répartition du budget de santé. En 2018/19, les dépenses de services de santé par tête étaient les plus élevées en Irlande du Nord (2 436 £ par habitant) et les plus faibles en Angleterre (2 269 £ par habitant) (Harker, 2019).

## 2. Réglementation des prix des produits pharmaceutiques

### a. Régime volontaire de la réglementation des prix des produits pharmaceutiques

Depuis 1957, un régime de réglementation volontaire a été mis en place par le NHS afin d'assurer l'accès à un service de qualité aux produits de santé brevetés à des prix raisonnables et justes pour l'industrie pharmaceutique. Actuellement, la réglementation des prix des produits pharmaceutiques s'applique dans tout le royaume. Les modalités de ce régime sont détaillées dans le '*NHS Act 2006*' et dans la réglementation '*Health Service Branded Medicines regulation*' dans la partie sur le contrôle des prix et la communication d'informations. La plupart des entreprises pharmaceutiques suivent volontairement ce régime et ceux qui ne le font pas sont soumis à des contrôles statutaires. La législation permet à le NHS de contrôler les prix qu'elle paiera pour toutes les entreprises qui décident de ne pas suivre le régime ou qui n'arrivent pas à un accord (Pitchford, 2017).

### b. Frais de prescription et prix des médicaments en pharmacie

Le NHS England, les '*Clinical Commissioning Groups*' en Angleterre et les conseils de santé locaux au Pays de Galles assurent la prestation de soins primaires, y compris les services pharmaceutiques, par le biais de "contrats" avec les propriétaires locaux de pharmacies. En Écosse, cette activité a été transférée aux conseils du NHS (Pitchford, 2017).

Les '*Prescription Only Medicine*' (POM) en pharmacie sont gratuites pour le patient sur prescription médicale. Le patient n'aura à payer que les frais de prescription (en Angleterre) ou certains articles non pris en charge. Si la pharmacie est sous contrat avec le NHS, c'est le

NHS qui prendra en charge les frais de POM. La dispensation doit se faire uniquement avec une ordonnance papier, soit via un transfert électronique dans un temps raisonnable. En Angleterre, toutes les ordonnances délivrées sont soumises à des frais de prescription du NHS qui doivent être payées par le patient à la pharmacie sous contrat, sauf en cas d'exemption. Les catégories d'exemption sont de quatre types (les détails complets se trouvent dans la partie XVI du tarif des médicaments) : les personnes de moins de 16 ans et plus de 60 ans; les titulaires d'un certificat d'exemption ; les personnes qui reçoivent, ou sont les partenaires d'une personne qui reçoit, des aides de l'État ; et les personnes qui reçoivent la '*NHS continuing healthcare*', équivalent des affections longue durée en France. Certains articles sont toujours gratuits, notamment les contraceptions continues et les médicaments prescrits aux patients hospitalisés (Pitchford, 2017). En 2021, les frais de prescription sont de 9,35 £ par article. Un certificat de prépaiement des ordonnances peut faire économiser de l'argent sur les frais de prescription du NHS : un PPC de 3 mois coûte 30,25 £ et un PPC de 12 mois coûte 108,10 £ (NHS, 2021).

Le Pays de Galles a adopté un cadre contractuel pour les pharmacies de ville sous contrat avec le NHS similaire à celui de l'Angleterre. Cependant, les dispositions détaillées, notamment les honoraires et certains services, divergent de celles de l'Angleterre. Le Pays de Galles n'applique plus les frais de prescription. Le contrat de pharmacie de ville avec le NHS en Écosse est radicalement différent de celui de l'Angleterre ou du Pays de Galles et son champ d'application se trouve dans '*Smoking, Health and Social Care ( Scotland ) Act 2005*'. Les contrats avec les pharmacies en Écosse imposent de fournir les services suivants : un service contre les affections mineures, les services de santé publique, la dispensation de médicaments d'urgence ou de traitement chronique, et la vente de nourriture sans gluten (Pitchford, 2017).

## C. Le statut des adolescents au Royaume-Uni

### 1. Droits des adolescents

#### a. Définition législative de l'enfant

L'ONU utilise le terme adolescent et jeunes adultes pour les personnes entre 10 et 24 ans (Organisation mondiale de la Santé, 2021). D'après la Convention internationale des droits de

l'enfant (CIDE), « *un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable.* » (Unicef, 1990)

En Angleterre, au Pays de Galles et en Irlande du Nord, un enfant est défini comme tout être humain jusqu'à ce qui l'atteigne son 18<sup>ème</sup> anniversaire. Les conseils en matière de protection de l'enfance soulignent que même si un enfant a atteint l'âge de 16 ans et qu'il vit de façon autonome ou qu'il poursuit une formation continue ou qu'il est un membre des forces armées ou qu'il vit à l'hôpital ou dans un centre détention, il reste légalement un enfant et doit recevoir la même protection et bénéficie des mêmes droits que tous les autres enfants.

En Écosse, la définition d'enfant varie en fonction du contexte légal. Néanmoins le droit statutaire Ecossois s'appuie sur le '*Children and Young People (Scotland) Act 2014*', la définition d'enfant inclut tous les enfants et les jeunes personnes jusqu'à 18 ans. Lorsque des préoccupations concernent des jeunes de 16 ou 17 ans, les agences devront examiner quelle législation est la mieux appropriée, compte tenu de l'âge et de la situation du jeune à risque. Au-dessus de 18 ans, les jeunes seront traités comme des adultes devant la loi (NSPCC learning, 2021).

#### b. La législation encadrant les enfants au R.-U.

Les droits des enfants sont garantis par le droit international et britannique. Le R.-U. s'est engagé à respecter la CIDE ainsi que la Convention Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) qui garantissent et définissent de nombreux droits de l'enfant. La CIDE prévoit que les enfants dans le monde ont le droit de survivre, de grandir, de participer et s'épanouir. En 1990, le R.-U. a signé cette convention qui a été intégré au droit gallois en 2011 et au droit écossais en 2019 (NSPCC learning, 2021; Unicef, 1990).

The '*Human Rights Act 1998*', incorporant des droits énoncés par la CEDH, fut adopté par le parlement britannique en 1998 et est entré en vigueur au Royaume-Uni en octobre 2020. Celui-ci permet aux enfants d'avoir accès aux procédures judiciaires, si leurs droits ont été bafoués et de pouvoir faire appel auprès de la Cour Européenne des Droits de l'Homme.

The '*Equality Act 2010*', s'appliquant en Angleterre, aux Pays de Galles et en Écosse, protège les enfants, les jeunes et les adultes contre la discrimination, le harcèlement et la victimisation en relation avec le domicile, l'éducation, les associations et clubs, les services sociaux et le travail. En Irlande du nord, il existe d'autres lois contre la discrimination.



Chacun des quatre pays possède un '*Children's Commissioner*', ou un Commissaire des enfants, chargé de promouvoir et protéger les droits et les intérêts des enfants et jeunes personnes (NSPCC learning, 2021).

c. Les compétences de Gillick et les recommandations de Fraser

Les compétences de Gillick and les recommandations de Fraser ont pour but d'aider les professionnels s'occupant d'enfant à trouver un équilibre entre le besoin d'écouter les souhaits des enfants et la responsabilité de les protéger. En pratique, cela permet de déterminer si l'enfant est assez mature pour prendre des décisions par rapport à des situations qui le concernent. Même si ces deux recommandations sont utilisées majoritairement ensemble, il existe de nombreuses différences.

Les recommandations de Fraser concernent principalement sur les conseils et les traitements relatifs à la contraception et la santé sexuelle. En revanche, les compétences de Gillick qui sont souvent utilisées dans un plus large contexte pour évaluer la maturité et sa capacité à prendre ses propres décisions et de comprendre les conséquences de celles-ci. Néanmoins, les enfants doivent être toujours encouragés à communiquer avec leurs parents ou tuteurs légaux. S'ils refusent, il est impératif de comprendre pourquoi et, si cela est possible de les aider dans leur communication. Dans tous les cas, la sécurité et le bien-être de l'enfant sont primordiaux. Les recommandations de Frasers et les compétences de Gillick s'appliquent quand les enfants souhaitent continuer ces démarches sans le consentement des parents ou tuteur.

Il existe des conseils spécifiques pour les professionnels de la santé sur l'utilisation des compétences Gillick mais il n'existe néanmoins aucun questionnaire prédéfini.

Les recommandations de Fraser s'appliquent spécifiquement dans le cadre de la contraception et la santé sexuelle. Elles sont à la destination des professionnels de la santé travaillant avec des patients de moins de 16 ans, incluant les médecins et infirmiers. Elles s'appliquent aussi sur les conseils et traitements des infections sexuellement transmissibles et les interruptions volontaires de grossesse. Il n'existe pas de questionnaire national prédéfini mais plusieurs organisations proposent leurs questionnaires pour aider les professionnels de Santé, comme '*Gloucestershire Local Pharmaceutical Commitee*' (annexe: fraser competency form pharmacy) (NSPCC learning, 2021).

## 2. L'enfant et la sexualité : système de protection de l'enfant

### a. Responsabilité du personnel médical dans la détection d'abus

Au R.-U., une personne ne peut être poursuivie pour non-assistance à personne en danger contrairement à la France où l'abstention d'assistance lorsque la personne est consciente de ce danger est punie par la loi (article 223-6 du code pénal). Il s'agit d'une obligation morale qui s'impose à tout citoyen français mais qui est d'autant plus important pour le milieu médical. Au R.-U, il existe la notion '*Good Samaritan*' ou Bon samaritain qui ne constitue pas une obligation légale de porter secours à une personne en danger. Cette notion est une recommandation pour encourager les individus à porter assistance aux personnes en danger sans risquer d'être poursuivis (Laur, 2014).

Le ministère de la santé du R.-U. a publié un document intitulé : '*Responding to domestic abuse: A handbook for health*', qui fournit des conseils pratiques sur la façon de traiter la violence intrafamiliale, la tenue des dossiers, la confidentialité et le partage des informations.

'*Crime Survey of England and Wales*' qui s'est déroulé jusqu'en mars 2015 a montré que les jeunes de 16 ans étaient le groupe le plus susceptible d'être victime d'abus de la part d'un partenaire, mais le moins susceptible de demander de l'aide ou des soins médicaux (Office for National Statistics, 2016).

Dans certaines circonstances, les demandes de contraception orale d'urgence pourraient être liées à des abus (rapports sexuels non consentis) sur des enfants ou des adultes vulnérables. En effet, l'activité sexuelle d'un mineur est un indicateur de possible exploitation sexuelle des enfants et adolescents. Il est possible que certains enfants/adolescents aient été « préparés » et ne peuvent pas se rendre compte qu'ils sont maltraités. Souvent, les jeunes femmes ne se rendent pas compte qu'elles sont victimes d'abus. L'activité sexuelle avec un enfant de moins de 13 ans doit toujours donner lieu à un signalement à la protection de l'enfance. Si l'enfant/adolescent se présente à plusieurs reprises pour des infections sexuellement transmissibles ou des interruptions volontaires de grossesse, cela peut être un indicateur d'abus ou d'exploitation sexuelle de l'enfant/adolescent. Le professionnel de santé doit toujours demander conseil aux services de protection de l'enfance même si l'enfant refuse, dans le cas de suspicion d'abus. Il est essentiel que les professionnels de la santé en contact avec les adolescents comprennent et sachent quand appliquer les différents types de

consentement dans l'évaluation des risques et préjudices potentiels et les dommages potentiels (Department of Health, 2017) :

- L'âge légal de consentement pour un rapport sexuel est de 16 ans. Les enfants de moins de 13 ans sont considérés légalement comme n'ayant pas les capacités de consentir à tout acte sexuel.
- Le consentement relatif à l'habilité à consentir à un traitement est défini par les compétences de Gillick et sa capacité à demander une méthode de contraception est basée sur les recommandations de Fraser
- Le modèle social du consentement à l'activité sexuelle, c'est-à-dire le consentement qui se produit dans un contexte social de pression par les pairs, de violence et de contrôle, de besoin financier ou de négligence professionnelle, peut annuler la possibilité d'un consentement individuel.

Les recommandations du NICE sur les violences et les abus intrafamiliaux définissent une marche à suivre pour les professionnels en fonction de leurs niveaux de responsabilité. Il y aura un niveau de réponse attendu universel et un niveau pour les spécialistes. Tout professionnel de santé doit pouvoir (Department of Health, 2017) :

- Orienter une victime vers les structures adaptées dans la région
- Demander de l'aide directement auprès d'un spécialiste, si nécessaire
- Lorsqu'un signalement est fait, mettre en place un protocole pour partager les informations
- Fournir une approche tenant compte des traumatismes et permettant d'instaurer la confiance avec le patient
- Comme dans toute consultation, évaluer le niveau de difficulté de communication qu'un patient pourrait avoir et trouver la meilleure méthode de communication avec lui (jamais par l'intermédiaire d'amis ou de parents).

Selon la '*Royal Pharmaceutical Society*', les pharmaciens ont le devoir professionnel, légal et moral de protéger les enfants contre les abus et de travailler avec d'autres organisations et autorités pour protéger les enfants (Royal Pharmaceutical Society, s.d.).

#### b. Démarches préconisées en cas d'abus détecté

La 'Royal Pharmaceutical Society' a développé un algorithme pour définir l'attitude à avoir dans les pharmacies en cas de suspicion d'abus d'enfant (Royal Pharmaceutical Society, s.d.). Elle recommande aussi de prendre contact avec un GP.

Pour le suivi, si la victime est contactée par téléphone, il faut confirmer l'orientation par écrit dans les 48 heures en utilisant les formulaires standard locaux, s'ils existent. Un accusé de réception doit être reçu dans un délai d'un jour ouvrable à compter de la date de réception et si cet accusé n'est pas reçu dans un délai de trois jours ouvrables, les services sociaux doivent être recontactés. Le personnel de la pharmacie doit consigner de manière appropriée les préoccupations et les suspicions, les décisions prises et les raisons pour lesquelles des mesures supplémentaires ont été prises ou non dans un cas particulier. Il est recommandé aux personnels des pharmacies de consulter la 'National Society for the Prevention of Cruelty to Children' (NSPCC) Childline afin d'obtenir les coordonnées d'aide à l'enfance. (Royal Pharmaceutical Society, s.d.).

## Chapitre 2: Les produits de santé et dispositif de régulation des naissances

### A. Les produits de santé en pharmacie

#### 1. Définition

##### a. Le médicament

Selon la HMRs et conformément au code communautaire relatifs au médicament à usage humain, le médicament ou '*medicinal product*' est défini comme (Medicines and Healthcare products Regulatory Agency, 2020):

- a. *Toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés de prévention ou de traitement des maladies chez l'être humain ; où*
- b. *Toute substance ou composition pouvant être utilisée ou administrée à l'être humain en vue de :*
  - i. *Restaurer, corriger ou modifier une fonction physiologique en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique, ou*
  - ii. *D'établir un diagnostic médical.*

Cette définition exclut intentionnellement les produits sanguins labiles et stables. Cette définition est la transposition de la Directive 2001/83/EC. Cette directive donne deux définitions pour le terme de médicament: une selon la présentation et l'autre selon la fonction. Tous les produits qui répondant à l'une de ces définitions ou pour lesquels un doute existe, seront considérés comme un médicament et seront en conséquence encadrés par la réglementation des médicaments.

La vente et l'approvisionnement des médicaments est définies par la HMRs 2012. Celle-ci stipule que les médicaments doivent être vendus et distribués uniquement par des pharmacies agréées sauf s'il s'agit de produits appartenant à la '*General Sale list*' (GSL) ou si le produit est exempté. Les médicaments n'appartenant pas à la GSL doivent être vendus/distribués/offerts uniquement par des personnes agréées ou dans les circonstances suivantes:

- B. Par une personne, qui dans le respect de la profession, de manière légale dirige une entreprise de pharmacie de détail
- C. Si les produits sont vendus/distribués/offerts dans une pharmacie agréée
- D. Par une personne qui sous la supervision d'un pharmacien, vend/distribue/offre le produit au nom du pharmacien.

Les pharmacies de ville doivent être confiées à la supervision d'un pharmacien responsable pour la vente de tous médicaments incluant ceux inscrits dans la GSL. Pour faciliter cette supervision, les produits soumis à cette réglementation doivent être présentés derrière le comptoir.

Ceci ne s'applique pas pour les médicaments au cours de prévention d'une pandémie mondiale (Pitchford, 2017; Medicines and Healthcare products Regulatory Agency, 2020).

#### b. Les dispositifs médicaux

Les dispositifs médicaux (DM) sont définis pas '*Medical Device Regulation 2002*' (Royal Pharmaceutical Society , s.d.).

*Un dispositif médical est :*

*Tout instrument, appareil, équipement, matériel ou autre article utilisé seul ou en combinaison, incluant les logiciels destinés par son fabricant à être utilisé à des fins de*

*diagnostiques ou thérapeutiques ou les deux, et nécessaire à son utilisation correcte, qui est destiné par son fabricant à être utilisé pour les êtres humains dans le but de :*

- *Diagnostic, prévention, surveillance, traitement ou atténuation d'une maladie*
- *Diagnostic, prévention, surveillance, traitement ou atténuation d'une blessure ou d'un handicap*
- *Exploration, remplacement ou modification de l'anatomie ou d'un processus physique*
- *Contrôle de la conception.*

Un dispositif ne doit pas réaliser l'action principale à laquelle il est destiné en utilisant des moyens pharmacologiques, immunologiques ou métaboliques, mais il peut être assisté dans sa fonction par de tels moyens pour être considéré comme un dispositif médical. Les dispositifs médicaux peuvent être utilisés pour administrer un médicament ou une substance, s'ils sont séparés avant l'administration. Si le médicament et le dispositif sont indissociables, alors le tout est considéré comme un médicament.

Il existe trois types principaux de DM : DM implantables actifs, DM courants et DM de diagnostic *in vitro*. Les fabricants des dispositifs doivent suivre les directives qui encadrent les différents types de dispositifs afin de garantir la sécurité du patient avant d'être disponible à la vente.

La classification des dispositifs médicaux se fait en fonction du niveau de risque. Il existe 4 classifications (Royal Pharmaceutical Society , s.d.) :

- Classe I : concernant les dispositifs exposant au plus faible niveau de risques
- Classe IIa : concernant les dispositifs exposant à un risque moyen de type a
- Classe IIb : concernant les dispositifs exposant à un risque moyen de type b
- Classe III : concernant les dispositifs exposant au plus fort niveau de risque.

## **2. Autorisation de mise sur le marché**

Avant d'être mis sur le marché du R.-U., tout médicament doit obtenir une autorisation de mise sur le marché (AMM) auprès d'une autorité compétente. Comme le R.-U. a officiellement quitté l'UE, il ne bénéficie plus des procédures centralisées d'obtention d'AMM par l'UE mais pendant une période de transition les acquis communautaires pourront continuer d'être

appliqués jusqu'au 31 décembre 2021. Pour l'Irlande du Nord, il s'agit d'une situation particulière et la transition se fera différemment (United Kingdom Government, 2021).

Pour pouvoir être commercialisé au R.-U., un médicament à usage humain doit obtenir une autorisation de mise sur le marché auprès des autorités compétentes britanniques.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021, il existe plusieurs types de AMM (United Kingdom Government, 2020):

- PL : autorisation pour le R.-U. et dans le cas particulier de reconnaissance mutuelle pour les AMM impliquant l'Irlande du Nord comme '*Concerned Member State*', mais donnant une AMM sur tout le R.-U.
- PLGB – autorisation pour la Grande-Bretagne et dans le cas particulier des détenteurs d'AMM basés en Irlande du Nord et ayant une '*Northern Ireland Good*' grâce à la procédure de conversion de la '*Centrally authorised product*'
- PLNI – autorisation pour l'Irlande du Nord seulement dans le cadre d'une procédure de décentralisation et de reconnaissance mutuelle pour les AMM impliquant l'Irlande du Nord comme '*Concerned Member State*'.

Les AMMs au R.-U. et en Grande-Bretagne (Angleterre, Écosse et Pays de Galles) sont délivrés par la MHRA. Un dossier complet de demande d'AMM contient le paiement des frais d'AMM, le résumé caractéristique du produit (RCP) ou '*Summary of product characteristics*', un exemplaire de l'étiquette et de la notice et le formulaire d'application (MHRA Regulating Medicines and Medical Devices).

Une AMM est valable pour toutes les utilisations décrites dans le RCP. Lorsqu'une prescription est faite en dehors de ces utilisations alors l'utilisation et la prescription sera hors AMM ou hors indication, en anglais '*off-label*'. Si un médicament n'a pas d'AMM au R.-U. sa prescription et son utilisation seront sans AMM ou '*unlicensed*' (United Kingdom Government, 2021).

### 3. Les différentes classes des médicaments et les modalités qui en découlent

Tous les médicaments vendus au R.-U. sont classés selon ces trois catégories :

- '*Prescription Only Medicines*' (POM) – médicament soumis à prescription

- 'Pharmacy' (P) – disponible uniquement sous la supervision d'un pharmacien
- 'General Sale List' (GSL) – disponible dans les points de vente généralistes comme les supermarchés.

Conformément au HMR 2012, tous les médicaments sont présumés de la classe P, sauf s'ils répondent aux critères de la classification POM ou GSL. Le statut légal des médicaments ayant une AMM est déterminé dans l'AMM. (Pitchford, 2017; MHRA, 2021).

a. P : 'Pharmacy medicine'

Cette classe comprend tous les médicaments qui ne sont pas soumis au statut des GSL ou POM ou qui sont exemptés d'une manière ou d'une autre de ce dernier. Conformément à la loi, la vente et dispensation des P doit être exclusivement faite en pharmacie par une personne travaillant dans la pharmacie sous la supervision d'un pharmacien responsable ou par un pharmacien. Les P doivent être disposés derrière le comptoir d'où provient l'appellation : 'Over The Counter (OTC) medicine'. Ces conditions ne s'appliquent pas en cas de pandémie. Dans la plupart des cas et en l'absence de prescription, les patients doivent payer les médicaments (Pitchford, 2017; MHRA, 2021).

b. POM : 'Prescription Only medicine'

D'après la HMR 2012, les médicaments sont considérés comme des POM et sont soumis à prescription quand :

- Il existe un danger direct ou indirect pour la santé du patient, quand le produit est utilisé correctement sous supervision médicale. Et, s'il est utilisé de façon incorrecte fréquemment, ce qui peut mettre en danger la santé du patient de manière directe ou indirecte. Ou
- Plus d'expérimentation et de recherche sur son activité ou les effets indésirables sont nécessaires. Ou
- Si le produit est prévu pour une voie parentérale.

Certains médicaments sont des POM du fait de leur description ou de leur classe, incluant les 'controlled drugs', toutes les substances administrées par voie parentérale et les substances cyanogènes, autres que les préparations à usage externe (Pitchford, 2017; HMR 2012 Regulation 5, s.d.).



Il existe des exemptions à ce contrôle qui peuvent dépendre : de la dose maximale en une prise, de la dose maximale journalière, du dosage du produit, de la forme pharmaceutique, du packaging, d'autres circonstances spécifiques relatives à une utilisation spécifique déterminée et dans certaines circonstances relatives à une pandémie (Pitchford, 2017; MHRA, 2021).

#### c. 'Controlled drugs'

Les '*controlled drugs*' sont les médicaments POM (sauf exemption) considérés comme 'dangereux ou nocifs' et qui sont contrôlés par la '*Misuse of Drugs Act 1971*'. Cette loi limite et interdit certaines activités relatives des '*controlled drugs*' comme leur fabrication, production, distribution, vente, dispensation et utilisation. Les « controlled drugs » peuvent être apparentés aux « stupéfiants » en France. Le non-respect de cette loi va entraîner des poursuites judiciaires dont le niveau de gravité va dépendre de la dangerosité de la substance définie par la classification A, B et C, où A sont les substances considérées comme les plus dangereuses (voir annexe). En vertu de la loi des '*Misuse of Drugs Regulation 2001*', les '*controlled drugs*' sont classifiés en cinq listes (5 schedules) par ordre décroissant de contrôle et dont la plus strict s'appliquant à la liste 1. Les listes sont décrites dans le BNF et l'appartenance à une liste doit être inscrite dans le RCP du médicament (British Medical Association / Royal Pharmaceutical Society, 2020).

#### d. GSL : 'General Sale List'

Décrite dans la HMR 2012, les GSL sont des médicaments raisonnablement sûrs, qui peuvent être vendus sans la supervision d'un pharmacien dans un lieu différent d'une pharmacie.

« Raisonnablement sûr » a été défini comme : « quand le danger pour la santé, le risque de mésusage, ou les précautions nécessaires à la prise du produit sont faibles et quand la vente à plus grande échelle est plus avantageuse pour le patient ».

Les GSL sont définis comme des médicaments qui ne sont pas des POM et pas des P mais ce sont des produits qui doivent être autorisés à la vente en tant que GSL et avoir une AMM en tant que GSL et non en tant que POM ou P.

En vertu de HMR 2021, les GSL peuvent être vendus dans un grand nombre de magasins, comme les supermarchés, à condition que le magasin soit fermé et sécurisé, qu'il puisse exclure du public, et que les médicaments soient préemballés dans leurs emballages initiaux. Pour certains médicaments comme l'aspirine, aloxipine, l'ibuprofène et le paracétamol, la

quantité possible à l'achat est limitée. Les GSL peuvent aussi être vendus en pharmacie devant le comptoir. Certains produits sont systématiquement exclus des GLS sauf exception, par exemple des pommades oculaires, des gouttes oculaires et les produits de voie parentérale (Pitchford, 2017; MHRA, 2021).

## B. Systèmes de santé: source de dispensation de médicament

### 1. Prescriptions et dispensations

#### a. Prescriptions

Une prescription est une instruction écrite à la main ou électroniquement, par un professionnel de santé qui autorise un patient à utiliser des médicaments. Les modalités de prescription vont dépendre du pays et du professionnel de santé. Lorsqu'un professionnel de santé prescrit un médicament ou un dispositif médical, il doit suivre les '*Good practice in prescribing and managing medicines and devices*' (Pitchford, 2017).

D'après la HMR 2012, les médecins, les dentistes, les infirmiers prescripteurs indépendants et les pharmaciens prescripteurs indépendants peuvent prescrire toutes les POM appropriés à la pratique de leur art. Certains professionnels de santé comme les équipes de secours ou alors les kinésithérapeutes peuvent aussi prescrire certaines classes de médicaments (PSNC, s.d.; PSNC, s.d.).

Pour les POM, les prescriptions doivent : être écrites de façon lisible à l'encre ou avec un matériel indélébile, être datées, présenter le nom et l'adresse du patient, l'adresse du prescripteur, le type de prescripteur et être signés à l'encre par le prescripteur. L'âge ou la date de naissance du patient est préférable et obligatoire pour les POM prescrit pour les plus de 12 ans. Néanmoins, il est possible de faire des prescriptions via l'ordinateur et ces prescriptions nécessitent des mentions légales supplémentaires afin de garantir leur authenticité. Certaines prescriptions ont des mentions légales supplémentaires par exemple pour les '*controlled drugs* (British Medical Association / Royal Pharmaceutical Society, 2020)'. Lorsqu'une prescription est faite en dehors des utilisations prévues par l'AMM alors l'utilisation et la prescription seront hors AMM ou en anglais '*off-label*'. Si un médicament n'a pas d'AMM au R.-U. sa prescription et son utilisation seront sans AMM ou '*unlicensed*' (Pitchford, 2017)'.

## b. Dispensation et délivrance

La dispensation est l'acte de délivrer un médicament à un patient par les pharmaciens à la demande du prescripteur. Dans certain cas, le prescripteur peut délivrer lui-même le médicament. Avant la dispensation, le professionnel de santé doit s'assurer que les patients reçoivent les médicaments et les dispositifs commandés en toute sécurité et que les patients sont en mesure d'utiliser leurs médicaments et dispositifs efficacement. Quand une pharmacie reçoit une prescription, la première étape est de vérifier sa validité et de la licéité : le prescripteur ait l'autorisation de prescrire ce produit. Si la prescription provient d'Angleterre, la pharmacie doit collecter les frais de prescription de le NHS ou '*NHS prescription charge*', sauf exemption (PSNC, s.d.).

La HMR 2012 définit les conditions d'approvisionnement ou dispensation d'urgence des POM soit par un patient soit par un prescripteur. Les '*controlled drugs*' ne peuvent faire l'objet d'approvisionnement d'urgence, sauf en cas de pandémie.

Les pharmacies sont tenues de tenir un registre détaillé de tous les médicaments délivrés, ainsi que de toutes les interventions effectuées qu'elles jugent importantes sauf pour certains produits comme les contraceptifs oraux (PSNC, s.d.).

En cas d'urgence, la pharmacie peut dispenser un médicament (autres que ceux contrôlés) demandé par un médecin qui n'est pas en mesure de prescrire maintenant mais qui s'engage à fournir la prescription dans les 72 heures. Toutes les dispensations doivent se faire dans un temps raisonnable par la pharmacie.

Les propriétaires de pharmacie, les pharmaciens et l'équipe de la pharmacie doivent délivrer les OTC selon les normes professionnelles définies par la GPhC. La délivrance doit être centrée sur le soin du patient. Le personnel de la pharmacie doit s'assurer que la demande du patient soit entendue et que la délivrance soit accompagnée de conseils permettant que le médicament soit utilisé par le patient en toute sécurité et qu'il soit efficace (Royal Pharmaceutical Society).

## 2. Les acteurs majeurs de la dispensation

### a. Les pharmaciens

Un pharmacien est un professionnel qui est enregistré sur la liste des pharmaciens britanniques (United Kingdom Government, 2008). Il existe quatre éléments indispensables

relatifs à cette profession. Le premier élément est d'avoir les compétences intellectuelles relatives à la discipline et les connaissances de base. Il faut obtenir un diplôme universitaire en pharmacie associé à douze mois d'apprentissage pour pouvoir être enregistré en tant que pharmacien. La profession de la pharmacie doit être encadrée par un corps de professionnel : la GPhC en Grande Bretagne et '*Pharmaceutical Society of Northern Ireland*' en Irlande du Nord. La GPhC va réguler les pharmaciens et les techniciens en pharmacie. Le troisième élément majeur à la profession de la pharmacie est un code de déontologie qui définit les normes de conduite, d'éthique et de performance. Ce code qui décrit les "aptitudes nécessaire à l'exercice" fait force de loi depuis la '*Pharmacy Order 2010*'. Le quatrième élément est de pouvoir fournir un service et un conseil. Le rôle primordial d'une pharmacie est de fournir des produits santé en réponse à une prescription, pour des produits de santé sans prescription et à la demande du patient. Le pharmacien doit accompagner la vente du produit de santé avec les conseils nécessaires et appropriés. Il doit aussi être sûr que ces services favorisent l'amélioration de la santé et le bon usage des produits de santé. C'est un acteur actif de la dispensation et il doit intervenir lui-même ou faire intervenir un autre professionnel de santé si nécessaire. Dans certains cas, le pharmacien peut aussi prescrire. Les activités des pharmaciens sont soumises au droit pénal, au droit administratif, au droit civil et à des règles contenues dans le '*Fitness To Practise*' de la GPhC. Plusieurs affaires jugées par les tribunaux illustrent aujourd'hui le devoir de diligence des pharmaciens envers leurs patients.

Le pharmacien responsable doit faire fonctionner une pharmacie de ville de façon efficace et sécurisée en ce qui concerne la vente et la dispensation de produits de santé. Un pharmacien responsable ne peut être responsable que d'un seul endroit a un seul moment et le nom ainsi que son numéro d'enregistrement doit être tracé à chaque fois que le pharmacien exerce son rôle de pharmacien responsable (Pitchford, 2017).

#### b. Pharmacie de ville\*

D'après le '*Medicines Act 1968*', « *une entreprise de pharmacie de ville est une entreprise qui consiste ou inclut la vente au détail de produits de santé autre que les GSL* ». Une telle activité peut, sous certaines conditions, être légalement exercée par une personne qui est :

- Un pharmacien, ou une société dont chaque associé est un pharmacien, ou, en Écosse, une société dont un ou plusieurs associés sont des pharmaciens ;

- Ou une personne morale dont l'activité, dans la mesure où elle concerne la conservation, la préparation et la délivrance de médicaments, autres que les médicaments GSL, et sous la direction d'un pharmacien et qui n'agit pas dans une capacité similaire pour une autre personne morale;
- Ou un représentant d'un pharmacien qui est décédé, en faillite ou qui devient une personne dépourvue de capacité mentale ou qui est jugée par l'intermédiaire de certains ordres, ou qui est atteint d'une maladie mentale, dont le nom, ainsi que les noms et l'adresse du représentant, ont été enregistrés au registre du GPhC;

D'après le '*Pharmacy Order 2010*', les pharmacies doivent être enregistrées dans un registre détenu par le GPhC ou '*Pharmaceutical Society of Northern Ireland*' afin de pouvoir être ouvertes. Pour être enregistrée comme pharmacie, elles doivent produire une liste de services. Celle-ci inclue la dispensation de prescriptions médicales et le renouvellement de ces dispensations. Les pharmacies doivent fournir tous les médicaments, à l'exception de ceux appelés "médicaments répertoriés" (plus connus sous le nom de liste noire, qui comprend les médicaments de certaines catégories qui ne peuvent être prescrits pour être fournis aux frais du NHS) (Pitchford, 2017).

#### c. Les médecins généralistes et les cabinets de médecine générale

Si un médecin généraliste ou *General Practitioner* (GP) souhaite exercer en Angleterre, Écosse, Pays de Galles et Irlande du Nord, il doit être enregistré auprès du '*General Medical Council*'. Tous les GP enregistrés au GMC doivent respecter les '*Good Medical Practice*'. Un GP doit maintenir ses connaissances, ses compétences et ses performances pour s'assurer de délivrer des soins de qualité et de façon sûre. Ils doivent maintenir une bonne communication avec les patients et travailler en équipe avec le patient. La confiance dans la relation patient/GP doit être au centre de la relation patient/GP. Les GP ont la responsabilité de prescrire des médicaments, des analyses médicales et des dispositifs médicaux. Les modalités de prescription changent en fonction des pays du R.-U. En fournissant des soins cliniques, les GPs sont responsables de:

- Prescrire des médicaments ou des traitements, y compris les renouvellements de prescriptions, uniquement lorsque le médecin a les connaissances adéquates sur la santé

du patient et qu'il est convaincu que le médicament ou le traitement répond aux besoins du patient

- Fournir des traitements efficaces fondés sur les meilleures preuves disponibles
- Vérifier que les soins ou le traitement qui sont fournis à chaque patient sont compatibles avec tout autre traitement que le patient reçoit, y compris avec les médicaments en vente libre.

Les cabinets de médecine générale ou '*General Practitioner practice*' (GP practice) sont des centres de médecine générale qui s'occupent d'une grande variété de problèmes de santé incluant les états de santé qui ne peuvent être traités avec des traitements sans ordonnance ou avec les conseils du pharmacien. Ces centres peuvent aussi délivrer des sessions d'éducation thérapeutique, des conseils sur l'arrêt du tabac ou sur la lutte contre l'obésité. Les cabinets de GP regroupent de nombreux professionnels santé comme des médecins généralistes, infirmiers, assistants en médecine générale, un responsable de centre et autres. Certains centres peuvent aussi proposer des services de sage-femme, assistance sociale et/ou de psychologie. Dans les cas où le personnel de santé n'est pas en capacité, ils peuvent renvoyer le patient pour des tests additionnels ou des soins hospitaliers ou vers un spécialiste (General Medical Council , s.d.; Pitchford, 2017).

#### d. Centre de soins réservé à la santé sexuelle

Au R.-U, il est possible de se rendre dans un centre spécialisé dans la santé sexuelle par exemple : '*Contraception clinics*', '*brook centres*', '*sexual health (genitourinary medicine GUM) clinic*' et '*young people clinics*'. Le but de ces centres est de délivrer des produits de contraception adaptés, délivrer des consultations médicales, prodiguer des soins reliés et donner des conseils (Pitchford, 2017).

### C. Description des systèmes disponibles de régulation des naissances par pays

#### 1. Généralité sur les méthodes de contraception autorisées au R.-U.

##### a. Brève histoire de la contraception au R.-U.

La méthode de contraception naturelle la plus ancienne est la méthode du retrait qui est peu efficace. L'utilisation des méthodes se basant sur le rythme de la femme se développe à partir

des années 1920. Le préservatif masculin est très ancien mais son utilisation était plus souvent destinée à éviter les infections sexuellement transmissibles (IST) comme le recommanda Gabrielle Fallopius en 1564. Les premiers préservatifs en latex apparaissent dès le milieu des années 1930. Avant le développement de la pilule, les femmes pouvaient utiliser des barrières comme des « diaphragmes » ou des éponges qu'elles combinaient avec des crèmes ou autres produits. Des méthodes de dispositifs intra-utérin (DIU) sont utilisés depuis plusieurs siècles. Les premiers DIU ressemblant aux DIU modernes furent inventés dans les années 1920 et étaient devenus une méthode courante de contraception dès les années 1960 (Quarini, 2005). En 1910, seulement 15% des couples mariés britanniques utilisaient une méthode de contraception. Marie Stope a ouvert la première '*contraception clinic*' au R.-U. en 1921 au sud de Londres. En 1930, cinq sociétés qui produisent des moyens de contraception s'unissent pour former le '*National Birth Control Council*'. En 1939, il devient '*Family planning association*'. Le premier gros essai clinique pour une pilule combinée fut mené en 1956 à Porto-Rico et la première pilule combinée fut disponible aux États-Unis d'Amérique en 1960. En 1961, la première pilule contraceptive a obtenu une AMM au R.-U. mais disponible uniquement pour les femmes mariées. La prise en charge totale de la contraception continue par le NHS a été mise en place depuis 1971. Dès 1974, il est possible de recevoir des conseils et des dispositifs de contraception gratuitement et l'indication de la contraception continue fut étendue aux femmes non mariées. Les chimistes y travaillaient depuis les années 70, mais les premières pilules étaient très riches en œstrogènes et avaient des effets secondaires potentiellement dangereux. Après des années de recherche, la pilule du lendemain a été considérablement améliorée grâce à des doses plus faibles d'hormones et à une meilleure tolérance. La contraception d'urgence en tant que POM a été autorisée au R.-U en 1984. En 2001, le Royaume-Uni est le deuxième pays en Europe, après la France, à avoir autorisé sa délivrance en pharmacie sans ordonnance. Les médicaments de contraceptions d'urgence contiennent du levonorgestrel et sont passés du statut POM à un statut de P. Par la suite, en 2009, l'ulipristal d'acétate a obtenu son AMM en tant que contraceptif d'urgence avec une efficacité démontrée jusqu'à 120 heures après un rapport sexuel non protégé ou un échec de contraception. Cette spécialité fut aussi dérèglementée et accessible en pharmacie sans prescription depuis 2015. Depuis juillet 2021, le désogestrel en contraception continue fut

déréglementé et accessible en pharmacie sans prescription (Moss, s.d.; Quarini, 2005; Royal Pharmaceutical Society, 2021).

b. Les méthodes de contraception autorisées au R.-U.

Une méthode de contraception protège contre la grossesse si elle est utilisée correctement. Par contre toutes les méthodes de contraception ne protègent pas des IST. Les préservatifs sont les seules méthodes qui protègent contre les IST. Les préservatifs masculins sont disponibles pour tous les âges et gratuitement dans les '*contraceptions clinics*', dans les '*centres brook*', '*GUM clinics*' et '*young people's clinics*'.

