



**HAL**  
open science

# Perception de la contraception orale par l'adolescente âgée de 15 à 20 ans : enquête réalisée auprès de 192 lycéennes de la région grenobloise sous traitement contraceptif

Magali Ducroz, Virginie Vuarchex

► **To cite this version:**

Magali Ducroz, Virginie Vuarchex. Perception de la contraception orale par l'adolescente âgée de 15 à 20 ans : enquête réalisée auprès de 192 lycéennes de la région grenobloise sous traitement contraceptif. Sciences pharmaceutiques. 2002. dumas-01578707

**HAL Id: dumas-01578707**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01578707>**

Submitted on 29 Aug 2017

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :  
[bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr](mailto:bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



2<sup>e</sup> exemplaire

UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER  
FACULTÉ DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Année : 2002

Numéro d'ordre :

7011

**PERCEPTION DE LA CONTRACEPTION ORALE PAR  
L'ADOLESCENTE ÂGÉE DE 15 À 20 ANS.  
ENQUÊTE RÉALISÉE AUPRÈS DE 192 LYCÉENNES DE LA  
RÉGION GRENOBLOISE SOUS TRAITEMENT CONTRACEPTIF**

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN PHARMACIE  
DIPLOME D'ÉTAT

**Magali DUCROZ**

**Virginie VUARCHEX**

*[Données à caractère personnel]*

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE GRENOBLE  
LE 19 AVRIL 2002

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

**Président du jury** : M. le Professeur Jean CALOP

**Membres** :

Mme Diane GODIN-RIBUOT

M. Serge BOTTARI

M. Yves CARLET



**UNIVERSITE JOSEPH FOURIER**  
**FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE**  
 Domaine de la Merci 38700 LA TRONCHE

Doyen de la Faculté

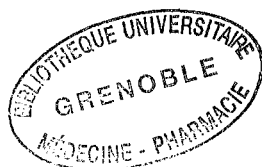
M. le Professeur P. DEMENGE

Vice Doyen

M. le Professeur J. CALOP

**PROFESSEURS DE PHARMACIE**

<b>ALARY</b>	<i>Josette</i>	<i>Chimie Analytique</i>
<b>BAKRI</b>	<i>Abdelaziz</i>	<i>Pharmacie Galénique</i>
<b>BENOIT-GUYOD</b>	<i>Jean-Louis</i>	<i>Chimie Toxicologie et Eco-toxicologie</i>
<b>CALOP</b>	<i>Jean</i>	<i>Pharmacie Clinique et Bio-technique</i>
<b>CUSSAC</b>	<i>Max</i>	<i>Chimie Thérapeutique</i>
<b>DECOUT</b>	<i>Jean-Luc</i>	<i>Chimie Générale</i>
<b>DEMENGE</b>	<i>Pierre</i>	<i>Physiologie/Pharmacologie</i>
<b>DROUET</b>	<i>Emmanuel</i>	<i>Microbiologie-Immunologie</i>
<b>FAVIER</b>	<i>Alain</i>	<i>Biochimie</i>
<b>GOULON</b>	<i>Chantal</i>	<i>Physique-Pharmacie</i>
<b>GRILLOT</b>	<i>Renée</i>	<i>Parasitologie</i>
<b>MARIOTTE</b>	<i>Anne-Marie</i>	<i>Pharmacognosie</i>
<b>RIBUOT</b>	<i>Christophe</i>	<i>Physiologie-Pharmacologie</i>
<b>ROUSSEL</b>	<i>Anne-Marie</i>	<i>Biochimie</i>
<b>SEIGLE-MURANDI</b>	<i>Françoise</i>	<i>Botanique et Cryptogamie</i>
<b>STEIMAN</b>	<i>Régine</i>	<i>Biologie Cellulaire</i>
<b>WOUESSIDJEWÉ</b>	<i>Denis</i>	<i>Pharmacie Galénique</i>



UNIVERSITE JOSEPH FOURIER  
 FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE  
 Domaine de la Merci 38700 LA TRONCHE

Doyen de la Faculté

M. le Professeur P. DEMENGE

Vice Doyen

M. le Professeur J. CALOP

MAITRES DE CONFÉRENCE DE PHARMACIE

ALDEBERT	Delphine	Parasitologie
ALLENET	Benoit	Pharmacie Clinique
BARTOLI	Marie-Hélène	Pharmacie Clinique et Biotech.
BOUMENDJEL	Ahcène	Pharmacognosie
BURMEISTER	Wilhelm	Physique
CARON	Cécile	Biologie Moléculaire
CHARLON	Claude	Chimie Pharmacie
DELETRAZ	Martine	Droit Economie pharmaceutique
DIJOUX-FRANCA	M.-Geneviève	Pharmacognosie
DURMORT-MEUNIER	Claire	Virologie moléculaire structur
ESNAULT	Danielle	Chimie Analytique
FAURE	Patrice	Biochimie C
FAURE-JOYEUX	Marie	Physiologie-Pharmacologie.
FOUCAUD-GAMEN	Jacqueline	Bactériologie-Virologie.
GEZE	Annabelle	Pharmacotechnie Galénique
GILLY	Catherine	Chimie Thérapeutique
GUIRAUD	Pascale	Biologie cellulaire
GROSSET	Catherine	Chimie analytique
HININGER-FAVIER	Isabelle	LBSO-Biochimie C
KRIVOBOK	Serge	Botanique-Cryptogamie
MORAND	Jean-Marc	Chimie thérapeutique
NICOLLE	Edwige	Chimie organique
PERA	Marie-Hélène	Chimie organique
PEYRIN	Eric	Chimie Analytique Alimentaire
PINEL	Claudine	Parasitologie
RAVEL	Anne	Chimie Analytique
RIBUOT	Diane	Physio. Pharmaco
RICHARD	Jean-Michel	Chimie Toxico-Ecotoxicologie
RIONDEL	Jacqueline	Physiologie Pharmacologie
TAILLANDIER	Georges	Chimie organique
VILLEMAMIN	Danièle	Physique Pharmacie
VILLET	Annick	Chimie analytique

**UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER  
FACULTÉ DE PHARMACIE DE GRENOBLE**

Année : 2002

Numéro d'ordre :

**PERCEPTION DE LA CONTRACEPTION ORALE PAR  
L'ADOLESCENTE ÂGÉE DE 15 À 20 ANS.  
ENQUÊTE RÉALISÉE AUPRÈS DE 192 LYCÉENNES DE LA  
RÉGION GRENOBLOISE SOUS TRAITEMENT CONTRACEPTIF**

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN PHARMACIE  
DIPLOME D'ÉTAT

**Magali DUCROZ**

**Virginie VUARCHEX**

*[Données à caractère personnel]*

**THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE GRENOBLE**

**LE 19 AVRIL 2002**

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

**Président du jury :** M. le Professeur Jean CALOP

**Membres :**

Mme Diane GODIN-RIBUOT

M. Serge BOTTARI

M. Yves CARLET

# REMERCIEMENTS

**AUX MEMBRES DU JURY :****Monsieur le Professeur Jean CALOP**

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter le sujet de cette thèse et d'en accepter la présidence.