Les méthodes de contraception sont confidentielles et gratuites, y compris pour les personnes de moins de 16 ans. Pour les cas des personnes de moins de 16 ans, l'information sera confidentielle sauf si le professionnel de santé qui le délivre est sûr que l'individu est en danger. Les contraceptifs peuvent être délivrés par un GP, une '*sexual health clinic*' ou une pharmacie. Les contraceptions gratuites sont délivrées chez le GP practice soit par un GP ou par un infirmier, en pharmacie (uniquement les contraceptions sur ordonnance en Angleterre), chez '*community contraceptive clinics*', certaine '*GUM clinics*', les '*sexual health clinics*' et les '*young people's services*'. Certains contraceptifs comme les préservatifs peuvent être vendu dans les supermarchés, les épiceries, les pharmacies mais aussi dans les toilettes de certains lieux publics.

Actuellement les dispositifs de contraception disponibles au R.-U. sont (NHS, s.d.) :

- Les techniques barrières féminines ou masculines : diaphragmes, capsules cervicales en association avec des spermicides, préservatifs féminins ou masculins
- Les méthodes hormonales féminines : pilule combinée, patch contraceptif, injection contraceptive, implant contraceptif, DIU en cuivre, système intra-utérin hormonal, pilule progestative, anneau vaginal,
- Les méthodes naturelles : planification familiale naturelle (sensibilisation à la fertilité).

Il existe deux types de contraception d'urgence (EC) : EC oraux et le DIU d'urgence.

Il existe deux méthodes de contraception permanente : la stérilisation féminine et la stérilisation masculine (NHS, s.d.).

Le préservatif masculin et la stérilisation masculine sont les seules méthodes mises en avant par le NHS. Pourtant les méthodes de contraception masculine hormonale ou utilisant la



température inhibant la spermatogénèse sont réversibles, n'ont pas impact sur l'acte sexuel et ont démontré leurs efficacités dans plusieurs études (J. Tcherdukian, 2020). Il n'existe pas de contraceptif masculin hormonal autorisé au R.-U et il ne devrait pas arriver avant plusieurs années (NHS Scotland, s.d.; NHS, 2020). Actuellement, deux sites (*Université of Edinburg* à Edimbourg et *Saint Mary's Hospital* à Manchester) proposent à des couples hétérosexuels de participer à un essai clinique américain étudiant un gel combinant la Nestorone®/Testosterone (NHS Manchester University, 2021). Par ailleurs, le NHS ne mentionnent pas de projet utilisant des méthodes de température (NHS, 2020). Alors que certaines méthodes de contraceptions masculines utilisant la température sont en développement en France. La population est très mal informée sur leur existence ce qui représente une barrière maximale à leur prescription et utilisation (Marie Amouroux, 2018).

## 2. Modalité d'interruption volontaire de grossesse

L'avortement ou d'interruption volontaire de grossesse est légale en Angleterre, en Écosse et au Pays de Galles selon les critères explicites de '*Abortion Act 1967*'. En 2020, l'avortement est autorisé en Irlande du Nord selon les critères explicites de '*Abortion (Northern Ireland) Regulation 2020*'. Dans toute autre circonstance, administrer ou effectuer un avortement est un crime.

L'utilisation de contraceptif d'urgence hormonal ou de dispositif d'implantation d'urgence n'est pas considéré comme un avortement. Ce fut clarifié par le parlement britannique en 1983 car la prévention de l'implantation dans l'utérus de tout ovule fertilisé n'est pas équivalent à « provoquer une fausse couche ». La "fausse couche" doit être comprise comme la fin d'une grossesse après la nidation. Cette interprétation a été étudiée et confirmée dans le verdict de l'affaire '*Regina v HS Dhingra*' rendu par *Crown Court* à Birmingham en 1991 et par une revue de la jurisprudence en 2002 (British Medical Association, 2020).

### a. En Angleterre, Écosse et Pays de Galles

En vertu de la loi sur l'avortement, une grossesse peut être légalement interrompue par un médecin agréé dans un hôpital du NHS ou dans des locaux agréés à cet effet, si deux médecins sont d'accord, en toute bonne foi, moyennant les conditions suivantes:

- La grossesse n'excède pas 24 semaines et la poursuite de la grossesse impliquerait un risque supérieur à son interruption, soit un risque de préjudice sur la santé physique ou mentale de la femme enceinte ou à d'autres enfants dans sa famille, ou
- L'interruption ait nécessaire pour prévenir une atteinte grave et permanente sur la santé physique ou mentale de la femme enceinte ; ou
- Poursuivre la grossesse pourrait engendrer un risque pour la vie de la femme enceinte supérieure à celui de son interruption ; ou
- Il existe un risque important que l'enfant soit né avec une lésion physique ou mentale qui provoquerait un handicap sévère.

Pour démontrer qu'une opinion a été formée "de bonne foi", il n'est pas nécessaire que l'autorisation ait été donnée parce qu'elle représente la bonne solution, mais simplement que le médecin n'ait pas fait preuve de malhonnêteté ou négligence. Lorsqu'un GP décide de bonne foi de mettre fin à la grossesse en urgence pour sauver la vie ou prévenir une atteinte grave et permanente sur la santé physique ou mentale de la femme enceinte, l'avis d'un deuxième GP n'est pas nécessaire (British Medical Association, 2020).

#### b. En Irlande du Nord

Le cadre juridique de l'avortement fut établi en 2020 en vertu de '*Abortion (Northern Ireland) Regulation 2020*' : Un professionnel de santé agréé peut mettre fin à une grossesse si, en toute bonne foi, le professionnel de santé s'assure que la grossesse n'excède pas 12 semaines.

Un professionnel de la santé agréé peut mettre fin à une grossesse si deux professionnels de la santé agréés, en toute bonne foi, s'assurent que :

- La grossesse n'excède pas 24 semaines ; et la poursuite de la grossesse engendre un risque de préjudice sur la santé physique ou mentale de la femme enceinte plus grand que l'interruption de grossesse. Ils doivent tenir compte de la situation ou celle raisonnablement prévisible de la femme enceinte.

Un professionnel de santé agréé peut mettre fin à une grossesse si en tant que professionnel de la santé agréé, en toute bonne foi, il estime que mettre fin à la grossesse en urgence est nécessaire pour sauver la vie ou prévenir des préjudices graves permanents sur la santé physique ou mentale de la femme enceinte.

Un professionnel de santé agréé peut mettre fin à une grossesse si deux professionnels de santé agréés, en toute bonne foi, assurent que :

- L'interruption est nécessaire pour éviter une atteinte grave et permanente à la santé physique ou mentale de la femme enceinte ; ou
- La poursuite de la grossesse entraînerait pour la vie de la femme enceinte un risque plus grand que si la grossesse était interrompue.

Un professionnel de la santé agréé peut mettre fin à une grossesse si deux professionnels de la santé agréés, en toute bonne foi, assurent que :

- La mort du fœtus est très probable durant, pendant la grossesse ou juste après la naissance,
- Si l'enfant naissait, il souffrirait d'une déficience physique ou mentale telle qu'il serait gravement handicapé.

Avant la mise en place de cette loi, des centaines de femmes résidant en Irlande du Nord se rendaient chaque année dans les autres pays britanniques afin de pouvoir avoir accès à cette procédure. En 2017, il a été annoncé que les services d'avortement en Angleterre, en Écosse et au Pays de Galles seraient financés et mis gratuitement à la disposition des femmes résidant habituellement en Irlande du Nord (British Medical Association, 2020).

## **Partie 2 : La reproduction et les mécanismes de régulation des naissances**

### **Chapitre 1 : Les mécanismes de la reproduction et de la contraception**

#### **A. Les mécanismes de la reproduction**

##### **1. Anatomie de l'appareil reproducteur féminin**

L'appareil reproducteur de la femme est constitué des gonades féminines, le tractus génital et les organes génitaux externes (Kohler, 2010-2021).

###### **a. Les gonades féminines : les ovaires**

Les deux ovaires ont une forme ovoïde de la taille de 4 cm x 2 cm. Ils sont situés dans la cavité pelvienne coiffés par les trompes et sont responsables de la libération des ovocytes ainsi que des hormones stéroïdes sexuelles.

L'unité morphologique est le follicule ovarien. Chaque follicule est formé d'un ovocyte et des cellules dont les cellules de la granulosa. Les follicules sont évolutifs et dépendent du cycle hormonal de la femme. Il existe : les follicules primordiaux, les follicules primaires, les follicules secondaires, les follicules antraux, les follicules matures pré-ovulation, les follicules involutifs et les follicules mures qui vont propulser l'ovule et évoluer en corps progestatif. La maturation d'un follicule antraux vers un follicule mûr se déroule sur trois cycles menstruels avec cinq à six follicules antraux mais un seul follicule aboutira à une ovulation.

Les ovocytes sont produits lors de la vie embryonnaire sous la forme d'ovogonies au nombre d'environ 1 million. Après la naissance leur nombre diminue considérablement et seulement 300 à 400 ovocytes arriveront à maturation au cours de la vie d'une femme. Ce pool d'ovocytes forme la réserve ovarienne (Kohler, 2010-2021).

###### **b. Le tractus génital**

Le tractus génital présente de nombreuses variations morphologiques dépendantes des taux hormonaux et également de l'étape de la vie. Il est constitué des trompes, de l'utérus, du vagin et des organes génitaux externes.

Les trompes relient les ovaires au corps de l'utérus. Il s'agit de deux conduits musculo-membraneux d'environ 12 cm et composés du pavillon qui coiffe l'ovaire, de l'ampoule lieu de fécondation, de l'isthme et du segment intra-mural embouchure sur le corps utérin. Leurs fonctions sont de permettre l'acheminement, la survie et la nutrition de l'œuf jusqu'à son arrivée dans l'utérus et de permettre la migration et la survie des spermatozoïdes jusqu'au lieu de la fécondation.

L'utérus est l'organe musculaire creux apte à accueillir une grossesse. Il est composé du corps dont la partie supérieure forme le fond et d'une partie cylindrique, l'isthme en continuité avec le col de l'utérus s'ouvrant sur le vagin. D'un point de vue histologique, il est constitué d'une muqueuse appelée endomètre, d'une musculature appelée le myomètre et d'une séreuse. L'endomètre va énormément varier en fonction de son niveau anatomique et de la phase du cycle menstruel.

- D'un point de vue anatomique : son épaisseur varie entre 1 et 7 mm au niveau du corps, il est peu épais au niveau de l'isthme et au niveau du col : l'endocol qui est responsable de la synthèse de la glaire cervicale et l'exocol.
- Le corps utérin va varier en fonction des différentes phases du cycle.
  - o Phase de menstruation : en cas d'absence de fécondation et suite à la chute brutale en œstrogène et progestérone, l'endomètre est éliminé partiellement,
  - o Phase de pré-ovulation ou oestrogénique : développement glandulaire et des artères spiralées à partir de la couche résiduelle,
  - o Phase ovulatoire : apparition de vacuole dans la région basale influencé par le pic de l'hormone lutéinisante (LH),
  - o Phase post-ovulatoire et la phase prémenstruelle : sous la dépendance de la progestérone sécrétée par le corps progestatif, ces phases permettent le développement optimal de l'endomètre dans le but d'accueillir la nidation.
- Le col utérin va principalement varier au niveau de l'endocol et de ses sécrétions. En effet, la glaire cervicale va varier quant à son pH, sa viscosité et sa composition physico-chimique en fonction de l'ovulation.

Le vagin est un conduit qui fait le lien entre le méat vaginal situé au niveau de la vulve et le col de l'utérus. D'un point de vue histologique, il est formé d'une muqueuse qui va varier au cours du cycle menstruel, d'une zone musculuse et d'une adventice.

L'organe génital externe ou la vulve est constitué des grandes et petites lèvres, du vestibule, des glandes de Bartolini et du clitoris. Le vestibule est situé entre les petites lèvres et reçoit le méat urinaire. Le clitoris est l'organe érectile de la femme. Sa plus grande partie est située en profondeur et séparée en deux corps caverneux (Kohler, 2010-2021).

### c. Les glandes mammaires

Les glandes mammaires sont retrouvées chez la femme et l'homme mais chez l'homme elles restent au stade de repos toute leur vie. Les glandes se trouvent au niveau des deux seins sur la partie antéro-supérieure du thorax. Les seins sont de formes différentes, de poids différent et de consistance différente et sont souvent asymétriques. Ils vont varier de taille et de forme en fonction du stade de la vie comme à la puberté, la gestation et la ménopause, mais aussi en fonction des cycles hormonaux. Le sein est composé de peau, du mamelon, de l'aréole et du muscle aréolaire, de la glande mammaire, de tissu adipeux et de tissu conjonctif.

La glande mammaire est une glande exocrine hormono-dépendante. Dans chaque sein, la glande mammaire est constituée d'une vingtaine de lobes reliés par un canal excréteur ou canal galactophore qui s'abouche au niveau de l'area cribosa. Chaque lobe est lui-même organisé en 20-40 lobules, et chaque lobule contient 10 à 100 alvéoles ou acinus. L'acinus est l'unité de base de la glande mammaire.

En dehors d'une grossesse, les canaux excréteurs et acini sont peu développés. Néanmoins, en phase prémenstruelle, il existe une légère prolifération des canaux associée à un œdème et une vasodilatation et donc une modification du volume et de la sensibilité du sein (Francophone, 2011).

## 2. Cycle menstruel de la femme

Le but de chaque cycle menstruel féminin est d'assurer les meilleures conditions de fécondation et d'implantation embryonnaire. Les cycles mensuels se répètent pendant toute la période de reproduction de la femme sauf lors des grossesses. Leur régularité est témoin direct de l'intégrité de l'axe reproductif féminin. Ils ont besoin pour un fonctionnement normal d'un axe gonadotrope et d'un tractus génital fonctionnel.

Comme le montre la figure 1, le cycle menstruel peut se diviser en deux phases : la phase folliculaire et la phase lutéale. La durée d'un cycle est le nombre de jours entre le premier jour de saignement menstruel d'un cycle et le jour précédant le premier jour des règles du cycle suivant soit 28 jours +/- 4 jours. (Reed BG, 2018)

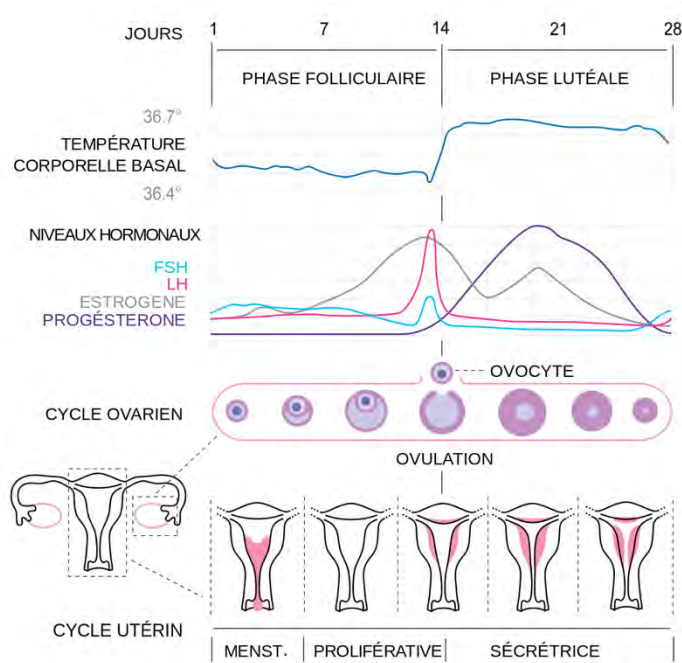


Figure1 cycle menstruelle féminine (Faculté des sciences médicales et paramédicales Aix-Marseille Université, s.d.)

### a. La phase folliculaire ou phase proliférative

La variabilité de la durée du cycle provient généralement de la variabilité des phases folliculaires du cycle (10 à 16 jours). Elle débute au premier jour des règles jusqu'à l'ovulation. La sélection du follicule dominant se fait en trois étapes et majoritairement sous l'effet de l'hormone folliculostimulante (FSH) : le recrutement entre jour 1 et jour 4, la sélection entre jour 5 et jour 7, et la dominance, jour 8.

Les taux sanguins d'œstradiol vont augmenter en parallèle avec la taille du follicule. L'hormone antimüllérienne, un produit des cellules de la granulosa, jouerait un rôle dans la sélection du follicule dominant. Au huitième jour du cycle, un follicule exerce sa domination en favorisant sa propre croissance et en supprimant la maturation des autres follicules ovariens, devenant ainsi le follicule dominant. Cette croissance va être responsable d'une augmentation de plus en plus rapide d'œstrogène dans le sang jusqu'à provoquer une rétro-activation de l'axe gonadotrope et du pic de LH qui va déclencher l'ovulation (voir annexe).

Ce pic de LH va débiter 34 à 36 h avant l'ovulation (Faculté des sciences médicales et paramédicales Aix-Marseille Université, s.d.).

#### b. L'ovulation

L'ovulation a lieu après le pic de LH qui est provoqué par une augmentation aigue de la production d'œstradiol par le follicule dominant. Pour produire la concentration critique d'œstradiol nécessaire pour initier le rétrocontrôle positif, le follicule dominant doit avoir un diamètre de plus de 15 mm dans la majorité des cas. La poussée de LH stimule la maturation de l'ovocyte. Elle va aussi stimuler la lutéinisation des cellules de la granulosa et la synthèse de la progestérone responsable de la montée de FSH en milieu de cycle. Cette élévation de FSH est responsable de la rupture de l'ovocyte de son attachement folliculaire et aboutit à la libération de l'ovocyte qui va être capté par l'ampoule de l'une des trompes. A la suite du pic de LH, les taux d'œstradiol diminuent de manière importante. Le mécanisme responsable de la chute post-ovulatoire de LH est inconnue (Faculté des sciences médicales et paramédicales Aix-Marseille Université, s.d.).

#### c. La phase lutéale ou la phase sécrétrice

Cette phase dure chez la plupart des femmes 14 jours. Après l'ovulation, les cellules restantes de la granulosa vont se lutéiniser. Les cellules de théca-lutéine nouvellement formées et le stroma environnant dans l'ovaire vont devenir le corps jaune. Le corps jaune est un organe endocrinien transitoire qui sécrète principalement de la progestérone, et sa fonction principale est de préparer l'endomètre pour l'implantation de l'ovule fécondé. Le corps jaune va se capillariser et le sang va s'accumuler au centre de la cavité du corps du jaune pour former le corps lutéal hémorragique. Les taux d'œstrogènes vont atteindre un pic en milieu de phase lutéal pour diminuer à la fin du cycle menstruel.

La durée de vie du corps jaune dépend du soutien continu de la LH. En l'absence de l'hormone chorionique gonadotrope (bêta-HCG) produite en cas de grossesse, le corps jaune va perdre au fur et à mesure ses fonctions à la fin de la phase lutéale. En absence de fécondation, le corps jaune subit une lutéolyse sous l'influence de l'œstradiol et des prostaglandines et forme un tissu cicatriciel appelé corpus albicans. La fonction du corps jaune commence à décliner 9 à 11 jours après l'ovulation (Faculté des sciences médicales et paramédicales Aix-Marseille Université, s.d.).



#### d. Les menstruations

Les règles sont déclenchées en l'absence de grossesse. Les concentrations d'hormones sexuelles vont diminuer de manière importante à cause du au déclin du corps jaune. Au niveau de l'utérus, les taux faibles de progestérone entraînent un enroulement et une constriction accrue des artérioles spirales pour aboutir à une ischémie tissulaire. L'endomètre libère des prostaglandines qui provoquent des contractions du muscle lisse utérin et une desquamation du tissu endométrial dégradé. Le fluide menstruel est composé de tissu endométrial desquamé, de globules rouges, d'exsudats inflammatoires et d'enzymes protéolytiques. La quantité moyenne de perte de sang menstruel est de 30 ml. Si elle est supérieure à 80 ml, elle est considérée anormale. La durée moyenne du flux menstruel se situe entre quatre et six jours, mais la plage normale chez les femmes peut aller de deux jours à huit jours. Dans les deux jours suivant le début des règles, les œstrogènes produits par les follicules en croissance commencent à stimuler la régénération de l'épithélium de l'endomètre de surface (Faculté des sciences médicales et paramédicales Aix-Marseille Université, s.d.).

### 3. Les différents stades de la vie génitale chez la femme

Une femme connaît plusieurs étapes dans sa vie génitale. En effet, à la naissance, les organes reproducteurs de la femme ne sont pas fonctionnels et resteront dans un état de quiescence durant toute l'enfance. La puberté est à l'ensemble des phénomènes physiologiques menant à la capacité complète de reproduction. La femme sera fertile entre la puberté et la ménopause, où elle pourra potentiellement accueillir une ou plusieurs grossesses. La ménopause marque le début d'une nouvelle étape de la vie de la femme sans possibilité de reproduction (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, 2010-2011; UMFV, 2011-2012).

#### a. Du stade fœtal à l'enfance

Avant la puberté, l'axe hypothalamo-hypophysaire subit deux phases d'activations : la différenciation sexuelle chez le fœtus et la crise génitale du nouveau-né (élévation LH, FSH et œstrogènes) suite à la disparition des œstrogènes maternels à environ deux-trois mois. Durant toute l'enfance, l'arbre reproducteur féminin est en phase de quiescence et ses fonctions endocriniennes sont stabilisées. Habituellement, vers l'âge de 6 – 8 ans, la phase de réveil de

la glande surrénale ou 'adrénarche' va débiter. Elle est indépendante de la véritable puberté centrale. Elle précède généralement la gonadarche d'environ 2 ans.

#### b. La puberté

La puberté se définit par « l'ensemble des phénomènes de maturation somatique et psychique qui permet de passer de l'enfant à l'état adulte » et dure entre trois et quatre ans d'un point de vue physique. Les transformations pubertaires, notamment l'âge de déclenchement, varient selon les époques, les régions et les peuples. Le déroulement de la puberté est sous la dépendance de facteurs neuroendocriniens et environnementaux, comme les facteurs nutritionnels : le sous-poids retarde et l'obésité avance le déclenchement. La puberté se déroule sur une période de quatre ans en moyenne et aboutit à l'acquisition de la fonction reproductrice. Durant cette période, il y aura une accélération de la vitesse de croissance, ainsi qu'un développement des caractères sexuels primaires (organes génitaux) et secondaires (voix, pilosité, seins et système musculaire). Les transformations physiques s'accompagnent des modifications du comportement qui permettent la construction de l'identité personnelle dont l'identité sexuelle.

Le premier marqueur du début de la puberté chez les femmes est le développement du tissu mammaire qui arrive généralement après l'âge de 8 ans avec une moyenne de 10 – 11 ans (écart de 8 – 13 ans) au R.-U et correspondent à la thélarche. Le pic de la puberté survient en moyenne chez la fille entre 12 et 13 ans au Royaume-Uni (Association for Young People's Health, 2019). Les parties génitales acquièrent leur maturation sexuelle : développement des caractères sexuels secondaires comme le développement du tissu mammaire et de la pilosité pubienne, puis axillaire ; le développement des organes génitaux externes; et en dernier le tropisme de l'utérus et des ovaires permettant la ménarche et l'ovulation.

Les premières règles arrivent en moyenne 2 ans après les premiers signes de puberté de la femme et elles sont irrégulières dans la plupart des cas jusqu'à la stabilisation des cycles menstruels.

Sous des changements hormonaux, la puberté s'accompagne d'une poussée de croissance. Cette poussée de croissance débutera dès les premiers signes et se déroule principalement durant le stade 2 - 3 de Tanner avec un gain de taille de l'ordre de 20- 25 cm pendant cette période. La poussée ralentit après le début des premières règles.

L'impact de la puberté sur la psyché de l'enfant est énorme, pouvant dans certains cas provoquer des troubles relationnels. Il y aura modification du comportement et de la construction de la personnalité (Wood CL, 2019).

#### c. La période de fertilité

Après une puberté normale, la femme va être dans sa période de fertilité. Les cycles menstruels débutent à la puberté mais sont initialement anovulatoires et irréguliers.

Chaque femme naît avec un nombre fixe de follicules primordiaux (1 à 2 millions de follicules). Les follicules vont dégénérer pendant l'enfance. A l'adolescence, ils vont être entre 300.000 à 500.000 follicules. La fertilité d'une femme commence à décroître à partir de 28 ans. A l'âge de 37 ans, le nombre de follicules est de 25 000 en moyenne. Vers l'âge de 51 ans, il n'y a plus que 1000 follicules immatures qui seront infertiles. Au cours de sa vie génital, une femme va ovuler entre 400 à 500 fois. Les chances de tomber enceinte diminuent avec l'âge. Même si elles diminuent aussi pour les hommes, cette diminution est plus rapide et plus importante chez la femme.

Il est possible d'avoir des problèmes de fertilité. Au R.-U, il a été estimé qu'un couple hétérosexuel sur sept a du mal à concevoir. 84% des couples vont concevoir naturellement au bout d'un an s'ils ont des rapports non protégés réguliers (NHS, 2020).

Dans les cas d'infertilité, il est possible de faire appel à des traitements de fertilisation. Au R.-U., l'institution responsable de la régulation des traitements de fertilisation est '*Human Fertilisation and embryology Authority*' (Wood CL, 2019; UMVF, 2011-2012).

### 4. Fécondation jusqu'à la formation d'un foetus

#### a. Gamète male : le spermatozoïde

Un spermatozoïde est un gamète mâle de 3 microns de large et de 60 microns de long. Il est constitué d'une tête, d'un corps et d'un flagelle. La tête d'un spermatozoïde est recouverte de l'acrosome contenant des enzymes permettant de pénétrer dans l'ovocyte, il contient un noyau contenant le matériel génétique. Le corps est riche en mitochondries pour fournir l'énergie nécessaire à son activité. Le flagelle est capable de se contracter et de se relaxer afin de produire un mouvement de vague. La tête fusionne avec l'ovocyte, ce qui signifie que le matériel génétique contenu dans les mitochondries du gamète mâle ne sera pas transmis.

Le sperme contient 100 à 400 millions de spermatozoïdes (5% du sperme) à chaque éjaculation. A la puberté, le sperme se développe dans les testicules masculins. Il faut 72 heures pour que le sperme développe sa maturité. La production de spermatozoïdes nécessite une température inférieure de 3 à 5° Celsius en dessous de la température corporelle. Ce qui explique pourquoi les testicules masculins sont en dehors de l'abdomen. Une exposition prolongée à des fortes températures peut inhiber la production de spermatozoïdes. Ce phénomène est utilisé dans de nombreuses méthodes de contraception masculine peu connues et peu utilisées (CHU de Toulouse, 2004).

#### b. Gamète féminine : l'ovocyte

L'ovocyte, gamète féminine, est une grande cellule sphérique de 140 microns de diamètre en fin de croissance. Elle ne possède pas la capacité de se déplacer. Elle est formée d'une membrane externe translucide très riche en protéines appelée la zone pellucide. L'intérieur de la cellule contient un noyau riche en matériel génétique qui permettra de différencier l'ovocyte de type I de l'ovocyte de type II. L'ovocyte est recouvert du cumulus oophorus : une masse cellulaire dont la couche de contact avec la zone externe de l'ovocyte est appelée la corona radiata.

L'ovocyte I possède un noyau bloqué en prophase de 1<sup>ère</sup> division de la méiose et ne possède pas de globule polaire. A ce stade, l'ovocyte est immature. L'ovocyte mature est l'ovocyte II qui va se distinguer car le noyau sera bloqué en métaphase de 2<sup>ème</sup> division de la méiose. Par ailleurs, un espace péri-vitellin va apparaître entre la zone pellucide et l'ovocyte où va se loger un globule polaire (CHU de Toulouse, 2004).

#### c. Fécondation à la nidation

La fécondation se définit comme la fusion de noyau d'un spermatozoïde avec celle d'un ovocyte. Pour une fertilisation naturelle, le sperme doit être déposé trois jours avant l'ovulation jusqu'à un jour après l'ovulation. Cette fenêtre est courte car le sperme et le l'ovule vont mourir s'ils ne se rencontrent pas et ne fusionnent pas. Le sperme peut vivre dans l'appareil génital féminin pendant cinq jours après un rapport sexuel non protégé (Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2017).

Pour pouvoir aller féconder l'ovocyte immobile, le spermatozoïde mobile va devoir migrer dans l'appareil génital de la femme du vagin jusqu'à la trompe où se trouve l'ovocyte. Le premier obstacle est le passage de la glaire cervicale. La glaire cervicale est sécrétée au niveau

du col de l'utérus par les glandes endocervicales. Elle forme un réseau de mailles semblables à un filet. La glaire cervicale va jouer un rôle essentiel dans la fécondation car elle va filtrer, seuls les spermatozoïde mobiles et normaux pourront passer. Mais elle va aussi sécréter des acides permettant leur survie et leur capacitation, une étape nécessaire pour que la fécondation ait lieu. La glaire cervicale va évoluer au cours d'un cycle et être perméable uniquement autour de la période d'ovulation, elle a un rôle protecteur de l'utérus. Une fois passé la glaire, le spermatozoïde devra remonter jusqu'aux trompes. Généralement, un seul ovocyte est produit. Cela prend environs 15 min à un spermatozoïde pour atteindre les trompes et beaucoup vont mourir avant d'atteindre l'ovocyte. Seuls quelques centaines de spermatozoïdes qui iront dans la bonne trompe auront une chance de féconder l'ovocyte.

Un fois arrivés, les spermatozoïdes restants devront traverser le cumulus oophore pour atteindre la zone pellucide. Les enzymes capitées de la tête du spermatozoïde permettent de traverser cette zone et de pénétrer dans l'espace péri-vitellin. Grâce à la fusion avec un spermatozoïde, l'ovocyte produit une réaction chimique corticale qui empêche que d'autres spermatozoïdes pénètrent la zone pellucide.

Après la fécondation, l'ovocyte termine sa méiose et devient un ovule avec deux globules polaires. L'ovule aura deux noyaux celui de l'ovocyte et celui du spermatozoïde appelé le pronucléus. Ils vont former ensemble le zygote. Puis après division, le zygote va devenir un embryon à deux cellules identiques dont le noyau contiendra le mélange du matériel génétique maternel et paternel. L'embryon va rester 72 heures dans la trompe tout en se déplaçant passivement grâce aux cils de la paroi des trompes vers l'utérus. L'embryon va se diviser à un rythme d'une division toutes les 10 heures : 1<sup>er</sup> jour, embryon à deux cellules, 2<sup>ème</sup> jour, embryon à 4 cellules et 3<sup>ème</sup> jour, formation de la morula. Au 4<sup>ème</sup> jour, l'embryon atteint la cavité utérine. Il possède 64 cellules et une cavité liquidienne va se former. L'embryon s'appelle un blastocyste et est formé de deux types de cellules : les trophoblastes en périphérie qui deviendront le placenta et la masse cellulaire interne qui deviendra l'embryon. L'éclosion du blastocyste aura lieu le 5<sup>ème</sup> jour quand il aura atteint une taille suffisamment grande pour sortir de la zone pelliculée.

Après l'éclosion, le blastocyste va se fixer à l'endomètre puis pénétrer dans la muqueuse. Cette étape s'appelle la nidation. Pour que la nidation ait lieu, il faut que l'environnement utérin soit prêt, c'est-à-dire que la phase de prolifération de l'endomètre soit bonne et que

l'endomètre soit en phase de sécrétion. Une fois dans l'endomètre, l'embryon va pouvoir se connecter avec les vaisseaux sanguins pour pouvoir continuer à se développer. Le placenta va se former et l'embryon va continuer à se développer jusqu'à la formation d'un fœtus, puis d'un bébé à naître (CHU de Toulouse, 2004).

## **B. Méthodes de contraception**

### **1. Méthode non hormonale**

#### **a. Les méthodes barrières**

Les méthodes barrières incluent les préservatifs masculins et féminins, les diaphragmes, les capes cervicales et les digues dentaires.

Les préservatifs vont être une barrière à l'éjaculation, à la pré-éjaculation et aux sécrétions vaginales. Les préservatifs peuvent être utilisés seul ou en complément d'une autre méthode de contraception. En effet, il s'agit de la seule méthode qui utilisée correctement protège des IST dont le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Le préservatif masculin est la méthode de contraception la plus utilisée au R.-U.

Le diaphragme et la cape cervicale sont des méthodes barrière contre l'entrée du sperme au niveau du col de l'utérus. Uniquement le col de l'utérus est recouvert, par conséquent la muqueuse vaginale est exposée au sperme et le pénis est exposé aux sécrétions cervico-vaginal. Le diaphragme et la cape cervical ne protègent pas des IST et du VIH. Ce sont uniquement des méthodes de contraception qui doivent être associées à des spermicides pour fonctionner correctement. Les diaphragmes et capes cervicales nécessitent une prescription médicale.

Les hommes et les femmes qui demandent des préservatifs doivent être informés de l'efficacité de ces derniers et de l'existence des autres méthodes. Des informations doivent être fournies sur l'utilisation correcte, les facteurs affectant l'efficacité et les cas où le dépistage des IST, la contraception d'urgence et la prophylaxie post-exposition après une relation sexuelle peuvent être nécessaires. L'efficacité du préservatif masculin est de 98% et celle du féminin 95% pour prévenir les grossesses mais uniquement s'il est utilisé correctement. Le diaphragme et la cape cervicales sont efficaces entre 92% et 98% s'ils sont utilisés correctement avec des spermicides. Les lubrifiants à base d'huile comme la vaseline, l'huile pour bébé et les préparations à base d'huile pour la voie vaginale ou rectale peuvent

endommager les préservatifs et les diaphragmes en latex. Cela peut donc diminuer leur efficacité dans leur activité de contraception ou dans la prévention des IST et du VIH (Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2012).

#### b. Les spermicides contraceptifs

Les spermicides contraceptifs sont des outils additionnels de contraception. Ils ne constituent pas une méthode de contraception efficace s'ils sont utilisés seuls, sauf si la fertilité est diminuée fortement. Ils ont deux composants : le spermicide et le vecteur qui lui-même peut inhiber l'activité du sperme. Ils sont appropriés pour les méthodes de contraception comme le diaphragme et la cape cervicale. Par contre, il n'est pas recommandé de les utiliser en association avec des préservatifs car il n'y a pas de preuve que cela augmente l'efficacité. Les spermicides contraceptifs ne sont pas recommandés pour ceux qui ont un risque important de IST ou VIH (British Medical Association / Royal Pharmaceutical Society, 2020).

#### c. Le dispositif intra-utérin ou DIU

Le DIU est une méthode de contraception adaptée pour les femmes de tous âges. Néanmoins, il augmente le risque de maladies inflammatoires pelviennes chez les femmes de moins de 25 ans. Le DIU le plus efficace ont au moins 380 mm<sup>2</sup> de cuivre et des bras pilés. Mais il existe des dispositifs plus petits afin de diminuer les effets indésirables. Il s'agit d'un support en plastique avec un fil de cuivre ou équipé de bandes de cuivre ; certains ont également un noyau central en argent pour éviter la fragmentation du cuivre.

La fertilité déclinant avec l'âge, le DIU en cuivre est une contraception recommandée pour les femmes de plus de 40 ans jusqu'à leur ménopause.

Les DIU en cuivre nécessitent aussi une prescription médicale et doivent être posés par un professionnel de santé qui a reçu une formation (exemple : GP et infirmiers) (British Medical Association / Royal Pharmaceutical Society, 2020).

## 2. Méthodes hormonales excluant celles d'urgence

Les contraceptifs continus nécessitent une prescription médicale sauf pour le désogestrel 75 comprimé pelliculé. Elles incluent les contraceptifs hormonaux combinés (CHC) et les contraceptions progestatives (POP) uniquement. Lors de la prescription d'une méthode de contraception hormonale, la patiente doit être informée de toutes les autres méthodes de contraception à prendre en considération et en fonction des critères d'éligibilité médicale. Les

critères d'éligibilité médicale sont publiés par la FSRH : *'UK medical eligibility criteria for contraceptive use'* (UKMEC) (Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2019). Pour les adolescents, les contraceptifs hormonaux doivent être utilisés seulement après les premières règles. Quand il s'agit d'une prescription de contraceptif pour les moins de 16 ans, le professionnel de santé qui prescrit doit suivre les critères de Fraser. Il n'existe pas de contraception continue masculine disponible aux R.-U. Certaines méthodes de contraception hormonale masculine sont actuellement en cours d'étude notamment le Nestorone®/Testosterone transdermal gel qui est en phase 2 d'essais clinique aux États-Unis et aux R.-U. (ClinicalTrials.gov, 2018; NHS Manchester University, 2021).

#### a. Contraceptifs hormonaux combinés

Les contraceptifs hormonaux combinés (CHC) contiennent des œstrogènes et de la progestérone. Les CHC sont disponibles sous forme de comprimés par voie orale, sous forme de patchs transdermiques, et sous forme d'anneau vaginale. L'efficacité de ces méthodes est dépendante de l'utilisateur. Si elle est utilisée parfaitement, il existe un risque d'échec de moins de 1%. Certains facteurs comme l'obésité ou des problèmes de malabsorption peuvent réduire l'efficacité. La prescription jusqu'à 12 mois peut être considérée comme appropriée dans le but de réduire les risques de discontinuité des prises et donc de réduire le risque de grossesses non-désirées. L'efficacité des différentes formes est équivalente entre elles. Néanmoins, les formes orales peuvent voir leur efficacité diminuer lors chez les femmes de plus 90 kg ou chez les femmes ayant des problèmes d'absorption. Dans ce cas-là, les autres formes doivent être privilégiées.

Au R.-U., la plupart des CHC contiennent une quantité d'œstrogène synthétique (éthinyloestradiol) de 20 µg à 35 µg ou le mestranol (métabolite de éthinyloestradiol) à 50 µg. Les progestatifs utilisés sont des stéroïdes synthétiques modifiés ayant des propriétés progestatives. Ils permettent une suppression puissante de l'ovulation et préviennent la prolifération excessive de l'endomètre en réponse aux œstrogènes. De nouveaux progestatifs ont été développés pour avoir moins d'effets androgéniques et glucocorticoïdes ; certains sont anti-androgéniques. Ils ont aussi des effets anti-minéralocorticoïdes potentiellement favorables. Les progestatifs sont classifiés en génération : 1<sup>ère</sup> génération comme la norethisterone, 2<sup>ème</sup> génération comme le levonorgestrel, 3<sup>ème</sup> génération comme le désogestrel, le gestodene et le norgestimate, et les nouvelles générations : drospirenone,



dienogest, nomegestrol acetate. Il existe les CHC oraux monophasiques qui vont avoir la même quantité fixe d'œstrogènes et de progestatifs de synthèse pendant tout le cycle. Les multiphasiques vont avoir des doses d'hormones qui vont varier au cours du cycle.

Les CHC peuvent être associés à des bénéfices sur la santé, par exemple réduire des risques de cancer de l'ovaire, de l'endomètre et colorectale. Ils améliorent aussi les symptômes des ovaires poly-kystiques, endométriose, et syndromes prémenstruels.

Les effets indésirables des CHC incluent une augmentation des risques de maladies thromboemboliques veineuses et artérielles. Ces risques sont liés au type de progestatifs utilisés et à la quantité d'œstrogène. Ils peuvent être aussi associés à une faible augmentation du risque de cancer du sein et du cancer du col de l'utérus.

Les femmes qui souhaitent arrêter leur CHC pour concevoir doivent être informées qu'il n'y pas de retard significatif dans le retour à la fertilité et que les taux de conception sont comparables à ceux des femmes arrêtant d'autres méthodes de contraception ou n'utilisant aucune contraception. Rien ne prouve que l'augmentation de la durée d'utilisation des CHC oraux soit associée à une baisse de la fécondité. Certaines études observationnelles ont en fait suggéré qu'une utilisation prolongée des CHC oraux pourrait être associée à une plus grande fécondité qu'une utilisation à court terme (British Medical Association / Royal Pharmaceutical Society, 2020; Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2019).