Veillez trouver ici, l'assurance de notre très sincère reconnaissance et de notre plus profond respect.

**Madame Diane GODIN-RIBUOT**

Vous nous avez fait le plaisir de diriger cette thèse ; nous vous remercions pour votre disponibilité et votre dynamisme.

Veillez accepter notre plus profonde reconnaissance.

**Monsieur Serge BOTTARI**

Vous avez accepté de juger ce travail et de participer au jury de cette thèse.

Veillez accepter nos sincères remerciements.

**Monsieur Yves CARLET**

Nous vous remercions de participer au jury de cette thèse et d'évaluer ce travail.

Veillez trouver l'expression de nos sincères remerciements.



**POUR LEUR AIDE :**

**Madame VALLET et Madame PROFIT**, pour leur gentillesse et leur disponibilité

**Madame CLAUZEL**, pour la réalisation pratique du questionnaire.

**Messieurs les Chefs d'Établissements**, pour avoir accepté notre présence au sein des lycées.

Les membres du **Centre Médico-Social de la Femme** et du **Planning Familial de Grenoble**.

Qu'ils trouvent ici l'expression de notre plus profonde reconnaissance.

**À NOS FAMILLES**

Nous vous remercions pour vos encouragements et votre soutien tout au long de nos études. Nous vous dédions ce travail.

**À NORICK ET YANNICK**

Pour votre aide logistique, votre esprit critique, votre patience et votre gestion du stress... nous vous remercions.

**À MONSIEUR ET MADAME GOURIER**

Mes séjours dans votre Pharmacie m'ont donné goût pour ce métier.

Je vous suis reconnaissante pour toutes vos gentillesse...

# INTRODUCTION

## INTRODUCTION

La loi Neuwirth de 1967, autorisant la fabrication et la diffusion des contraceptifs ainsi que l'accès aux mineurs, a permis aux femmes d'acquérir une certaine indépendance et de mieux gérer leur vie sexuelle. La pilule œstroprogestative avec un indice de Pearl\* compris entre 0,15 et 0,45, est actuellement le moyen de contraception le plus employé chez les femmes entre quinze et quarante-quatre ans.

Cependant, 220 000 interruptions volontaires de grossesse (IVG) sont encore pratiquées en France chaque année, avec une légère augmentation pour les femmes jeunes. 30 % des IVG concernent des femmes âgées de moins de vingt-cinq ans, laissant penser qu'un problème subsiste dans la prise en charge de la contraception. Des études menées sur des femmes âgées de quinze à quarante ans, mettent en avant que 10 % des IVG font suite à une utilisation incorrecte de la pilule œstroprogestative.

Lors de nos expériences en officine, nous avons pu constater que la prise de pilule est parfois banalisée chez les adolescentes : les examens médicaux ne sont pas pratiqués, l'observance est inconstante... A cette constatation, il faut rajouter un nombre croissant d'adolescentes qui fument et qui associent la contraception orale.

Nous avons donc souhaité dresser un état des lieux de la perception qu'ont les adolescentes de leur traitement contraceptif et ce, au travers d'un questionnaire abordant les différents aspects de ce sujet.

Avant d'aborder l'enquête proprement dite, nous vous proposons un résumé des connaissances et des pratiques actuelles sur la contraception hormonale.

\* L'indice de Pearl représente le nombre de grossesses observées au cours d'une contraception d'une durée de un an chez cent femmes, exprimé en pourcentage-année-femme

CONNAISSANCES ET  
PRATIQUES ACTUELLES DE  
LA CONTRACEPTION ORALE

# CONNAISSANCES ET PRATIQUES ACTUELLES DE LA CONTRACEPTION ORALE

## I. RAPPELS PHYSIOLOGIQUES

Le cycle reproducteur féminin, d'une durée moyenne de vingt-huit jours, englobe les cycles :

- ovarien : suite d'évènements associés à la maturation d'un ovule
- menstruel : suite d'évènements au niveau de l'endomètre.

On distingue différentes phases [50] :

### I.1. Phase menstruelle

Suite à la chute des taux d'œstrogènes et de progestérone, il se produit une desquamation de la couche fonctionnelle de l'endomètre.

D'autre part, au niveau de l'ovaire, en réaction à une élévation du taux d'hormone folliculostimulante (FSH), produite par l'adénohypophyse, des follicules primordiaux commencent à se développer en follicules primaires, puis en follicules secondaires. De faibles taux d'œstrogènes sont sécrétés par les follicules en maturation.

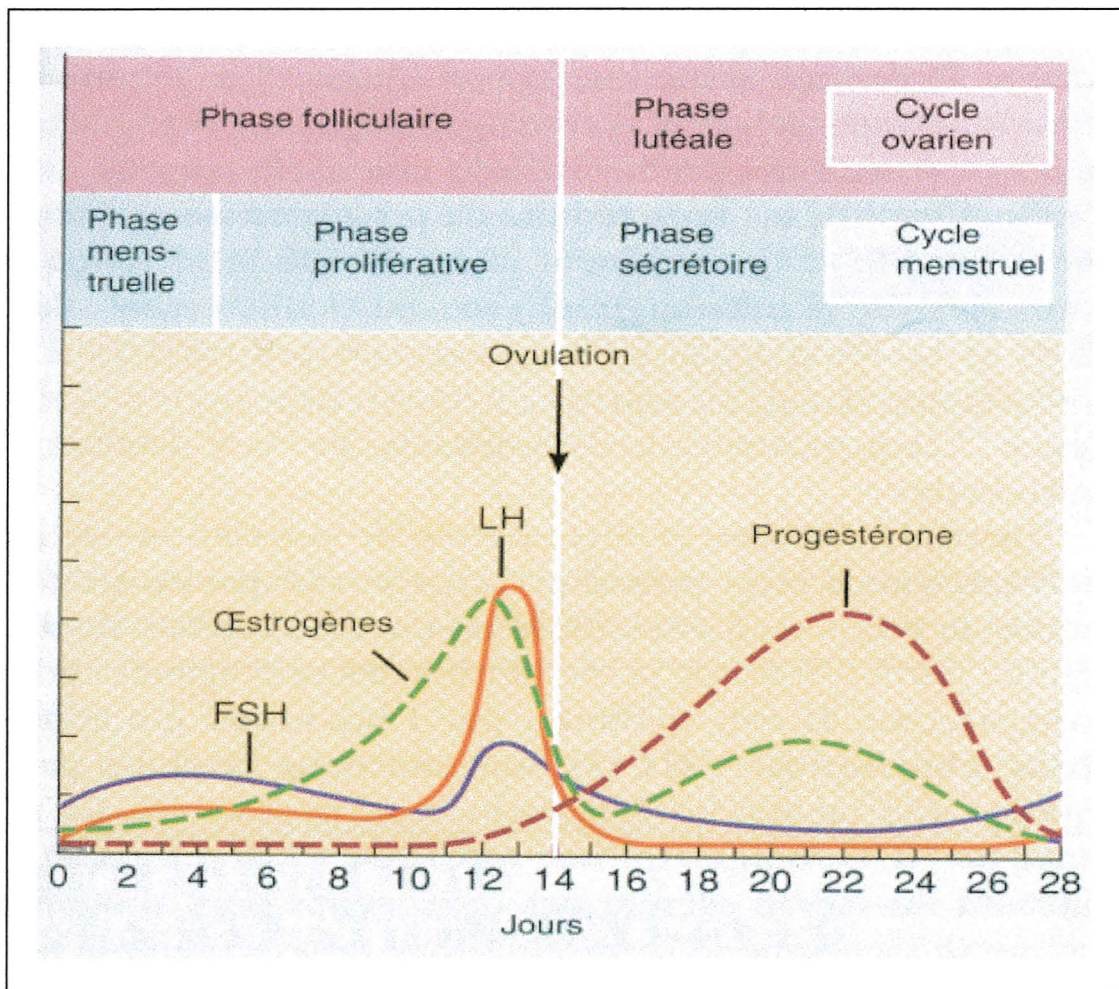
### I.2. Phase pré-ovulatoire

Le faible taux d'œstrogènes occasionne, par l'intermédiaire d'un rétrocontrôle négatif, une inhibition de la libération de FSH. Cette diminution a pour effet de bloquer la croissance des follicules secondaires au profit d'un seul : le follicule dominant qui évoluera en follicule de De Graaf ou follicule mûr. Cette croissance s'accompagne d'une sécrétion

plus importante en œstrogènes responsables de la prolifération endométriale et qui, à concentration élevée, vont stimuler l'adénohypophyse provoquant une libération d'hormone lutéinisante (LH).

### I.3. Phase ovulatoire ou ovulation

Consécutivement au pic de libération de LH, l'ovocyte sera expulsé dans les trompes de Fallope où il pourra être fécondé.

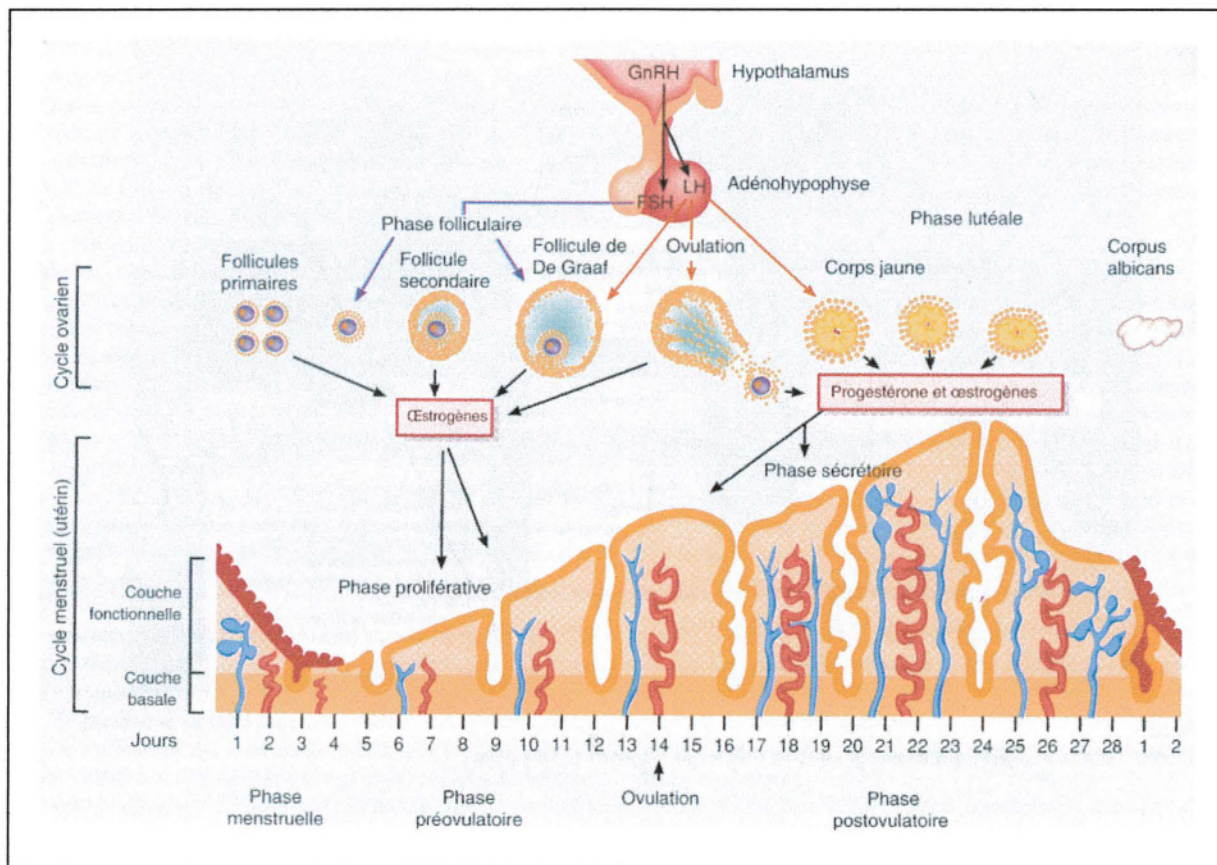


**Figure 1 : Concentrations relatives des hormones de l'adénohypophyse (FSH et LH) et des hormones ovariennes (œstrogènes et progestérone) au cours d'un cycle reproducteur féminin normal. [50]**

### I.4. Phase post-ovulatoire ou lutéale

Après l'ovulation, la sécrétion de LH stimule le développement du corps jaune qui produit en quantités croissantes de la progestérone et des œstrogènes. La progestérone prépare l'endomètre à recevoir un ovule fécondé.

Quand la fécondation et la nidation ne se produisent pas, les concentrations en progestérone et en œstrogènes inhibent la sécrétion de LH ; par conséquent, le corps jaune dégénère entraînant une diminution des taux en œstrogènes et en progestérone. Ceci déclenche le début d'une nouvelle période menstruelle.