#### **b. Contraceptifs progestatifs seuls**

Comme leur nom l'indique, les contraceptifs progestatifs seuls utilisent uniquement des progestatifs de synthèse comme principe actif. Ils peuvent être administrés par voie orale POP (progesteron-only pill), par voie injectable, sous forme d'implants contraceptifs et sous forme de système intra-utérin progestatif. Les POPs vont altérer la glaire cervicale pour empêcher que le sperme pénètre et peuvent inhiber l'ovulation chez certaines femmes. Les préparations à base de désogestrel vont principalement inhiber l'ovulation. Les POPs à base de désogestrel inhibent l'ovulation dans 97% si elles sont prises dans une fenêtre de temps de 12 heures tous les jours, alors que les autres doivent être prises dans une fenêtre de 3 heures tous les jours. Il n'existe pas d'essais cliniques comparant l'efficacité des POPs entre elles ou par rapport au CHC lorsque les œstrogènes sont contre-indiqués. S'ils sont utilisés correctement, les POPs ont une efficacité de 99% mais dans une utilisation classique l'efficacité tombe à 91%. Une grossesse sur 10 chez les patientes prenant les POPs est ectopique. Les inducteurs

enzymatiques diminuent l'efficacité des POPs, les autres voies sont moins affectées par ce phénomène, elles sont alors conseillées. Les données disponibles n'ont pas montré un risque accru de grossesse chez les utilisatrices de POP ayant un poids corporel plus élevé ou un indice de masse corporelle plus élevé contrairement au CHC. Les bénéfices pour la santé de l'utilisation des POPs est qu'elles améliorent les dysménorrhées. Avec les études actuelles, il n'a pas été démontré de lien entre risque cardiovasculaire et POPs ou augmentation du risque du cancer du sein et POPs ou augmentation du poids et POPs. Néanmoins, les études ne sont pas suffisantes pour exclure ces risques. Avec les études actuelles, il n'a pas été démontré qu'il y ait une augmentation de retard de retour à la fertilité après l'arrêt des POPs ni de diminution de la fertilité. Les principaux effets indésirables des POPs sont les changements d'humeur, les modifications du schéma de saignement, diminution possible de la libido mais ça n'a pas été prouvé. Les POPs peuvent être prescrits jusqu'à 12 mois après la première visite. Ils nécessitent une prescription médicale sauf pour le Hana® et Lovima® contenant du désogestrel 75 microgramme en comprimé pelliculé (Royal Pharmaceutical Society, 2021). Ces deux spécialités sont en vente libre en pharmacie et appartiennent à la classe P. Les POPs peuvent être utilisés jusqu'à 55 ans.

Au R.-U., les contraceptifs combinés injectables ne sont pas autorisés sur le marché, seuls les progestatifs à action longue le sont. Deux formes sont disponibles : le dépôt médéroxprogesterone acetate sous forme d'injection intramusculaire ou injection sous-cutanée, et la nœsthistérogesterone enantate sous forme d'injection intramusculaire. Chez les femmes de moins de 18 ans, les POPs injectables sont recommandés uniquement s'il n'y a pas d'autre alternative.

L'implant étonogestrel est le seul implant sous-cutané POP disponible au R.-U. Il s'agit d'une méthode très efficace réversible avec une durée de trois ans selon l'AMM. Le taux d'inefficacité de l'implant étonogestrel est de 0,05%. L'efficacité de l'implant étonogestrel peut être diminuée en cas d'utilisation conjointe avec des inducteurs enzymatiques. Les études montrent que le poids corporel élevé n'affecte pas l'efficacité de la contraception. Si la pause de l'implant n'est pas associée à une précédente contraception régulière, il est recommandé de prendre de l'acétate d'ulipristal (UPA) comme EC oral cinq jours avant l'implantation. Un test de grossesse doit être effectué avant la pause de l'implant. L'implant étonogestrel va améliorer les dysménorrhées, diminuer les flux importants lors des

menstruations, et ainsi améliorer les douleurs liées à l'endométriose. Les effets indésirables sont similaires aux autres progestatifs avec de plus une augmentation des migraines et une modification, voire une augmentation d'une acné existante.

Les systèmes intra-utérins progestatifs sont des médicaments qui vont libérer du levonorgestrel dans la cavité utérine. Il existe trois spécialités disponibles au R.-U. : le Mirena® indiqué en tant que contraceptif et en tant que traitement des ménorragies primaires et en prévention de l'hyperplasie de l'endomètre lors de thérapie de remplacement de l'œstrogène. Jaydess® est indiqué comme contraceptif et Levosert® comme contraceptif et dans le traitement des ménorragies primaires. C'est une contraception de première intention pour les femmes ayant de gros flux menstruels. Les effets de la progestérone sont principalement locaux et hormonaux et vont diminuer la prolifération de l'endomètre, rendre la glaire cervicale imperméable et supprimer l'ovulation chez certaines femmes pour certains cycles. En plus de l'aspect hormonal, le fait d'avoir un dispositif intra-utérin a une action contraceptive. Le retour à la fertilité après le retrait est rapide. L'avantage majoritaire par rapport à un DIU en cuivre est l'amélioration des dysménorrhées, une réduction des flux de perte sanguine, et la diminution du risque de maladie inflammatoire pelvienne (British Medical Association / Royal Pharmaceutical Society, 2020; Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2015).

## Chapitre 2 : Les dispositifs de contraception d'urgence

### A. La Contraception d'urgence

#### 1. Définition et indication de la contraception d'urgence

##### a. Définition de la contraception d'urgence

La contraception d'urgence (*'emergency contraception'* EC) est destinée à l'usage occasionnel, pour réduire le risque de grossesse après un rapport sexuel non protégé (*'Unprotected sexual intercourse'* UPSI). Elle ne remplace pas une contraception régulière efficace.

Au Royaume-Uni, trois méthodes d'EC sont actuellement disponibles : le DIU au cuivre (DIU en cuivre), l'acétate d'ulipristal oral (UPA) 30 mg (dose unique) et le lévonorgestrel oral (LNG) 1,5 mg (dose unique). Les EC oraux doivent être pris le plus rapidement possible et sont inefficaces après l'ovulation (Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2017).

#### b. Risque de grossesse après un rapport sexuel non-protégé

Le risque de grossesse est difficile à estimer pour chaque femme car il dépend de nombreux facteurs pouvant inclure : la fertilité des deux partenaires, le moment et le nombre de rapports sexuels non protégés, la durée et la variabilité du cycle, et l'utilisation d'une méthode de contraception. Une grossesse est théoriquement possible après tout rapport non protégé tous les jours d'un cycle menstruel. Néanmoins, le risque de grossesse est extrêmement improbable si le rapport sexuel non-protégé (UPSI) a lieu dans les trois premiers jours du cycle. La période de six jours consécutifs après l'ovulation est considérée comme la période la plus fertile de la femme. Lors de l'ovulation et des jours qui suivent, la probabilité de grossesse est estimée à 30% après un seul rapport à risque sans contraception. Si une femme a un seul rapport sexuel non protégé pendant un cycle, il y a 25% de chance que ce rapport ait eu lieu pendant sa période fertile (Wilcox AJ, 1995). Néanmoins, il est très difficile de prédire la période de fertilité d'une femme. Les estimations utilisant la longueur des cycles et la dates des dernières règles sont très imprécises et ne sont pas souvent en accord avec les marqueurs de l'ovulation dans le sérum (Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2017).

#### c. Les indications de la contraception d'urgence

Il est recommandé que les contraceptifs d'urgence soient proposés à toutes les femmes qui ne souhaitent pas concevoir s'il existe un risque potentiel de grossesse après un rapport sexuel non protégé. La contraception d'urgence doit être proposée indépendamment de la période du cycle. Mais la méthode de contraception d'urgence doit être choisie en fonction de la période du cycle où le rapport sexuel non protégé a eu lieu.

Les contraceptifs d'urgence doivent être proposés pour les femmes ne souhaitant pas concevoir dans l'immédiat et ayant eu un rapport sexuel non protégé dans :

- A. Les vingt et un jours qui suivent l'accouchement sauf s'il répondent aux critères de lactation et d'aménorrhée. Il n'est pas nécessaire de proposer une contraception d'urgence si la patiente allaite complètement en association avec une aménorrhée et jusqu'à 6 mois post-partum,
- B. A partir du jour 5 après un avortement, une fausse couche, une grossesse extra-utérine ou une évacuation utérine dans le cadre d'une maladie trophoblastique gestationnelle.

Après un accouchement, l'insertion d'un DIU en cuivre est déconseillée : avant le 28<sup>ème</sup> jour post-partum et si le niveau de bêta-HCG reste très élevé chez patiente ayant eu une évacuation utérine à cause d'une maladie trophoblastique gestationnelle.

Les femmes qui ne souhaitent pas concevoir devraient se voir proposer une contraception d'urgence après un rapport sexuel non protégé si leur contraception continue a été compromise ou a été incorrectement utilisée. Les recommandations d'indication de la contraception d'urgence de la FSRH sont présentées dans le annexe n°3 (Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2017).

## 2. Présentation des EC

### a. Présentation du DIU en cuivre comme EC

Au R.-U., le DIU en cuivre ou stérilet en cuivre est considéré comme la méthode de contraception d'urgence la plus efficace et doit être offerte, si elle est appropriée à toutes les femmes qui ont eu un rapport sexuel non protégé et qui ne souhaitent pas concevoir.

Ce dispositif peut être inséré dans les 120 heures, soit 5 jours après le rapport non protégé ou jusqu'à 5 jours après la date la plus probable d'ovulation calculée (c'est-à-dire dans la période minimale avant l'implantation), quel que soit le nombre d'épisodes de rapports sexuels non protégés plus tôt dans le cycle. Dans le cas où il existerait un risque important d'IST pouvant s'associer à une infection pelvienne ascendante, il est recommandé de l'associer à une antibiothérapie.

L'efficacité du DIU en cuivre n'est pas affectée par le poids ou l'indice de masse corporel (IMC). Par conséquent, il peut être implanté chez toutes les patientes indépendamment de leur poids.

En plus de son efficacité remarquable, l'implantation d'un DIU d'urgence donne accès à une contraception continue et réversible de façon immédiate. Le dispositif peut ainsi être gardé en position pendant 5 à 10 ans en fonction du dispositif (Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2017; Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2015).

### b. Présentation des méthodes d'EC hormonales

Les méthodes de contraception hormonale d'urgence (incluant le LNG et l'UPA) devraient être proposées le plus tôt possible après un UPSI si l'option du DIU est inappropriée ou n'est pas acceptée par la patiente. Le médicament doit être administré le plus tôt possible pour

augmenter son efficacité. Les contraceptifs hormonaux d'urgence administrés après l'ovulation sont inefficaces (NICE , 2021).

Le LNG-EC est efficace s'il est administré dans les 72 heures (3 jours) après un UPSI. Il peut aussi être utilisé entre les 72 heures et 96 heures après un rapport non protégé (hors AMM) mais son efficacité diminue avec le temps. L'UPA-EC est efficace s'il est administré dans les 120 heures (5 jours) après un rapport sexuel non protégé. L'utilisation de UPA-EC a montré une efficacité supérieure à celle du levonorgestrel en tant que contraceptif d'urgence. La dose recommandée en tant que EC sera d'une prise de 1,5 mg. A titre comparatif, le LNG en tant que contraceptif continu correspond à une dose journalière de 30 microgram (British Medical Association / Royal Pharmaceutical Society, 2020).

L'UPA-EC doit être considéré comme le contraceptif hormonal d'urgence de première ligne pour une femme qui a eu des UPSI il y a 96 à 120 heures (même si elle a également eu des UPSI au cours des 96 dernières heures). Il devrait également être envisagé en première ligne pour une femme qui a eu des UPSI au cours des 5 derniers jours s'il est probable qu'ils aient eu lieu au cours des 5 jours avant le jour estimé de l'ovulation. La dose recommandée en tant qu'EC est une prise 30 mg.

Ni le LNG-EC ni l'UPA-EC n'altèrent la réceptivité de l'endomètre ou l'implantation de l'embryon. Une connaissance correcte du mécanisme d'action des EC est importante pour éviter de surestimer leur efficacité et pour conseiller les femmes sur leur utilisation correcte (Praditpan P H. A., 2017). Dans le cas où il y aurait déjà eu fécondation ou nidation, la prise d'EC ne va pas perturber la grossesse déjà établie et la prise d'EC n'est pas associée à un risque d'anomalie foétale (Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2017).

Il existe deux formes contenant de l'acétate d'ulipristal ayant une AMM au R.-U (Electronic medicines compendium, s.d.; Electronic medicines compendium, s.d.; Electronic medicines compendium, s.d.) et une seule a comme indication la contraception d'urgence:

- *Ellaone® (HRA pharma UK ldt)* : indication : Contraception d'urgence dans les 120 heures (5 jours) suivant un UPSI ou un échec de la contraception. Catégorie légale : P
  - o *Ellaone® 30 mg* : acétate d'ulipristal, un comprimé 30 mg, prix 14,05 £
  - o *Ellaone® 30 mg film-coated tablet* : acétate d'ulipristal un comprimé pelliculé de 30 mg, prix 14,05 £

La deuxième forme est :

- *Esmya*<sup>®</sup> 5 mg (*Geodeon Richter (UK) Ltd*): acétate d'ulipristal, 28 comprimés de 5 mg, prix 114,3 £. Indication de l'AMM : traitement intermittent des symptômes modérés à sévères des fibromes utérins chez les femmes adultes qui n'ont pas atteint la ménopause lorsque l'embolisation des fibromes utérins et/ou les options de traitement chirurgical ne conviennent pas ou ont échoué. Catégorie légale : POM

Il existe 22 spécialités pharmaceutiques contenant du levonorgestrel et ayant une AMM au R.-U. Seules les formes indiquées pour « Contraception d'urgence dans les 72 heures suivant un UPSI ou l'échec d'une méthode contraceptive » sont présentés ci-dessous (Electronic medicines compendium, s.d.):

- *Emerres*<sup>®</sup> (*Morningside Healthcare Ltd*):
  - o *Emerres*<sup>®</sup> 1,5 mg tablet: levonorgestrel, un comprimé de 1,5 mg, prix 5,20 £. Catégorie légale : POM,
  - o *Emerres*<sup>®</sup> Una 1,5 mg tablet: levonorgestrel, un comprimé de 1,5 mg, prix 5,20 £. Information additionnelle sur l'indication : l'utilisation n'est pas recommandée chez les jeunes femmes de moins de 16 ans sans supervision médicale. Catégorie légale : P
- *Ezinelle*<sup>®</sup> 1,5 mg tablet (*Mylan*) : levonorgestrel, un comprimé de 1,5 mg, prix 5,20 £. Information additionnelle sur l'indication : indiqué chez l'adulte et les adolescentes de plus de 16 ans. Catégorie légale : P
- *Levonelle*<sup>®</sup> (*Bayer plc*) :
  - o *Levonelle*<sup>®</sup> 1500 mg tablet : levonorgestrel, un comprimé de 1500 microg prix 5,20 £. Catégorie légale : POM
  - o *Levonelle On step*<sup>®</sup> 1500 mg tablet: levonorgestrel, un comprimé de 1500 microg prix 5,20 £. Information additionnelle sur l'indication : indiqué chez l'adulte et les adolescentes de plus de 16 ans. Catégorie légale : P
- *Levonorgestrel 1,5 tablet (Lupin Healthcare (UK) Ltd)*:
  - o *Levonorgestrel 1,5 tablet*: levonorgestrel, un comprimé de 1,5 mg, prix 5,20 £. Catégorie légale : POM
  - o *Levonorgestrel 1,5 tablet (P)* : levonorgestrel, un comprimé de 1,5 mg prix 5,20 £. Information additionnelle sur l'indication : l'utilisation n'est pas recommandée

chez les jeunes femmes de moins de 16 ans sans supervision médicale. Catégorie légale : P

- *Postinor 1500 microgram tablet® (Gedeon Richter (UK) Ltd)*: levonorgestrel, un comprimé de 1500 microg prix 5,20 £. Information additionnelle sur l'indication : indiqué chez l'adulte et les adolescentes de plus de 16 ans. Catégorie légale : P
- *Upostelle 1500 microgram tablet® (Gedeon Richter (UK) Ltd)*: levonorgestrel un comprimé de 1500 mg, prix 5,20 £. Catégorie légale : POM

Les lieux de ventes et de dispensation des EC sont : les pharmacies de villes, les centres de santé sexuelle, les cabinets infirmiers et les infirmeries scolaires (si infirmier prescripteur indépendant), les cabinets de GP et les cliniques et hôpitaux.

### 3. Mécanisme d'action des EC

#### a. Mécanisme d'action du DIU en cuivre

Le mécanisme d'action principal du DIU en cuivre est d'inhiber la fécondation en ayant un effet toxique sur le sperme et l'ovocyte. Le cuivre a une action défavorable sur la mobilité et la viabilité du spermatozoïde mais aussi sur la viabilité et le transport dans les trompes de l'ovocyte. Le cuivre va aussi altérer la glaire cervicale la rendant moins perméable. Dans le cas où la fécondation aurait déjà eu lieu, le DIU en cuivre va créer une inflammation de l'endomètre qui va empêcher l'implantation. Le DIU en cuivre est donc un dispositif qui va agir avant et après la fécondation.

Un DIU en cuivre peut être posé jusqu'à cinq jours après l'ovulation, étant donné que l'implantation la plus précoce est censée se produire six jours après l'ovulation (et que plus de 80 % des implantations se produisent 8 à 10 jours après l'ovulation). L'ovulation se produit environ 14 jours avant le début des menstruations. D'après la FSRH, la date d'ovulation probable la plus précoce est estimée comme étant la date du début des dernières menstruations plus le nombre de jours du cycle le plus court moins 14. La date d'ovulation doit être connue avec précision et les cycles doivent être réguliers pour pouvoir faire cette estimation. Par conséquent un DIU en cuivre peut être posé jusqu'à cinq jours après cette date (par exemple jusqu'au 19<sup>ème</sup>) d'un cycle régulier de 28 jours (Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2015).



### b. Mécanisme d'action de l'UPA-EC

L'UPA-EC est un modulateur sélectif des récepteurs à la progestérone et agit en retardant l'ovulation, en retardant la rupture folliculaire d'au moins cinq jours en supprimant le pic de LH, ce qui équivaut au temps pour les spermatozoïdes provenant du UPSI de ne plus être viables. L'UPA-EC retarde l'ovulation même après le début du pic de LH contrairement au levonorgestrel qui ne sera plus actif dès que les doses de LH augmentent. L'UPA-EC ne peut pas inhiber l'ovulation pendant le pic ou après le pic de LH.

L'UPA-EC n'a pas démontré son efficacité en tant que EC quand elle est administrée après l'ovulation. Li et al avec l'*University of Hong Kong* ont mené une étude ouverte prospective de cohorte sur 700 femmes entre 2011 et 2014 pour mesurer l'efficacité le UPA-EC avant et après l'ovulation<sup>1</sup>. Le pourcentage de grossesses prévenues (PPP) était significativement plus élevé chez les patientes qui étaient en phase prè-ovulatoire avec un taux à 77,6%. Le PPP chez les patientes en phase post-ovulatoire étaient de 36,4%. Le PPP global était de 64,0% similaire à des études précédentes. Le taux d'échec global (taux d'échec = nombre de grossesses / nombre d'individus) était de 1,7% avec 1,4% pour le groupe en pré-ovulation et 2,1% pour le groupe en post-ovulation. Un retard de règles a été observé pour le groupe en post-ovulation mais sans effet clinique pertinent (Li HW, 2016; Trussell J).

Plusieurs études *in-vitro* ont été menées sur les effets de l'UPA-EC qui ne démontrent pas d'effet sur l'endomètre pouvant empêcher la nidation et pas d'effet sur la viabilité des spermatozoïdes. Une étude menée par Ko et d'autres auteurs a démontré *in vitro* qu'il y avait une activité suppressive dose dépendante de l'UPA-EC sur la réaction acrosomique induite par la progestérone, l'hyperactivation des spermatozoïdes et l'influx de calcium. Néanmoins, il n'a pas été découvert de liens entre cette activité et l'effet de contraception d'urgence (Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2017).

### c. Mécanisme d'action du LNG-EC

Le LNG-EC est un progestatif qui va inhiber l'ovulation en retardant ou supprimant la rupture folliculaire et donc en causant un dysfonctionnement lutéal. S'il est pris avant le début du pic

---

<sup>1</sup> Ovulation calculée sur les antécédents menstruels des patientes et un résultat échographique ponctuel ainsi qu'un profil hormonal sérique au moment du recrutement. Le pourcentage de grossesses prévenues est calculé selon l'équation suivante :  $(PPP) = (\text{nombre de grossesses attendues} - \text{nombre de grossesses observés}) / \text{nombre de grossesses attendues}$

de LH, il va inhiber l'ovulation dans les cinq prochains jours, ce qui équivaut au temps pour les spermatozoïdes provenant du UPSI de ne plus être viables. Dans la phase tardive de phase folliculaire, le LNG-EG devient inefficace contrairement à l'UPA-EC qui va être efficace aussi au début du pic de LH. La LNG-EC n'est pas efficace quand la nidation a commencé.

Bien que des effets post-ovulation du LNG-EC aient été suggérés, des études ultérieures n'ont pas montré d'effet EC significatif du LNG-EC administré après l'ovulation. Aucun effet sur les récepteurs endométriaux n'a été observé dans une petite étude. *In vitro*, le LNG-EC n'a pas altéré la réceptivité endométriale ou la fixation des embryons humains.

Selon une étude de 2011, l'efficacité totale du LNG-EC a été évalué à 68% sur des femmes ayant eu un rapport sexuel non protégé. Elle a aussi conclu que le LNG-EC ne peut prévenir l'implantation d'un embryon par conséquent elle ne sera pas efficace tout le long du cycle (Noé G, 2011; Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2017).

## **B. Particularité des EC**

### **1. Interactions des EC qui peuvent affecter l'efficacité des EC**

#### **a. Poids et indice de masse corporelle (IMC)**

Le poids ou l'IMC de la patiente peut avoir un impact sur l'efficacité de la contraception d'urgence, en particulier avec le LNG-EC. Les recherches de la FSRH concluent que l'UPA-EC pourrait avoir moins d'effet chez les femmes de plus de 85 kg ou avec un IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>. Une étude de 2017 sur la pharmacocinétique de l'UPA-EC n'a pas montré de différence entre le groupe de femmes obèses et le groupe de poids normal. Si l'IMC est supérieur à 26 kg/m<sup>2</sup> ou un poids corporel supérieur à 70kg et que le DIU en cuivre n'est pas indiqué, il est recommandé de prendre une simple dose UPA-EC. La FSRH conclut qu'il y a suffisamment de preuve pour suggérer que le LNG-EC est moins efficace chez les femmes de plus de 70 kg ou avec un IMC >26 kg/m<sup>2</sup>. Par conséquent, si l'UPA-EC et le DIU en cuivre ne sont pas disponibles ou non recommandés, la FSRH recommande l'utilisation d'une double dose (3 mg) de LNG-EC (utilisation hors AMM) pour les femmes IMC > 26 kg/m<sup>2</sup> ou de poids corporel > 70 kg. Néanmoins, il n'existe pas de preuve que ce soit plus efficace (British Medical Association / Royal Pharmaceutical Society, 2020; Praditpan P H. A.).

#### b. Inducteurs enzymatiques et traitement prophylaxie post-exposition au VIH

Les médicaments ou substances inducteurs d'enzymatiques CYP450 hépatiques peuvent diminuer l'efficacité de l'UPA-EC et du LNG-EC. Par conséquent, les femmes sous inducteurs enzymatiques doivent de préférence utiliser DIU en cuivre ou doubler la dose de LNG-EC, soit 3 mg (hors AMM) selon la FSRH. L'efficacité de la double dose de LNG-EC n'a pas été prouvée. Il n'est pas recommandé de doubler les doses d'UPA-EC.

Les EC peuvent être indiqués en même temps que la prophylaxie post-exposition (PPE) par voie sexuelle contre le VIH. La recommandation actuelle de la '*British Association for Sexual health and HIV*' est d'administrer Truvada® (ténofovir et emtricitabine) et raltegravir en tant que PPE. Ces traitements ne contiennent pas de médicament inducteur enzymatique qui pourrait réduire l'effet des EC oraux. Pour les autres PPE il faut adapter au cas par cas (Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2017).

#### c. UPA-EC et contraception hormonale continue

En théorie, les progestatifs puissants pourraient réactiver la signalisation de la progestérone qui conduit à la rupture des follicules, ce qui aurait un impact sur l'efficacité de l'UPA en tant qu'EC. D'après l'étude menée par Brache et d'autres auteurs, la capacité de l'UPA à retarder l'ovulation pour au moins cinq jours est réduite par la prise de désogestrel en tant que POP débuté directement après l'administration UPA-EC. Par conséquent, la prescription de POP avec du désogestrel en tant que contraception continue est déconseillée juste après de la prise l'UPA-EC. Néanmoins, il n'est pas connu si d'autres médicaments contenant des progestatifs vont avoir le même effet. En absence d'évidence, la FSRH recommande l'éviction de tout produit contenant de la progestérone dans les cinq prochains jours après la prise d'EC à l'UPA-EC.

Une étude prospective de cohorte de 2018 a démontré que les COC débutés dans les deux jours après l'UPA-EC interfèrent avec le mécanisme d'action et diminuent significativement l'efficacité de l'UPA-EC. En 2020, une étude randomisée étudiant la pharmacodynamie reliée à la reprise de COC après l'UPA-EC en tant que EC. *Cette étude conclue : dans le scénario spécifique, une patiente a oublié les trois premiers comprimés consécutif d'une plaquette de 30 microg éthinyloestradiol/LNG (21 jours / 7 jours de pause), lors d'un nouveaux cycles et qui prendront l'UPA-EC.* L'ovulation et la probabilité théorique de grossesse plus tard dans le cycle

sont moins probables si le COC est repris immédiatement après l'UPA-EC que si la reprise du COC est retardée de 5 jours après l'UPA-EC (Edelman AB, 2018).

La FSRH recommande (Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2017) :

- *Si l'EC est requis à cause d'une situation spécifique : la patiente a oublié un comprimé hormonal d'une plaquette de CHC (21 jours avec hormones et 7 jours sans hormones) dans les premières semaines entre deux à sept fois :*
  - o LNG-EC peut être recommandé, la CHC doit être reprise directement et les préservatifs sont recommandés pendant les sept prochains jours.
  - o Si l'UPA-EC est préféré, la CHC doit être reprise directement et les préservatifs sont recommandés pendant les sept prochains jours.
- Si l'EC est requis dans une situation différente de celle décrite ci-dessus : les patientes sous CHC ne doivent pas recommencer leur CHC avant 5 après l'UPA-EC.

Une contraception hormonale continue ne doit pas être reprise pendant cinq jours après la prise d'UPA-EC quand :

- La patiente prend un CHC oral et l'a oublié ou a étendu la période d'arrêt de plus de 7 jours,
- La patiente ne prend pas de CHC et qu'elle va commencer un CHC,
- La patiente prend une POP incorrectement.

## 2. Mise en place du DUI en cuivre

Le moment et la technique de mise en place d'un dispositif intra-utérin sont essentiels pour ses performances ultérieures. Le professionnel de la santé qui insère (ou retire) le dispositif doit être pleinement formé à la technique et doit fournir des conseils complets à la patiente. Le DIU ne doit pas être installé pendant les jours où le flux des menstruations sont trop important; il est mieux adapté après la fin des menstruations et avant le temps calculé d'implantation. Néanmoins, il peut être implanté à tout moment du cycle dans le cadre d'une dispensation et implantation d'urgence. Il existe près d'une vingtaine de dispositifs médicaux commercialisés au R.-U. Le choix du dispositif va dépendre de la largeur utérine et ils vont pouvoir être conservés entre 5 à 10 ans en fonction de la spécialité (voir annexe).

Avant toute insertion, la patiente devra subir un examen gynécologique pour vérifier qu'il n'existe aucune contre-indication. L'examen gynécologique peut être réalisé par une

personne qualifiée qui n'est pas forcément un gynécologue comme un GP ou certains infirmiers. Le DIU est maintenu en intra-utérin jusqu'à ce que la grossesse soit exclue (par exemple le début de la prochaine période menstruelle) ou peut être conservé pour une contraception continue. Par la suite, il y aura un suivi de 6 à 8 semaines après l'insertion puis une fois par an jusqu'au remplacement ou en cas de souhait de retrait.

Un traitement antibactérien préventif peut être recommandé en association à l'insertion du DIU s'il existe un risque significatif d'infection sexuellement transmissible qui pourrait être associé à une infection pelvienne ascendante.

Si la femme souhaite poursuivre la grossesse, il serait souhaitable de retirer le dispositif lors du 1<sup>er</sup> trimestre de grossesse si possible.

Le risque majeur auquel s'exposent les patientes est une perforation de l'utérus lors de l'insertion, mais elle peut être détecté plus tard. Ce risque augmente lors que le dispositif est inséré jusqu'à 36 semaines après l'accouchement ou chez les patientes qui allaitent. Une perforation se produit pour environ 1 insertion sur 1000 (British Medical Association / Royal Pharmaceutical Society, 2020; Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2015).

### 3. Les effets indésirables et contre-indications

#### a. Généralités sur les événements indésirables

D'après le BNF 2020 les événements indésirables sont des EC (British Medical Association / Royal Pharmaceutical Society, 2020):

Les événements indésirables du DIU en cuivre sont les suivants: *les complications liées à la mise en place du dispositif médicale; déclenchement de crise d'épileptique à l'insertion; hémorragie lors de l'insertion; hypersensibilité; cycles menstruels irréguliers; douleur à l'insertion qui peut être atténuée par la prise de médicaments anti-inflammatoires non stéroïdien avant l'insertion; augmentation du risque d'infection pelvienne; presyncope à l'insertion; lésions utérines.*

Les événements indésirables de l'UPA-EC sont les suivants:

B. Fréquents : *douleurs au dos; poitrines légèrement douloureuses; étourdissement; fatigue; troubles gastro-intestinaux; migraines; troubles du cycle menstruel; altération de l'humeur; myalgie; nausées; douleurs pelviennes; vomissements.*

- Non fréquents : *anxiété; troubles de l'appétit; frissons; troubles de la concentration; diarrhées; somnolence; bouche sèche; fièvre; flatulences; bouffées de chaleurs; augmentation du risque d'infection; insomnie; troubles de la libido; malaise; réaction cutanée; troubles de la vision; troubles vulvo-vaginaux.*

- Rares ou très rares : *sensibilité anormale des yeux ; désorientation ; sècheresse de la gorge ; érythème des yeux ; prurit génitale ; rupture d'un kyste ovarien ; douleurs lors de rapport sexuel ; syncope ; altération du goût ; soif ; tremblements ; vertiges.*
- Fréquence inconnue : *troubles hépatiques.*

Les effets indésirables du LNG sont les suivants:

- Les effets indésirables généraux fréquents : *troubles gastro-intestinaux ; migraines ; troubles du cycle menstruel ; nausées ; réactions cutanées.*
- Les effets indésirables spécifiques :
  - o Fréquents : *poitrine légèrement douloureuse ; diarrhées ; étourdissements ; fatigue ; hémorragie ; vomissements.*
  - o Rares ou très rares : *œdème de la face et douleurs pelviennes*
  - o Fréquence inconnue : *insuffisance cérébrovasculaire ; état dépressif ; diabète de type II ; embolies et thromboses ; effet néoplasique ; dysfonctionnement sexuel et modification du poids.*

#### b. Évènements indésirables d'intérêt spécifique

L'un des évènements indésirables les plus communs sont les vomissements après la prise d'EC oraux. Les épisodes diarrhéiques sont aussi à prendre en considération s'ils surviennent juste après la prise du médicament. Pour les EC oraux dans le cas où des vomissements apparaîtraient dans les trois heures, la prise de l'EC doit être renouvelée.

Une étude américaine systématique sur plusieurs bases de données dont '*Cochrane et Global Health Database*' a été réalisée pour déterminer si le taux de grossesse ectopique augmentait avec la prise de contraceptif d'urgence (Cleland K, 2010). Cette étude a démontré que le taux de grossesse ectopique après l'utilisation d'un EC oral n'excède pas le taux observé dans la population générale. De plus comme, les EC oraux diminuent le risque de grossesse après un UPSI, l'utilisation d'EC oraux réduit le risque d'une grossesse ectopique. Par ailleurs, une étude post-marketing de 2014 qui évalue les effets indésirables de l'UPA-EC chez 1,4 million de femmes a montré que 376 sont tombées enceintes et pour 232 les résultats de ces grossesses sont connues. Il y a eu quatre déclarations de grossesses ectopiques soit 1,1% des grossesses sur une étude de 2,5 ans (Levy DP, 2014).

Un autre effet indésirable commun est la perturbation des règles. La majorité des femmes (74,6 %) lors de l'étude de phase III d'EllaOne® 30 mg ont eu leurs règles suivantes au moment prévu ou dans un délai de  $\pm 7$  jours, tandis que 6,8 % ont eu des règles plus de 7 jours plus tôt que prévu et 18,5 % ont eu un retard de plus de 7 jours par rapport au début prévu des règles

(Electronic medicines compendium, s.d.). Le retard était supérieur à 20 jours chez 4 % des femmes.

D'après le RCP du levonelle® 1500 microgram, la majorité des femmes ont leurs menstruations dans les 7 jours suivant le délai prévu après la LNG-EC. Les menstruations sont retardées de plus de 7 jours chez moins de 10% des femmes (Electronic medicines compendium , s.d.).

Il est recommandé par la FSRH de faire un test de grossesse à toutes les femmes ayant un retard de règle supérieur à sept jours après la prise d'un EC oral suite à un UPSI (Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2017).

### c. Contre-indications

Le DIU en cuivre en tant qu'EC ont les même contre-indications que les DIU en cuivre à visée contraceptive continue. La FSRH précise que le risque de IST, antécédents de grossesse ectopique, le jeune âge et la nulliparité d'une patiente ne sont pas des contre-indications à l'insertion d'un DIU en cuivre. Le DIU en cuivre est contre-indiqué entre 48 heures à 28 jours après un accouchement. Si une patiente a des symptômes d'infection à *Clamidia trachomatis* ou d'infection à *Neisseria gonorrhoea* une antibiothérapie doit précéder l'insertion. En l'absence de symptômes indiquant une infection, l'insertion peut se faire et une antibiothérapie peut être proposée s'il existe un risque d'exposition. Les adolescentes sont considérées comme une population à haut risque de grossesse non désirée, étant donné qu'il s'agit de la méthode la plus efficace de contraception d'urgence et elle doit être systématiquement proposée. Les contre-indications sont : maladie trophoblastique active ; cancer de l'appareil génital ; diathermie médicale ; maladies inflammatoires pelviennes ; sepsis post-avortement ; contamination récente avec IST en l'absence d'information complémentaire et de traitement ; anémie sévère ; saignements utérins non expliqués ; maladie de Wilson.

La UKMEC 2016 ne mentionne pas de contre-indications pour les EC oraux.

Le RCP d'EllaOne® 30 mg mentionne comme contre-indication l'hypersensibilité à l'un de ses excipients. L'utilisation combinée d'UPA-EC avec LNG-EC ou avec des médicaments inducteurs du CYP450 3A4 n'est pas recommandé. De plus, EllaOne® 30 mg est déconseillé pour les femmes ayant de l'asthme traité par des glucocorticoïdes oraux ou chez les patientes ayant une insuffisance hépatique sévère à cause de l'absence d'étude sur cette population spécifique.

EllaOne® et toutes les formes de LNG-EC commercialisés au R.-U. contiennent du lactose comme excipient.

Le RCP de Levonelle® mentionne comme contre-indication l'hypersensibilité à l'un de ses excipients. Le levonorgestrel n'est pas recommandé chez les patientes ayant une insuffisance hépatique. La FSRH ne déconseille pas l'utilisation de LNG-EC en cas de risque de grossesse ectopique (si antécédent de salpingite ou antécédent de grossesse ectopique). Les RCP de Levonelle®, levonelle One Step®, Emerres® Emerre Una®, Ezinelle®, levonorgestrel de chez Lupin Healthcare (uk), Postinor® et Upostelle® ne recommandent pas son utilisation s'il y a un risque de grossesse ectopique (British Medical Association / Royal Pharmaceutical Society, 2020; Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2017).

#### 4. Recommandations relatives à la mise en place d'une contraception continue

##### a. Après la mise en place du DIU

Une fois le DIU en cuivre posé, il est immédiatement efficace en tant que contraception continue. Le DIU en cuivre offre une contraception fiable pendant la durée autorisée. S'il est posé lorsqu'une femme est âgée de plus de 40 ans, le DIU en cuivre sera efficace pour la contraception jusqu'après la ménopause (Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2017). Les adolescentes sont une population à haut risque de grossesse non désirée. Une étude américaine systématique a été menée sur des études publiées entre 1946- 2015 ciblant les femmes de moins de 25 ans. Le but de l'étude était de comparer le taux de poursuite à plus de 12 mois entre les méthodes de contraception : DIU et les autres. Les résultats de l'étude ont montré que les jeunes femmes ayant un DIU ont plus de chance de maintenir une contraception pendant une période supérieure à 12 ans par rapport à toutes les autres méthodes de contraception. Dans les populations à haut risque de grossesse non désirée, il existe généralement une faible observance et un usage imparfait des méthodes de contraception. L'étude recommande donc l'utilisation de DIU dans ces populations (Usinger KM, 2016).

##### b. Après la prise des EC oraux

La méthode de contraception d'urgence hormonale ne produit pas d'effet contraceptif continu. Toutes les patientes recevant ce traitement doivent être informées que les EC



hormonaux ne peuvent être utilisées en tant que contraception continue. Les dispensateurs de EC doivent informer les patientes qu'après une EC orale, il existe un risque de grossesse si l'UPSI se poursuit et si l'ovulation se produit plus tard dans le même cycle.

Un EC oral peut être délivré plusieurs fois dans un même cycle selon la FSRH après plusieurs UPSI. Néanmoins, la prise des EC oraux doit être espacée d'au moins 5 jours si le premier EC est l'UPA. Théoriquement elle sera moins efficace si l'UPA est donné dans les jours suivant la prise de LNG-EC.

Après l'administration du LNG-EC, la patiente doit pouvoir commencer une méthode de contraception adaptée immédiatement. Il est recommandé pour la patiente de : soit utiliser un préservatif de manière fiable, soit de s'abstenir de tout rapport sexuel le temps que la contraception soit effective.

Lorsqu'une patiente reçoit l'UPA-EC, de manière générale, il est recommandé d'attendre cinq jours avant de débiter une contraception hormonale adaptée. Les patientes doivent soit utiliser des préservatifs de manière fiable soit s'abstenir de rapports sexuels pendant la période d'attente de cinq jours (Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2017).

## C. Délivrance de la contraception d'urgence

### 1. Généralité sur la dispensation des EC

#### a. Où sont dispensés les contraceptifs d'urgence

Au R.-U., les EC oraux sont disponibles dans les pharmacies de ville, les centres de médecine générale, les cliniques de santé sexuelle et reproductive ou '*Sexual and Reproductive Health*' et cliniques de médecine génito-urinaire ou '*genitourinary medicine clinics*', les services sociaux pour les jeunes ou '*Young people's services*' (où sont employées des infirmières diplômées), les infirmières scolaires ou '*school nurse*', les services des accidents et des urgences ou '*Accident and emergency departments*', les centres de consultations sans rendez-vous de le NHS ou '*NHS walk-in centres*', les unités des blessures mineures de le NHS ou '*NHS minor injuries units*', les pharmacies en ligne ou '*online pharmacies*' aux frais du patient.