**Figure 2 : Corrélation des cycles menstruel et ovarien avec les hormones de l'hypothalamus et de l'adénohypophyse [50]**

## II. CONTRACEPTIFS HORMONAUX

La contraception orale est actuellement la méthode la plus fréquemment utilisée chez les femmes entre quinze et quarante-neuf ans [54] ; en effet, elle associe efficacité et réversibilité immédiate à l'arrêt. D'après le *Baromètre Santé 2000* [10], 58,4 % des femmes qui utilisent un moyen de contraception déclarent utiliser la pilule : 75,1 % parmi les quinze/dix-neuf ans et 85,5 % parmi celles de vingt/vingt-cinq ans.

Elle est basée sur l'administration d'hormones de synthèse :

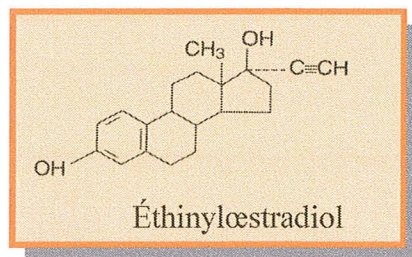
- les œstrogènes : utilisés en association,
- les progestatifs : utilisés seuls ou en association.

### II.1. Rôle des hormones

#### II.1.A Les œstrogènes [48]

Ils inhibent la sécrétion de FSH, empêchent la croissance et la maturation du follicule et donc l'ovulation.

Le seul utilisé dans les spécialités commercialisées en France est l'éthinylœstradiol.



L'avantage de ce composé versus les œstrogènes naturels est une activité antigonadotrope supérieure à faible dose.



### **II.1.B Les progestatifs [48]**

Les progestatifs de synthèse dérivent de la nortestostérone et sont également dotés d'une activité antigonadotrope très supérieure à celle de la progestérone naturelle : ce qui justifie leur emploi en contraception. En revanche, leur affinité pour le récepteur de la progestérone n'est pas exclusive et tous sont susceptibles de se lier également au récepteur des androgènes. C'est le comportement vis à vis de ce récepteur qui fait l'originalité de chaque progestatif et explique ses éventuels effets délétères.

Un objectif de la recherche pharmaceutique a donc été de développer de nouvelles molécules progestatives dans le but de réduire cette activité androgénique indésirable. Ainsi, les progestatifs les plus récents, dits de "troisième génération", ont une très faible affinité pour le récepteur des androgènes.

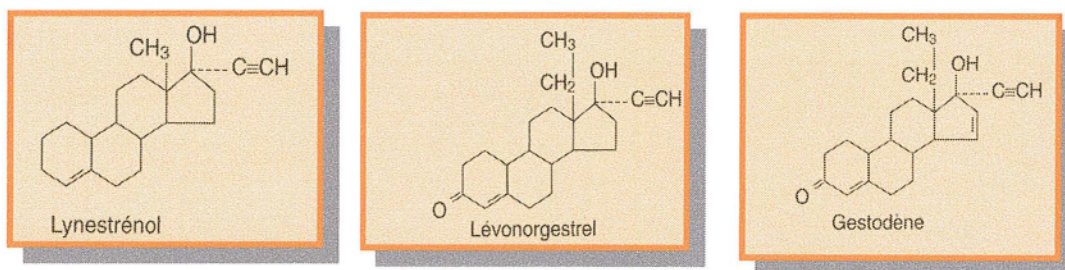
Un seul dérivé de la 17-hydroxyprogestérone est utilisé, il s'agit de l'acétate de cyprotérone.

<b>Première génération</b>	- Noréthistérone - Norgestriénone - Acétate de Noréthistérone - Lynestrénol
<b>Deuxième génération</b>	- Lévonorgestrel - Norgestrel
<b>Troisième génération</b>	- Désogestrel - Gestodène - Norgestimate

**Tableau I : Classification des progestatifs de synthèse dérivés de la nortestostérone**

Les progestatifs exercent à fortes doses un effet antigonadotrope puissant par rétrocontrôle négatif de l'axe hypothalamo-hypophysio-ovarien qui se trouve ainsi mis au repos sans ovulation possible.

A faibles doses, leur action sera périphérique sans action sur l'ovulation ; ils entraînent une modification des conditions intra-utérines : action sur la glaire cervicale (diminution de sécrétion et augmentation de la viscosité) et sur l'endomètre (atrophie de la muqueuse).



## II.2. Différentes méthodes contraceptives orales

Les contraceptifs oraux sont de différentes natures, en fonction des hormones utilisées, du dosage, du mode d'administration [6] [30] [33] [39].

On distingue :

### II.2.A Une méthode œstroprogestative

Elle consiste en une administration quotidienne pendant vingt-et-un jours :

✓ d'une *association combinée* d'un œstrogène (éthinyloestradiol) et d'un progestatif (variable selon les spécialités).

✓ d'une *association successive*, d'abord pendant une séquence de sept jours d'éthinylœstradiol seul, suivie de quinze jours d'une association d'œstrogène et de progestatif ; on parle alors de méthode séquentielle.

Ainsi, la méthode œstroprogestative associe plusieurs verrous de sécurité réduisant les risques de survenue d'une grossesse :

- Au niveau *hypothalamique* : absence de sécrétion d'hormone de libération des gonadostimulines (GnRH)
- Au niveau *hypophysaire* : freinage des sécrétions de FSH et LH
- Au niveau *ovarien* : suppression de la maturation folliculaire et de l'ovulation
- Au niveau de *l'endomètre* : atrophie de la muqueuse empêchant ainsi la nidation
- Au niveau de *la glaire cervicale* : modifications physico-chimiques la rendant hostile aux spermatozoïdes.

### **II.2.B Une méthode progestative seule**

Elle propose deux modes d'administration :

- ✓ *administration quotidienne* continue, sans interruption, d'un progestatif normodosé ou microdosé.
- ✓ *administration intra-musculaire* d'une forte dose de progestatif sous forme retard.

Chez les adolescentes, les œstroprogestatifs sont le plus fréquemment employés ; c'est pourquoi nous nous attarderons uniquement sur cette méthode.

### **II.3. Méthode œstroprogestative**

Auparavant, deux types d'administration étaient proposés : la combinée et la séquentielle. Seule la méthode combinée sera développée ici puisque le Vidal 2002 [53] ne comporte plus de spécialités avec une administration séquentielle.

#### **II.3.A La méthode combinée**

Elle consiste en l'administration quotidienne d'une association œstroprogestative, à raison d'une prise par jour pendant vingt-et- un jours consécutifs (en général), à partir du premier jour du cycle, soit le premier jour des règles ; puis un arrêt de sept jours déclenche une hémorragie de privation, mimant les règles [29] [31].

Cette méthode a l'avantage d'être simple et efficace ; en effet, l'indice de Pearl, qui représente le nombre de grossesses observées au cours d'une contraception d'une durée de un an chez cent femmes, exprimé en pourcentage-année-femme, est compris entre 0,15 et 0,45, correspondant à une efficacité correcte.

En fonction du dosage en éthinyloestradiol, on distinguera les préparations *normodosées*, contenant 50 µg, et les *minidosées* avec un taux variant de 15 µg à 35 µg. Seule une spécialité contenant 50 µg d'éthinyloestradiol est encore référencée dans le Vidal 2002 : Stédiril®.

Afin de respecter au mieux le cycle physiologique féminin, les préparations minidosées ont connu des évolutions importantes ; on trouve actuellement des présentations monophasiques, biphasiques et triphasiques [48].

✓ *Les monophasiques* : le dosage en stéroïdes est constant tout au long de la plaquette.

Elles présentent l'avantage d'être plus faciles à utiliser ; en effet, il n'y a pas de risque de se tromper dans l'ordre de prise mais elles peuvent cependant favoriser une atrophie de la muqueuse utérine.

✓ *Les biphasiques* : la composition des comprimés varie entre la première et la seconde partie de la plaquette et ce, à la fois pour l'éthinylœstradiol et les progestatifs. Les deux dosages sont facilement identifiables par leur enrobage de couleur distincte.

✓ *Les triphasiques* : le dosage en hormones varie trois fois au cours de la plaquette. Elles sont ainsi plus proches des variations hormonales physiologiques du cycle féminin et donc, provoquent moins de troubles trophiques de l'endomètre.

#### **II.4. Effets indésirables – Facteurs de risque**

La liste des effets indésirables rapportés à la prise de stéroïdes contraceptifs peut paraître longue ; la plupart sont négligeables chez la femme en bonne santé, mais sont susceptibles d'aggraver un état pathologique préexistant.

Il faut savoir que des risques existent, que des précautions permettent de les réduire, que tout prescripteur doit se tenir informé et respecter les règles de prudence qui se dégagent de l'expérience [33].

## **II.4.A Les risques propres à chaque composant**

### **II.4.A.a Les œstrogènes synthétiques**

Ils sont responsables de perturbations systémiques [30].

✓ *Incidence sur la tension artérielle* : on note un risque d'augmentation de la tension artérielle systolique et de la rétention sodée (impliquée dans l'apparition d'œdèmes et dans la prise pondérale), par augmentation du substrat-rénine.

✓ *Effets cardiovasculaires* : on note une augmentation du risque d'accidents vasculaires cérébraux, d'infarctus du myocarde et de phlébites.

✓ *Hypercoagulabilité* : l'agrégabilité plaquettaire, l'activité des facteurs de coagulation (VII, VIII, X) et le taux de fibrinogène sont augmentés ; les taux des inhibiteurs de la coagulation comme l'antithrombine III et la protéine S sont diminués.

Par contre, le processus de fibrinolyse est accentué ; ces deux mécanismes devraient donc en théorie s'équilibrer et ne pas induire de risque accru de thrombose chez les femmes ayant une hémostasie normale. En revanche, en cas d'anomalies congénitales ou acquises de l'hémostasie, il pourrait se produire un déséquilibre aboutissant à la thrombose.

✓ *Perturbations du métabolisme lipidique* : les variations sont doses-dépendantes. Les taux de triglycérides et de lipoprotéines de très basse densité (VLDL) augmentent ; ceci est dû à une synthèse hépatique accrue des lipoprotéines. De plus, on observe une élévation modérée non significative des lipoprotéines de haute densité (HDL) qui est la conséquence d'une synthèse majorée et d'une diminution de leur dégradation.

Pour des teneurs en éthinylœstradiol comprises entre 20 et 35 µg, les concentrations de cholestérol total et de lipoprotéines de basse densité (LDL) sont peu modifiées.

✓ *Perturbations du métabolisme glucidique* : l'éthinylœstradiol perturbe la tolérance au glucose (surtout à fortes doses) par induction d'une résistance à l'insuline, c'est pourquoi il semble posséder un effet diabétogène.

✓ *Modifications hépato-biliaires* : l'éthinylœstradiol provoque une altération de l'excrétion biliaire : on note donc une augmentation du risque d'ictère (cholestatique), de lithiase biliaire. Le risque de tumeurs hépatiques (adénomes, cancers) et de syndromes d'occlusion portale est également augmenté.

✓ *Troubles psychiques* : ils peuvent entraîner des phénomènes d'anxiété, d'irritabilité voire de dépression.

#### II.4.A.b Les progestatifs

Les effets cités ci-dessous concernent les progestatifs utilisés seuls et à fortes doses. A noter que dans les spécialités œstroprogestatives, leur dosage étant plus faible, ces effets sont mineurs [30].

✓ *Perturbations du métabolisme lipidique* : ils ont des effets variables en fonction de leur nature ; ainsi les produits à fort pouvoir androgénique et anti-œstrogénique seront plus néfastes pour le métabolisme lipidique. Les progestatifs de troisième génération ont une meilleure tolérance mais ces résultats demandent à être confirmés.

✓ *Perturbations du métabolisme glucidique* : on note une baisse de la tolérance orale au glucose et l'existence d'un hyperinsulinisme avec insulino-résistance ; cependant il n'est pas certain que ces effets soient impliqués dans les modifications de la tolérance glucidique aux doses contenues dans les associations œstroprogestatives.

✓ *Effets androgéniques* : selon la structure chimique et la dose de progestatif utilisée, les effets se traduisent par de l'acné, une hyperséborrhée, un hirsutisme.

De ces divers effets systémiques vont découler les principaux effets indésirables et contre-indications du traitement contraceptif.

#### **II.4.B Les principaux effets indésirables des œstroprogestatifs**

Il faut distinguer l'incidence et la gravité des effets indésirables.

##### II.4.B.a Les accidents rares mais graves

Ils nécessitent l'arrêt du traitement contraceptif [13] [27] [53]:

✓ *Accidents thromboemboliques et vasculaires* : thrombose carotidienne ou cérébrale de la jeune femme, hémorragie méningée, thrombose artério-veineuse rétinienne, infarctus (mésentérique ou du myocarde), phlébite, thrombophlébite, embolie pulmonaire, hypertension artérielle [16] [17] [26].

✓ *Accidents hépatiques* : ictère cholestatique, lithiase biliaire, adénomes, cancers.



✓ *Modifications biologiques* : dyslipidémie, diabète, augmentation des transaminases et des phosphatases alcalines.

✓ *Mastopathie, mastodynie sévère, galactorrhée, cancer du sein, cancer de l'utérus.*

✓ *Perturbations neurologiques* : troubles neurologiques, migraines, vertiges, modification de la vision.