Concernant la DUI-cuivre, ils peuvent être dispensés gratuitement dans les services de santé sexuelle et reproductive, auprès des '*young people's services*' et dans les centres de médecine générale (« GP practices »).

Si un professionnel de santé est autorisé à délivrer une EC mais qu'il est dans l'incapacité de

pouvoir offrir la méthode appropriée, il est dans l'obligation de prévenir la patiente des autres méthodes disponibles et lui proposer un endroit alternatif qui pourra répondre à son besoin (NHS, s.d.).

#### b. Prise en charge de la délivrance

Les LNG-EC sont gratuites dans les pharmacies en Écosse mais Les UPA-EC sont à la charge de la patiente (Sexual Health Scotland, s.d.). Les EC oraux sont délivrés aux frais de la patiente dans les pharmacies en Angleterre, au Pays de Galles et en Irlande du Nord (NHS 11 Wales, s.d.; Belfast Health and Social Care Trust, 2021). La délivrance peut être gratuite en pharmacie si la patiente a moins de 16 ans ou si elle fait partie des '*Patient Group Direction*'. En 2011, le gouvernement du Pays de Galles a donc rendu les LNG-EC gratuites pour toutes les femmes de plus de 13 ans et en 2015 l'a étendu aux EC à base d'UPA sous un '*patient group direction*'. En 2017, 76% des pharmacies de villes au Pays de Galles pouvait fournir des EC selon ce '*patient group direction*'. En dehors, de ce '*patient group direction*', les EC sont estimées entre 25 et 33 £ (Mantzourani Efi, 2019).

Les EC sont gratuites si elles sont obtenues chez le GP ou dans tout centre responsable de la santé sexuelle. Concernant la DUI-cuivre, ils peuvent être dispensés gratuitement dans les services de santé sexuelle et reproductive, dans les '*young people's services*' et dans les centres de GP.

#### c. Religions, valeurs et croyances individuelles

Les valeurs, les croyances et les valeurs issues de la religion peuvent avoir une part importante dans la vie personnelle mais aussi avoir un impact positif sur le travail des professionnels travaillant en pharmacie. Néanmoins, dans certains cas, les valeurs et les croyances peuvent affecter négativement leur volonté de fournir certains services comme la contraception et la contraception d'urgence. Les professionnels de santé et tous ceux travaillant en pharmacie ont le droit d'exercer leur profession conformément à leur religion, à leurs valeurs personnelles ou à leurs croyances, pour autant que cela est conforme à la législation sur l'égalité et les droits de l'homme et que les soins centrés sur la personne ne soient pas compromis.

En vertu de la loi, les professionnels de la pharmacie doivent :

- Ne pas discriminer un individu en se basant sur ses propres croyances et valeurs religieuses ou celles du patient

- Travailler en partenariat avec leurs employeurs et leurs collègues pour envisager toutes mesures supplémentaires ou tout arrangement alternatif qu'ils pourraient devoir prendre afin de ne pas compromettre les soins aux patients.
- Appliquer leur jugement professionnel sur l'adéquation clinique des médicaments pour chaque personne, et s'assurer qu'ils prennent en compte les délais ou autres obstacles à l'accès aux médicaments ou autres services, ainsi que tout impact négatif sur la personne, lors de la prise de décision.

Les pharmaciens et les techniciens en pharmacie doivent respecter les standards des professionnels de la pharmacie élaborés par le GPhC à tout moment de l'exercice de leur profession. Le Standard 1 déclare que tous les pharmaciens doivent fournir des soins centrés sur la personne et faire des soins de la personne leur première priorité. Le Standard 1 déclare aussi que tous les patients doivent recevoir un traitement sûr et efficace par un professionnel de la pharmacie car ce dernier doit :

- Reconnaître et valoriser la diversité et respecter les différences culturelles, en veillant à ce que chaque personne soit traitée équitablement, quelles que soient ses valeurs et ses croyances,
- Avoir leurs propres valeurs et croyances mais ne doivent pas les imposer aux autres personnes,
- Assumer la responsabilité de veiller à ce que les soins centrés sur la personne ne soient pas compromis en raison de valeurs et de croyances personnelles.

Les professionnels de la pharmacie doivent être conscients de la différence entre la religion, les valeurs ou les croyances personnelles et leur jugement clinique professionnel à tout moment.

Le GPhC a développé des recommandations spécifiques sur la religion, les croyances et valeurs individuelles pour les pharmaciens ainsi qu'un questionnaire pour aider à résoudre des problèmes éthiques que les professionnels de la pharmacie peuvent se poser.

Les professionnels doivent aussi prendre en compte les croyances et valeurs religieuses des patientes. Chaque femme peut vouloir savoir comment fonctionne une méthode de EC. Par ailleurs, certaines femmes peuvent avoir des raisons culturelles ou religieuses pour éviter une méthode de EC qui pourrait avoir son effet après la fécondation. Il est important qu'une femme soulève des inquiétudes sur le mécanisme d'action de la EC. Les professionnels de

santé ont le devoir de répondre à ces inquiétudes et de faire en sorte que la patiente reçoive les informations sur ce qui est connu et ce qui est incertain pour qu'elle puisse faire un choix éclairé (General Pharmaceutical Council, 2019).

## 2. Schéma de décision de délivrance selon la 'Royal Pharmaceutical Society'

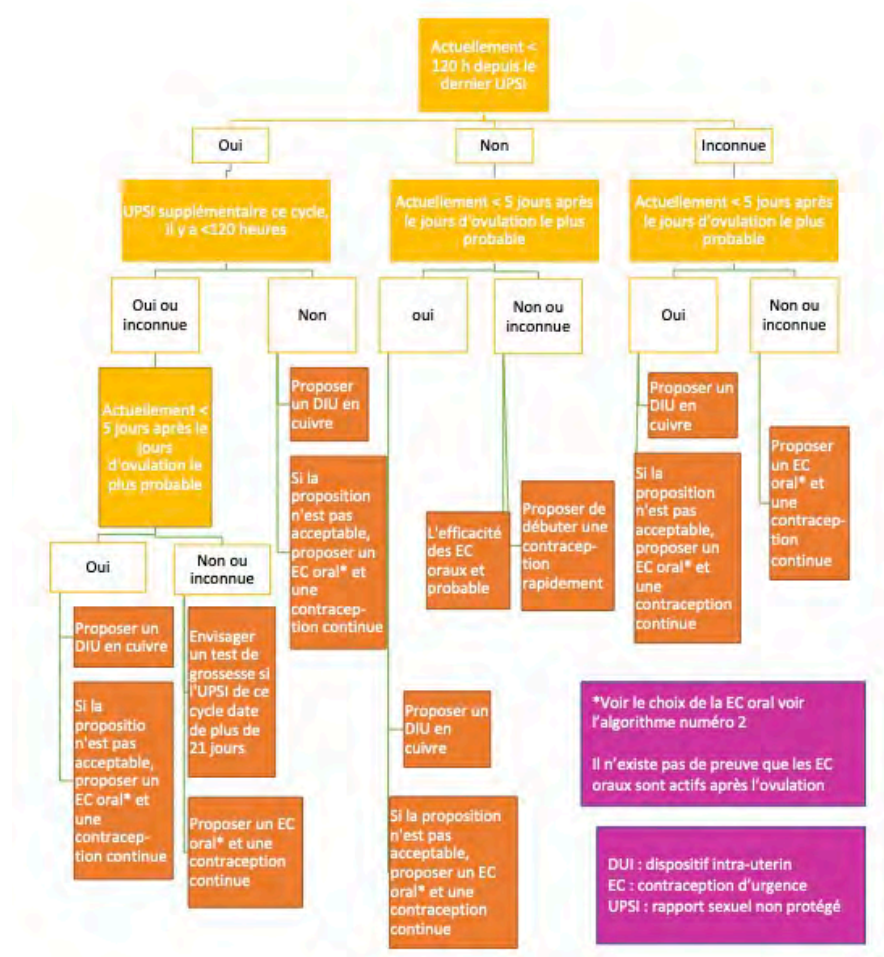


Figure 1: Schéma décisionnel de dispensation des EC en pharmacie au R.-U selon la Royal Pharmaceutical Society (Royal Pharmaceutical Society, s.d.)

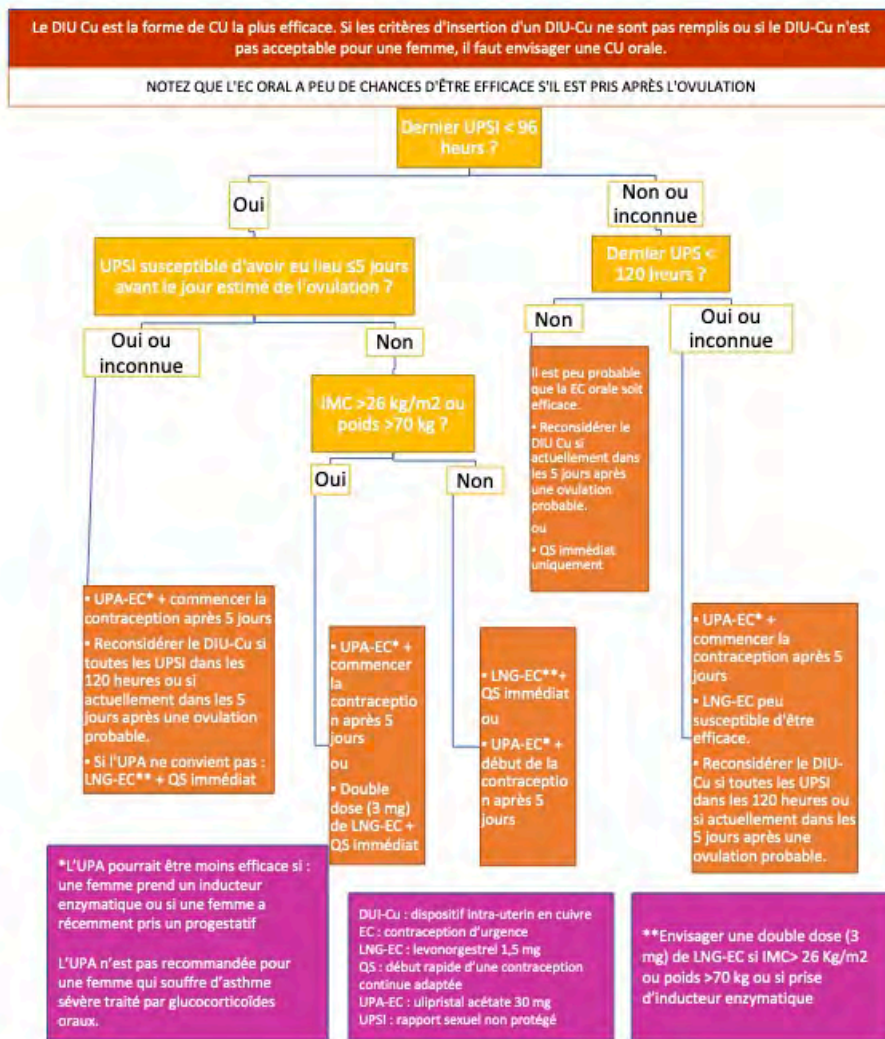


Figure 2: Schéma décisionnel du type des EC en pharmacie au R.-U selon la Royal Pharmaceutical Society (Royal Pharmaceutical Society, s.d.)

Dans les pharmacies, les pharmaciens ont à leur disposition un questionnaire qui leur permet de déterminer la contraception la plus adaptée. Le questionnaire est disponible sur le site [community pharmacy scotland](https://www.communitypharmacy.scot.nhs.uk/nhs-boards/nhs-tayside/pharmacy-services/emergency-hormonal-contraception/) pour les pharmacies en Écosse : <https://www.communitypharmacy.scot.nhs.uk/nhs-boards/nhs-tayside/pharmacy-services/emergency-hormonal-contraception/>. Ce questionnaire est disponible en annexe (Community Pharmacy Scotland, 2019).

### 3. Modalité de prescription et dispensation chez les jeunes

#### a. Recommandations sur la dispensation au moins de 25 ans selon le NICE

En 2014, la NICE a publié des recommandations sur la dispensation aux moins de 25 ans. Lorsqu'ils exercent leur jugement, les professionnels et les praticiens doivent tenir pleinement compte de cette directive, ainsi que des besoins individuels, des préférences et des valeurs de leurs patients ou des personnes qui utilisent leurs services. Ces recommandations ne sont pas obligatoires et sont basées sur des examens des données probantes, la modélisation économique, les témoignages d'experts, les commentaires des parties prenantes et le travail sur le terrain. Elles concernent tous les types de contraception pour les hommes et les femmes qui sont âgés de moins de 25 ans.

L'une de ses recommandations prévoit qu'un médecin ou un professionnel de la santé est en mesure de fournir des conseils et un traitement en matière de contraception, de santé sexuelle et reproductive, à l'insu des parents et sans leur consentement, à une jeune personne âgée de moins de 16 ans, à condition qu'il/elle comprenne les conseils fournis et leurs implications et que sa santé physique ou mentale risque de souffrir en l'absence de conseils ou du traitement.

De plus, les recommandations de Fraser doivent faire partie des bonnes pratiques de soins que les professionnels de santé et les médecins doivent suivre lors de la dispensation de contraceptif pour les moins de 16 ans.

La recommandation 9 de la publication du NICE concerne exclusivement la délivrance de la contraception d'urgence (voir en annexe). Cette recommandation stipule que toutes les femmes de moins de 25 ans peuvent y avoir accès. Elle définit qui sont les acteurs impliqués dans la distribution des EC : directeurs, médecins, infirmiers (incluant les écoles d'infirmier), pharmaciens et réceptionnistes dans les centres de contraception, les écoles, les centres de soins primaires et communautaires et les services d'urgences, les pharmacies, les maternités, les centres de consultation sans rendez-vous, les services de santé privé et public. Ils doivent, après la recommandation :

- Établir des PGD et des dispositifs locaux afin de garantir que toutes les jeunes femmes puissent obtenir facilement une contraception orale d'urgence gratuite,
- S'assurer que les jeunes femmes (et jeunes hommes) savent où obtenir gratuitement des EC,

- Informer les jeunes femmes que le DIU est une méthode d'EC plus efficace que la méthode par voie orale et qu'elle permet de débiter une contraception continue.
- S'assurer que les jeunes femmes ont accès dans un temps acceptable à la mise place d'un DIU
- S'assurer que les jeunes femmes qui ont reçu des EC oraux soient:
  - o Conseillées sur le fait que la prise de l'EC doit se faire le plus rapidement possible après UPSI et qu'elle n'est efficace que dans un temps limité
  - o Conseillées sur le fait qu'il existe d'autres méthodes de contraception plus efficaces et plus fiables comme méthode de contraception continue
  - o Encouragées à considérer et choisir une méthode de contraception continue adaptée dans le futur
  - o Adressées immédiatement à un professionnel de santé posant un DIU, si c'est la méthode d'EC choisi
  - o Informées de l'endroit où elles peuvent obtenir un test de grossesse gratuit et confidentiel avec des résultats le jour même.

La recommandation stipule aussi clairement que tous les professionnels de santé qui fournissent une contraception orale d'urgence sachent qu'ils peuvent la fournir aux jeunes femmes de moins de 16 ans sans informer ou obtenir le consentement des parents, conformément aux directives de bonnes pratiques. Les professionnels de santé ont le devoir de précaution et de confidentialité envers les jeunes de moins de 16 ans.

Les professionnels de santé, y compris les pharmaciens, qui ne veulent pas (ou ne peuvent pas) fournir une contraception d'urgence doivent donner aux jeunes femmes les coordonnées d'autres services locaux où elles peuvent être vues en urgence.

Les professionnels de santé doivent s'assurer que toutes les dispositions ont été prises pour qu'une patiente ait accès à un traitement de contraception orale d'urgence, dans des circonstances spécifiques où la méthode contraceptive régulière utilisée, par exemple les préservatifs ou la pilule, est sujette à un « échec d'utilisation » (NICE , 2021).

#### b. Recommandations sur la dispensation au moins de 25 ans selon FSRH

Les adolescentes font partie d'une population à haut risque de grossesses non désirées. Une étude américaine systématique menée sur des études publiées entre 1946 et 2015 ciblait les femmes de moins 25 ans. Le but de l'étude était de comparer le taux de poursuite de plus de

douze mois entre les méthodes de contraception : DIU et les autres. Les résultats de l'étude ont montré que les jeunes femmes ayant un DIU ont plus de chance de maintenir une contraception pendant une période supérieure à douze mois par rapport à toutes les autres méthodes de contraception. Dans les populations à haut risque de grossesses non désirées, il existe en général une faible observance et un usage imparfait des méthodes de contraception autre que les méthodes contraceptives à action longue réversible. L'étude recommande donc l'utilisation de DIU dans ces populations (Usinger KM, 2016).

Le GDG de la FSRH recommande que toutes les méthodes de contraception d'urgence soient proposées aux adolescentes incluant la méthode du DIU car elles sont considérées comme une population à au haut risque de grossesses non désirées après un UPSI.

Si l'on considère qu'il est probable qu'une jeune femme ne s'abstiendra pas d'avoir de nouveaux UPSI après une UPA-EC et avant de commencer par la suite une contraception continue efficace, l'utilisation d'une LNG-EC avec mise en place immédiate d'une contraception rapide (par exemple, l'insertion d'un implant) peut être discutée comme une option alternative. Cependant, si l'UPSI pour laquelle le jeune a initialement demandé une CU est considérée comme susceptible d'être survenue au cours des cinq jours précédant le jour de l'ovulation, l'UPA-EC peut être envisagée en première intention (Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2017).

#### c. Délivrance chez les moins de 16 ans

La dispensation d'UPA-EC aux moins de 16 ans n'est pas contre-indiquée par le fabricant. La dispensation en tant que P pour les spécialités contenant du levonorgestrel en tant qu'EC est déconseillée par le fabricant mais non contre-indiquée (Royal Pharmaceutical Society, s.d.; Electronic medicines compendium, s.d.; Electronic medicines compendium, s.d.). Cependant, le professionnel de santé qui délivre le contraceptif doit considérer les facteurs suivants:

- Les enfants de moins de 13 ans sont légalement trop jeunes pour consentir à une quelconque activité sexuelle. Les cas doivent être traités sérieusement, avec la présomption que le cas doit être signalé aux services sociaux, à moins qu'il n'y ait des circonstances exceptionnelles appuyées par des raisons documentées pour ne pas partager l'information.
- L'activité sexuelle avec des enfants de moins de 16 ans constitue également un délit, mais elle peut être consensuelle. La loi n'est pas destinée à poursuivre les activités sexuelles



mutuellement consenties entre jeunes d'un âge similaire, sauf si elles impliquent des abus ou une exploitation.

- Un professionnel de santé peut fournir des conseils en matière de contraception ou de santé sexuelle à un enfant de moins de 16 ans et le devoir général de confidentialité du patient s'applique. Ainsi, lorsqu'il est décidé de partager des informations, le consentement doit être recherché dans la mesure du possible avant de divulguer des informations sur le patient. Ce devoir n'est pas absolu et les informations peuvent être partagées si le professionnel de santé juge, au cas par cas, que le partage est dans l'intérêt supérieur de l'enfant (par exemple, pour prévenir tout préjudice pour l'enfant ou lorsque le bien-être de l'enfant l'emporte sur la nécessité de garder les informations confidentielles).
- Le professionnel de santé doit demander l'avis d'experts sans divulguer de détails identifiables sur un enfant et sans rompre la confidentialité des patients - et -lorsqu'il est décidé de partager des informations, cela doit être proportionné.

#### d. Délivrance à l'avance

L'EC d'urgence peut être prescrite et dispensée à l'avance si la patiente craint que sa méthode contraceptive échoue ou si elle part en vacances et qu'il n'est pas facile de s'en procurer. Pour y avoir accès, la patiente doit consulter un GP ou un infirmier (British Medical Association / Royal Pharmaceutical Society, 2020).

# **Partie 3 : Impact des politiques de santé sur la contraception d'urgence sur les adolescents et les jeunes adultes au R.-U.**

## **Chapitre 1 : Épidémiologie et état de santé des adolescents et des jeunes adultes**

### **A. Données générales concernant les adolescents et les jeunes adultes**

#### **1. Généralité et population du R.-U.**

##### **a. Les principales sources utilisées**

Les données d'analyse rapportées dans cette thèse proviennent de différentes sources accessibles incluant plusieurs bases de données dont : 'pubmed', 'google scholar', 'Office for National Statistics' (ONS) et 'Global Health Data Exchange'.

L'ONS est responsable de collecter, d'analyser et de diffuser les données statistiques relatives à l'économie, la société et la population du R.-U. D'autres sites ont été utilisés comme des sites gouvernementaux, des sites de santé publique et des ministères de la santé des différents Pays du Royaume. Un exemple est 'Public Health Scotland' qui publie annuellement un rapport sur les grossesses des adolescentes en Écosse. Certaines organisations et associations publient de nombreuses données et analyses sur la santé des jeunes comme l'Association for Young People's Health' qui a publié un compte rendu « Key Data on young people 2019 ». L'Association for Young People's Health' est une association indépendante qui a pour objectif d'améliorer la santé et le bien-être des 10 à 24 ans. Une autre source utilisée est l'organisme de charité 'British Pregnancy Advisory Service' qui propose des services d'avortement, de contraception et de soins de santé sexuelle. Elle a publié en 2018 un rapport « Social media, SRE, and sensible drinking: Understanding the dramatic decline in teenage pregnancy » basé sur un sondage en ligne de 1004 jeunes entre 16 et 18 ans.

Une autre source statistique sont les 'National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles' (Natsal). Il s'agit des études les plus larges sur les comportements sexuels et leurs évolutions. Le Natsal 1 a été développé en 1990 sur une durée de 10 ans. Les sondages utilisent une méthode d'échantillonnage aléatoire pour sélectionner au hasard des personnes dans toute

la Grande-Bretagne, ce qui signifie que les résultats sont largement représentatifs de la population générale britannique. Les différentes études Natsal reflètent différents âges de la population et les années de naissance des participants sont illustrées en annexe. La Natsal inclut uniquement des personnes de plus de 16 ans. La Natsal 4 est toujours en cours par conséquent les données rapportées dans cette thèse ne concerneront que les résultats des Natsal 1, 2 et 3 (Natsal, 2021).

En ce qui concerne la santé des moins de 16 ans, une autre source de données est la '*Health Behaviour in School-Aged Children*' (HBSC). Les études de la HBSC font partie des études internationales les plus anciennes qui se concentrent sur les comportements de santé et social des jeunes. 48 pays et régions en Europe et en Amérique du Nord y participent.

Une des principales limites des études utilisant des sondages concernant la santé sexuelle est qu'elle repose principalement sur l'auto-évaluation des comportements et donc sont fortement influencées par les normes sociales. Comme d'autres études le soulèvent, il est difficile d'évaluer dans quelle mesure les différences observées dans la prévalence des pratiques sexuelles entre les périodes reflètent de réels changements de comportement ou résultent de biais de déclaration liés à des changements d'attitude sociale envers certaines pratiques (Owen BN, 2015).

#### b. La population générale au R.-U

La population totale du R.-U. est en augmentation et est passée d'environ 66,8 millions en 2019 à 67 millions en juin 2020. La plus grande partie de la population britannique vit en Angleterre, elle était de 56,3 millions en 2019. En 2019 la population était de 5,5 millions en Écosse, de 3,2 millions au Pays de Galles et de 1,9 million en Irlande du Nord. Le taux de croissance de la population est plus élevé en Irlande du Nord 0,64% (Angleterre 0,55%, Écosse 0,46 et Pays de Galles 0,45%). En 2019, le R.-U. comptait 50,6% de femmes et 49,4% d'hommes. Mais chez les moins de 25 ans, la proportion d'homme est majoritaire pour le R.-U. et pour chaque pays individuellement. En 2019, Les 25 – 65 ans représentaient 52,9% de la population au R.-U et celle de plus de 65 ans représentaient 18,5% de la population au R.-U. Bien que l'amélioration de l'espérance de vie se soit stabilisée, la population britannique vit généralement plus longtemps qu'auparavant. Les bébés nés entre 2015 et 2017 devraient vivre 79,2 ans s'ils sont de sexe masculin (soit 2 ans de plus qu'entre 2005 et 2007) ou 82,9

ans s'ils sont de sexe féminin (soit 1,4 an de plus qu'entre 2005 et 2007) (Office for National Statistics, 2021).

### c. La population des adolescents et des jeunes au R.-U.

En 2019, les moins de 25 ans étaient de 19,8 millions, soit 29,6% de la population total du R.-U. dont 11,8 millions de personnes entre 10 et 24 ans. Les femmes entre 10 et 24 ans sont 5,7 millions, soit 16,9% de la population féminine dans le R.-U. et soit 8,6 % de la population totale du R.-U (Office for National Statistics, 2021).

L'adolescence est une période de bonne santé et relativement peu de jeunes meurent entre 10 et 24 ans. Ces dernières années, le nombre annuel de jeunes décédés dans cette tranche d'âge au Royaume-Uni se situe généralement entre 2 000 et 3 000. Cela représente une très faible proportion (moins de 1%) de tous les décès chaque année. Le taux de mortalité est plus élevé chez les jeunes adultes. Globalement, les hommes âgés de 10 à 24 ans ont des taux de mortalité plus élevés que les femmes. La principale cause de mortalité chez les 10 – 24 ans en 2017 en Angleterre et au Pays de Galles est une « cause externe de mortalité : accidents, agressions et suicides » à 56 % et la deuxième cause de mortalité est le « cancer » (Office for National Statistics, 2021; Association for Young People's Health, 2019).

## 2. Les conditions de vie et comportement de santé des jeunes au R.-U.

### a. Conditions de vie, éducation et emploi

Les jeunes personnes entre 10 et 25 ans au R.-U. sont confrontés à des conditions et des défis économiques très différents en fonction de leur tranche d'âge. Ces différentes conditions de vie vont jouer un rôle majeur dans la santé et les habitudes de santé des jeunes.

- Situation familiale

Elles vont avoir un impact sur la santé et les habitudes de santé de jeunes. En 2017, 7,3 millions des adolescents entre 10 et 19 ans habitent dans un foyer, incluant majoritairement des foyers avec des adultes en couples mariés ou ayant contractés une union civile (62%). Une autre partie va vivre dans un foyer avec un couple d'adultes qui cohabitent (23%) ou avec un parent célibataire (9 %). 7% des adolescents entre 10 et 19 ans vivent dans une situation autre incluant par exemple vivant seule ou vivant en tant que parents célibataires. Depuis plusieurs années, la proportion de jeunes adultes restant dans leur foyer d'origine augmente. En 2017, l'âge auquel 50 % ou plus de la tranche d'âge ont quitté le domicile familial était de 23 ans,

contre 21 ans en 2007. Dans l'ensemble, les jeunes hommes sont plus susceptibles d'être encore à la maison à tout âge par rapport aux jeunes femmes. Vivre chez ses parents est désormais le mode d'habitation le plus courant pour les jeunes adultes d'après l'ONS en 2019. Seule une faible proportion de jeunes établit son propre foyer avant l'âge de 25 ans. L'âge moyen d'emménagement avec un conjoint se situe entre 26 et 27 ans, et en 2017, l'âge moyen des femmes pour avoir leur premier enfant était de 30 ans d'après l'ONS en 2019. En 2016, sur l'ensemble des bébés nés en Angleterre et au Pays de Galles, 17,9 % avaient une mère âgée de 24 ans ou moins selon d'après l'ONS en 2017 (Office for National Statistics, 2021).

Concernant les inégalités en santé, leurs causes profondes sont liées à des facteurs économiques tels que les faibles revenus. Selon la mesure de l'inégalité des revenus du ministère du Travail et des Pensions, environ une personne sur dix âgée de 0 à 19 ans au R.-U. en 2016/17 vivait dans des ménages classés comme à faible revenu et matériellement défavorisés. La proportion de ménages à faibles revenus et matériellement défavorisés n'a pas changé de façon substantielle ces dernières années. Le taux de conception des moins de 18 ans dans les zones les plus défavorisées est deux fois plus élevé que dans les zones les moins défavorisées (Association for Young People's Health, 2019).

- [Education et emploi](#)

La santé et l'éducation sont très liés à différents niveaux. Comme par exemple, les personnes qui ont atteint un haut niveau d'études auront une meilleure santé générale que les personnes qui n'ont pas atteint un haut niveau d'études. Certaines dimensions du système éducatif peuvent également contribuer à une mauvaise santé émotionnelle, comme la pression des examens. En outre, les écoles sont un lieu important pour l'éducation à la santé, qui devient obligatoire dans les collèges et lycées en Angleterre en 2020. Le système éducatif diffère entre les pays du Royaume. Presque tous les adolescents entre 14 et 16 poursuivent une formation diplômante et cette proportion a continué d'augmenter depuis ces deux dernières décennies. La majorité des élèves d'Angleterre, du Pays de Galles et d'Irlande du Nord, suivent une formation diplômante généraliste qui amène au '*General Certificate of Secondary Education*' équivalent du baccalauréat. Les jeunes femmes avaient une meilleure réussite scolaire que les jeunes hommes en Angleterre. Outre le genre, le niveau de réussite tend à varier en fonction d'autres facteurs, notamment le groupe ethnique et les ressources économiques. En Angleterre et au Pays de Galles, les adolescents doivent obligatoirement

suivre au moins un type de formation jusqu'à l'âge de 18 ans. En Écosse, l'âge de fin de scolarité reste fixé à 16 ans avec comme examen final le '*Standard grade*', mais la plupart des jeunes poursuivent leurs études. Fin 2017, près de neuf jeunes sur dix âgés de 16 à 18 ans en Angleterre restaient dans l'enseignement et la formation. Seul 7,7 % d'entre eux avaient un emploi (Association for Young People's Health, 2019). D'après Soufarel Girma et David Pattons, les performances scolaires sont associées à des taux de grossesse (et surtout de naissance) plus faibles et que la réduction des grossesses chez les adolescentes depuis 2008 coïncide l'augmentation de la proportion des jeunes qui poursuivent leurs études après 18 ans (Soufarel Girma, 2015).

#### b. Comportement de santé

Promouvoir des bons comportements de santé chez les adolescents et les jeunes est important car c'est à cet âge qu'ils peuvent acquérir des habitudes de santé saines. Les comportements des personnes vis-à-vis de leur santé peuvent avoir un impact direct comme par exemple fumer régulièrement des cigarettes augmente de manière importante le risque de cancer. La compréhension des schémas de comportement des jeunes en matière de santé est primordiale afin de développer des politiques de santé publique efficaces et prévenir l'apparition ou l'aggravation de problèmes de santé à long terme.

- **Activité physique et alimentation**

Concernant l'activité physique, le gouvernement du R.-U. recommande aux enfants et aux jeunes adultes au moins une heure d'activité modérée à intense par jour incluant une activité pour renforcer les muscles et les os trois jours par semaine. Néanmoins, une faible proportion des élèves arrive à atteindre cet objectif avec le système éducatif anglais et cette proportion d'élèves décline entre le primaire et l'enseignement secondaire. Les données récupérées par l'*Active Live Survey 2017/2018*' ont montré le déclin de l'activité physique continue durant toute l'adolescence et particulièrement chez les filles (Association for Young People's Health, 2019). La nutrition des adolescents est un sujet de plus en plus préoccupant, notamment en raison de son lien avec l'obésité. La consommation de cinq portions de fruits et légumes par jour est un marqueur d'une « bonne alimentation ». Au R.-U., seulement un adolescent sur douze entre 11 et 18 ans atteint cet objectif journalier. La moyenne de portion de fruits et légumes chez les adolescents entre 11 et 18 ans est de 2,7 portions par jour contre 4,2 portions par jour pour les adultes. Il a aussi été montré que les adolescents ne consomment

pas assez de sels minéraux. En particulier, près de la moitié des jeunes femmes ont un déficit en fer, sélénium et magnésium. Malgré les politiques de réduction de sucre dans les boissons sans alcool qui ont été introduites dans les différents pays du R.-U., les adolescents consomment bien plus de sucre que leurs besoins journaliers.

L'une des conséquences de cette alimentation et du manque d'activité physique est l'obésité. L'IMC est l'outil de mesure de santé publique pour mesurer l'obésité au R.-U. En 2017, près d'un quart des adolescents entre 11 et 15 ans étaient en obésité et un près d'un cinquième en Écosse et au Pays de Galles. En Angleterre en 2017, la proportion de personne obèses et en surpoids atteint 36% des garçons et 44% des filles âgées de 13-15 ans. Pour les jeunes entre 16 et 24 ans, 11% des jeunes hommes et 20% des jeunes femmes de ce groupe d'âge étaient obèses en Angleterre en 2017. Les taux rapportés dans l'enquête de santé écossaise pour ce groupe d'âge étaient très similaires en 2017 (Scottish Government Riaghaltas na h-Alba, 2018; United Kingdom Government, 2016). L'obésité et le surpoids favorisent certaines maladies comme les maladies cardiovasculaires mais aussi peuvent avoir un effet important sur la prise en charge pharmaceutique des patients. De nombreux médicaments et notamment les EC oraux voient leur efficacité diminuée lorsque l'IMC augmente. La FSRH recommande de doubler les doses LNG-EC pour les femmes de plus 70 Kg ou IMC supérieur à 26 kg/m<sup>2</sup> hors de l'AMM (Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2017).

- **Consommation de substances toxiques**

La consommation de substances toxiques comme l'alcool, la cigarette et les drogues fait partie des comportements surveillés pour la santé chez les jeunes. En 2017 en Angleterre, 19% des jeunes entre 11 et 15 ans ont déjà essayé de fumer une cigarette et 3% d'entre eux sont des fumeurs réguliers. Selon une enquête de santé publique en Angleterre, un jeune sur cinq entre 16 et 24 ans est un fumeur régulier avec 17% des jeunes hommes contre 21% des jeunes femmes. Pour la cigarette électronique, 6% des jeunes entre 11 et 15 ans sont des usagers réguliers ce qui représente 2% des utilisateurs de cigarette électronique.

Les habitudes de consommation d'alcool des adolescents sont un sujet de préoccupation depuis de nombreuses années, mais les données récentes sur les tendances sont encourageantes et montrent généralement une baisse comparée au début des années 2000. En 2016, l'enquête anglaise sur le tabagisme, la consommation d'alcool et de drogues a indiqué que 66% des élèves du secondaire âgés de 11 à 15 ans déclarent n'avoir jamais bu

d'alcool. La consommation d'alcool augmente avec l'âge. L'état d'ébriété est un indicateur de mauvais usage de l'alcool et près de 23% des adolescents de 15 ans admettent avoir été en état d'ébriété dans les quatre dernières semaines. Pour les adolescents et les jeunes adultes entre 16 et 25 ans, la proportion qui n'a pas été en état d'ébriété dans les quatre dernières semaines est de 22% en Angleterre. Seulement une petite proportion de ces jeunes déclare que la consommation d'alcool présente un risque en lui-même (20% des jeunes hommes et 13 % des jeunes femmes entre 16 et 25 ans). Néanmoins, d'après le '*British Pregnancy Advisory Service*', les jeunes ont indiqués que l'alcool pouvait les exposer à des risques d'agressions sexuelles, de grossesses et d'IST. Il y aurait une forte relation dans la consommation excessive d'alcool et les comportements sexuels à risque. Ils ont montré que les adolescents ont plus de chance de regretter d'avoir eu des rapports sexuels plus ils consomment fréquemment ou en grande quantité de l'alcool (North West Public Health Observatory, 2009; British Pregnancy Advisory Service, 2018).

Pour les substances illicites comme les drogues, malgré les données considérables, les conclusions ne sont pas cohérentes, car il s'agit d'un domaine de recherche difficile et les études déclaratives ont des limites potentielles évidentes. Le cannabis est la substance illégale la plus fréquente, et 8% des 11 – 15 ans en ont consommé dans l'année en 2016 en Angleterre. Un jeune entre 16 – 24 ans sur cinq déclare avoir consommé une substance illicite de classe A dans l'année en 2016 en Angleterre (NHS Digital, 2017; Association for Young People's Health, 2019).

- Les médias et les réseaux sociaux

Le développement des réseaux sociaux et les moyens de communication sont à l'origine des plus grands changements de comportement de ces dernières années. Le temps que les jeunes passent en ligne a augmenté de 45,5 % entre 2014 et 2015. L'utilisation des médias traditionnels comme la télévision ou la radio a considérablement diminué. La tranche d'âge de 16 – 24 ans est celle qui regarde le moins les médias traditionnels. La plupart des jeunes vont utiliser leur temps de visualisation sur internet et autres types de plateformes comme les réseaux sociaux, les chaînes de streaming ou des médias à la demande comme *Netflix* et *Youtube*. 95% des 16 – 24 ans au R.-U. ont un *smartphone* (UK: smartphone ownership by age from 2012-2021, 2021).



Cette évolution de la vie sociale des adolescents signifie que la majorité de leur communication avec leurs partenaires et leurs amis, se fait en ligne, et que les adolescents passent beaucoup de temps au domicile familial. Ces deux comportements peuvent avoir un impact sur la capacité de cette génération à s'engager dans une activité sexuelle susceptible d'aboutir à une grossesse. Par ailleurs, il y a constaté une inquiétude croissante concernant le rôle que l'internet et les smartphones peuvent jouer dans l'encouragement de comportements sexuels potentiellement dangereux (British Pregnancy Advisory Service, 2018; Association for Young People's Health, 2019).

### 3. Problèmes de santé courants des jeunes au R.-U.

#### a. Santé physique et mentale, handicap et affection de longue durée

Bien que la période de 10 à 24 ans soit généralement une période de bonne santé physique, de nombreux jeunes connaissent une série de problèmes de santé physique à court terme. Une minorité significative souffre de maladies chroniques à long terme ou d'un certain type de handicap. Les problèmes de santé physique les plus communs chez les jeunes sont les maux de tête, les douleurs abdominales, les troubles musculo-squelettiques, les allergies, les troubles cutanés et l'acné, la toux et autres infections respiratoires. Les affections de longue durée communes à cet âge sont l'asthme, le diabète, l'épilepsie, l'arthrite, les cancers et les troubles de la santé mentale. En Angleterre, d'après les résultats de la *'Health Behaviour in School-aged Children study'* (HBSC) en 2014, 23% des jeunes entre 11 et 15 ans souffrent d'une affection de longue durée, d'un handicap ou d'un problème de santé. D'après le ministère du travail et des retraites en 2019, 23% des jeunes entre 10 et 24 ans ont un handicap qui les empêche d'avoir une activité normale journalière. Les comparaisons internationales des taux de mortalité dus à l'asthme ont montré que le R.-U. présente certains des taux les plus élevés par rapport à d'autres pays à revenu élevé similaires comme l'Australie, la Nouvelle-Zélande et les États-Unis (Association for Young People's Health, 2019).

De nombreux jeunes connaissent des problèmes relatifs à la santé mentale à un moment donné entre 10 et 24 ans. Les plus fréquents à l'adolescence sont l'anxiété et la dépression, les troubles de l'alimentation, les troubles du comportement (comportement antisocial

grave), les troubles de l'attention, de l'hyperactivité ou l'automutilation. Les trois quarts des troubles mentaux débutent dès 20 ans (Association for Young People's Health, 2019).

#### b. Les IST chez les adolescents

Les pratiques sexuelles sont par ailleurs associées au risque d'IST. L'étude Natsal 3 a permis de montrer que les IST ont une distribution hétérogène dans la population britannique. Les *Papillomavirus humain* (HPV) à haut risque étaient les infections les plus répandues, suivies par les infections à chlamydia. Les infections aux VIH et à *Neisseria gonorrhoea* étaient peu fréquentes. Bien que le risque d'IST augmente avec le nombre de partenaires sexuels, la plupart des infections à chlamydia et à HPV concernait des personnes qui n'avaient pas beaucoup de partenaires récents et la majorité de la population infectée n'avait eu qu'un seul partenaire au cours de l'année écoulée. Donc, les interventions de santé publique à l'échelle de la population générale sont plus recommandées pour les campagnes de lutte contre les infections à chlamydia et à HPV, et les interventions de santé publique ciblées pour lutter contre les infections à gonorrhée et au VIH (Pam Sonnenberg, 2013; Elizabeth Fuller, 2015). Les données de '*Public Health England*' sur le nombre de diagnostics d'IST en Angleterre montrent que les jeunes présentent les taux de diagnostic les plus élevés pour les IST les plus courantes, ce qui est probablement dû au fait que les jeunes de 16 à 24 ans changent souvent de partenaires. En 2016, les moins de 25 ans représentaient 62,8 % de tous les nouveaux cas de chlamydia ainsi que des proportions importantes d'autres IST (46,3 % de nouveaux cas de verrue génitale, 39,7 % des nouveaux cas d'herpès génital et 36,9 % des nouveaux cas d'infection à *Neisseria gonorrhoea*). La chlamydia est clairement le diagnostic d'IST le plus fréquent chez les jeunes, suivie par les verrues génitales et la gonorrhée. Les cas de syphilis sont rares. Les jeunes femmes sont plus susceptibles d'avoir un diagnostic d'IST que leurs homologues masculins, probablement en raison d'une couverture plus élevée du dépistage de la chlamydia chez les femmes dans le cadre du programme national de dépistage de la chlamydia, qui cible les 15-24 ans. Ce programme mis en place en 2003 par la '*Public Health England*' prévoit que toute personne âgée de 15 à 24 ans doit se voir proposer un test de dépistage gratuit de la chlamydia en pharmacie si elle consulte pour une EC ou l'achat/distribution de préservatifs. Ce programme national a permis de diagnostiquer plus d'un demi-million d'infections chez les 15-24 ans (United Kingdom Government, 2003; Association for Young People's Health, 2019).

L'introduction de la vaccination contre le HPV chez les adolescentes en 2008, par le biais du programme national de vaccination contre le HPV peut potentiellement avoir eu un impact sur les tendances récentes des nouveaux diagnostics de verrues génitales qui ont diminué. Une analyse récente menée en Écosse a conclu que le programme a entraîné une réduction de 89 % des maladies préinvasives du col de l'utérus. À partir de septembre 2019, le vaccin contre le VPH est proposé gratuitement aux garçons dans les écoles de 11 à 13 ans en Écosse, et de 12 à 13 ans dans le reste du R.-U. (Association for Young People's Health, 2019).

La plupart des données de cette section concernent l'Angleterre, mais les IST chez les jeunes dans les autres pays du R.-U. présentent un profil similaire, bien que l'Écosse et le Pays de Galles n'aient pas de programmes de dépistage organisé. Selon les déclarations recueillis entre 2010 et 2012, les hommes et les femmes vivant en Écosse et au Pays de Galles fréquentent moins les centres de santé sexuelle que les résidents anglais. Les Écossais étaient les moins susceptibles d'avoir effectué un test de dépistage du VIH. Les Anglais sont ceux qui effectuent le plus de test de dépistage des chlamydias en Grande-Bretagne (Pam Sonnenberg, 2013; Elizabeth Fuller, 2015)

Enfin, en 2017, 502 nouveaux diagnostics de VIH ont été posés chez les 15-24 ans au Royaume-Uni, ce qui représente une baisse de 40 % par rapport aux 10 années précédentes depuis 2007. En outre, 356 enfants de moins de 15 ans recevaient des soins pour une infection à VIH diagnostiquée, ainsi que 2 349 jeunes de 15 à 24 ans (Association for Young People's Health, 2019; Public Health England, 2020).

Par rapport à 2019, le nombre de nouveaux diagnostics d'IST en 2020 chez les jeunes de 15 à 24 ans a diminué de 34 %. Il n'est pas encore possible d'affirmer dans quelle mesure ces diminutions sont liées à une baisse de l'incidence de ces infections et dans quelle mesure elles peuvent être expliquées par une réduction de la disponibilité des tests. En effet, depuis mars 2020, en réponse à la pandémie de coronavirus 2019 (COVID-19), le gouvernement britannique a mis en œuvre des actions strictes sous la forme de confinement nationaux et régionaux, ainsi que des mesures de distanciation sociale et physique, notamment en mettant l'accent sur le maintien à domicile qui ont eu un impact sur la disponibilité des tests (Public Health England, 2020).

## B. État des lieux de la sexualité des mineurs au Royaume-Uni

### 1. L'activité et le comportement sexuel des adolescents et des jeunes

#### a. Évolution des comportements sexuels des adolescents au cours des 60 dernières années

La comparaison des Natsals 1, 2 et 3 permet d'identifier l'évolution des comportements sexuels et du style de vie des Britanniques dans les 60 dernières années. Elle a montré des changements significatifs sur l'âge du premier rapport hétérosexuel, sur le nombre de partenaires sexuels, sur des pratiques sexuelles et des attitudes relatives au sexe. Ces changements semblent être plus importants chez les femmes que chez les hommes (Mercer Catherine H, 2013).

Les résultats des études des Natsals ont montré que l'âge médian des premières expériences sexuelles avec un partenaire de sexe opposé suit la même tendance que l'âge médian des premiers rapports sexuels et qu'ils ont tous deux diminué. L'âge médian des premières expériences sexuelles était de 16 ans pour ceux nés entre 1935 – 1939 et il est passé à 14 ans pour ceux nés entre 1990 – 1996. L'âge médian du premier rapport sexuel est passé de 20 ans pour les femmes et 19 ans pour les hommes nés dans la fin des années 30, à 16 ans pour les femmes et les hommes nés au début des années 90. D'après cette étude, cela peut être le reflet du relâchement des attitudes sociales concernant l'activité sexuelle avant le mariage, combiné à un meilleur accès des jeunes à une contraception fiable. Elle a aussi démontré sans surprise que la prévalence des pratiques sexuelles augmente avec l'âge pour les trois groupes. La pratique la plus commune chez les plus jeunes de l'étude (16 – 18 ans), est le contact avec les organes génitaux sans rapport sexuel (76,4% pour les hommes et 78,7% pour les femmes). La comparaison des données des Natsals 1, 2 et 3 a montré un élargissement de l'éventail des pratiques sexuelles et une augmentation de la prévalence des rapports sexuels oraux et anaux chez les jeunes de 16 à 24 ans. Parmi les personnes sexuellement actives, les rapports sexuels vaginaux et oraux sont restés la combinaison la plus courante des pratiques déclarées. Bien que les rapports anaux sont moins souvent rapportée que les autres pratiques mesurées, il n'en reste pas moins qu'entre les Natsals 1 et 3, sa prévalence chez les jeunes de 16 à 24 ans a presque triplé chez les hommes et plus que doublé chez les femmes. Ces changements se sont accompagnés d'une baisse modeste de la prévalence des rapports vaginaux et des contacts génitaux (Ruth Lewis, 2017; Mercer Catherine H, 2013).

## b. Comportement actuel de santé sexuelle des adolescents

Les données sur les comportements sexuels collectées en 2018 en Angleterre, Écosse et au Pays de Galles proviennent du HBSC et concernent les moins de 16 ans. En Angleterre, un cinquième (20%) des jeunes de 15 ans ont déclaré avoir eu des rapports sexuels. Les garçons (23%) étaient un peu plus susceptibles que les filles (18%) de le dire. La proportion de jeunes de 15 ans déclarant avoir eu des rapports sexuels a diminué, passant de plus de 35 % en 2002 à 20 % en 2018. Parmi les jeunes de 15 ans qui ont déclaré avoir eu des rapports sexuels, 85 % disent avoir eu leur premier rapport sexuel à l'âge de 14 ans ou plus. Les déclarations d'initiation précoce (à l'âge de 12 ans ou avant) ont également diminué depuis 2002 (Fiona Brooks, 2020).

En Écosse, le rapport de 2018 évoque que la prévalence des rapports sexuels chez les moins de 15 ans a diminué, passant de plus de 25% à 21% chez les garçons et 27% à 19% chez les filles. Il s'agit d'une diminution de 50% entre 2010 et 2018. Parmi les jeunes de 15 ans qui ont déclaré avoir eu des rapports sexuels, 53% disent avoir eu leur premier rapport sexuel à l'âge de 15 ans. Parmi eux, 31% ont déclaré que leur partenaire avait 14 ans ou moins, 43% avait 15 ans et 23% déclarent que leur partenaire avait 16 ans ou plus (Currie, 2020).

Au Pays de Galles, les données concernent principalement les jeunes en classe de 11<sup>ème</sup> ce qui correspond à des jeunes de 15 ans. Près d'un quart de ces jeunes en classe de 11<sup>ème</sup> (27%) déclarent avoir eu un rapport sexuel, dont 32% des jeunes filles en classe de 11<sup>ème</sup>. Cette proportion a fortement diminué depuis 2002. 50% d'entre eux avait fait leur premier rapport sexuel à l'âge de 15 ans (MORI, 2015).

Les résultats des trois pays sont très similaires et tendent à montrer une diminution de la proportion des rapports sexuels à l'âge de 15 ans. Il s'agit d'un résultat intéressant, d'autant plus que les parents et les jeunes surestiment souvent les niveaux d'activité sexuelle des jeunes. Ces résultats peuvent montrer un changement être les habitudes sexuelles des adolescents avec les résultats du Natsal 3 D'après les Key Data 2019, il est difficile d'expliquer cette différence même s'il convient de noter que les méthodes d'enquête ne sont pas identiques. Cependant, comme le mentionne le rapport du '*British Pregnancy Advisory Service*', il existe des preuves au niveau international que les jeunes sont peut-être de moins en moins enclins à avoir une activité sexuelle que les générations précédentes comme la série d'enquêtes nationales de l'Université d'Auckland. Elle a que la proportion d'adolescents

sexuellement actifs est passée de 36 % en 2007 à 24 % en 2012. (British Pregnancy Advisory Service, 2018; University of Auckland, 2012).

## 2. Éducation sexuelle et relationnelle

### a. Les interlocuteurs des adolescents sur la sexualité

Même si les études des Natsals montrent que les cours d'éducation sexuelle en milieu scolaire sont devenus la principale source d'information sur les questions sexuelles pour les jeunes britanniques. Le rapport de 2016 du '*British Pregnancy Advisory Service*' précise que les conversations avec les amis sont la principale source d'information des jeunes, près des deux tiers (64%) déclarant que leurs amis étaient l'une de leurs principales sources d'information, et les filles étaient plus susceptibles de discuter de la sexualité avec leurs amis. Les résultats concernant les parents sont contradictoires entre l'analyse des Natsals à ceux de '*British Pregnancy Advisory Service*'. D'après Tanton et les autres chercheurs, les parents et les professionnels de la santé, sont des sources privilégiées après l'école notamment par les hommes. Selon le '*British Pregnancy Advisory Service*' moins d'un adolescent sur cinq parle à leurs parents probablement à cause de la gêne des adolescents ou des parents à parler des relations sexuelles. Les méthodes d'enquête entre les Natsals et le rapport du '*British Pregnancy Advisory Service*' sont différentes et elles ont ciblé une génération différente, ce qui pourrait expliquer cette différence (Tanton C, 2016; British Pregnancy Advisory Service, 2018).

La qualité de l'éducation sexuelle peut avoir un impact sur le comportement sexuel des adolescents et il y a une proportion significative de jeunes qui ne reçoit pas actuellement une éducation sexuelle de qualité. En l'absence d'une bonne information scolaire, les adolescents interrogés cherchaient des informations sur la sexualité auprès de sources peu fiables, notamment les films, les émissions de télévision (40%) et la pornographie (36%), qui ne sont pas susceptibles de fournir aux jeunes les informations et les conseils dont ils ont besoin pour éviter une grossesse non planifiée et pour une vie sexuelle saine et épanouie. Seulement un tiers des jeunes vont utiliser les sites d'éducation sexuelle (British Pregnancy Advisory Service, 2018).

#### b. Les « compétences sexuelles » chez les jeunes au R.-U

Le concept de « compétences sexuelles » est une approche alternative du moment du premier rapport sexuel, en considérant les attributs contextuels de l'événement, plutôt que simplement l'âge au moment du rapport. Dans une étude publiée en 2018 utilisant les données du Natsal 3 et des entretiens, les chercheurs ont catégorisé les adolescents en tant que « compétent sexuellement » s'ils rapportaient quatre critères lors de leurs premiers rapports sexuels : utilisation d'une contraception, autonomie dans la décision, les deux partenaires étaient « également enthousiastes » et que c'est arrivé au bon moment. L'étude a montré que plus de la moitié (51,7 %) des jeunes femmes et plus d'un tiers des jeunes hommes (43,6%) ne sont pas sexuellement compétents lors de leurs premiers rapports sexuels. La stabilité d'une relation est associée avec une expérience plus positive du premier rapport sexuel. Plus d'un tiers des jeunes femmes (39,7%) et un quart des jeunes hommes (26,5%) considèrent que leur premier rapport sexuel n'est pas arrivé au bon moment, avec près d'une femme sur cinq qui déclare ne pas avoir autant voulu du rapport sexuel que leur partenaire. En outre, même si la majorité des jeunes ont utilisé une contraception fiable, ici considérée comme les préservatifs et les contraceptifs hormonaux, une personne sur dix n'en n'utilise pas lors de leur premier rapport. Plus le premier rapport sexuel a eu lieu jeune, moins les adolescents sont sexuellement compétents et cette tendance est plus importante pour les jeunes femmes. En effet, 77,7 % des jeunes femmes ayant eu leur rapport entre 13 et 14 ans étaient considérées comme non sexuellement compétentes et 64,7% des jeunes hommes. Cette étude met aussi en évidence des facteurs qui peuvent expliquer ces faits. Chez les jeunes hommes comme chez les jeunes femmes, le manque de compétence sexuelle était associé aux facteurs suivants : le fait de vivre dans une zone plus défavorisée ; un niveau d'éducation plus faible ; le fait de ne pas vivre avec ses deux parents à l'âge de 14 ans ; le fait d'avoir eu son premier rapport sexuel avant l'âge de 16 ans ; le fait de ne pas avoir été dans une relation "stable" lors du premier rapport sexuel ; le statut incertain de la virginité du premier partenaire sexuel et avoir un partenaire plus âgé. Chez les jeunes femmes d'ethnicité noire, la source principale d'éducation sexuelle sont « les amis » et non des sources fiables. Les facteurs associés à la compétence sexuelle sont importants pour la santé publique, car ils permettent de comprendre où cibles les interventions visant à améliorer les conditions du premier rapport sexuel (Melissa J Palmer, 2019).

### c. Éducation relationnelle et sexuelle

D'après le *'Department for education'*, les directives statutaires pour l'éducation relationnelle et sexuelle ont été introduites en 2000 et sont de plus en plus dépassées. Elles ne traitent pas des risques en ligne pour les enfants dont la prévalence a augmenté ces dernières années, notamment avec la pornographie en ligne, le *'sexting'* et la sécurité en ligne. Par ailleurs, les études internationales suggèrent que l'éducation relationnelle et sexuelle peut avoir un effet ambivalent sur les taux de grossesse chez les adolescentes. Dans le même ordre d'idées, la plupart des études empiriques portant sur des initiatives particulières en matière d'éducation sexuelle n'ont guère prouvé qu'elles étaient efficaces pour réduire les grossesses chez les adolescentes (David Paton, 2020)<sup>2</sup>. De plus, le rapport 2013 de l'*'Ofsted'*, *'Not Yet Good Enough'* a révélé que l'éducation personnelle, sociale, sanitaire et économique dans 40 % des écoles était soit inadéquate, soit à améliorer (Ofsted, 2013). En mars 2017, la secrétaire à l'éducation de l'époque, Rt Hon Justine Greening MP, a annoncé que le *'Sex and relationships education'* serait rebaptisé *'relationships and sex education'* (éducation sexuelle et relationnelle) pour "souligner l'importance centrale des relations saines" dans la vie sexuelle (Department for Education, 2017). Une nouvelle législation a récemment introduit l'éducation obligatoire aux relations, au sexe et à la santé dans toutes les écoles secondaires publiques d'Angleterre et du Pays de Galles, à partir de septembre 2020. L'éducation relationnelle sexuelle est déjà obligatoire en Irlande du Nord. En Écosse, les écoles ne sont pas tenues de dispenser une éducation sexuelle et relationnelle, mais la plupart le font. Il s'agit d'un élément important pour aider les jeunes à comprendre leurs besoins en matière de santé sexuelle et pour les orienter vers les services appropriés (Association for Young People's Health, 2019; Melissa J Palmer, 2019).

- L'éducation sexuelle positive

Comme évoqué précédemment, le Pays-Bas est le pays qui a les taux de grossesses non désirées le plus bas et le taux d'utilisation de contraceptif chez les adolescents le plus haut en Europe (Sedgh gilda, 2014). Le directeur de *'Rutgers'*<sup>3</sup>, Ton Coenen, affirme que les succès néerlandais sont dus en partie à l'approche plus large de l'enseignement de la sexualité dans

---

<sup>2</sup> L'étude n'a pas été en mesure de vérifier si les lois sur l'éducation relationnelle et sexuelle ont des effets sur d'autres aspects de la santé sexuelle - IST, activité sexuelle tardive, abus sexuels sur les enfants, etc.

<sup>3</sup> 'Rutgers' est une organisation non gouvernementale influente qui promeut la santé et les droits sexuels et reproductifs aux Pays-Bas.



les écoles et sur l'internet : "Dans plusieurs pays, l'éducation sexuelle se concentre principalement sur l'aspect négatif : comment éviter une grossesse non désirée ou des infections sexuellement transmissibles. Aux Pays-Bas, nous avons développé une approche plus large. Comment s'engager dans une relation ? Quel est le plaisir du sexe ? Qu'est-ce que le harcèlement sexuel ? Comment fixer ses propres limites ? Quand dire oui. Quand dire non." L'idée que l'apprentissage du plaisir sexuel pourrait conduire à moins de grossesses non désirées peut sembler contre-intuitive, mais les résultats obtenus par le Pays-Bas semblent dire le contraire. En 2017, 'Rutgers' a publié une étude portant sur 20 500 Néerlandais âgés de 12 à 25 ans. Plus de 90 % ont déclaré avoir utilisé un moyen de contraception lors de leur premier rapport sexuel. Les jeunes semblent avoir des rapports sexuels plus tard : la moitié des personnes interrogées avaient eu des rapports sexuels à 18,6 ans, contre 17,1 en 2012. Par conséquent les autorités de santé britannique ont décidé de mettre en place ce type d'éducation relationnelle et sexuelle dans le comté de Warwickshire et en utilisant le matériel pédagogique de 'Rutgers' pour les écoles depuis 2013. Les résultats sont très prometteurs avec une diminution du nombre de grossesses passant de 41,4 à 19,5 pour 1000 femmes âgées de 15 à 17 ans entre 1998 et 2015. L'étude précise que ces résultats ne sont pas uniquement dû au programme d'éducation sexuel (Sheldon, 2018).

### 3. La contraception et conception chez les adolescents

#### a. La contraception excluant la contraception d'urgence

La majorité des adolescents qui ont des rapports sexuels hétérosexuels utilisent une méthode de contraception. D'après le Natsal 3, 75% des 16 – 24 ans sexuellement actifs utilisent une méthode de contraception et plus de 86% d'entre eux affirment avoir pris une contraception dans l'année. En Grande-Bretagne, la contraception la plus fréquente lors du premier rapport sexuel est le préservatif. En Angleterre en 2018, plus des deux tiers (68%) des garçons et près de la moitié (46%) des filles ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel. En Écosse, la contraception la plus utilisée lors du premier rapport sexuel est le préservatif (60%) et la deuxième méthode est la pilule contraceptive (16%). Néanmoins, chez les adolescents déclarant avoir déjà eu des rapports sexuels, seulement 41% d'entre eux ont utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports et 13% des jeunes filles avaient une

contraception continue. En Irlande du Nord, 61% déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel (Rebecca S Geary, 2016; Fiona Brooks, 2020; MORI, 2015).

63% des jeunes femmes vont chez leur GP pour obtenir une contraception, alors que les jeunes hommes achètent leur moyen de contraception en supermarché (60%). Peu de jeunes utilisent Internet pour obtenir une contraception. Ces résultats sont conformes à ceux de la faible utilisation d'Internet pour le dépistage des IST en Grande-Bretagne. Les résultats des Natsals suggèrent que peu de jeunes utilisent l'internet pour obtenir une contraception et que la majorité d'entre eux préfèrent obtenir une contraception auprès d'une source de soins de santé. Ces résultats pourront être différents à cause de l'augmentation de l'utilisation d'internet dans les dix dernières années et de la pandémie de COVID-19 qui a favorisé les téléconsultations. Les jeunes vont fréquemment combiner plusieurs sources d'approvisionnement en contraceptif comme le montre le graphique ci-dessous (Rebecca S Geary, 2016; Association for Young People's Health, 2019).

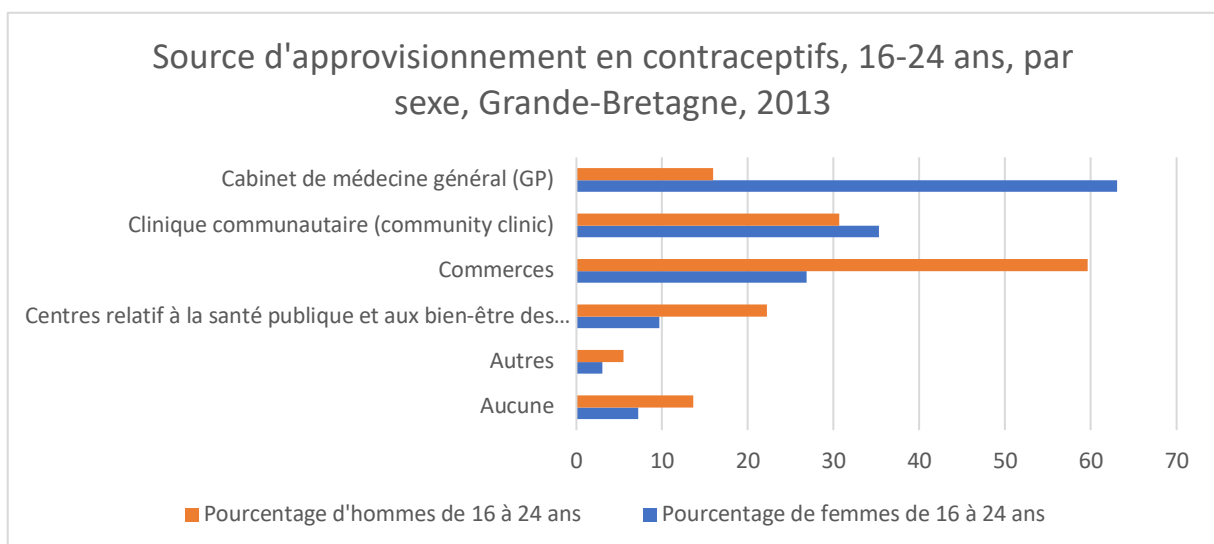


Figure 3 Source d'approvisionnement en contraceptifs, 16-24 ans, par sexe, Grande-Bretagne, 2013 (Association for Young People's Health, 2019)

Les cliniques communautaires et les centres de soins de santé sexuelle accueillent majoritairement la tranche d'âge entre 13 ans et 24 ans et principalement des jeunes femmes. Les centres de soins de santé sexuelle fournissent principalement des conseils sur la contraception et des conseils généraux sur la santé sexuelle. Les autres motifs sont les questions liées à la grossesse, la contraception d'urgence et les conseils sur les infections sexuellement transmissibles (NHS Digital, 2018).

## b. Conception et grossesses

En 2013, selon le rapport du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) sur la santé et le bien-être des enfants dans un pays riche, le R.-U. fait partie des trois pays avec la Roumanie et les États-Unis d'Amérique où le taux de grossesse chez les adolescentes est le plus élevé, c'est-à-dire supérieur à 29 pour 1000 adolescentes. Les pays ayant le taux plus faible sont les Pays-Bas, la Slovénie et la Suisse (UNICEF Office of Research, 2013). Les grossesses chez les adolescentes sont largement considérées comme un problème majeur de santé publique à cause des effets potentiellement négatifs qu'elles soient désirées ou non. Les effets potentiellement négatifs comprennent une augmentation des risques obstétricaux et des désavantages socio-économiques à long terme qui peuvent affecter la jeune mère et l'enfant. Il a été estimé que les grossesses non désirées sont un facteur de stress majeur pour les femmes et présentent un coût supérieur à 1 million de Livres par an pour le NHS. La plupart de ces grossesses non désirées conduisent à un avortement et le R.-U. est le pays d'Europe ayant le plus haut taux d'avortement. En 2017, presque 200 000 grossesses ont conduit à un avortement. Les grossesses non désirées peuvent être poursuivies jusqu'au terme et 10% des naissances sont issues de grossesses non désirées au R.-U. (Sharon Tracey Cameron, 2019; Gilda Sedgh, 2012). Les grossesses non planifiées représentent 45,2% des grossesses chez les 16 – 19 ans alors qu'elles correspondent à 25% des grossesses dans la population générale. Les grossesses non désirées sont plus fréquentes chez les jeunes femmes issues de milieux défavorisés, et contribuent à creuser les inégalités de santé pour la mère, le bébé, ainsi que leur famille (Kaye Wellings, 2013; Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2017). Néanmoins, au cours des deux dernières décennies, le nombre de grossesses chez les adolescentes a considérablement diminué. D'après le rapport publié par l'ONS sur la conception en Angleterre et au Pays de Galles 2019, le taux de conception des moins de 18 ans a diminué : 16,8 conceptions pour 1 000 femmes en 2018 contre 15,8 en 2019. Ces résultats sont en accord avec la récente tendance à la baisse du taux de conception des moins de 18 ans depuis 2007, où il s'élevait à 41,6. En 2019, une baisse des taux de conception des femmes de moins de 18 ans a été observée au Pays de Galles et dans toutes les régions anglaises ; bien qu'ayant enregistré la plus forte baisse annuelle (12,4 %), le Nord-Est est resté la région où le taux de conception des femmes de moins de 18 ans est le plus élevé.

Chaque année, la *'Public Health Scotland'* publie un rapport sur les conceptions chez les adolescentes en Écosse. Le taux de conception des moins de 20 ans n'a jamais été aussi bas depuis le début du décompte en 1994. Le taux de conception chez les moins de 20 ans a diminué de 30 conceptions pour 1000 jeunes femmes en 2018 à 28 pour 1000 en 2019. Ces chiffres sont conformes avec la tendance de baisse des taux de conception de 50% depuis 2007. Les taux de conception chez les moins de 18 ans varient en fonction de la situation géographique. Entre 2017 et 2019, le taux de conception chez les moins de 18 ans était de 16,3 pour 1000 jeunes femmes soit une diminution de près de 50% depuis 2008 - 2010. Quel que soit le niveau de vie, le taux de conception a diminué au cours de la dernière décennie et les taux dans les zones les plus défavorisées ont baissé plus rapidement. Les personnes vivant dans les zones les plus défavorisées avaient des taux de grossesse plus de quatre fois supérieurs à ceux des zones les moins défavorisées (52,6 contre 11,8 pour 1 000), l'écart absolu des taux de conception chez les adolescentes entre les zones les plus et les moins défavorisées a diminué également. Il existe une forte corrélation entre le niveau socio-économique et les grossesses chez les adolescentes, les taux étant généralement plus élevés dans les zones les plus défavorisées sur le plan matériel (Public health Scotland, 2021; NHS Scotland, 2019).

D'après la *'Northern Ireland Statistics and research agency'*, en 2017, les naissances issues de mère de moins de 20 ans étaient de 8,53 pour 1000 femmes et pour celles issues de mère de moins de 17 ans, elles étaient 1,28 pour 1000 femmes. En 2019, les naissances issues de mères âgées entre 13 et 19 ans représentent 2,81% des naissances totales. Il s'agit du taux le plus faible depuis le début des enregistrements par la NISRA depuis 2005 (NISRA, s.d.).

### c. Les avortements chez les adolescents

Les données mentionnées ici ne font référence qu'aux avortements qui entrent dans la légalité du pays en question. Aucune donnée n'a été obtenue sur les avortements en dehors des cadres légaux.

D'après le rapport publié en 2019 et en 2017 de la *'Public Health Scotland'*, le taux d'avortements et le taux d'accouchement des adolescentes ont diminué depuis 1994 mais la proportion de grossesses d'adolescentes qui aboutissent à une interruption de grossesse plutôt qu'à un accouchement a augmenté progressivement au fil du temps. Entre 1994 et 2019, le nombre de grossesses qui aboutissait à un accouchement était supérieur au nombre

de grossesses qui aboutissait à un avortement. Pour la première fois en Écosse en 2019, la proportion des avortements des grossesses chez les moins 20 ans est supérieur (à 50,3%) à celui de la proportion des accouchements. La proportion d'avortement est supérieure à la proportion l'accouchement chez les moins 18 ans depuis 2018 et chez les moins de 16 ans depuis 2002. Par conséquent depuis 2019, les jeunes femmes de moins 20 ans tombant enceintes sont plus susceptibles de recourir à une intervention médicale de grossesse. Les adolescentes des zones les plus défavorisées sont plus susceptibles d'accoucher que d'interrompre leur grossesse. En revanche, celles des zones les plus aisées sont plus susceptibles d'interrompre leur grossesse que de la mener à terme (NHS Scotland, 2019; Public health Scotland, 2021).

La proportion de grossesses menant à un avortement légal parmi toutes les femmes d'Angleterre et du Pays de Galles est passé de 24,0 % en 2018 à 25,2 % en 2019, ce qui constitue la deuxième année consécutive d'augmentation pour tous les groupes d'âge. En outre, le taux d'avortements chez les moins de 18 ans a diminué au cours des dix dernières années. La baisse depuis 2009 est particulièrement marquée chez les moins de 16 ans, où les taux sont passés de 4,0 pour 1 000 femmes en 2009 à 1,4 pour 1 000 femmes en 2019. Le taux d'avortement chez les 18-19 ans a également diminué, passant de 31,6 pour 1 000 femmes à 23,8 pour 1 000 femmes sur la même période (Office for National Statistics, 2021).

La République d'Irlande et l'Irlande du Nord ont pendant longtemps pénalisé l'interruption médicale de grossesse et Les données sur les interruptions médicales de grossesse en Irlande du Nord sont indisponibles au moment de l'écriture de cette thèse. Pendant plusieurs années, les Irlandaises allaient en Angleterre et au Pays de Galles pour avorter; une loi en 2017 permettait de financer les avortements en Grande-Bretagne aux résidentes d'Irlande du Nord sous certaines conditions. En 2019, 47,5% des avortements en Angleterre et au Pays de Galles des non-résidents sont le fait de jeunes femmes résidant en Irlande du Nord et 17,6% des avortements des non-résidents viennent des jeunes femmes résidant en République d'Irlande. Les jeunes femmes de 20 ans représentent uniquement 9% des avortements des non-résidents tout confondu. En 2019, il y a eu 1 014 avortements pour des femmes originaires d'Irlande du Nord, soit un peu moins que les 1 053 de 2018. Les niveaux actuels restent sensiblement inférieurs au pic de 1 855 avortements de résidentes d'Irlande du Nord en 1990. Pour ces deux pays, l'avortement est aujourd'hui légal depuis décembre 2018 en

République d'Irlande et depuis octobre 2019 en Irlande du Nord. En raison de ce changement, en 2019, le nombre de femmes se rendant en Angleterre et au Pays de Galles pour y subir un avortement est passé de 2 879 en 2018 à 375 en 2019, soit une diminution de 87 % (Department of Health and Social Care, 2019).

#### 4. Les abus sexuels

Il existe peu de données sur le nombre d'infractions sexuelles contre des enfants au R.-U., car l'âge de la victime de l'infraction sexuelle n'est pas souvent indiqué. D'après la '*National Society for the Prevention of Cruelty to Children*' NSPCC, une étude publiée en 2021 menée auprès de 2 275 jeunes âgés de 11 à 17 ans sur leurs expériences en matière d'abus sexuels suggère qu'environ 1 enfant sur 20 au Royaume-Uni a été victime d'abus sexuels tel que défini par le droit pénal. Ce chiffre n'inclut pas les abus sexuels sans contact (tels que l'exhibitionnisme ou les propos à caractère sexuel). 16,5 % des jeunes de 11 à 17 ans ont rapporté avoir subi une forme quelconque d'abus sexuel, y compris sans contact, à un moment donné de leur vie. L'étude a également interrogé 1 761 jeunes adultes âgés de 18 à 24 ans sur leurs expériences d'abus durant leur enfance. 11,3 % des jeunes adultes (17,8% des femmes et 5,1% des hommes) ont déclaré avoir subi un abus sexuel avec contact avant l'âge de 18 ans. 24,1% des jeunes de 18 à 24 ans avaient subi une forme quelconque d'abus sexuel, y compris sans contact, avant l'âge de 18 ans. Les filles et les adolescents entre 11 et 17 ans sont plus susceptibles de subir des abus sexuels. Dans 90% des cas, les enfants qui subissent des abus sexuels ont été abusés par des personnes de leur entourage.

Seule une très petite minorité de délits sexuels à l'encontre d'enfants font l'objet de poursuites judiciaires, et la plupart des abus sexuels ne sont pas signalés. Néanmoins en 2019-2020, plus d'un tiers de toutes les infractions sexuelles enregistrées par la police sont commises contre des enfants (en Angleterre 37% sur les moins 16 ans, en Irlande du Nord 59% sur les moins de 18 ans, en Écosse 35% sur les moins 16 ans et au Pays de Galles 43% sur les moins 16 ans). Le nombre des infractions sexuelles enregistrées contre des enfants ont augmenté au fil du temps. Les facteurs identifiés pour cette augmentation sont l'augmentation du dépôt de plaintes, l'amélioration des procédés d'enregistrement des plaintes, l'augmentation des enquêtes relatives à des cas plus anciens et l'utilisation

d'internet qui rend plus facile aux prédateurs sexuels d'atteindre leurs victimes (Association for Young People's Health, 2019; NSPCC, 2021).

Les femmes exposées aux abus sont plus exposées au risque de grossesse non désirée et au risque d'IST. Les femmes ayant des antécédents de maltraitance étaient aussi susceptibles que les autres de choisir une méthode contraceptive réversible à longue durée d'action et plus susceptibles de choisir une injection contraceptive, le patch ou l'anneau. L'utilisation des préservatifs ne diffèrent pas si une femme à des antécédents de maltraitance par rapport aux femmes sans. Cependant, les femmes ayant des antécédents de maltraitance étaient moins convaincues d'utiliser des préservatifs lorsqu'elles étaient déprimées, sexuellement excitées, sous l'influence de l'alcool ou de drogues, lorsque leur partenaire semblait gêné par l'utilisation de préservatifs et fond moins confiance en leur capacité à négocier l'utilisation du préservatif (Jenifer E. Allsworth, 2013 ).

## Chapitre 2 : utilisation et efficacité de l'EC chez les jeunes au R.-U.

### A. Les contraceptifs d'urgence chez les jeunes

#### 1. Épidémiologie de la contraception d'urgence chez les adolescents

##### a. Dispensation et utilisation des EC dans les différents pays

Selon les résultats de l'étude statistique relevée par le NHS *Digital* en Angleterre 2017 – 2018, l'utilisation de l'EC n'est pas très commune chez les adolescentes. En 2019 – 2020, en Angleterre le taux d'utilisation des EC était plus élevé chez les 18 – 19 ans et chez les 16 – 17 ans comme le montre le tableau ci-dessous (18 pour 1000 de cet âge). Il convient toutefois de noter que ces chiffres sont probablement sous-estimés. Certaines jeunes femmes, par exemple, demanderont à d'autres de l'acheter pour elles. Les jeunes femmes âgées de 13 à 15 ans provenant d'un milieu défavorisé consomment trois fois plus d'EC (NHS Digital, 2020).

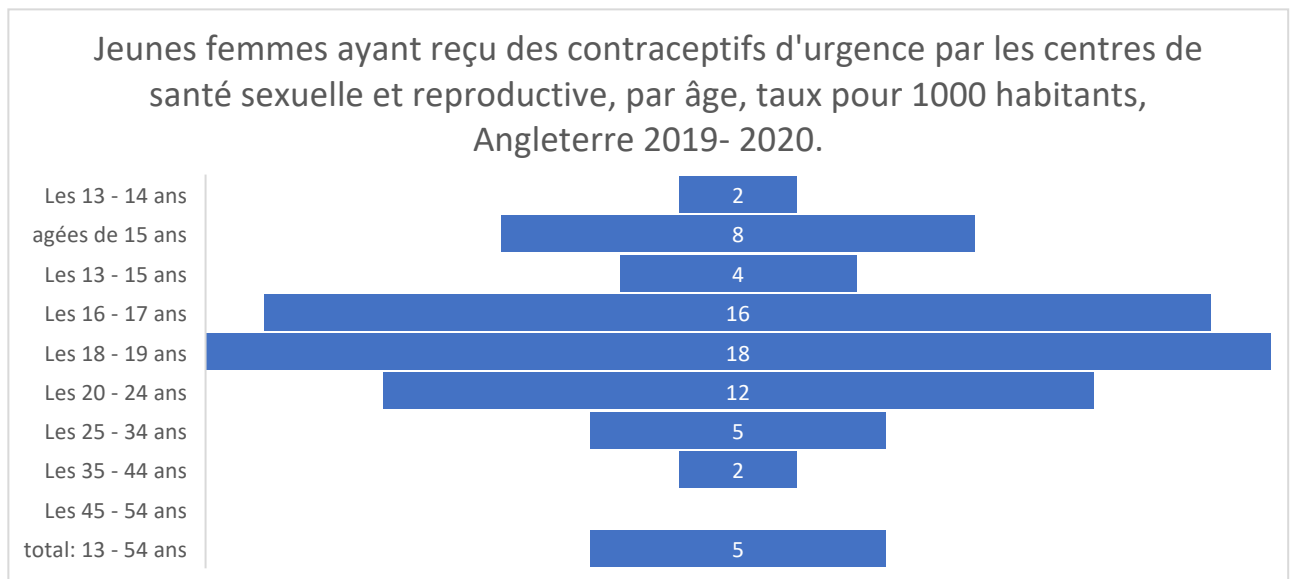


Figure 4: femmes ayant reçu des contraceptifs d'urgence par les services de santé sexuelle et reproductive, par âge, taux pour 1000 habitants, Angleterre 2019/20 (NHS Digital, 2020)

D'après le rapport de le NHS *digital* (Angleterre) 2019 – 2020, la délivrance des EC par les centres de soins de santé sexuelle, par les pharmaciens, par les infirmiers et par les GP a fortement diminué depuis les dix dernières années pour tous les âges. Elle a diminué de 45% pour les centres de soins de santé sexuelle et reproductive en dix ans. Pareillement, la dispensation par les pharmaciens, infirmiers et GP a diminué de 56% au cours des dix dernières années. En 2019 – 2020, les EC dispensés aux jeunes femmes de moins de 16 ans représentent en Angleterre 5% de la dispensation des EC par les centres de soins de santé sexuelle et reproductive ce qui a diminué fortement depuis les dix dernières années (diminution de 74% par rapport à 2009 – 2010) (NHS Digital, 2020).