Leur risque de survenue est majoré par :

- le choix du produit selon l'âge de la femme,
- la durée du traitement et le choix du dosage,
- le tabagisme,
- le non-respect des contre-indications.

#### II.4.B.b Les incidents fréquents sans gravité

Ces perturbations organiques peuvent entraîner un changement du type d'œstroprogestatif [13] [53].

- ✓ Nausées, vomissements,
- ✓ Boulimie, prise de poids,
- ✓ Tension mammaire, métrorragies, oligoménorrhée,
- ✓ Troubles psychiques : dépression, irritabilité, anxiété,

- ✓ Troubles cutanés : chloasma, acné, séborrhée, hypertrichose,
- ✓ Candidose vaginale, baisse de la libido,
- ✓ Jambes lourdes,
- ✓ Irritations oculaires par les lentilles de contact.

#### **II.4.C Les facteurs de risque**

Les risques d'apparition d'effets indésirables sont en rapport avec [29] [30] :

- La dose administrée (d'où l'intérêt de doses faibles).
- Les antécédents personnels ou familiaux (maladies cardiovasculaires, troubles de l'hémostase, perturbations lipidiques, diabète...).
- Une surcharge pondérale.
- Des associations défavorables : essentiellement le tabac, susceptible d'augmenter le risque cardiovasculaire (surtout après trente-cinq ans), et l'alcool facteur de surmenage de l'hépatocyte.

Il est donc nécessaire de surveiller régulièrement les sujets sous contraception orale.

#### **II.5. Contre-indications**

Les contre-indications sont à dépister avant toute prescription, par l'interrogatoire du sujet sur ses antécédents familiaux et personnels, par l'examen clinique général et gynécologique, et par un bilan biologique.

### **II.5.A Les contre-indications absolues**

✓ *L'interrogatoire* permet de rechercher [30] [49] :

- Des antécédents de thromboembolie d'origine veineuse (phlébites, embolies pulmonaires...).
- Des antécédents de thromboembolie d'origine artérielle (accidents vasculaires cérébraux et ophtalmiques, infarctus du myocarde).
- Des antécédents hépatiques particuliers : hépatite récente, cholestase récurrente de la grossesse et prurit récidivant lors d'une grossesse.
- Des tumeurs du sein, de l'utérus ou antécédents.
- Des antécédents familiaux d'accidents cardiovasculaires précoces ou de tumeurs œstrogéno-dépendantes.

✓ *L'examen général* associé à des examens biologiques pourra mettre en évidence :

- Des affections cardiovasculaires : hypertension artérielle, coronaropathies, valvulopathies, troubles du rythme, insuffisance cardiaque.
- Des porphyries, connectivites (lupus érythémateux disséminé).
- Une insuffisance rénale.
- Des anomalies de l'hémostase (hyperplaquettose, déficit en antithrombine).
- Une intolérance au glucose, un diabète insulino-dépendant.
- Une dyslipidémie portant sur le cholestérol et/ou les triglycérides.

- Un trouble de la fonction hépatique avec une modification au niveau enzymatique (transaminases, phosphatases alcalines...).

✓ *Le bilan gynécologique permet de noter :*

- Des hémorragies génitales non explorées.
- Une tumeur hypophysaire (prolactinome avec syndrome d'aménorrhée-galactorrhée et taux de prolactine élevé).

### **II.5.B Les contre-indications relatives**

D'autres contre-indications sont à prendre en compte, elles sont relatives [13] [48] [53] :

- Obésité.
- Varices importantes.
- Tumeurs bénignes du sein, dystrophie utérine (hyperplasie, fibrome), galactorrhée avec ou sans augmentation de prolactine.
- Épilepsie.
- Allaitement, en raison du passage dans le lait maternel.
- Tabac

### **III. ASSOCIATION TABAC ET PILULE**

#### **III.1. Historique**

Tout comportement répond à des modèles identitaires ; au fil des générations, l'image de la femme qui fume a suivi l'évolution du statut des femmes dans la société et répond donc à des motivations sociales selon les époques [22].

Au dix-neuvième siècle et au début du vingtième siècle, dans la plupart des pays développés, le tabagisme était considéré pour une femme comme pour les jeunes, contraire à la bienséance, vulgaire voire même immoral. Puis jusqu'à la deuxième guerre mondiale, la femme qui fume est perçue comme appartenant à une classe sociale cultivée et aisée. Ce n'est que dans les années 50 que la cigarette est associée au travail et touche alors toutes les catégories de femmes. Dans les années 60, elle sera le symbole de la séduction et de l'émancipation. Dès 1970, les femmes gagnent de nouveaux droits (lois sur la contraception et l'avortement), c'est l'ère de la révolution sexuelle [22] [32] [37].

A l'heure actuelle, les chiffres sont sans appel : 43 % des femmes de dix-huit à trente-cinq ans fument ; le tabagisme féminin est toujours en progression et l'écart entre les fumeurs et les fumeuses se réduit : il est passé de 31 points en 1970 à seulement 6,3 points en 2000. Autre point inquiétant, les fumeuses consomment de plus en plus de cigarettes : 13 par jour en moyenne en 2000 contre 11,2 en 1992 [3] [8].

Dans la nouvelle génération, malgré une diminution globale des jeunes fumeurs de douze à dix-sept ans, filles et garçons confondus, on note une progression significative du tabagisme féminin [2] [56].

D'après le Baromètre Santé 2000 [9], les résultats en fonction des tranches d'âges sont les suivants :

	Filles	Garçons
14-15 ans	31,5 %	18,7 %
16-17 ans	41,9 %	39,3 %
18-19 ans	48,6 %	47,4 %
20-25 ans	42,8 %	50,7 %

**Tableau II : Pourcentage de fumeurs selon l'âge et le sexe**

On distingue trois phases successives : dans un premier temps, la part des fumeuses semble plus importante jusqu'à l'âge de dix-sept ans. Ensuite, et avant vingt ans, les pourcentages de fumeurs chez les garçons et les filles sont très proches, et enfin, les hommes fumeurs sont significativement plus nombreux que les femmes [4].

### **III.2. Effets du tabac**

Outre les risques cancérigènes et respiratoires, que nous ne traiterons pas ici, le tabagisme est à l'origine de problèmes cardiovasculaires. Ils sont liés à plusieurs processus synergiques, dont sont responsables divers constituants de la fumée : athérosclérose, phénomènes thrombotiques aboutissant à l'oblitération aiguë des artères, spasmes et ischémie, troubles du rythme cardiaque [15] [17] [22].

### **III.2.A Effets hémodynamiques**

Sous l'effet de la nicotine, conduisant à la libération des catécholamines, chaque cigarette fumée provoque dans la minute qui suit une tachycardie (augmentation de la fréquence cardiaque de 30 %) et une augmentation de la contractilité myocardique avec pour conséquences une élévation du volume d'éjection systolique et du travail cardiaque. La vasoconstriction périphérique provoque une augmentation des résistances vasculaires. Ces phénomènes conduisent à une élévation de la pression artérielle systolique (plus de 10 %) et diastolique [51].

### **III.2.B Anomalies biologiques**

On note des modifications lipidiques, avec une augmentation du cholestérol total (plus de 3 %) et des LDL, associée à une diminution des HDL, facteurs favorisant l'athérosclérose.

D'autre part, chez le fumeur, la présence de certaines anomalies de la fibrinolyse telles que l'augmentation du taux de l'inhibiteur de l'activateur du plasminogène (PAI1) et la diminution du taux de plasminogène et d'activateur du plasminogène contribuent à une fibrinolyse moins efficace. L'augmentation du fibrinogène et l'activité modifiée des plaquettes peuvent faciliter la survenue d'une thrombose intempestive chez le fumeur [52].

### **III.2.C Effets rhéologiques**

Une augmentation de l'hématocrite et du fibrinogène, associée à une hyperleucocytose, conduit à une hyperviscosité sanguine.

### **III.3. Méfaits de l'association pilule/tabac**

Malgré les recommandations médicales, la prise de pilule ne s'accompagne pas toujours d'une abstinence tabagique. En effet, 35,1 % des femmes âgées de 20 à 44 ans prenant un contraceptif oral sont des fumeuses régulières (en moyenne 12,2 cigarettes par jour) [4].

La prise concomitante d'un traitement œstroprogestatif et du tabac accroît le risque thrombotique veineux (thrombophlébite et/ou embolie pulmonaire) et le risque thrombotique artériel (infarctus du myocarde (IDM), accident vasculaire cérébral). D'après l'étude de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) publiée dans *The Lancet* en 1997 [18], le risque d'IDM est multiplié par onze en cas de tabagisme seul et par 87 lors de l'association tabac/contraception orale (> dix cigarettes par jour).

Le risque augmente avec l'âge ; c'est pourquoi, les recommandations conseillent aux femmes de plus de trente-cinq ans d'éviter la consommation simultanée de tabac et d'une contraception orale. Cependant, l'étude de l'OMS [18] rapporte un risque cardiovasculaire augmenté chez les femmes de moins de trente-cinq ans qui fument et qui prennent la pilule : le risque est multiplié par 8 chez les fumeuses non utilisatrices de pilule et par 40 chez les femmes associant tabac et pilule.

Il est à noter que chez les femmes entre vingt et vingt-cinq ans, l'arrêt du tabac est motivé par la prise de pilule uniquement pour 1,1 % d'entre elles [4]; ceci met en avant l'importance d'une sensibilisation et d'une prévention des populations les plus jeunes, fortement touchées par le tabagisme.



Le pharmacien, en tant qu'acteur de santé, peut être au cœur de cette démarche préventive ; en effet, lors de la délivrance de la contraception, un dialogue peut s'instaurer avec la patiente.

## **IV. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET DE SURVEILLANCE DE LA CONTRACEPTION ORALE CHEZ L'ADOLESCENTE**

### **IV.1. Modalités de prescription**

L'adolescente en demande de contraception peut s'orienter soit vers un cabinet médical (gynécologue ou généraliste) soit vers un centre spécialisé dans la gestion de la contraception (planning familial, centre médico-social de la femme, centre de planification). Nous traiterons uniquement la prise en charge par les médecins libéraux et par le planning familial [48].

Dans ces deux cas, la première consultation est capitale : elle doit à la fois permettre la mise en place d'une relation de confiance entre l'adolescente et son interlocuteur et d'autre part, l'instauration d'une contraception efficace et adaptée à chaque cas.

#### **IV.1.A Le cabinet médical**

La consultation contraceptive peut être réalisée soit par un gynécologue soit par un médecin généraliste ; la consultation chez un gynécologue, bien qu'il soit spécialisé dans ce domaine, peut paraître délicate pour l'adolescente. En effet, elle se tournera plus facilement vers un médecin généraliste avec lequel un contact est déjà établi.

La prescription contraceptive va être orientée par des notions essentielles dont les mots-clefs sont [14] [48] :

✓ *interrogatoire précis* : antécédents personnels, familiaux, sexualité, tabagisme, toxicomanie.

✓ *examen clinique* : poids, taille, palpation des seins, prise de la tension artérielle, auscultation cardiaque.

✓ *examen gynécologique* : à éviter et à différer s'il s'agit d'une adolescente vierge et/ou réticente.

✓ *prescription d'une contraception provisoire* pouvant être utilisée immédiatement.

✓ *bilan paraclinique* : frottis cervicaux de dépistage, bilan biologique (glycémie, triglycérides, cholestérol total).

✓ *informations et conseils* : concernant la prise, les consignes en cas d'oubli, la réduction de la consommation de tabac chez une fumeuse...

Afin d'éviter une mauvaise observance faute de moyens pécuniers, le médecin peut tenir compte de l'aspect coût/efficacité du contraceptif.

Une seconde consultation sera nécessaire, trois à six mois plus tard, de façon à vérifier la tolérance, le bilan biologique et à établir une contraception durable.

#### **IV.1.B Le planning familial**

C'est un organisme qui regroupe à la fois des conseillers conjugaux et des médecins de différentes formations (la plupart des intervenants sont des femmes). Il a pour but d'accueillir, de soutenir, de conseiller, d'informer des jeunes en demande de contraception ou en situation d'urgence. La loi Neuwirth (loi n° 67 1176 du 28 décembre 1967) a été modifiée en 1974 : *" les centres de planification sont autorisés à délivrer, à titre gratuit des médicaments, produits ou objets contraceptifs sur prescription médicale aux mineurs désirant garder le secret ainsi qu'aux personnes ne bénéficiant pas de prestations maladies."*