Selon une étude menée, entre 2016 et 2019 en milieu rural en Angleterre, les jeunes femmes de 16 à 20 ans représentaient plus d'un tiers des consultations en pharmacie pour des EC. Selon une autre étude publiée en 2020, les femmes entre 16 et 24 ans représentent 55,7% des demandes d'EC en pharmacie. Plus de la moitié des demandes de contraceptif d'urgence en pharmacie (52,6% des consultations) se faisait à la suite de UPSI et plus d'un tiers des consultations (38,4%) à cause d'un problème de préservatif. La part des consultations des demandes d'EC à cause d'une réduction d'efficacité de contraception hormonale était faible, y compris chez les moins de 25 ans (Julia Gauly H. A., 2020). L'étude a révélé que la commodité était la principale raison du choix de la pharmacie par rapport à d'autres établissements de santé, comme cela a été souligné dans 81,4 % des consultations et 6,1 % des consultations



ont fait suite à des recommandations d'amis ou de membres de la famille. Un autre élément important, 36,7% des 16 – 20 ans de l'étude avaient eu une consultation et 59,5% des 16 – 20 ans avaient réalisé plusieurs visites à la pharmacie pour des EC. Elle a mis en évidence plusieurs problèmes importants : le nombre élevé de femmes préférant prendre des EC, y compris plusieurs fois sur une période relativement courte, plutôt que de recourir à une méthode la plus efficace de contraception d'urgence. Par ailleurs, peu de femmes en profitent pour faire des dépistages des chlamydiae (Emma Pearce, 2020). Une étude menée au Pays de Galles entre 2012 et 2017, rejoint ces constats. En effet, l'étude galloise se concentre sur les EC dispensées en pharmacie de ville chez les femmes entre 13 et 59 ans. Elle a montré que la quantité de dispensation était constante entre 2012 et 2017 et que près de la moitié des consultations pour EC étaient en l'absence de contraceptif utilisé lors d'un rapport sexuel. Mais le nombre absolu de demandes d'EC entre 2012 et 2017 au Pays de Galles a diminué. Un des facteurs de la diminution est que le pourcentage de consultations pour EC chez les patientes qui utilisent une contraception continue a diminué (44,2% à 33,9% en 2017). Néanmoins, cela ne se reflète pas dans le groupe des adolescentes puisqu'il s'agit du groupe qui utilise le moins de contraception continue. La médiane d'âge est de 25 ans et la plus grande part des demandes est faite par les jeunes femmes entre 16 et 19 ans (5,5 des consultations pour 100 jeunes femmes entre 16 et 19 ans, 1 consultation pour 100 jeunes femmes entre 13 et 15 ans et 5,5 des consultations pour 100 jeunes femmes entre 20 et 24 ans). Bien que l'utilisation soit élevée chez les adolescents âgés de 16 à 19 ans, elle est très faible chez les adolescents âgés de 13 à 15 ans. Par ailleurs d'autres études, comme celle effectuée dans la région de Birmingham, confirment cette proportion. Les patientes entre 16 et 24 ans représentent plus de 50% de toutes les demandes de service en santé sexuelle proposées par les pharmacies de ville, et les patientes de moins de 16 ans représentaient la proportion la plus faible. Ces résultats doivent être interprétés avec prudence car l'âge peut avoir été délibérément dissimulé en raison de la perception sociale négative des rapports sexuels chez les personnes n'ayant pas l'âge légal de consentement (Julia Gaulty H. A., 2020).

#### **b. Les différents types d'EC délivrée**

Les EC à base de LNG étaient les plus délivrées entre 2016 et 2019 du fait de l'arrivée tardive de l'UPA (78,9% des consultations). Néanmoins la dispensation UPA-EC est passée de 10% des

dispensations d'EC jusqu'en fin 2017 à plus de 50% dès avril 2018. L'étude a montré que l'âge des patientes n'avait que peu d'impact sur le choix de l'EC oral (Emma Pearce, 2020).

L'orientation vers la pose d'un DUI-Cu n'a été acceptée que dans 3 % de toutes les consultations de la période d'étude (Emma Pearce, 2020). Selon une étude rétrospective publiée en 2014, il a été montré que la plupart des poses de DUI en cuivre en tant que contraception d'urgence chez les adolescentes étaient simples et présentaient peu de complications immédiates. Bien qu'une forte proportion soit nullipare, les insertions difficiles et ratées sont l'exception, tout comme la nécessité d'utiliser des dilatateurs cervicaux. La plupart des dispositifs (87%) ont été posés sans recourir à des dilatateurs cervicaux. Il n'y a aucune donnée pour savoir s'ils ont été systématiquement proposés, comme le recommande la FSRH. La plupart des DUI sont utilisés par des adolescentes plus âgées. Les données actuelles du Centre d'information sanitaire et sociale montrent que le DIU était fourni à 2 % de toutes les adolescentes demandant une EC dans les cliniques de contraception communautaires, contre 8 % des femmes plus âgées. 27 % des femmes ont fait retirer leur DIU à un moment donné après 6 semaines, l'objectif principal de la pose, à savoir éviter une grossesse non désirée au moment de la demande de EC, avait déjà été atteint (Hannat Akintomide, 2014).

## **2. Facteurs pouvant favoriser la prise d'EC**

### **a. Age du premier rapport sexuel**

L'analyse des Natsal 2 et 3 publiée en 2016 a montré que l'utilisation de la EC augmente de manière significative chez les femmes dont le premier rapport sexuel a eu lieu à l'âge de 16 ans ou plus tard, mais pas chez les femmes qui étaient sexuellement actives avant l'âge de 16 ans (KI Black, 2016). De plus, une étude préliminaire transversale publiée en 2009 avait pour but d'étudier la relation entre l'apparition précoce de la puberté et sa relation avec la prise de risques sexuels, la consommation de substances toxiques et le comportement antisocial (Jennifer Downing, 2009).

### **b. Méthode de contraception**

Selon l'étude anglaise sur les dispensations d'EC en milieu rural, un peu plus de la moitié des consultations (52,6 %) concernaient des UPSI, 38,4 % l'échec du préservatif et 8,8 % l'échec des méthodes hormonales régulières. Selon les études les adolescentes utilisent

majoritairement les EC en l'absence d'utilisation de contraceptif et dues à la défaillance du préservatif. La défaillance d'une contraception continue ne représente qu'une faible proportion des utilisations des demandes d'EC. Les études galloises et anglaises ont conclu que les demandes d'EC chez les moins de 25 ans sont très majoritairement dues à un UPSI. (Emma Pearce, 2020; Mantzourani Efi, 2019).

### c. Accessibilité dans les pharmacies

Il ne fait aucun doute que le fait de rendre la EC disponible en pharmacie a permis aux femmes d'obtenir plus facilement la EC lorsqu'elles en ont eu besoin aussi bien au niveau du R.-U. et dans d'autres pays qui ont mis place des mesures similaires (Taboulet, 2018; KI Black, 2016). En effet, l'étude sur les consultations pharmaceutiques en zone rurale anglaise a montré que 81,4% des patientes ont consulté en pharmacie parce que c'était plus pratique. Les données de cette étude confirment que les femmes peuvent changer de fournisseurs d'EC d'urgence en fonction de leurs besoins. Cette étude confirme les croyances actuelles selon lesquelles les pharmacies offrent un meilleur accès, et donc une plus grande commodité, que les autres lieux où l'on peut demander une contraception d'urgence. Des études systématiques confirment que les jeunes sont nombreux à utiliser les pharmacies pour leurs soins de santé sexuelle et reproductive, car ils trouvent cette solution accessible et acceptable. Cette étude inclut plus des deux tiers (67%) de jeunes femmes entre 13 et 25 ans puisque 39% des personnes ayant une consultation pharmaceutique pour obtenir une EC d'urgence avait entre 16 et 20 ans (Emma Pearce, 2020). Une première étude a été réalisée en 2007 utilisant des patientes mystères visitant des pharmacies de ville à Édimbourg pour déterminer la qualité du service. La qualité des consultations était généralement bonne ; plus de 75% des femmes ont reçu des questions appropriées sur l'éligibilité, et plus de 90% ont reçu des conseils appropriés sur la façon d'utiliser la EC, mais moins de la moitié des femmes ont reçu des conseils sur les contraceptifs ultérieurs (Glasier A, 2021).

Aujourd'hui de nombreuses pharmacies d'Angleterre et du Pays de Galles proposent désormais un service en ligne avec des options de '*click and collect*' ou même de livraison à domicile des produits. Les pharmaciens et les jeunes femmes participant à cette étude s'accordent sur l'amélioration de l'accès aux services de santé électroniques par les pharmacies. La commodité et l'accessibilité ont influencé le choix des jeunes femmes quant au fournisseur de services de santé électroniques. La plupart des jeunes femmes interrogées

ont apprécié la rapidité d'accès et l'absence de jugement de la part des professionnels. Il est toutefois nécessaire de mieux comprendre pourquoi les jeunes femmes ont le sentiment que les services de santé électroniques sont plus accessibles (Mantzourani Efi, 2019; Emma Pearce, 2020).

#### d. Le prix et la gratuité

Des études antérieures britanniques mais aussi internationales font état d'une inquiétude quant à l'augmentation de la demande de EC lors de l'introduction de mesures rendant gratuites les EC en pharmacie. Par exemple, en France où les EC oraux sont gratuits et accessibles sans ordonnance pour les moins 18 ans, la consommation d'EC chez les mineurs suite au premier rapport sexuel est l'une des plus importante en Europe (Taboulet, 2018). L'étude galloise menée par Mantzourani et d'autres chercheurs ont déclaré n'avoir trouvé aucune preuve pour étayer les inquiétudes selon lesquelles la délivrance gratuite en pharmacie des EC n'entraînait une augmentation de l'utilisation au fil du temps chez les femmes de tous âge. De plus la mise en place de la vente sans-frais des EC en pharmacie coïncide avec la diminution des taux d'avortement chez les 20 – 24 ans aux Pays de Galles (Mantzourani Efi, 2019).

#### e. Facteurs liés aux comportements

- [La consommation de substances psychoactives](#)

La plupart des adultes au R.-U. boivent de l'alcool et même si les jeunes boivent moins fréquemment que les adultes, la quantité est plus importante à cause des contextes de consommation différent. L'étude a montré que 40% des jeunes déclarant avoir bu de l'alcool dans la semaine précédente rapportent une consommation excessive conduisant à être intoxiqué (« binge drinking ») (Association for Young People's Health, 2019). Une étude publiée en 2016 avait pour but d'examiner les relations entre la consommation de substances psychoactives, les comportements sexuels à risque et les conséquences chez les jeunes de Grande-Bretagne, en utilisant le questionnaire Natsal 3. L'étude a montré qu'il existe de fortes associations entre la déclaration d'un type de comportement de consommation de substances et des niveaux plus élevés de risques sexuels, pour les deux sexes. Cette étude a permis de faire le lien entre consommation excessive d'alcool, utilisation de drogues et l'association des deux avec le recours à une EC. Il a été démontré que le recours à l'EC est plus fréquent chez les jeunes consommant de façons excessives de l'alcool ou des drogues ou les

deux. L'étude a aussi démontré que les jeunes hommes exposés à une consommation excessive d'alcool dans la semaine ou des drogues dans le mois ou des deux ont plus de chance d'avoir un rapport sexuel nécessitant la prise d'EC par leur partenaire. Il apparaît par ailleurs les jeunes femmes exposées à une consommation excessive d'alcool dans la semaine et de drogues dans le mois ont plus de chance d'avoir un rapport sexuel nécessitant la prise d'EC. Elles ont plus de chance d'avoir développé des IST dans les cinq dernières années, d'avoir déjà eu recours un avortement, de ne pas avoir utilisé de préservatif lors de leur premier rapport sexuel (Khadr, 2016). Le rapport de la '*British Pregnancy Advisory Service*' mentionne que les adolescentes pensent que la consommation d'alcool à des niveaux élevés pouvait les mettre en danger d'agression sexuelle, ce qui, selon certaines, était la raison pour laquelle elles choisissaient de ne pas boire excessivement - afin de se protéger. Néanmoins, l'étude des Natsals a montré que ces jeunes femmes n'ont pas plus de chance que les autres jeunes femmes de subir des pressions pour des rapports sexuels (British Pregnancy Advisory Service, 2018; Khadr, 2016).

- [Expériences psychologiques négatives et abus sexuel](#)

En 2020, les résultats d'un sondage réalisé sur 145 342 adolescents entre 12 et 15 ans entre 2003 et 2016 dans 53 pays a été publié. Cette étude avait pour but d'analyser les comportements sexuels des adolescents selon qu'ils avaient été harcelés ou non pendant les 30 derniers jours. Par rapport à ceux qui n'ont pas été victimes d'intimidation au cours des 30 derniers jours, ceux qui ont été victimes d'intimidation pendant 20 à 30 jours étaient près de deux fois plus susceptibles de déclarer des rapports sexuels, sans utiliser de préservatifs et des partenaires sexuels multiples. Ces résultats soulignent la nécessité d'intervention agissant soit pour éduquer sur les conséquences négatives potentielles, soit pour prévenir les comportements sexuels à risque, chez les jeunes adolescents victimes d'intimidation.

Les femmes exposées aux abus sont plus exposées au risque de grossesse non désirée et au risque d'IST. L'exposition à des abus émotionnels, physiques ou sexuels avant l'âge de 14 ans était associée à des changements modestes dans la méthode de contraception choisie. Les femmes ayant déclaré avoir subi des violences émotionnelles, physiques ou sexuelles étaient aussi susceptibles de choisir une méthode à longue durée d'action que les femmes n'ayant pas été exposées à des violences pendant l'enfance (Jenifer E. Allsworth, 2013 ).

### 3. Barrières à l'utilisation des EC

#### a. Le prix de l'EC, source d'inégalité et barrière à son utilisation

Les EC oraux en pharmacies font partie des plus chères en Europe, ce qui a donné lieu à de nombreuses critiques. Une étude systématique sur l'EC chez les jeunes entre 2000 et 2017 a montré que malgré le fait que les EC soient payantes uniquement dans les pharmacies en Angleterre en dehors de certains '*Patient Group Direction*', cela reste une barrière majeure et une source d'inégalité importante. En effet, le coût élevé de la EC constitue souvent un obstacle à pour de nombreuses jeunes femmes défavorisées où les taux de grossesse non désirée sont plus élevés que dans d'autres groupes de population. D'après la '*Royal Pharmaceutical Society*', l'une des barrières à l'accès est le coût en Angleterre. Même si la '*Royal Pharmaceutical Society*' soutient les programmes de NHS de financement par les '*Patient Group Direction*' pour les EC. La position de la '*Royal Pharmaceutical Society*' est qu'il est inacceptable que les femmes en Angleterre doivent encore payer contrairement à ce qu'il se passe aux Pays de Galles et en Écosse. En 2011, le gouvernement du Pays de Galles a donc rendu les LNG-EC gratuites pour toutes les femmes de plus de 13 ans et en 2015 l'a étendu aux EC à base d'UPA selon '*Patient Group Direction*'. En 2017, 76% des pharmacies de villes au Pays de Galles pouvaient fournir des EC selon ce '*Patient Group Direction*'. (Royal Pharmaceutical Society, 2019; Chirewa B, 2020).

#### b. Pharmacies de ville, une source illimitée ?

Même si la dérégulation des EC en pharmacie a permis d'augmenter leurs accessibilités certaines études dont l'étude menée par Black et d'autres chercheurs ont montré qu'il subsiste plusieurs limitations potentielles de l'approvisionnement en pharmacie par rapport à l'accès aux services cliniques (KI Black, 2016). Entre 2018 et 2019, une autre étude utilisant des patientes mystères a été conduite dans 3 villes de Grande-Bretagne (Londres, Édimbourg et Dundee) toujours pour analyser la qualité des consultations pharmaceutiques sur la délivrance des EC<sup>4</sup>. Cette étude de patientes mystères suggère qu'il n'est pas toujours facile

---

<sup>4</sup> Dans cette étude, les pharmacies ciblées avaient reçu préalablement une formation axée sur la délivrance de la POP et non de la EC. Les patientes mystères étaient des jeunes femmes bénévoles âgées de 16 ans et plus qui ont reçu 20 £ pour chaque visite effectuée. Elles ont été informées qu'elles ne devaient pas avaler le comprimé EC, mais que si le pharmacien les poussait à le faire, elles devaient admettre qu'elles étaient des clients mystères.

d'obtenir de la EC dans les pharmacies britanniques. Une proportion importante de clientes est répartie sans EC (20%). Bien que l'on ait dit à certaines de revenir plus tard et que d'autres aient été dirigées vers une autre pharmacie ou vers une clinique, il est possible que dans la vie réelle, de nombreuses femmes auraient abandonné la quête. S'il est prometteur d'apprendre que certains pharmaciens ont encouragé la pose d'un DIU en cuivre, les clients mystères ont reçu des conseils verbaux sur la contraception continue après la EC dans un peu moins de la moitié des visites, ce qui est similaire aux résultats d'une étude de 2017. Les résultats de ces études sont à prendre avec précaution au vu du faible nombre de visites effectuées (55 visites) dans seulement 30 pharmacies de 3 villes différentes (Glasier A, 2021; Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2017).

Une des barrières identifiées par l'étude galloise entre 2012 et 2017 est liée aux horaires des pharmacies de ville. L'efficacité de l'utilisation des EC est dépendante de l'intervalle de temps entre la prise de l'EC et les rapports sexuels potentiellement féconds. En effet, 25% des consultations pour des demandes d'EC en pharmacie ont lieu le lundi et les 2 autres jours de prédilection sont le mardi et samedi. Le jour où il y a le moins de consultations pour EC est le dimanche (9,5%). Malheureusement, la probabilité que le rapport sexuel potentiellement fécond ait eu lieu il y a plus de 48 heures est très grande lors des consultations, les lundis, mardis et mercredis. Cela suggère un accès plus faible à la EC pendant le week-end. Cela peut s'expliquer par le fait que moins de pharmacies sont ouvertes et que l'amplitude horaire des pharmacies ouvertes sont plus courtes (Mantzourani Efi, 2019).

### c. Pharmacie de ville et confidentialité

Le personnel des pharmacies eux-mêmes pourraient être un obstacle pour les jeunes femmes qui souhaitent accéder à l'EC dans les pharmacies : manque d'intimité pour la prestation de services, manque de personnel qualifié disponible pour fournir des services (pharmacien indisponible) et jugements subjectifs portés sur les personnes qui devraient recevoir ou se voir offrir un service (Chirewa B, 2020; Julia Gaulty J. R., 2019). En outre le fait que le respect de la confidentialité des patients est un élément clé de toute bonne pratique de santé, elle est d'autant plus importante lorsqu'il s'agit de santé sexuelle. Il existe une stigmatisation importante entourant les activités et les soins liés au sexe. Plusieurs études, dont une se focalisant sur les expériences des jeunes londoniennes, mettent en évidence que les jeunes femmes faisaient état d'un manque d'intimité dans les pharmacies par rapport aux cliniques.

Plusieurs jeunes femmes ont confirmé ne pas utiliser leur pharmacie de quartier pour éviter d'être reconnue. Par ailleurs, dans plusieurs études, les jeunes femmes rapportent qu'elles se sentent gênées de demander au comptoir un EC au milieu d'autres patients contrairement aux services de santé sexuelle et reproductive et particulièrement dans les petites pharmacies de villes où il est difficile de garantir la confidentialité. En effet, la confidentialité de la consultation n'est pas garantie et que les pharmacies demandent parfois des preuves d'identité ou d'ingestion de EC sur place, ce qui n'est pas une exigence reconnue au R.-U. Contrairement à la France, lors des consultations pharmaceutiques, les pharmaciens remplissent une fiche pour laisser une trace du passage des patients. Même si ces dossiers ne sont pas diffusés, ils représentent un risque de rupture de confidentialité (Karen Fairhurst, 2004; Julia Gaulty J. R., 2019; Taboulet, 2018).

#### d. Stigmatisation et honte autour de la délivrance des EC chez les jeunes

Contrairement à la représentation médiatique populaire des jeunes sans gêne, leurs récits ont révélé des sentiments de honte intense, parfois exprimés physiquement, alimentés par l'anticipation des jugements des professionnels de santé, des parents et de leurs pairs. Les jugements liés au fait d'être trop jeune, d'avoir des relations sexuelles trop tôt dans une relation ou d'utiliser les EC trop souvent, ont renforcé leurs craintes d'être perçus comme des personnes aux mœurs légères et d'utiliser les EC de manière inappropriée. Il s'agit là de questions importantes à prendre en compte, d'autant plus que la honte, en tant qu'émotion motrice, a conduit de nombreux jeunes à éviter de demander le soutien de leurs parents à un moment où ils en avaient besoin. Par ailleurs, une bonne relation avec ses parents ne signifie pas qu'il existe un dialogue à propos de l'activité sexuelle.

Selon une étude publiée par l'Université de Lancaster, la stigmatisation est une barrière majeure à la prise d'EC hormonaux en Grande-Bretagne. En effet, l'utilisation des EC hormonaux est souvent associée à un comportement irresponsable notamment par les institutions de santé. Cette irresponsabilité se situe sur un *continuum*, certains comportements et certaines femmes étant plus irresponsables que d'autres. Il existe un paradoxe selon lequel la recherche d'un EC en cas de besoin est perçue comme irresponsable alors qu'il s'agit d'une action responsable.

L'étude de l'université de Lancaster a mis en avant que certaines patientes mettaient en place des stratégies pour minimiser le jugement comme par exemple : mentir ("le préservatif s'est



cassé"), acheter l'EC hormonal pour éviter la consultation, envoyer des amis à leur place, se déguiser et insister sur le statut de partenaire. En outre, lors des entretiens de patientes, certaines faisaient le lien entre EC hormonal et avortement sans que les chercheurs mentionnent le mot. Bien qu'il ne s'agisse pas d'un médicament abortif, certaines utilisatrices vont faire le lien entre avortement et utilisation d'EC. Et, elles expriment le ressenti d'être perçues comme des "mauvaises femmes", de la même manière que les personnes souhaitant avorter. Cette étude illustre la ténacité de la stigmatisation des femmes et de leur sexualité dans les services de contraception et d'avortement (Fallon, 2012; Karen Fairhurst, 2004).

Les jeunes interrogés ont reconnu que la pression pour avoir des rapports sexuels provenait de leur groupe de pairs, la virginité étant considérée comme un élément négatif, mais aussi des médias, qui véhiculent l'idée que les adolescents "normaux" sont sexuellement actifs et que le sexe est considéré par certains comme un "rite de passage" vers l'âge adulte. Un certain nombre de jeunes femmes pensent qu'il y a deux poids deux mesures en matière de sexualité entre les sexes (British Pregnancy Advisory Service, 2018).

#### e. Délivrance des EC et potentiel impact de la pandémie du COVID-19

Depuis mars 2020, en réponse à la pandémie de coronavirus 2019 (COVID-19), le gouvernement britannique a mis en œuvre des actions strictes sous la forme de confinement nationaux et régionaux, ainsi que des mesures de distanciation sociale et physique, notamment en mettant l'accent sur le maintien à domicile. En Angleterre, les centres de santé sexuelle avaient considérablement réduit leur capacité d'accueil en face à face, mais ils ont fait l'objet d'une reconfiguration rapide pour accroître l'accès au dépistage des IST par le biais de consultation par téléphone ou par Internet. Les obstacles émergents à la prévention des IST et des grossesses dans le contexte de COVID-19 ont eu pour effet de saper les pratiques positives des services de santé sexuelle et de creuser les inégalités parmi les jeunes. Au fur et à mesure que les services de santé sexuelle sont rétablis, dans un contexte de restrictions liées à la pandémie, les messages visant à faciliter l'accès aux services de préservatifs et de contraception doivent être élaborés conjointement avec les jeunes. Comme le soulève l'étude récente sur l'impact du coronavirus et la santé sexuelle des jeunes, la réduction des demandes de soins de santé sexuelle peut aussi refléter la diminution de l'activité sexuelle chez les groupes qui adhèrent aux règles de distanciation sociale. La chute observée ne peut être attribuée à une réduction des risques ou des besoins. Les consultations pour obtenir des EC

ont été comparées dans deux centres de soins de santé sexuelle lors du premier confinement en 2020. Les deux services ont montré qu'au cours des 6 premières semaines de fermeture, aucun jeune de moins de 18 ans n'a demandé d'EC aux services de santé sexuelle et reproductive (réduction de 100%). Chez les patients de 18 ans et plus, on a observé une baisse moins importante (80 % et 84 %) du nombre de ceux qui ont demandé l'EC dans le cadre des services de santé sexuelle et reproductive. Lors du premier confinement, en plus des règles de distanciation sociale, d'autres barrières ont été identifiées : horaire d'ouverture des cliniques, arrêt des consultations sans rendez-vous et réduction des transports en commun. La reconfiguration rapide des services et l'adoption de méthodes de prise en charge des patients à distance, c'est-à-dire les consultations téléphoniques, la téléconsultation, l'envoi à domicile de tests, de traitements et de contraceptifs pour les IST, peuvent poser des problèmes de confidentialité et de respect de la vie privée pour les jeunes vivant à domicile.

## **B. L'utilisation des EC chez jeunes et la balance bénéfice-risques**

### **1. Conséquences de l'accessibilité des EC**

#### **a. Les premières années suite à la dérégulation**

Directement après la reclassification des EC hormonaux en 2001, les niveaux d'utilisation des différents types de contraception par les femmes âgées de 16 à 49 ans sont restés similaires. Aucun changement significatif n'est intervenu dans la proportion de femmes utilisant la contraception hormonale d'urgence (8,4% en 2000, 7,9% en 2001, 7,2% en 2002). Les données recueillies dans les premières années ne semblent pas avoir entraîné une augmentation de son utilisation, ni une augmentation des UPSI, ni une diminution de l'utilisation de méthodes de contraception plus fiables. Le changement majeur a été principalement le lieu privilégié par les femmes pour se fournir en EC. Parallèlement à une meilleure accessibilité, des messages d'éducation publique ont informé les femmes sur le rôle des EC après des rapports sexuels non protégés. Mais moins au cours des premières années de la mise en vente libre de la EC à base de LNG, l'amélioration de l'information et de l'accès ne s'est pas traduite par une grosse augmentation du recours à la EC (Cicely Marston, 2005).

**b. Qui sont concernés par l'augmentation de la consommation des EC ?**

Une étude comparant le Natsal 2 et 3 a montré qu'il y a une augmentation globale de l'utilisation des EC chez les femmes mais bien moindre chez les femmes ayant des facteurs de risque. Elle a montré que l'utilisation des EC a augmenté parmi les femmes célibataires et celles ayant un niveau d'éducation plus élevé. L'augmentation de l'utilisation de la EC était généralement plus importante chez les femmes ne présentant pas de facteurs de risques comportementaux, comme celles qui n'avaient pas d'antécédents d'avortement dans les 5 ans ou celles dont le premier rapport hétérosexuel a eu lieu après l'âge de 16 ans. Leur consommation a augmenté chez les femmes ayant certain risque de grossesse non planifié comme avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours de l'année et celle qui utilise des méthodes contraception peu efficace ou aucune. Il existe une faible augmentation de consommation d'EC chez les femmes ayant eu un avortement dans les cinq dernières années ou ayant contracté une IST dans l'année précédente ou ayant eu leur premier rapport sexuel avant 16 ans. D'après la comparaison des Natsal 2 et 3, Il y a une augmentation de l'utilisation des EC chez les 16 – 24 ans (Odd ratio ajusté à l'âge 1,39) mais l'augmentation majeure est chez les 40 – 44 ans (Odd ration ajusté à l'âge 8,10) (KI Black, 2016). Il y a une augmentation de la consommation chez les femmes habitant dans des zones défavorisées. Par exemples les jeunes femmes entre 13 et 15 ans consomment trois fois plus d'EC. L'augmentation de l'utilisation des EC était également plus marquée chez les femmes qui se procurent habituellement une contraception dans le commerce que chez celles qui le font dans le secteur de la santé, ce qui peut refléter une utilisation des préservatifs parmi les utilisatrices des EC.

Néanmoins, comme mentionné précédemment, l'augmentation d'utilisation des EC n'a pas perdurer dans le temps. Les études les plus récentes du NHS *Digital* sur la santé sexuelle et la reproduction en Angleterre entre 2019 – 2020 a montré que depuis ces dix dernière années l'utilisation des EC chez toutes les femmes (NHS Digital, 2020).

**c. Le prix des EC sources d'inégalité géographique au sein du R.-U**

Les EC oraux en pharmacies font partie des plus chères en Europe, ce qui a donné lieux à de nombreuses critiques pour diminuer son prix. En 2017, le laboratoire pharmaceutique 'Boots' qui possède environs 2500 pharmacies dans tout le R.-U. a fait l'objet d'une forte controverse en refusant de baisser le prix des EC sur le principe que la baisse du prix provoquerait « une

incitation à une utilisation inappropriée » (Généthique , 2017). Les pharmacies 'Boots' sont présentes au Pays de Galles et en Ecosse où la délivrance de LNG est gratuite et depuis peu de temps l'entreprise a commencé à délivrer dans certaines pharmacies un générique du LNG à £15.99 (autre forme de LNG autour de £26,75). Leurs actions et les régulations étaient en désaccord avec leurs discours. Cette politique montre l'inégalité à l'accès à la contraception d'urgence pour les femmes en fonction de leurs lieux d'habitation ce qui est contraire aux valeurs du NHS. Suite à cela, 'Boots' a dû faire des excuses publiques et mettre en vente le générique du LNG dans toutes ses enseignes (Andalo, 2018).

#### d. Les effets indésirables de la contraception d'urgence

Les médicaments et les dispositifs médicaux implantables ne sont pas des produits comme les autres et présentent potentiellement des risques pour la santé. Les effets indésirables potentiels des EC et du DIU en cuivre sont décrits dans la partie 2. Le '*Committee for Medicinal Products for Human Use*' de l'Agence Européenne du médicament en 2014 a considéré qu'avec des effets secondaires généralement légers du LNG-EC et de l'UPA-EC, le profil de sécurité des contraceptifs d'urgence est favorable et qu'ils peuvent continuer à être pris par les patientes indépendamment du poids de la femme. Néanmoins, ils ne doivent être utilisés qu'en tant que méthode de "secours" occasionnelle, car ils ne sont pas aussi efficaces que les méthodes contraceptives régulières (European Medicines Agency , 2014). Une des inquiétudes souvent évoquée lorsque l'on parle d'améliorer l'accessibilité des EC est l'augmentation des effets indésirables et la peur des grossesses ectopiques. Comme vu précédemment, les EC hormonaux sont généralement bien tolérés et leur sécurité a été évaluée lors des essais cliniques. D'après '*Irish Family Planning Association*', il n'existe pas de preuve que la prise d'EC affectera la fertilité future ou que son utilisation répétée la rend moins efficace ou entraîne des effets nocifs pour l'organisme. (Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2017; Irish Family Planning Association, s.d.).

Malgré tout, d'après l'Organisation Mondiale de la Santé, l'utilisation fréquente et répétée des EC oraux peut être néfaste pour les femmes présentant certaines conditions médicales. L'utilisation fréquente de la contraception d'urgence peut entraîner une augmentation des effets secondaires, tels que des irrégularités menstruelles, même si son utilisation répétée ne présente aucun risque connu pour la santé (World Health Organization , 2018).

e. Augmentation des IST ou opportunité de dépistage ? Exemple des infections à Chlamydia

Les infections à chlamydia sont les IST les plus communes chez l'adolescent. Depuis 2003, *Public Health England* a mis en place un programme qui a pour but d'offrir un test de dépistage gratuit des Chlamydia à toutes les personnes entre 15 et 24 ans qui demandent une EC ou achètent des préservatifs. Comme nous l'avons vu précédemment, cette politique de santé a permis de dépister un demi-million de nouveaux cas d'infections chez les 15-24 ans. La moitié des hommes et sept femmes sur dix présentent une forme asymptomatique de l'infection à Chlamydia mais en l'absence de traitement, elle peut provoquer des complications sur la santé du patient. Les politiques de santé publique sont en faveur d'un dépistage massif pour éviter la propagation de l'infection et les complications individuelles. Une étude publiée en 2020, avait pour but de vérifier l'accessibilité des EC oraux en pharmacie de ville dans les milieux ruraux. L'étude a montré que le dépistage de la chlamydia (conformément aux recommandations du programme national de dépistage de la chlamydia) et l'orientation vers un dispositif intra-utérin en cuivre étaient faibles dans l'ensemble. 7,3 % des consultations ont eu pour résultat une recommandation d'un professionnel de santé, ce faible chiffre est attribué à un manque de capacité de rendez-vous dans un cabinet de médecine générale/clinique de santé sexuelle, ou que le stock en pharmacie était faible ou qu'ils n'y avaient pas de personnel qualifié disponible en pharmacie. Elle a mis en évidence plusieurs problèmes importants, notamment le nombre élevé de femmes demandant une contraception, dont celles qui y accèdent plusieurs fois sur une période relativement courte, le faible recours à la méthode la plus efficace de contraception d'urgence et les taux extrêmement faibles de dépistage opportuniste des chlamydiae (Emma Pearce, 2020). Une autre étude qualitative en 2009 avait pour but d'observer le point de vue des pharmaciens sur la dispensation gratuite des dépistages de chlamydia chez les jeunes femmes demandant une EC. Il a été constaté que les pharmaciens pensent que proposer le dépistage de la chlamydia fait partie intégrante de leur travail, mais afin d'éviter tout outrage, ils ont tendance à ne pas le proposer à toutes les femmes éligibles, préférant laisser la patiente le demander (G Thomas, 2010) .

La '*Royal Pharmaceutical Society*' soutient que la consultation obligatoire offre une occasion importante de s'assurer que les femmes prennent des EC dans le bon délai, de discuter d'autres méthodes de contraception et d'autres questions de santé sexuelle, comme le

dépistage des infections sexuellement transmissibles (Royal Pharmaceutical Society). La plupart des données disponibles suggèrent que l'accessibilité accrue d'une EC orale n'augmente pas la fréquence de l'UPSI, la probabilité de prise de risque sexuel ou le risque d'IST, et ne rend pas les femmes moins susceptibles d'utiliser une contraception efficace. Néanmoins, les adolescentes qui utilisent des EC oraux ont plus de chance d'avoir recours à d'autres EC dans le futur que de mettre en place une contraception continue (Glasier A, 2021; Cicely Marston, 2005).

## 2. Impact des EC sur les choix de contraception, les taux de grossesse non désirée et les taux d'avortement chez les jeunes au R.-U.

a. Les grossesses chez l'adolescent et le coût potentielle des grossesses non désirées  
Il est important de préciser que toutes les grossesses chez l'adolescentes ne sont pas imprévues, et la décision de fonder une famille doit être respectée et chaque parent soutenu, quel que soit son âge. De nombreux parents adolescents créent un environnement solide et aimant pour leur enfant, et pour certains jeunes, avoir un enfant à un stade précoce peut représenter un tournant positif dans leur vie. Conclure que toute grossesse chez les adolescents sont des grossesses non désirées participe à la stigmatisation et à la marginalisation des jeunes parents. Il est essentiel que toute adolescente qui est enceinte et souhaite poursuivre sa grossesse reçoive les soins et le soutien dont elle a besoin pour protéger sa santé et son bien-être lorsqu'elle deviendra mère. (British Pregnancy Advisory Service, 2018).

Les grossesses non désirées sont très largement considérées comme un problème majeur de santé publique notamment pour les adolescentes à cause des risques santé et des risques économiques envers les jeunes mères et leurs enfants. Il a été estimé que les grossesses non désirées représentent un facteur de stress majeur pour les femmes et un coût supérieur à 1 milliard de Livres Sterling par an pour le NHS selon une étude publiée en 2013 (Sharon Tracey Cameron, 2019; Christine M Thomas, 2013).

Pour déterminer le coût des grossesses non désirées, les chercheurs ont calculé les coûts de la grossesse en 2011 en analysant les sources de données publiées sur les coûts et les résultats de la grossesse. Ils sont partis du postulat que l'issue d'une grossesse non planifiée est plus

susceptible d'être un avortement et donc son coût moyen sera différent de celui d'une grossesse planifiée. Ils ont utilisé les probabilités de grossesses non désirées dans les essais cliniques des EC hormonaux et les études menées sur l'intention de grossesse chez les femmes au Royaume-Uni pour calculer le coût d'une grossesse non désirée. Plus d'un million de grossesses ont été enregistrées en 2011, pour un coût direct de plus de 3,9 milliards de Livres Sterling en Angleterre. En appliquant les pourcentages au coût moyen de chacune des issues des conceptions non désirées (avortements, naissances ou fausses couches) et en tenant compte du taux de grossesse extra-utérine et de mortalité observé dans la population générale, on obtient le coût d'une grossesse non désirée. En utilisant les résultats les plus conservateurs des grossesses non désirées, le coût moyen d'une grossesse non désirée est de 1 519 £ en coûts médicaux pendant la grossesse uniquement et de 1 663 £ en incluant les coûts de soins de santé de l'enfant pendant la première année. L'étude estime un total de 2 922 £ pour l'ensemble des coûts sanitaires et sociaux d'une grossesse non désirée en 2011. En utilisant ces estimations mises à jour du modèle de coût-efficacité précédent comparant l'UPA-EC au levonorgestrel, les chercheurs concluent que l'UPA-EC est une alternative économique au levonorgestrel bien qu'elle soit elle-même plus chère. Cette étude a été très critiquée car elle est financée par le fabricant d'EllaOne® (Sharon Tracey Cameron, 2019; Christine M Thomas, 2013).

Des modèles similaires aux États-Unis et en France (ce dernier soutenu par des fonds du fabricant d'EllaOne®) ont également constaté que l'utilisation de l'UPA-EC était plus rentable que le levonorgestrel. Cependant, ces modèles reposent sur l'hypothèse que les femmes utiliseront effectivement une EC orale lorsqu'elles courent un risque de grossesse et ne tiennent pas compte du risque lié à un UPSI antérieur ou ultérieur (Bayer LL, 2013; Schmid, 2015).

#### **b. Utilisation des EC et l'impact sur la contraception au long cours**

- [Après l'utilisation d'une EC hormonale](#)

L'étude galloise menée entre 2012 et 2017 sur la contraception d'urgence en pharmacie de ville suggère que les adolescentes ayant pris de l'EC au début de l'étude et qui étaient la cible principale des mesures visant à améliorer la disponibilité de la EC, continuent d'utiliser les EC en tant que contraception dans leur vie future. Étant donné l'efficacité des EC et le risque de grossesse non désirée, la FSRH recommande la mise place d'une contraception efficace après

la prise d'EC plutôt que le recours systématique à la prise d'EC (Mantzourani Efi, 2019). Une étude effectuée aux États-Unis tend à confirmer ses résultats. En effet, cette étude sur près de 1 500 femmes américaines ayant un accès libre et gratuit à la EC orale ou un accès standard a conclu que certaines femmes semblaient substituer la EC orale gratuite à leur méthode contraceptive habituelle (Mark A Weaver, 2009).

Un des éléments facilitant la mise en place d'une contraception continue après l'utilisation d'EC hormonaux est la dispensation immédiate par les pharmacies de ville d'une EC continue ou de méthodes barrières.

Dans plusieurs régions du R.-U. grâce à des '*Patient Group Direction*', les pharmacies de ville peuvent aussi délivrer certaines contraceptions continues sans ordonnance. Mais ceci reste une minorité, et dans la plupart des cas, les femmes doivent consulter un GP ou un centre de santé sexuelle pour pouvoir obtenir une contraception continue. Deux études ont été menées afin de mesurer l'efficacité de la procédure. Une première étude pilote en 2012 à Édimbourg pour les femmes obtenant un EC hormonal, les pharmaciens d'officine proposaient un approvisionnement d'un mois d'une pilule progestative, ou une invitation pour un accès rapide à une clinique de santé sexuelle et reproductive pour des conseils et la fourniture d'une contraception continue, ou des conseils standards pour commencer une contraception après une contraception d'urgence. Lorsque les participantes ont été suivies 6 à 8 semaines plus tard, la proportion de femmes utilisant une contraception efficace était significativement plus élevée dans le groupe de la pilule progestative (22 [56%] sur 39 femmes ;  $p=0-001$ ) et dans le groupe pour accès rapide (13 [52%] sur 25 ;  $p=0-006$ ) par rapport aux soins standard (5 [16%] sur 31) (Michie, 2014).

Entre 2017 et 2019, une étude a été menée dans 29 pharmacies de ville qui pouvaient dispenser des contraceptions continues afin de déterminer si cela permettait une augmentation du recours à une contraception efficace ultérieure (hormonale ou intra-utérine) par rapport à la fourniture d'une contraception d'urgence seule. La contraception continue proposée était une contraception progestative seule pour trois mois. Cette étude inclut uniquement des femmes de plus de 16 ans, qui n'avaient pas de contraception continue et qui n'avaient aucune contre-indication. La proportion de femmes utilisant une contraception efficace était 20,1% plus élevée dans le groupe d'intervention, que dans le groupe de contrôle. Il est important de noter que l'âge moyen des femmes participant à



l'étude était de 22 ans, ce qui montre que l'intervention a touché des groupes d'âge clé ; les taux d'avortement au Royaume-Uni sont les plus élevés parmi les femmes âgées de 20 à 24 ans et l'utilisation de la contraception d'urgence est la plus élevée parmi les femmes âgées de 16 à 24 ans. Ainsi, si l'intervention était mise en œuvre à grande échelle en tant que service, l'utilisation d'une contraception efficace pourrait augmenter dans le groupe d'âge concerné et parmi les personnes présentant un risque plus élevé de grossesse non planifiée (Sharon Tracey Cameron, 2019) (NHS Scotland, 2019; Office for National Statistics, 2021; KI Black, 2016).

Depuis 2021, le désogestrel en tant que contraceptif continue a été dérégulé et est maintenant disponible sans ordonnance dans les pharmacies de villes au R.-U (Royal Pharmaceutical Society, 2021).

- [Après l'utilisation d'un DIU en cuivre en tant que EC](#)

L'avantage principal de la mise en place d'un DIU est qu'il confère une contraception continue efficace immédiatement et pendant une longue durée. Les DIU, contraceptifs réversibles à longue durée d'action, sont connus pour leur grande efficacité dans la prévention des grossesses.

Une étude systématique a été conduite sur les bases de données de *Ovid Medline*, *Cochrane Library* et *Embase* entre la 1946 et 2015. Les études portaient sur l'utilisation de DIU chez les femmes âgées de 25 ans ou moins. Elles comparaient l'utilisation de DIU à une autre forme de contraception et mesuraient les taux de poursuite de l'utilisation à 12 mois. Les conclusions de l'étude systématique suggèrent que les taux de poursuite de l'utilisation des DIU sont généralement plus élevés que ceux des autres méthodes contraceptives chez les femmes âgées de 25 ans et moins. Pour une population présentant des taux élevés de grossesse non désirée qui a une adhésion généralement faible et une utilisation imparfaite d'autres méthodes qui ne sont pas des contraceptifs réversibles à longue durée d'action, l'utilisation des DIU doit être encouragée. La majorité (65 %) des abandons de DIU dans ce cas sont dus à un retrait involontaire, avec le rapport de taux de retrait involontaire de 25 %. Un taux de retrait involontaire de 25 % est plus élevé que prévu pour les jeunes femmes en général et d'autres études le confirme. Ces résultats soulignent la nécessité d'un suivi particulièrement étroit de ce type d'intervention. Si la douleur secondaire à la pose d'un DIU reste une préoccupation, les données rapportées indiquent que la douleur s'améliore avec le temps, et

qu'elle nécessite rarement le retrait du dispositif. La plupart des participantes à l'étude qui ont dû retirer leur DIU en raison de la douleur l'ont fait dans les premiers mois suivant la pose (Usinger KM, 2016; Jatlaoui TC, 2014).

Par ailleurs, plusieurs procès ont été intentés contre Bayer Pharmaceuticals pour avoir caché les effets secondaires et avoir fabriqué un dispositif intra-utérin (DIU) défectueux Mirena®. Les femmes accusent ce dispositif de contraception d'être à l'origine de perforations de l'utérus, de (Llamas, s.d.) se déloger de l'utérus et de provoquer de fortes douleurs. Bayer a proposé de dédommager financièrement certaines poursuites pour perforation de l'utérus pour 12,2 millions de dollars. Même si ce dispositif médical n'est pas utilisé en contraception d'urgence mais le risque de perforation utérine existe aussi pour les DIU en cuivre et doit être considéré comme un risque majeur pour toutes les femmes souhaitant tomber enceinte dans le futur (Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2017; Llamas, s.d.).

### c. Importance de l'EC dans les soins post-agressions et la détection d'abus sexuel

Au-delà de l'évènement traumatisant et violent, les agressions sexuelles chez les femmes représentent un risque immédiat pour la santé des victimes car elles ont un risque de grossesse et d'IST. La prévention de la grossesse, ainsi que les IST et l'inquiétude quant à l'éventualité de blessures internes, sont les principales raisons pour lesquelles les plaignantes d'agressions sexuelles consultent un médecin après l'agression. Le DIU en cuivre est la forme la plus fiable de contraception d'urgence donc la méthode recommandée en premier à la suite d'une agression, et doit être discuté avec les patientes. Ce sera la patiente qui pourra choisir la méthode avec laquelle est le plus à l'aise. La plupart des plaignantes d'agressions sexuelles préfèrent prendre des formes orales d'EC. Un test de grossesse doit être envisagé trois semaines après la contraception d'urgence orale en l'absence de saignements intermenstruels. Si la grossesse n'est pas évitée par l'utilisation de la contraception d'urgence, les femmes doivent se voir proposer l'option de l'interruption de grossesse. La prévention, l'identification et le traitement des IST constituent un élément important de la prise en charge des plaignants d'agressions sexuelles. Proposer ou non une prophylaxie contre les IST bactériennes ou virales après une agression sexuelle est une question fréquemment posée. Les avantages de la prophylaxie contre les IST, outre la prévention de l'infection, comprennent le bien-être psychologique d'avoir fait quelque chose de positif. (BeataCybulska, 2014; NHS, 2021)

D'après le *'British Journal of General Practice'* en 2018, les chercheurs ont analysé les dossiers médicaux de plus de 200 000 femmes en âge de procréer enregistrées auprès d'un médecin généraliste et ont constaté que celles qui avaient un dossier de violence intrafamiliale étaient 2,06 fois plus susceptibles d'avoir une consultation pour une contraception d'urgence que les autres femmes, et 2,8 fois plus pour les femmes âgées de 25 à 39 ans. (Joni Jackson, 2019). Enfin, les estimations officielles du nombre de jeunes victimes de la traite ou de l'exploitation sexuelle sont très faibles, car très peu de cas font l'objet de procédures officielles. Le commissaire anglais aux enfants a estimé qu'au moins 16 500 enfants en Angleterre risquaient d'être victimes d'exploitation sexuelle entre avril 2010 et mars 2011, et que 2 409 enfants ont été victimes d'exploitation sexuelle dans des gangs et des groupes entre août 2010 et octobre 2011. En effet, l'activité sexuelle d'un mineur est un indicateur de possible exploitation sexuelle des enfants et adolescents. Il est possible que certains enfants/adolescents aient été « préparés » et ne peuvent pas se rendre compte qu'ils sont maltraités. Souvent, les jeunes femmes ne se rendent pas compte qu'elles sont victimes d'abus. Dans certaines circonstances, les demandes de contraception orale d'urgence ou le diagnostic d'IST pourraient être liées à des abus (rapports sexuels non consentis) sur des enfants ou des adultes vulnérables. L'activité sexuelle avec un enfant de moins de 13 ans doit toujours donner lieu à un signalement à la protection de l'enfance. Le professionnel de santé doit toujours demander conseil aux services de protection de l'enfance même si la patiente refuse, dans le cas de suspicion d'abus. Néanmoins, c'est la patiente qui décide si elle porte plainte (Association for Young People's Health, 2019; Department of Health, 2017).

#### d. Utilisation des EC et recours aux avortements

Les EC oraux diminuent la probabilité de grossesse chez les femmes individuellement après des UPSI ou accidents contraceptifs. En tant que mesure de santé publique, malgré la gratuité des services de contraception au R.-U., l'augmentation de l'accès aux EC n'a pas encore démontré son effet en termes de réduction des taux de grossesse non planifiée. En 2018, 200 608 avortements ont été pratiqués sur des femmes de tous âges en Angleterre et au Pays de Galles et 13 286 en Écosse. En Angleterre et au Pays de Galles, ce nombre a représenté une augmentation de 4 % depuis 2017 et c'est le nombre le plus élevé enregistré, tandis que les chiffres pour l'Écosse représentent un record sur 10 ans. Par contre chez les moins de 18 ans, le nombre d'avortements a fortement diminué depuis les deux dernières décennies dans tous

les pays du R.-U. Et depuis 1999, les taux de conception pour les femmes âgées de moins de 18 ans ont diminué de 62,7%. Ce déclin est particulièrement évident depuis 2007, qui a également coïncidé avec le début de la crise financière mondiale. En 2018, les taux de conception des moins de 18 ans en Angleterre et au Pays de Galles ont diminué de 6,1 % pour atteindre 16,8 conceptions pour 1 000 femmes âgées de 15 à 17 ans. Par contre, aucune étude a prouvé que cette diminution était due aux EC mais pourrait être causé à plusieurs autres facteurs comme l'augmentation des jeunes poursuivant leurs éducations (Office for National Statistics, 2021; NHS Scotland, 2019; Kaye Wellings, 2013; Soufarel Girma, 2015).

Une des hypothèses sur le manque d'impact de l'utilisation des EC sur les taux d'avortement pourrait s'expliquer par le fait que les femmes qui ont le plus de risque d'avorter ne semblent pas plus désireuses d'utiliser une EC, même si elles ont connaissances des EC et qu'ils sont disponibles facilement et gratuitement. Il se peut que les femmes les plus exposées au risque de grossesse non planifiée n'utilisent pas des EC ou se présentent tardivement lorsqu'elles demandent la EC (diminution d'efficacité) (Glasier, 2012; Turok DK, 2014). Une étude écossaise a enquêté sur l'utilisation des EC parmi les femmes demandant un avortement provoqué. Pendant une période de six semaines en novembre et décembre 2010, les femmes se rendant dans les cliniques du *Royal Infirmary of Edinburgh*<sup>5</sup> pour demander une interruption volontaire de grossesse ont été invitées à remplir un questionnaire anonyme concernant l'utilisation de la contraception et de la EC au moment de la conception. Soixante-dix pour cent des 204 répondantes (n=143) savaient que la EC était disponible gratuitement dans les pharmacies ; 22 (11 %) l'avaient utilisée dans le cycle au cours duquel la conception avait eu lieu. L'utilisation de la EC n'a pas été influencée par la connaissance de sa disponibilité gratuite. Les femmes des zones aisées étaient significativement plus susceptibles d'avoir utilisé la EC pour essayer d'empêcher la grossesse que leurs homologues des zones moins aisées (p= 0,041). Au cours des cinq années écoulées entre 2005 et l'année de l'étude, malgré la mise à disposition gratuite de la EC dans toute l'Écosse, il semble qu'il n'y ait pas eu d'augmentation de la proportion de femmes demandant un avortement dans le service d'avortement d'Édimbourg et ayant utilisé la EC pour tenter d'empêcher la grossesse (Glasier, 2012).

---

<sup>5</sup> Principal établissement de services d'avortement à Édimbourg et dans les environs

D'après une étude réalisée au Pays de Galles entre 2012 et 2017, la mise en place de la mesure de santé public rendant les EC gratuits pour toutes les femmes dans les pharmacies de ville a coïncidé avec la diminution des taux d'avortement et des naissances chez les mères adolescentes. Bien que le taux d'avortement dans le groupe d'âge des 20-24 ans ait diminué, il reste plus élevé que dans les autres groupes d'âge, suivant la même tendance que le nombre de consultations pour des EC pendant la période d'étude. Il s'agit de la seule étude britannique qui évoque un potentiel lien direct entre l'augmentation de l'accessibilité de l'EC et la diminution des taux d'avortement chez les adolescents (Mantzourani Efi, 2019).

Concernant le DIU en cuivre, il n'est pas seulement une méthode de EC extrêmement efficace, il offre également un contraceptif réversible à longue durée d'action permanente très efficace. Une étude portant sur 542 femmes a rapporté des taux de grossesse significativement plus faibles un an après la prise d'EC chez les femmes ayant opté pour un DIU en cuivre que chez celles ayant opté pour les LNG-EC. Environ 64% des DIU en cuivre posés dans l'étude étaient conservés un an après. Le DIU en cuivre peut donc représenter une option très rentable pour les EC en théorie. Malheureusement, les études ont montré que les DIU en cuivre chez les adolescentes, même s'ils sont fortement recommandés, sont dans les faits très peu proposés par les professionnels de santé et acceptés par les patientes (Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2017).

## Conclusion

Le R.-U. est composé de quatre nations constitutives et toutes les décisions du gouvernement britannique ne s'appliquent pas systématiquement à tous les pays. Chaque nation est souveraine en matière de politique de santé. Et même si les services de santé et les différentes institutions diffèrent entre les pays du Royaume, ils auront le même but : maintenir et améliorer la santé des résidents britanniques. Le système de soins de santé au R.-U. est un système universel basé sur la résidence et financé par l'imposition et les différentes taxes. Les prises en charge des soins de santé changent entre les divers pays mais l'accès à une contraception continue sous prescription médicale est gratuite. L'EC et l'avortement sont totalement pris en charge dans les services de santé sexuelle et chez les GP. Du fait de la déréglementation des EC oraux en 'P', les EC oraux sont disponibles sans ordonnance en pharmacie mais aux frais de la patiente ce qui reste une barrière à l'utilisation des EC. Le LNG-EC est gratuit pour toutes les femmes en Écosse. Au Pays de Galles, les trois quarts des pharmacies peuvent fournir gratuitement l'EC oral à toutes les femmes de 13 ans et plus. En Angleterre, les EC oraux sont aux frais de la patiente sauf si la patiente a moins de 16 ans ou appartient à un groupe mentionné dans une '*Patient Group Direction*'.

Sachant que le mécanisme d'action des EC oraux est de retarder l'ovulation en repoussant le pic LH mais sans effet sur la nidation, les EC oraux ne sont pas efficaces s'ils sont pris après l'ovulation. Malgré tout, ils ont une efficacité globale entre 60 – 70% et le risque de grossesse est estimé à 30% après un seul rapport à risque sans contraception. L'UPA-EC a démontré une efficacité supérieure au LNG-EC notamment grâce à son mécanisme d'action ; il peut être administré jusqu'à 120 heures après l'UPSI. Les EC oraux sont plutôt bien tolérés par les patientes, les événements indésirables les plus fréquents sont liés à un dérèglement temporaire du cycle menstruel. Pour le DIU en cuivre, la complication la plus grave est la perforation de l'utérus mais qui reste un événement indésirable rare. D'après les recommandations de la FSRH, le DIU en cuivre est la méthode de première intention pour les adolescentes car elle permet de mettre en place directement une contraception continue alors que les adolescents sont à haut risque de grossesse non désirée. Malgré le fait que la mise en place soit simple, les études ont montré que les DIU sont dispensés à seulement 2% des adolescentes et 8% des jeunes femmes qui demandent une EC. Une partie des femmes se fera retirer son DIU dans les 2 mois à cause des douleurs importantes qu'il peut provoquer.

La majorité des adolescents utilisent une contraception dont principalement les préservatifs. Les méthodes de contraception continue sont valables uniquement pour les femmes et représentent moins de 20% des contraceptions utilisées par les adolescents. Néanmoins, la principale raison d'utilisation des EC par les adolescents est l'absence de contraception et dans un deuxième temps l'échec du préservatif. L'utilisation des EC chez les mineures est relativement rare et a diminué au cours des dernières années. Malgré tout, la tranche d'âge qui utilise le plus les EC sont les jeunes femmes entre 16 et 24 ans. Par ailleurs, l'utilisation des EC par les adolescentes est directement corrélée avec le milieu social. En effet, trois fois plus des jeunes femmes entre 13 à 15 ans qui ont recours aux EC proviennent de milieux défavorisés. D'autre part, il a été démontré que le besoin d'utiliser une EC suite à un UPSI est corrélé avec la consommation de substances psychoactives comme l'alcool et les drogues et avec l'expérience psychologique négative comme le harcèlement. Le taux d'utilisation augmente également chez les jeunes femmes victimes de violences intrafamiliales et d'abus sexuel.

Il a fallu un à deux ans à la suite de la déréglementation pour que l'utilisation des EC ait augmenté pour toutes les femmes. Néanmoins, cette augmentation n'a été visible que pendant les dix premières années et elle était plus importante pour les femmes sans facteur de haut risque de grossesse non désirée. Le changement majeur induit par cette déréglementation est que les femmes utilisent principalement les pharmacies comme lieu de délivrance des EC. Depuis cette dernière décennie, l'utilisation des EC a diminué fortement chez toutes les femmes dont les adolescentes (NHS Digital, 2020). La délivrance en pharmacie sans ordonnance augmente l'accessibilité mais de nombreuses barrières persistent comme le prix, la stigmatisation, la honte et les facteurs liés à l'organisation des pharmacies (les horaires et le manque de confidentialité).

La plupart des données disponibles suggèrent que l'accessibilité accrue d'une EC orale n'augmente pas la fréquence de l'UPSI, la probabilité de prise de risque sexuel ou le risque d'IST (Kaye Wellings, 2013). Les infections à Chlamydia sont les IST les plus communes chez les adolescents au R.-U. Les consultations en pharmacie offrent une excellente opportunité pour favoriser les dépistages et a permis de diagnostiquer plus d'un demi-million d'infections chez les 15-24 ans. Malgré tout, une étude de 2020 montre que cela est insuffisamment réalisé, certaines barrières étant d'ordre matériel et psychologique.

Il ne fait aucun doute que le fait de rendre l'EC disponible en pharmacie a permis aux femmes de l'obtenir plus facilement lorsqu'elles en ont eu besoin, y compris à la suite d'abus sexuel et de violence. De plus, comme la demande fréquente d'EC peut-être un signe de ce type de violence envers les femmes, il s'agit d'une opportunité pour les professionnels de détecter et d'aider les victimes.

En tant que mesure de santé publique, l'augmentation de l'accès aux EC n'a pas encore démontré son effet en termes de réduction du taux de grossesse non planifiée (Kaye Wellings, 2013). Une étude écossaise suggère que les femmes qui sont plus à risque d'être dans une situation où elles souhaitent avorter, ne consomment pas plus l'EC malgré l'amélioration de l'information et l'accessibilité des EC (Glasier A, 2021). Seule une étude réalisée au Pays de Galles entre 2012 et 2017, semble démontrer que la mise en place de la gratuité d'EC dans les pharmacies de ville a coïncidé avec une diminution des taux d'avortement et des naissances chez les mères adolescentes (Mantzourani Efi, 2019).

La plupart des adolescents ne sont pas « sexuellement compétents » lors de leur premier rapport sexuel d'après la nomenclature utilisée par Palmer et les autres auteurs. L'éducation relationnelle et sexuelle proposée actuellement au R.-U. n'est pas suffisante. De plus, les adolescentes qui ont utilisé une EC sont plus susceptibles d'utiliser des EC comme méthode de contraception continue dans le futur. Promouvoir des bons comportements de santé chez les adolescents et les jeunes est important car c'est à cet âge qu'ils peuvent acquérir des habitudes de santé saines. Afin de réduire les grossesses non désirées chez les adolescents, il est important de comprendre les comportements amenant aux conduites à risques. La qualité de l'éducation relationnelle et sexuelle a un impact important sur son efficacité. Une étude pilote est effectuée dans le Warwickshire utilisant un modèle similaire à celui des Pays-Bas prônant l'éducation sexuelle et relationnelle « positive » depuis 50 ans et qui a donné de très bons résultats. En effet, les Pays-Bas est l'un des pays d'Europe avec le plus faible taux de grossesse non désirée et la plupart des adolescents utilisent une contraception fiable. Il serait donc intéressant de promouvoir ce type d'éducation relationnelle et sexuelle afin d'améliorer la santé sexuelle des adolescents (Sheldon, 2018; Association for Young People's Health, 2019; British Pregnancy Advisory Service, 2018; Melissa J Palmer, 2019).

Le recours aux EC chez les adolescents est dû à des facteurs comme l'absence de contraception ou l'échec de contraception de type préservatif. Améliorer l'accès à une



contraception continue chez les femmes et les hommes devrait être un bon angle de santé publique. Depuis mi 2021, le désogestrel 75 microgramme est disponible en pharmacie sans ordonnance (Royal Pharmaceutical Society, 2021). Il sera intéressant de voir dans le futur si cela diminue les grossesses non désirées et si le coût-efficacité est favorable pour le NHS. L'absence actuelle de disponibilité de contraception continue pour les hommes contribue à faire peser le poids de la contraception continue sur les femmes. Le NHS fournit très peu d'information sur la contraception masculine autre que les préservatifs et la stérilisation/vasectomie qui selon les méthodes peut-être réversible. Pourtant, il existe plusieurs moyens de contraception continue comme les méthodes de température. Il existe aussi des méthodes hormonales dont le Nestorone®/Testosterone transdermal gel qui est actuellement en phase deux des essais cliniques aux États-Unis et aux R.-U. (ClinicalTrials.gov, 2018).

## Bibliographie

- Andalo, D. (2018). Boots now selling cheaper morning after pill at all stores. *The Pharmaceutical journal*.
- Association for Young People's Health. (2019). *Key Data on young people 2019, latest information and statistics*. Association for Young People's Health.
- Bayer LL, E. A. (2013). The price of emergency contraception in the United States: what is the cost-effectiveness of UPA-EC versus single-dose levonorgestrel? *Contraception*.
- BeataCybulska. (2014, April ). Immediate medical care after sexual assault. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*.
- Belfast Health and Social Care Trust. (2021). *Sexual and Reproductive Healthcare Service*. Retrieved from Belfast Health and Social Care Trust: <https://belfasttrust.hscni.net/service/sexual-and-reproductive-healthcare-service/>
- Brain, J. (n.d.). *The birth of the NHS*. Retrieved from Historic UK: The history and Heritage Accommodation Guide: <https://www.historic-uk.com/HistoryUK/HistoryofBritain/Birth-of-the-NHS/>
- British Medical Association / Royal Pharmaceutical Society. (2020). BNF 80 : September 2020 - March 2021. In G. o. prescribing, *BNF 80 : September 2020 - March 2021* (pp. 1-4). British Medical Association / Royal Pharmaceutical Society.
- British Medical Association / Royal Pharmaceutical Society. (2020). Contraception. In B. M. Society, *BNF 80 September 2020 - March 2021* (pp. 835-858). British Medical Association / Royal Pharmaceutical Society.
- British Medical Association / Royal Pharmaceutical Society. (2020). Controlled drugs and drug dependence. In *BNF 80 Septembre 2020 - March 2021* (pp. 8-11). British Medical Association / Royal Pharmaceutical Society.
- British Medical Association. (2020). *The law and ethics of abortion - BMA views*. British Medical Association.
- British Pregnancy Advisory Service. (2018). *Social media, SRE, and sensible drinking: Understanding the dramatic decline in teenage pregnancy*. British Pregnancy Advisory Service.
- Chirewa B, W. A. (2020). Emergency hormonal contraceptive service provision via community pharmacies in the UK: a systematic review of pharmacists' and young women's views, perspectives and experiences. *Perspectives in Public Health*.
- Christine M Thomas, S. C. (2013). Can we reduce costs and prevent more unintended pregnancies? A cost of illness and cost-effectiveness study comparing two methods of EHC. *BMH Open*.
- CHU de Toulouse. (2004, Octobre 28). *Fécondation*. Retrieved from Hôpitaux de Toulouse: <https://www.chu-toulouse.fr/fecondation>
- CHU de Toulouse. (2004, Octobre 28). *Formation des ovocytes et ovulation*. Retrieved from Hôpitaux de Toulouse: <https://www.chu-toulouse.fr/formation-des-ovocytes-et>
- CHU de Toulouse. (2004, octobre 28). *Formation des spermatozoïdes et éjaculation*. Retrieved from Hopitaux de Toulouse: <https://www.chu-toulouse.fr/formation-des-spermatozoides-et>
- Cicely Marston, H. M. (2005). Impact on contraceptive practice of making emergency hormonal contraception available over the counter in Great Britain: repeated cross sectional surveys. *BMJ*.

- CLEISS. (n.d.). *Les systèmes de santé européens : Le système de santé britannique*. Retrieved from Centre des liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Social: [https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/royaume\\_uni.html](https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/royaume_uni.html)
- Cleland K, R. E. (2010). Ectopic pregnancy and emergency contraceptive pills: a systematic review. *Obstet Gynecol*.
- ClinicalTrials.gov. (2018, March 02). *Study of Daily Application of Nestorone® (NES) and Testosterone (T) Combination Gel for Male Contraception*. Retrieved from ClinicalTrials.gov: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03452111>
- Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. (2010-2011). *Item 38 : Puberté normale et pathologique*. Université Médicale Virtuelle Francophone .
- Community Pharmacy Scotland. (2019). *Emergency Hormonal Contraception*. Retrieved from Community Pharmacy Scotland: <https://www.communitypharmacy.scot.nhs.uk/nhs-boards/nhs-tayside/pharmacy-services/emergency-hormonal-contraception/>
- Craig R, M. J. (2013). Health Survey for England 2012. *London: The Health and Social Care Information Centre*.
- Currie, J. I. (2020). *Findings from the HBSC 2018 Survey in Scotland*. MRC/CSO Social and Public Health Sciences Unit, University of Glasgow.
- David Paton, S. B. (2020, April 24). The impact of sex education mandates on teenage pregnancy: International evidence. *Health Economics*, pp. 790-807.
- Department for Education, T. R. (2017, March 1). *Schools to teach 21st century relationships and sex education*. Retrieved from GOV.UK: <https://www.gov.uk/government/news/schools-to-teach-21st-century-relationships-and-sex-education>
- Department of Health. (2017). *Responding to domestic abuse : A resource for health professionals*. Department of Health.
- Department of Health and Social Care. (2019). *Abortion Statistics, England and Wales: 2019*. Department of Health and Social Care.
- Edelman AB, J. J.-F. (2018). CEdelman AB, Jensen JT, McCrimmon S, Messerle-Forbes M, O'Donnell A, Hennebold JD. *Contraception*.
- Electronic medicines compendium . (n.d.). *Levonelle 1500 microgram tablet*. Retrieved from Electronic medicines compendium (emc): <https://www.medicines.org.uk/emc/product/133>
- Electronic medicines compendium. (n.d.). *ellaOne 30 mg*. Retrieved from Electronic medicines compendium (emc): <https://www.medicines.org.uk/emc/product/6657/smpc#gref>
- Electronic medicines compendium. (n.d.). *Search results for levonorgestrel*. Retrieved from Electronic medicines compendium (emc): <https://www.medicines.org.uk/emc/search?q=levonorgestrel>
- Electronic medicines compendium. (n.d.). *Search results for ulipristal acetate*. Retrieved from Electronic medicines compendium (emc): <https://www.medicines.org.uk/emc/search?q=ulipristal+acetate>
- Elizabeth Fuller, S. C. (2015). *Natsal-3: key findings from Scotland*. Scotland government.
- Emma Pearce, k. J. (2020). Emergency Oral Contraceptive Consultations in Pharmacies in a Rural Setting: An Epidemiological Analysis. *Sage journals*.
- European e-Justice. (2017). *Législation nationale: Angleterre et Pays de Galles*. Retrieved from European E-Justice: [https://e-justice.europa.eu/content\\_member\\_state\\_law-6-ew-maximizeMS-fr.do?member=1](https://e-justice.europa.eu/content_member_state_law-6-ew-maximizeMS-fr.do?member=1)

- European e-Justice. (2018). *Législation National: Ireland du Nord*. Retrieved from European e-Justice: [https://e-justice.europa.eu/content\\_member\\_state\\_law-6-NI-fr.do?clang=en](https://e-justice.europa.eu/content_member_state_law-6-NI-fr.do?clang=en)
- European e-Justice. (2020). *Législation nationale: Ecosse*. Retrieved from European e-Justice: [https://e-justice.europa.eu/content\\_member\\_state\\_law-6-sc-maximizeMS-fr.do?member=1](https://e-justice.europa.eu/content_member_state_law-6-sc-maximizeMS-fr.do?member=1)
- European Medicines Agency . (2014, octobre 24). *Levonorgestrel and ulipristal remain suitable emergency contraceptives for all women, regardless of bodyweight*. Retrieved from European Medicines Agency : <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/referrals/emergency-contraceptives>
- Faculté des sciences médicales et paramédicales Aix-Marseille Université. (n.d.). *Cycle menstruel*. Retrieved from faculté des sciences médicales et paramédicales Aix-Marseille Université: [https://medecine.univ-amu.fr/sites/medecine.univ-amu.fr/files/diplome/2\\_2\\_courbiere\\_cyclemenstruel.pdf](https://medecine.univ-amu.fr/sites/medecine.univ-amu.fr/files/diplome/2_2_courbiere_cyclemenstruel.pdf)
- Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. (2012). *Barrier Methods for Contraception and STI Prevention*. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare.
- Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. (2015). *FSRH Clinical Guideline: Intrauterine Contraception (April 2015, amended September 2019)*. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare.
- Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. (2015). *Progestogen-only Pills*. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare.
- Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. (2017). *Emergency Contraception March 2017 (Amended December 2020)*. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare.
- Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. (2017). *Emergency Contraception March 2017 (Amended December 2020)*. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare.
- Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. (2019). *FSRH Guideline: Combined Hormonal Contraception*. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare.
- Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. (2019). *UKMEC Summary table hormonal and intrauterine contraception*. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare.
- Fallon, D. (2012). 'They're Gonna Think it Now': Narratives of Shame in the Sexual Health Experiences of Young People. *Sage Journal*.
- Fiona Brooks, E. K. (2020). *Health Behaviour in School-aged Children (HBCS): World Health Organization Collaborative Cross National Study*. University of Hertfordshire, Hatfield.
- Francophone, U. M. (2011). *Anatomie de la glande mammaire*. Université Médicale Virtuelle Francophone.
- G Thomas, G. H. (2010). A qualitative study of pharmacists' views on offering chlamydia screening to women requesting Emergency Hormonal Contraception. *BJOG*.
- General Medical Council . (n.d.). *The medical register*. Retrieved from General Medical Council : <https://www.gmc-uk.org/registration-and-licensing/the-medical-register>
- General Pharmaceutical Council . (n.d.). *About us* . Retrieved from General Pharmaceutical Council : <https://www.pharmacyregulation.org/about-us>
- General Pharmaceutical Council. (2019, July 29). *Religion, personal values and beliefs: providing emergency hormonal contraception*. Retrieved from General Pharmaceutical Council: <https://www.pharmacyregulation.org/regulate/article/religion-personal-values-and-beliefs-providing-emergency-hormonal-contraception-0>

- Généthique . (2017, juillet 23). *Polémique en Angleterre sur le prix de la pilule du lendemain*. Retrieved from Généthique : <https://www.genethique.org/polemique-en-angleterre-sur-le-prix-de-la-pilule-du-lendemain/>
- GIG CYMRU / NHS Wales . (n.d.). *Budget & Charges*. Retrieved from GIG CYMRU / NHS Wales: health in Wales: <https://www.wales.nhs.uk/nhswalesaboutus/budgetcharges>
- GIG CYMRU / NHS Wales. (n.d.). *NHS Wales - About Us*. Retrieved from GIG CYMRU / NHS Wales: health in Wales: <https://www.wales.nhs.uk/nhswalesaboutus>
- Gilda Sedgh, S. S. (2012). Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *The Lancet*.
- Glasier A, B. P. (2021). Emergency contraception from the pharmacy 20 years on: a mystery shopper study. *BMJ Sexual & Reproductive Health*.
- Glasier, S. T. (2012). The effect on use of making emergency contraception available free of charge. *Contraception*.
- Hadley A, I. R.-M. (2016). Implementing the United Kingdom's ten-year teenage pregnancy strategy for England (1999-2010): How was this done and what did it achieve? *Reprod Health*.
- Hannat Akintomide, S. V. (2014). Emergency intrauterine device insertion in teenagers: an informal retrospective study. *BMJ Sexual & reproductive health*.
- Harker, R. (2019). *NHS Funding and Expenditure*. House of Commons Library .
- Helen McKenna, P. D. (2017). *How health care is funded* . Retrieved from The Kings Fund: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/how-health-care-is-funded>
- HMR 2012 Regulation 5. (n.d.). *The Human Medicines Regulations 2012*. Retrieved from Legislation government UK: <https://www.legislation.gov.uk/uksi/2012/1916/schedules/2013-11-11?wrap=true&timeline=false&view=plain>
- Irish Family Planning Association. (n.d.). *Emergency Contraception*. Retrieved from <https://www.ifpa.ie/factsheets/emergency-contraception/>: Irish Family Planning Association
- J. Tcherdukian, R. M.-C. (2020, décembre 21). *Contraception masculine quelles (r)évolutions?* Retrieved from AFU association française d'urologie: <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/contraception-masculine-quelles-revolutions#tbl0005>
- Jatlaoui TC, M. M. (2014). Postplacental intrauterine device insertion at a teaching hospital. *Contraception*.
- Jenifer E. Allsworth, G. M. (2013 ). The Impact of Emotional, Physical, and Sexual Abuse on Contraceptive Method Selection and Discontinuation. *American Journal of Public Health*.
- Jennifer Downing, M. A. (2009). Early pubertal onset and its relationship with sexual risk taking, substance use and anti-social behaviour: a preliminary cross-sectional study. *BMC Public Health*.
- Joni Jackson, N. V. (2019). Exposure to domestic violence and abuse and consultations for emergency contraception: nested case-control study in a UK primary care dataset. *Exposure to domestic violence and abuse and consultations for emergency contraception: nested case-control study in a UK primary care dataset*.
- Julia Gauly, H. A. (2020). Utilisation of pharmacy-based sexual and reproductive health services: a quantitative retrospective study . *BMJ* .

- Julia Gauly, J. R. (2019). Pharmacy-based sexual health services: a systematic review of experiences and attitudes of pharmacy users and pharmacy staff. *BMJ open access*.
- Karen Fairhurst, S. Z. (2004). Emergency contraception: why can't you give it away? Qualitative findings from an evaluation of advance provision of emergency contraception. *Contraception*.
- Kaye Wellings, K. G. (2013). The prevalence of unplanned pregnancy and associated factors in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Lancet*.
- Khadr, J. M. (2016). Investigating the relationship between substance use and sexual behaviour in young people in Britain: findings from a national probability survey. *BMJ open*.
- KI Black, R. G. (2016). Trends in the use of emergency contraception in Britain: evidence from the second and third National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles. *BJOG*.
- Kohler, D. C. (2010-2021). *Appareil génital féminin*. Collège universitaire et hospitalier des histologistes, embryologistes, cytologistes et cytogénéticiens (CHEC).
- LangBuisson. (2017). *Health Cover: demand for PMI increases thanks to corporates*. LaingBuisson.
- Laur, A. (2014, Novembre 24). *La non assistance à personne en danger dans le milieu médical*. Retrieved from Village de la justice - la communauté des métiers du droit: <https://www.village-justice.com/articles/assistance-personne-danger-milieu,15376.html>
- Levy DP, J. M. (2014). UPA-EC for emergency contraception: postmarketing experience after use by more than 1 million women. *Contraception*.
- Li HW, L. S. (2016). Efficacy of UPA-EC for emergency contraception and its effect on the subsequent bleeding pattern when administered before or after ovulation. *Hum Reprod*.
- Llamas, M. (n.d.). *Mirena Lawsuits*. Retrieved from drug watch: <https://www.drugwatch.com/mirena/lawsuits/>
- Mantzourani Efi, H. K. (2019). A 5-year evaluation of the emergency contraception enhanced community pharmacy service provided in Wales. *BMJ Sexual & Reproductive Health*.
- Marie Amouroux, R. M. (2018). Are men ready to use thermal male contraception? Acceptability in two French populations: New fathers and new providers. *PLOS ONE*.
- Mark A Weaver, E. G. (2009). Attitude and behavior effects in a randomized trial of increased access to emergency contraception. *Obstet Gynecol*.
- Medicines and Healthcare products Regulatory Agency. (2020). *A guide to what is a medicinal product - MHRA Guidance Note 8*. Medicines and Healthcare products Regulatory Agency.
- Melissa J Palmer, L. C. (2019). *Prevalence and correlates of 'sexual competence' at first heterosexual intercourse among young people in Britain*. *BMJ Sex Reprod Health*.
- Mercer Catherine H, T. C. (2013). Changes in sexual attitudes and lifestyles in Britain through the life course and over time: findings from the National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal). *Lancet*.
- MHRA. (2021). *MHRA Guidance: How to change the legal classification of a medicine in the UK*. MHRA.
- MHRA Regulating Medicines and Medical Devices. (n.d.). *Marketing Authorisation Pre-submission checklist*. MHRA Regulating Medicines and Medical Devices.

- Michie, L. e. (2014). Pharmacy-based interventions for initiating effective contraception following the use of emergency contraception: a pilot study. *Contraception*.
- MORI, I. (2015). *2013/14 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Wales: key findings*. Welsh Government Social Research,.
- Moss, S. (n.d.). *The Brief History of Contraception*. Retrieved from ellaOne®: <https://www.ellaone.co.uk/magazine/features/the-brief-history-of-contraception>
- Natsal. (2021). *Natsal Surveys*. Retrieved from Natsal: <https://www.natsal.ac.uk/natsal-surveys>
- NHS 11 Wales. (n.d.). *Emergency contraception* . Retrieved from NHS 11 Wales: <https://111.wales.nhs.uk/Emergencycontraception/>
- NHS. (2020, february 18). *Overview - Infertility*. Retrieved from NHS: <https://www.nhs.uk/conditions/infertility/>
- NHS. (2020, November 2020). *What is the male pill?* Retrieved from NHS Your contraception guide: <https://www.nhs.uk/conditions/contraception/male-pill/?tabname=methods-of-contraception>
- NHS. (2021, october 22). *Help after rape and sexual assault*. Retrieved from NHS: <https://www.nhs.uk/live-well/sexual-health/help-after-rape-and-sexual-assault/>
- NHS. (2021, March 31). *NHS prescription charges*. Retrieved from NHS: <https://www.nhs.uk/nhs-services/prescriptions-and-pharmacies/nhs-prescription-charges/>
- NHS Digital. (2017, Novembre 2). *Smoking, Drinking and Drug Use Among Young People in England - 2016*. Retrieved from NHS Digital: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/smoking-drinking-and-drug-use-among-young-people-in-england/2016>
- NHS Digital. (2018, Septembre 27). *Sexual and Reproductive Health Services, England - 2017/18*. Retrieved from NHS Digital: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/sexual-and-reproductive-health-services/2017-18>
- NHS Digital. (2020, Decembre 2020). *Sexual and Reproductive Health Services, England (Contraception) 2019/20*. Retrieved from NHS Digital: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/sexual-and-reproductive-health-services/2019-20/emergency-contraception2>
- NHS. (n.d.). *Getting contraception - Sexual health*. Retrieved from NHS: <https://www.nhs.uk/live-well/sexual-health/getting-contraception/>
- NHS Manchester University. (2021, September 07). *Couples wanted to be part of pioneering male contraceptive research study - 'NES/T'*. Retrieved from <https://mft.nhs.uk/2021/09/07/couples-wanted-to-be-part-of-pioneering-male-contraceptive-research-study-nes-t/>
- NHS Scotland. (2019). *Termination of pregnancy* . NHS Scotland.
- NHS Scotland. (n.d.). *NHSScotland - How it Works*. Retrieved from NHS Scotland: <http://www.ournhsscotland.com/our-nhs/nhsscotland-how-it-works>
- NICE . (2021). *Contraception - emergency*. NICE.
- NICE National Institute for Health and Care Excellence. (n.d.). *Who we are*. Retrieved from NICE National Institute for Health and Care Excellence: <https://www.nice.org.uk/about/who-we-are>

- NIDIRECT government services / téidreach seirbhísi rialtais. (n.d.). *Overview of government in Northern Ireland*. Retrieved from nidirect government services / téidreach seirbhísi rialtais: <https://www.nidirect.gov.uk/articles/overview-government-northern-ireland>
- NISRA. (n.d.). *Population*. Retrieved from NISRA: Northern Ireland Statistics and Research Agency: <https://www.ninis2.nisra.gov.uk/public/Theme.aspx?themeNumber=74&themeName=Population>
- Noé G, C. H. (2011). Contraceptive efficacy of emergency contraception with levonorgestrel given before or after ovulation. *Contraception*.
- North West Public Health Observatory. (2009). *Contributions of Alcohol Use to Teenage Pregnancy*. North West Public Health Observatory.
- NSPCC. (2021). *Statistics briefing: child sexual abuse*. NSPCC.
- NSPCC learning. (2021, September 22). *Children and the law*. Retrieved from National Society for the Prevention of Cruelty to Children learning: <https://learning.nspcc.org.uk/child-protection-system/children-the-law>
- Office for National Statistic. (2020, April 28). *Healthcare expenditure, UK Health Accounts: 2018*. Retrieved from Office for National Statistic: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthcaresystem/bulletins/ukhealthaccounts/2018#how-health-care-in-the-uk-is-financed>
- Office for National Statistics. (2016, February 11). *Intimate personal violence and partner abuse*. Retrieved from Office for National Statistics: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/crimeandjustice/compendium/focusonviolentcrimeandsexualoffences/yearendingmarch2015/chapter4intimatepersonalviolenceandpartnerabuse#presence-of-children-in-partner-abuse-victimisations#>
- Office for National Statistics. (2020, March 4). *Conceptions in England and Wales: 2018*. Retrieved from Office for National Statistics: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/conceptionandfertilityrates/bulletins/conceptionstatistics/2018>
- Office for National Statistics. (2021). *Conceptions in England and Wales: 2019*. Retrieved from Office for National Statistics: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/conceptionandfertilityrates/bulletins/conceptionstatistics/2019>
- Office for National Statistics. (2021). *Overview of the UK population: January 2021*. Retrieved from <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/populationandmigration/populationestimates/articles/overviewoftheukpopulation/january2021>
- Ofsted. (2013). *Not yet good enough: personal, social, health and economic education in schools*. Ofsted.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1998). Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *The Lancet*.
- Organisation mondiale de la Santé. (2021, janvier 18). *Santé des adolescents et des jeunes adultes*. Retrieved from Organisation mondiale de la Santé:



- <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- Owen BN, B. P. (2015). Prevalence and Frequency of Heterosexual Anal Intercourse Among Young People: A Systematic Review and Meta-analysis. *IDS Behav.*
- Pam Sonnenberg, S. C. (2013). Prevalence, risk factors, and uptake of interventions for sexually transmitted infections in Britain: findings from the National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal). *Lancet.*
- Pitchford, J. W. (2017). *Dale and Appelbe's Pharmacy and Medicines Law - Eleventh edition.* Pharmaceutical Press.
- Praditpan P, H. A. (2017). Pharmacokinetics of levonorgestrel and UPA-EC emergency contraception in women with normal and obese body mass index. *Contraception.*
- Praditpan P, H. A. (n.d.). Pharmacokinetics of levonorgestrel and UPA-EC emergency contraception in women with normal and obese body mass index. *Contraception*, 2017.
- PSNC. (n.d.). *Dispensing Medicines.* Retrieved from PSNC Pharmaceutical Services Negotiating Committee: <https://psnc.org.uk/services-commissioning/essential-services/essential-service-dispensing-of-medicines/>
- PSNC. (n.d.). *Who can prescribe what?* Retrieved from Pharmaceutical Services Negotiating Committee: <https://psnc.org.uk/dispensing-supply/receiving-a-prescription/who-can-prescribe-what/>
- Public Health England. (2020). *Sexually transmitted infections and screening for chlamydia in England.* Public Health England.
- Public health Scotland. (2021). *Teenage Pregnancy.* Public health Scotland.
- Quarini, C. A. (2005). History of contraception. In *WOMEN'S HEALTH MEDICINE* (pp. 28-30). The Medicine Publishing Company Ltd.
- Rebecca S Geary, C. T. (2016). Actual and preferred contraceptive sources among young people: findings from the British National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles. *BMJ Open.*
- Reed BG, C. B. (2018). *The Normal Menstrual Cycle and the Control of Ovulation.* MDTText.com, Inc., South Dartmouth (MA).
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologist. (n.d.). *Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH).* Retrieved from Royal College of Obstetricians and Gynaecologist: <https://www.rcog.org.uk/en/about-us/specialist-societies/faculty-of-sexual--reproductive-healthcare-fsrh/>
- Royal Pharmaceutical Society . (n.d.). *Medical Devices.* Retrieved from Royal Pharmaceutical Society : <https://www.rpharms.com/resources/pharmacy-guides/medical-devices>
- Royal Pharmaceutical Society. (2019). *Emergency contraception: we call for free access for all women via community pharmacies.* Retrieved from Royal Pharmaceutical Society: <https://www.rpharms.com/about-us/news/details/Emergency-contraception-we-call-for-free-access-for-all-women-via-community-pharmacies>
- Royal Pharmaceutical Society. (2021). *Desogestrel 75 microgram film-coated tablets.* Retrieved from Royal Pharmaceutical Society: [https://www.rpharms.com/resources/pharmacy-guides/reclassification-guide/desogestrel-75-microgram-film-coated-tablets?utm\\_source=Royal%20Pharmaceutical%20Society&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=](https://www.rpharms.com/resources/pharmacy-guides/reclassification-guide/desogestrel-75-microgram-film-coated-tablets?utm_source=Royal%20Pharmaceutical%20Society&utm_medium=email&utm_campaign=)

- m\_campaign=12715310\_Product%20Newsletter%204%3A%20Pharmacy%20Guides  
&utm\_co
- Royal Pharmaceutical Society. (n.d.). *Interim: Statement of Professional Standard Supply of over the counter (OTC) medicines*. 2013: Royal Pharmaceutical Society.
- Royal Pharmaceutical Society. (n.d.). *Oral emergency contraceptive as pharmacy medicines*. Retrieved from Royal Pharmaceutical Society: <https://www.rpharms.com/resources/quick-reference-guides/oral-emergency-contraceptives-as-pharmacy-medicines>
- Royal Pharmaceutical Society. (n.d.). *Protecting children and young people*. Retrieved from Royal Pharmaceutical Society: <https://www.rpharms.com/resources/quick-reference-guides/protecting-children-and-young-people>
- Ruth Lewis, C. T. (2017). Heterosexual Practices Among Young People in Britain: Evidence From Three National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles. *Journal of Adolescent Health*.
- Schmid. (2015). The cost-effectiveness of emergency hormonal contraception with UPA-EC versus levonorgestrel for minors in France. *Plos One*.
- Scott RH, B. N. (2017). Understanding differences in conception and abortion rates among under-20 year olds in Britain and France: Examining the contribution of social disadvantage. *PLoS One*.
- Scottish Government Health and Social Care Directorates. (n.d.). *Scottish Government Health and Social Care Directorates*. Retrieved from Scottish Government Health and Social Care Directorates: <https://www.sehd.scot.nhs.uk/aboutus.html>
- Scottish Government Riaghaltas na Alba. (2017, November 2). *The role of income tax in Scotland's budget*. Retrieved from Scottish Government Riaghaltas na Alba: <https://www.gov.scot/publications/role-income-tax-scotlands-budget/pages/1/>
- Scottish Government Riaghaltas na h-Alba. (2018). *Scottish Health Survey 2017 - volume one: main report*. Retrieved from Scottish Government Riaghaltas na h-Alba: <https://www.gov.scot/publications/scottish-health-survey-2017-volume-1-main-report/>
- Sedgh G, F. L. (2015). Adolescent pregnancy, birth, and abortion rates across countries: levels and recent trends. *J Adolesc Health*.
- Sedgh G, S. S. (2012). Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *The Lancet*.
- Sedgh gilda, F. L. (2014). Adolescent pregnancy, birth, and abortion rates across countries: levels and recent trends. *Journal Adolescence Health*.
- Senedd Cymru Welsh Parliament. (n.d.). *How we work* . Retrieved from Senedd Cymru Welsh Parliament: <https://senedd.wales/how-we-work/>
- Service Public france. (2020, Mars 13). *Qu'est-ce que la non-assistance à personne en danger ?* Retrieved from Service-Public.fr, le Site officiel de l'administration française: Service Public, le Site officiel de l'administration française
- Sexual Health Scotland. (n.d.). *Emergency contraception*. Retrieved from Sexual Health Scotland: <https://www.sexualhealthscotland.co.uk/contraception/emergency-contraception>
- Sharon Tracey Cameron, P. B. (2019). Pragmatic cluster randomised cohort cross-over trial to determine the effectiveness of bridging from emergency to regular contraception: the Bridge-It study protocol. *BMJ Open*.

- Sheldon, T. (2018). Could Dutch style sex education reduce pregnancies among UK teenagers? *BMJ Sexual health*.
- Soufarel Girma, D. P. (2015). s education the best contraception: the case of teenage pregnancy in England? *Social Science & Medicine. Social Science & Medicine*, pp. 1-9.
- Taboulet, F. (2018). Contraceptoin d'urgence chez les mineurs. Une offre illimitée en manque d'evaluation. *Medecine & Droit*.
- Tanton C, J. K. (2016). Patterns and trends in sources of information about sex among young people in Britain: evidence from three National Surveys of Sexual Attitudes sand Lifestyles. . *BMJ open*.
- The Scottish Parliament / Pàrlamaid na h-Alba. (n.d.). *How the Scottish Parliament Works*. Retrieved from The Scottish Parliament / Pàrlamaid na h-Alba: <https://archive2021.parliament.scot/visitandlearn/how-the-parliament-works.aspx>
- Trussell J, E. C. (n.d.). Estimating the effectiveness of emergency contraceptive pills. *Contraception*, 2003.
- Turok DK, J. J. (2014). Emergency contraception with a copper IUD or oral levonorgestrel: an observational study of 1-year pregnancy rates. *Contraception*.
- UK: *smartphone ownership by age from 2012-2021*. (2021). Retrieved from Statista: <https://www.statista.com/statistics/271851/smartphone-owners-in-the-united-kingdom-uk-by-age/>
- UMVF. (2011-2012). *Les étapes de la vie génitale : de la puberté à la ménopause*. Université Médicale Virtuelle Francophone .
- Unicef. (1990). *Convention internationale des droits de l'enfant*. Unicef.
- UNICEF Office of Research. (2013). *Child well-being in rich countries A comparative overview*. UNICEF Office of Research.
- United kingdom Government . (2016, septembre 9). *National Diet and Nutrition Survey*. Retrieved from GOV.UK: <https://www.gov.uk/government/collections/national-diet-and-nutrition-survey>
- United Kingdom Government . (n.d.). *About us: The Medicines and Healthcare products Regulatory Agency regulates medicines, medical devices and blood components for transfusion in the UK*. Retrieved from GOV.UK: <https://www.gov.uk/government/organisations/medicines-and-healthcare-products-regulatory-agency/about>
- United kingdom Government. (2003). *Guidance NCSP: programme overview*. Retrieved from GOV.UK: <https://www.gov.uk/government/publications/ncsp-programme-overview>
- United Kingdom Government. (2008). *The Medicines (Pharmacies) (Responsible Pharmacist) Regulations 2008*. Retrieved from Legislation government UK: <https://www.legislation.gov.uk/uksi/2008/2789/regulation/2/made?view=plain>
- United Kingdom Government. (2014, August 2014). *News story: Facts about NHS funding in Scotland*. Retrieved from GOV.UK: <https://www.gov.uk/government/news/facts-about-nhs-funding-in-scotland>
- United Kingdom Government. (2020, December 31). *Guidance Variations to Marketing Authorisations (MAs)*. Retrieved from GOV.UK: <https://www.gov.uk/guidance/variations-to-marketing-authorisations-mas>
- United Kingdom Government. (2021, January 4). *Guidance: Decentralised and mutual recognition reliance procedure for marketing authorisations*. Retrieved from GOV.UK:

- <https://www.gov.uk/guidance/decentralised-and-mutual-recognition-reliance-procedure-for-marketing-authorisations>
- United Kingdom Government. (n.d.). *Department of Health and Social Care*. Retrieved from Gov.UK: <https://www.gov.uk/government/organisations/department-of-health-and-social-care/about>
- United Kingdom Government. (n.d.). *How government works*. Retrieved from GOV.UK: <https://www.gov.uk/government/how-government-works>
- United Kingdom Parliament. (2020). *Research Briefing: The structure of the NHS in England*. Retrieved from UK Parliament, house of Commons library: <https://commonslibrary.parliament.uk/research-briefings/cbp-7206/>
- United Kingdom Parliament. (n.d.). *How Parliament works*. Retrieved from United Kingdom Parliament: <https://www.parliament.uk/about/how/>
- University of Auckland. (2012). *The Health and Wellbeing of New Zealand Secondary School Students in 2012*. Auckland.
- Usinger KM, G. S. (2016). Intrauterine Contraception Continuation in Adolescents and Young Women: A Systematic Review. *J Pediatr Adolesc Gynecol*.
- Wilcox AJ, W. C. (1995). *Timing of sexual intercourse in relation to ovulation. Effects on the probability of conception, survival of the pregnancy, and sex of the baby*. *N Engl J Med*.
- Wood CL, L. L. (2019). Puberty: Normal physiology (brief overview). *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*.
- World Health Organization . (2018, February 2). *Emergency contraception*. Retrieved from World Health Organization : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>

## Annexes

<b>Annexe n°1 : Formulaire pour les évaluer les compétences de Fraser développées par le ‘<i>Gloucestershire Local Pharmaceutical Commitee</i>’</b> .....	<b>2</b>
<b>Annexe n°2 : Classification des ‘contolled drugs’</b> .....	<b>4</b>
<b>Annexe n°3 : Recommandations de la FSRH publiées en 2017 relatives aux indications des EC</b> .....	<b>5</b>
<i>Tableau 1 : Indication générale des EC</i> .....	5
<i>Tableau 2 : Méthodes d’EC proposées en fonction de la situation conduisant à l’échec de la contraception...</i>	6
<b>Annexe n°4 : DIU en cuivre ayant une disponible au R.-U.</b> .....	<b>9</b>
<b>Annexe n°5 : Questionnaire pour les consultations pharmaceutiques pour obtenir une EC par ‘Community Pharmacy Scotland’</b> .....	<b>10</b>
<b>Annexe n°6 : Recommandation des dispensations des EC par la NICE pour les femmes de moins de 25 ans publié en 2014</b> .....	<b>12</b>
<b>Annexe n°7 : Études Natsal par année de naissance des participants</b> .....	<b>14</b>

## Annexe n°1 : Formulaire pour les évaluer les compétences de Fraser développées par le 'Gloucestershire Local Pharmaceutical Commitee'

Information for all Community Pharmacy Staff - issued Oct 2012



### FRASER GUIDELINES

## What are the Fraser guidelines?

When deciding whether a child is mature enough to make decisions, people often talk about whether a child is 'Gillick competent' or whether they meet the 'Fraser guidelines'.

Gillick competency and Fraser guidelines refer to a legal case which looked specifically at whether doctors should be able to give contraceptive advice or treatment to under 16-year olds without parental consent. But since then, they have been more widely used **to help assess whether a child has the maturity to make their own decisions and to understand the implications of those decisions.**

In 1982 Mrs Victoria Gillick took her local health authority (West Norfolk and Wisbech Area Health Authority) and the Department of Health and Social Security to court in an attempt to stop doctors from giving contraceptive advice or treatment to under 16-year-olds without parental consent.

The case went to the High Court where Mr Justice Woolf dismissed Mrs Gillick's claims. The Court of Appeal reversed this decision, but in 1985 it went to the House of Lords and the Law Lords (Lord Scarman, **Lord Fraser** and Lord Bridge) ruled in favour of the original judgment delivered by Mr Justice Woolf:

*"...whether or not a child is capable of giving the necessary consent will depend on the child's maturity and understanding and the nature of the consent required. The child must be capable of making a reasonable assessment of the advantages and disadvantages of the treatment proposed, so the consent, if given, can be properly and fairly described as true consent."*

#### **The Fraser Guidelines (relating to contraception)**

1. The young person understands the advice being given.
2. The young person cannot be convinced to involve parents/carers or allow the medical practitioner to do so on their behalf.
3. It is likely that the young person will begin or continue having intercourse with or without treatment/contraception.
4. Unless he or she receives treatment/contraception their physical or mental health (or both) is likely to suffer.
5. The young person's best interests require contraceptive advice, treatment or supplies to be given without parental consent.

## COMMUNITY PHARMACY LOCALLY ENHANCED SERVICES

### FOR CLIENTS WHO ARE BELIEVED TO BE UNDER 16 YEARS OF AGE

Any Pharmacy Staff having a discussion with the young person should gently explore the following issues at each consultation. This should be fully documented and should include an assessment of the young person’s maturity, and whether they are acting voluntarily.

YOUR ASSESSMENT OF FRASER	YES	NO
Understanding of advice given		
<i>e.g: understands the service they are accessing, understands what actions they need to take during or following access to the service.</i>		
<b>Notes:</b> (please record discussion)		
Encouraged to involve parent / carer		
<i>e.g: client not prepared to talk to parent/carer at this time but will try to do so in due course. May be able to discuss with another responsible adult. Any coercion?</i>		
<b>Notes:</b>		
The effect of physical or mental health of young person if advice / treatment withheld		
<i>e.g: advice/ treatment/ service is needed now, to ensure their wellbeing.</i>		
<b>Notes:</b>		
Action in the best interest of the young person		
<i>e.g: providing the professional service/ advice at this time is in the best interest of the client, regardless of parental consent.</i>		
<b>Notes:</b>		

If the answer to each of these questions is ‘YES’ then the service may be supplied.

If a child is not competent to give consent i.e. a ‘NO’ to the questions, you should seek consent from a person with “parental responsibility” (this will often, but not always, be the child’s parent/ carer).

Pharmacist’s/ Staff member’s Signature: ... ..

Date: ... ..

Client’s Name ... ..

Service Provided ... ..

*Please retain this completed document for your record /service file – electronically or as hard copy*

## Annexe n°2 : Classification des 'controlled drugs'

Tableau classification des « controlled drugs »		
Classe A	Classe B	Classe C
Alfentanil, cocaïne, diamorphine chlorhydrate (héroïne), dipipanone chlorhydrate, fentanyl, lysergide (LSD), methadone chlorhydrate, 4-methylenedioxyamfetamine (MDMA, 'ecstasy'), morphine, opium, oxycodone chlorhydrate, pethidine chlorhydrate, phencyclidine, remifentanyl, et les classe B quand ils sont injectés	Amphétamines orales, barbituriques, cannabis, Stavinex®(THC et CBD), codéine phosphate, dihydrocodéine tartrate, ethylmorphine, glutéthimide, ketamine, nabilone, pentozocine, phenmetrazine et pholcodine	Certains médicaments contenant des substances dérivées des amphétamines comme le benzfetamine et le chlorphentermine, buprenorphine, mazindol, meprobamate, pemoline, pipradrol, la plupart des benzodiazépines, tramadol chlorhydrate, zaleplon, zolpidem tartrate, zopiclone, androgénic et stéroïde anabolisant, clenbuterol, hormone chorionique gonadotrope, somatotropin, somatrem, somatropone, gabapentin et pregabaline



## Annexe n°3 : Recommandations de la FSRH publiées en 2017 relatives aux indications des EC

Tableau 1 : Indication générale des EC

Méthodes (appellation en français / appellation en anglais)	Classification	Recommandation dose et utilisation	Indication
Dispositif intra-utérin en cuivre (DIU cuivre) / <i>Copper intrauterine device</i> (Cu-IUD)	Dispositif contraceptif intra-utérin	Le DIU est conservé jusqu'à ce que la grossesse soit exclue (par exemple le début de la prochaine période menstruelle) ou peut être conservé pour une contraception continue	Dans les 5 jours (120 heures) après le premier rapport sexuel non protégé au cours d'un cycle ou jusqu'à 5 jours après la plus probable date d'ovulation calculée
Lévonorgestrel contraceptif d'urgence / <i>levonogestrel EC</i> LNG-EC	Progestatif	1,5 mg en une prise unique	AMM pour utilisation dans les 72 heures après un rapport sexuel non protégé ou un échec de la contraception utilisée
Ulipristal acétate contraceptif d'urgence / <i>UPA-EC</i> EC (UPA-EC)	Modulateur des récepteurs à la progestérone	30 mg en une prise unique	AMM pour utilisation dans les 120 heures après un rapport sexuel non protégé ou un échec de la contraception utilisée

Tableau 2 : Méthodes d'EC proposées en fonction de la situation conduisant à l'échec de la contraception

Méthodes de contraception	Situation conduisant à un échec de contraception	Indication de contraceptif d'urgence
Contraceptifs hormonaux continus	Absence d'utilisation méthode de précaution additionnelle en début de mise en place de méthode continue	Rapport sexuel non protégé ou défaillance de la précaution additionnelle pendant la période qui nécessite des précautions supplémentaires, comme indiqué dans les directives de l'UE.
Dispositif transdermique (patch) hormonaux œstrogéniques ou anneaux vaginaux œstrogéniques	Dispositif transdermique ou anneau détaché depuis plus de 48h  Prolongation de l'intervalle sans patch ou sans anneau > 48h	Le contraceptif d'urgence est indiqué si le patch ou l'anneau sont retirés dans la première semaine et qu'un rapport sexuel non protégé est eu lieu ou échec de la mesure additionnel pendant l'intervalle libre sans dispositif (ILSD) ou en semaine 1  Si la période de ILSD est allongée, un DIU en cuivre doit être proposé jusqu'à 13 jours après le début de ILSD, en supposant une utilisation antérieure parfaite  Si un contraceptif combiné oral a été utilisé dans les 7 jours avant la contraception d'urgence, l'efficacité de l'UPA-EC pourrait théoriquement être réduite. Envisager l'utilisation du levonorgestrel.
Contraceptif combiné oraux (comprimé monophasique contenant de l'éthinylestradiol)	Oubli de comprimé (si deux ou plus de comprimés ont été oubliés)	Contraception d'urgence est indiquée si l'oubli de comprimé se trouve dans la semaine 1 et qu'il y a un rapport sexuel non protégé ou défaillance des mesures barrières pendant la phase sans hormone ou la semaine 1.  Si la phase sans hormones est prolongée (équivalent à l'oubli de comprimé en semaine 1), un DIU-cuivre peut être proposé jusqu'à 13 jours après le premier jour présumé de la phase sans hormones ; en supposant que la prise fut correcte pendant le cycle précédent.  Si le contraceptif combiné oral a été pris dans les 7 jours précédant le contraceptif d'urgence, l'efficacité de l'UPA-EC pourrait théoriquement être réduite. Envisager l'utilisation du levonorgestrel.
Contraceptif combiné oraux, contraceptif progestatif et implant progestatif	Échec d'utilisation d'une contraception additionnelle en cas d'utilisation d'inducteurs du métabolisme hépatique ou jusqu'à 28	Le contraceptif d'urgence est indiqué en cas d'un rapport sexuel non protégé ou de défaillance de la barrière pendant, dans les 28 jours suivant l'utilisation de médicaments inducteur du métabolisme hépatiques. Proposez un DIU-cuivre (non affecté par les médicaments

	jours après leurs utilisations	induisant des enzymes hépatiques) ou une double dose (3 mg) de levonorgestrel. L'UPA-EC n'est pas recommandée dans cette situation.
Les contraceptifs progestatifs	Prise retardée ou oubliée de prise de comprimé (> 27 h par rapport à la dernière prise de progestatif traditionnel ou >36h par rapport à la prise de comprimé de désogestrel)	<p>Le contraceptif d'urgence est indiqué si la prise d'un comprimé fut retardée ou oubliée et associée à un rapport sexuel non protégé ou défaillance de la contraception additionnelle avant que l'efficacité n'ait été rétablie (c'est-à-dire 48 heures après le redémarrage).</p> <p>Il est impossible de prévoir avec précision le moment de l'ovulation après l'oubli d'une pilule. Un DIU-cuivre peut être proposé jusqu'à 5 jours après le premier rapport sexuel non protégé suivant l'oubli du comprimé progestatif.</p> <p>Si le contraceptif combiné oral a été pris dans les 7 jours précédant le contraceptif d'urgence, l'efficacité de l'UPA-EC pourrait théoriquement être réduite. Envisager l'utilisation du levonorgestrel.</p>
Progestatifs injectables	Retard dans l'injection (>14 semaines après la dernière injection de DMPA ou médroxyprogestérone acétate)	<p>Le contraceptif d'urgence est indiqué s'il y a eu un rapport sexuel non protégé ou défaillance de la contraception additionnelle lorsque :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- &gt;14 semaines après la dernière injection de DMPA</li> <li>- Dans les 7 jours suivant la toute première injection</li> </ul> <p>Il est impossible de prévoir avec précision le moment de l'ovulation après expiration de la dernière injection de progestatif. Un DIU-cuivre peut être proposé jusqu'à 5 jours après le premier rapport sexuel non protégé suivant &gt;14 semaines après la dernière injection de DMPA.</p> <p>L'efficacité de l'UPA-EC pourrait théoriquement être réduite. Envisager l'utilisation du levonorgestrel.</p>
Implants progestatifs	Expiration de l'implant	<p>Le contraceptif d'urgence est indiqué si l'implant a expiré et</p> <p>associé à un rapport sexuel non protégé ou défaillance de la contraception additionnelle. L'efficacité de l'UPA-EC en présence d'un progestatif provenant d'un implant récemment expiré est inconnue. Envisager l'utilisation du levonorgestrel</p>

<p>DUI en cuivre ou DUI hormonaux</p>	<p>Retrait sans remplacement immédiat ; expulsion partielle ou complète du DUI ; disparition ou localisation du DUI inconnu</p>	<p>Si le rapport sexuel non protégé a eu lieu dans les 7 jours avant le retrait, perforation ou expulsion complète/partielle. Une contraception orale d'urgence est recommandée. En fonction du moment où le rapport sexuel non protégé et du temps écoulé depuis que le stérilet a été posé correctement, il peut être approprié de poser un autre stérilet en cuivre en tant que contraceptif d'urgence.</p>
---	---	--

## Annexe n°4 : DIU en cuivre ayant une disponible au R.-U.

	Largeur utérine en cm	Remplacer le dispositif tous les - années
Ancora® 375 CU	>6,5 cm	5 ans
Copper T380 A®	6,5 – 9 cm	10 ans
FLEXI-T® 300	>5 cm	5 ans
FLEXI-T®+ 380	>6 cm	5 ans
GYNEFIX®	Toutes tailles	5 ans
IUB Ballerine Midi®	>6 cm	5 Ans
Load® 375	>7 cm	5 Ans
Mini TT380® SLIMLINE	Pour les utérus d'au moins 5 cm de largeur	5 Ans
Multi-safe® 375	6-9 cm	5 Ans
Multiload® CU375	6-9 cm	5 Ans
Neo-safe® T 380	6,5 – 9 cm	5 Ans
Nova-T® 380	6,5 – 9 cm	5 ans
Novaplus T 380® AG	« Mini » taille pour les utérus d'au moins 5 cm de largeur « Normal » taille pour les utérus de largeur entre 6,5-9 cm	5 Ans
Novaplus T 380® CU	« Mini » taille pour les utérus d'au moins 5 cm de largeur « Normal » taille pour les utérus de largeur entre 6,5-9 cm	5 Ans
T-safe® 380A QL	6,5 – 9 cm	10 Ans
TT380® Slimline	6,5 – 9 cm	10 Ans
UT380 Short®	5-7 cm	5 Ans
UT380 Standard®	6,5 – 9 cm	5 ans

## Annexe n°5 : Questionnaire pour les consultations pharmaceutiques pour obtenir une EC par 'Community Pharmacy Scotland'



### **EMERGENCY CONTRACEPTION PROFORMA**

<b>DATE:</b>		<b>CLIENT NAME:</b>	
<b>CHI:</b>		<b>AGE:</b>	

### PHARMACY STAMP

<b>If 13, 14, 15 YEARS OLD</b>		
<i>Explain confidentiality and limits</i>		
<i>Who is with the ?</i>	<i>Who knows where the patient is?</i>	
<i>Hold old is partner?</i>	<i>Lives with family / friends / in care / homeless</i>	
<i>Attends school</i> Y / N	<i>Concerns drugs / alcohol?</i> Y / N	
<i>Concerns re. coercion, assault, abuse or exploitation? Y / N</i>		
<b>COMPETENT TO CONSENT</b>	Yes	
	<i>Not competent / under 13 yrs old / child protection issues</i>	<i>Inform Police</i>

<i>Last Menstrual Period:</i>	<i>Normal?</i>	<i>Y/n</i>	<i>Cycle</i>	<i>(days)</i>	<i>Regular?</i>	<i>Y/n</i>
<i>Pregnancy test</i>	<i>Not done</i>		<i>Negative</i>		<i>Positive</i>	
<i>(Do test if period late or LMP unsure or LMP unusual)</i>						
<b>Circumstances</b>	<i>UPSI</i>	<i>Contraceptive failure</i>			<i>Other:</i>	

**When was the first UPSI since the start of the last period or since hormonal method failure?**

Date	TIME		
Hours since day in cycle of first UPSI		<b>NO</b>	<b>YES</b>
			72 hours since first UPSI Consider Ulipristal acetate
Any EC already this cycle?			Advise patient about decreased efficacy
Sexual assault?			If assault refer to local guidelines
Previous vomit with EC?			Consider repeat dose
<b>Medical history:</b>			
Known allergy to Levonorgestrel			If YES Consider Ulipristal acetate or Refer
Severe hepatic dysfunction			If YES Refer
Severe absorption difficulties			If YES Refer
Porphyria			If YES Refer
Severe malabsorption syndrome			If YES Refer
Unexplained vaginal bleeding			If YES Refer
On interacting medication			If YES Consider Ulipristal acetate or refer
Enzyme inducing medication			If YES, refer for IUD or double dose EC

**(Refer to current BNF)**

Conception risk for a 25 yr old after 1 episode of UPSI	
Days 8-17	20-30% risk of pregnancy
Days 1-7 and >17	2-3% risk of pregnancy

<b>Postcoital contraception options</b>
Copper IUD up to 120 hrs after UPSI / or 120hrs after predicted ovulation - Refer

Ulipristal up to 120 hours - Consider use
LNG-EC 72 – 120 hours (off licence) - Refer
Both oral and iud emergency contraception discussed

**Planned treatment**

Referred for CU-IUD and provided with EC		Too late for tablets but declines IUD or Ulipristal	
Provided with Ulipristal		Too late for any EC	
		No EC needed at all	
LNG-EC 1500 mcg as single dose (PGD supply)		Details:	
LNG-EC 3 mg single dose (enzyme inducers) (Weight > 70kg / BMI >26(PGD supply- off licence)			
Referred for STI testing Referred for Contraceptive Advice:			

**Current contraception**

Patch      COC      POP      Injection      Implant      IUD/S      Other

Continue pills / patch + condoms too for 7 days Start pills / patch first day of next period

**Advice checklist**

How to take tablets		Failure rate
Action if vomits within 2 hours		Pregnancy test in 3 weeks unless normal
Next period may be early/late		If LNG-EC fails not harmful to pregnancy
Return if further UPSI		Written information on access to regular
May be light bleeding next few days, don't count as period		

**Sexually transmitted infection**

STI risk discussed	14 day window period for Chlamydia, and Gonococcal swabs	1-3 month window period for Syphilis, Hepatitis B, C, HIV
--------------------	--	---

Provide written information on STI testing services

**LNG-EC OR UPA Supply**

SIGNATURE OF PHARMACIST PRINT NAME	DATE	UPA-EC Supplied <input type="checkbox"/>
		LNG-EC Supplied <input type="checkbox"/>
		Batch Number _____
		Expiry Date _____
SIGNATURE OF PATIENT PRINT NAME	DATE	I consent to the supply of emergency contraception <input type="checkbox"/>
		I consent to the recording and sharing of my data <input type="checkbox"/>

## Annexe n°6 : Recommandation des dispensations des EC par la NICE pour les femmes de moins de 25 ans publié en 2014

### **Recommendation 9 Providing emergency contraception:**

#### Whose health will benefit?

Young women up to the age of 25.

#### Who should take action?

Managers, doctors, nurses (including school nurses), pharmacists and reception staff working in: contraceptive services, schools, primary and community care, acute and emergency services, pharmacies, maternity services, walk-in centres and voluntary and private sector health services.

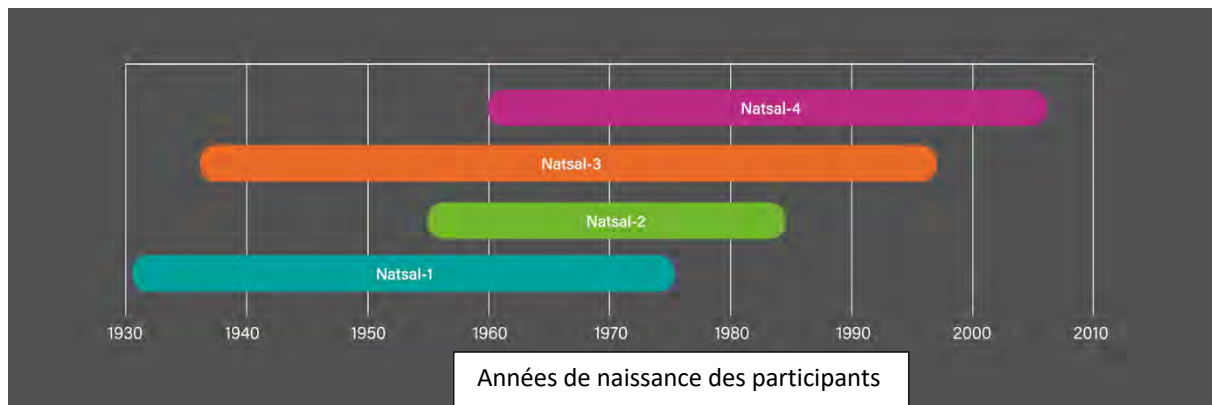
#### What action should they take?

- Establish patient group directions (PGDs) and local arrangements to ensure all young women can easily obtain free oral emergency contraception.
- Ensure young women (and young men) know where to obtain free emergency contraception.
- Inform young women that an intrauterine device is a more effective form of emergency contraception than the oral method and can also be used on an ongoing basis.
- Ensure young women have timely access to emergency contraception using an intrauterine device.
- Ensure young women who are given oral emergency contraception are:
  - advised that this needs to be used as soon as possible after sex and that it is only effective if taken within a limited time
  - advised that other methods are more effective and reliable as a primary method of contraception
  - encouraged to consider and choose a suitable form of contraception for their future needs
  - referred to, or given clear information about, local contraceptive services
  - offered immediate referral for an intrauterine device, if they choose this method



- advised where they can obtain a free, confidential pregnancy test with same-day results.
- Ensure all health professionals providing oral emergency contraception are aware that they can provide this to young women aged under 16 without parental knowledge or consent, in accordance with best practice guidance<sup>[1]</sup>. Also ensure they are aware that they have a duty of care and confidentiality to young people under the age of 16.
- Health professionals, including pharmacists, who are unwilling (or unable) to provide emergency contraception should give young women details of other local services where they can be seen urgently.
- Ensure arrangements are in place to provide a course of oral emergency contraception in advance, in specific circumstances where the regular contraceptive method being used, for example condoms or the pill, is subject to 'user failure'.

## Annexe n°7 : Études Natsal par année de naissance des participants



## **English summary and titles**

### **Titles:**

Emergency contraception among young people in the United-Kingdom

### **Summary:**

Young people and adolescents in the United Kingdom (U.-K.) have one of the highest risks of unintended pregnancy in Europe. Unintended pregnancies cause stress and pain for young mothers and their children and could lead to an abortion in the majority of case. One of the health policies to reduce these effects is the over-the-counter sale of oral emergency contraception (EC) in pharmacies. In the vast majority of cases, the use of EC is linked to the absence of contraception and condom failure. Adolescents' use of ECs is influenced by external factors such as substance abuse, negative psychological experiences and socioeconomic factors. Although well tolerated, they are less effective than continuous methods of contraception. Copper IUDs are the first-line EC, because of their high efficacy, but they are less accepted and present more risks. The availability of ECs in pharmacies has made it easier for women to obtain them when needed. The current data does not show that availability of ECs is link to the decline of youth pregnancy. They also provide an opportunity for health professionals to promote Sexually Transmitted Infection screening and detection of sexual violence. Furthermore, the U.-K. is implementing new public health measures like a progestin-only continuous contraceptive available in pharmacies without prescription and new programmes of relationship and sex education to reduce unwanted pregnancies in youth population. Further, clinical trials on male hormonal contraception methods are currently performed and this type of contraception could be an interesting way from a public health point of view.

### **Keywords:**

Emergency contraception; unwanted pregnancies; over-the-counter contraception; adolescents and young adults; United Kingdom; abortion; relationship and sex education; STI screening; sexual violence detection

## Résumé :

Les jeunes filles au Royaume-Uni (R.-U.) sont associées à un risque de grossesse non désirée le plus important d'Europe. Ces grossesses sont source de souffrances et sont coûteuses pour la société. Afin d'en réduire le nombre, la dispensation sans ordonnance des médicaments de contraception d'urgence (EC) orales en pharmacie a été mise en place. L'utilisation des EC chez les adolescents est liée à l'absence de contraception et à l'échec du préservatif. Ces produits sont bien tolérés mais moins efficaces que les méthodes de contraception continue. Les DIU en cuivre sont recommandés en première intention chez les adolescentes car plus efficaces, mais ils sont moins acceptés et présentent plus de risques. La disponibilité des EC dans les pharmacies en a facilité l'accès sans démontrer qu'elle était responsable de la baisse du nombre de grossesse chez les jeunes. Cependant, leur délivrance donne l'occasion de promouvoir le dépistage des infections sexuellement transmissibles et la détection des victimes de violences sexuelles. Le R.-U. poursuit ses efforts avec de nouvelles mesures comme la dispensation sans ordonnance d'une contraception continue progestative, la réalisation de nouveaux programmes d'éducation relationnelle et sexuelle.

### MOTS-CLES :

Contraception d'urgences; grossesses non désirées; contraception sans ordonnance ; adolescents et jeunes adultes ; Royaume-Uni; avortement ; éducation relationnelle et sexuelle ; dépistage des IST ; détection des violences sexuelles

### INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Faculté des Sciences Pharmaceutiques

31062 TOULOUSE cedex 9

Directeur de thèse ( Nom et Prénom ): Professeur Florence TABOULET