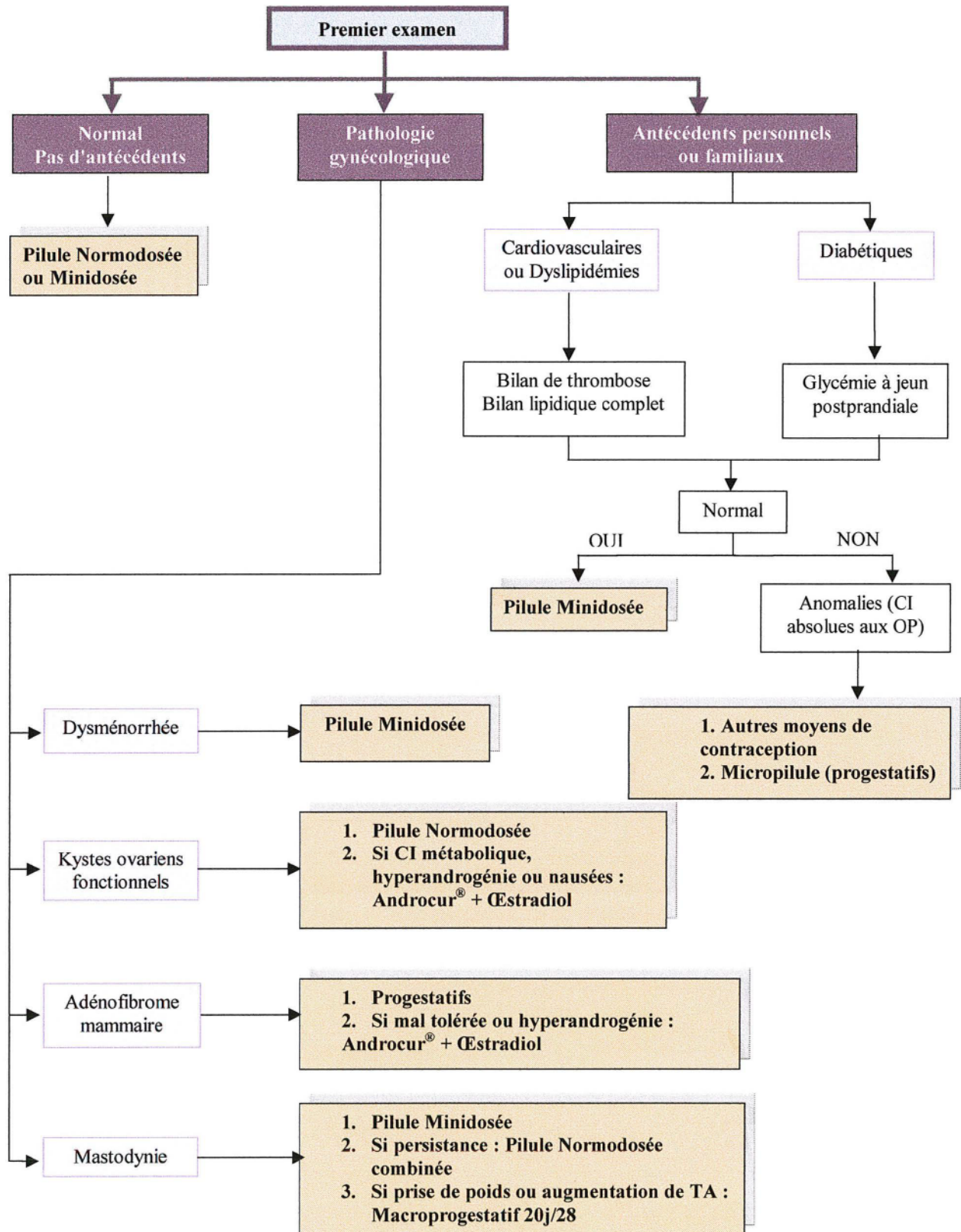
Le premier entretien se déroule avec une conseillère conjugale, formée à l'écoute des adolescents. Elles discuteront des raisons qui conduisent la jeune fille à cette demande de contraception et, par l'intermédiaire d'un questionnaire informatif préétabli, se référant à l'interrogatoire médical (antécédents de maladies cardiovasculaires, tabac...) la conseillère délivrera une plaquette de pilule. Cette délivrance s'accompagne d'une ordonnance pour le suivi biologique et d'un rendez-vous un mois plus tard avec un médecin du planning. Si, au moment de l'interrogatoire, un problème est détecté, le médecin présent sur les lieux se chargera de l'adolescente et de la prescription d'une pilule adaptée à son cas.

Lors de la seconde consultation, la jeune fille rencontre le médecin qui étudiera ses résultats biologiques et pratiquera un examen général et, si elle n'est pas réticente, un examen gynécologique. S'il ne constate aucune anomalie, il prescrira le renouvellement de la pilule qui permettra à l'adolescente de se la procurer en officine.

L'entretien, la consultation et la première plaquette fournie sont gratuits, ce qui représente un avantage considérable pour la jeune fille qui peut ainsi passer outre l'accord de ses parents.

Les pilules dont dispose le planning sont achetées directement aux laboratoires grâce à des subventions locales (mairie...), du Conseil Général, du Ministère de la Santé ; malgré une préférence pour les spécialités remboursées (de part leur faible coût), le planning se procure également des pilules minidosées contenant moins de 30 µg d'éthinylestradiol, d'un coût plus élevé d'où un nombre restreint de spécialités.

### IV.1.C Un exemple de diagramme de prescription [14]



### Première demande de contraception chez l'adolescente

## **IV.2. Surveillance**

Le traitement contraceptif hormonal nécessite une surveillance régulière des patientes. Cependant, aucune recommandation nationale ou internationale fondée sur des niveaux de preuve ou des consensus d'experts n'a défini la surveillance biologique (bilan initial et suivi ultérieur) des femmes utilisant une contraception œstroprogestative [28].

En France, les praticiens peuvent se référer aux recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (Anaes) ou aux Références Médicales Opposables (RMO).

D'après les RMO [42], les consultations de contrôle sont habituellement effectuées trois mois puis douze mois après l'instauration de la pilule ; elles ont pour but d'apprécier la tolérance clinique et métabolique du contraceptif choisi. Un contrôle biologique ainsi qu'un examen clinique (poids, tension artérielle, auscultation...) sont pratiqués, accompagnés d'un interrogatoire mettant en évidence l'éventuelle apparition d'effets indésirables.

Chez les femmes de moins de trente-cinq ans, lorsque ces bilans n'ont pas montré d'anomalies, il n'y a pas lieu de répéter les examens biologiques plus d'une fois *tous les deux ans*. Quant aux frottis cervicaux, ils seront réalisés tous les trois ans.

Les recommandations éditées par l'Anaes [1] préconisent un bilan biologique trois à six mois après l'instauration du traitement, à renouveler *tous les cinq ans* si les résultats sont normaux.

Ces références ne remettent pas en cause le bien fondé d'un examen clinique annuel.

## **V. CONSEILS DE DÉLIVRANCE**

De par sa place incontournable dans la délivrance des contraceptifs, le pharmacien est un interlocuteur privilégié. Il doit être apte à répondre aux interrogations qui peuvent survenir lors de la prise de pilule : oublis, reprise décalée, inquiétude sur l'absence de règles...

Cependant, comme pour le médecin, le contact avec l'adolescente n'est pas forcément facile à établir : la prise de pilule sous-entendant une sexualité, les jeunes filles peuvent avoir du mal à l'assumer surtout dans un endroit public où la confidentialité n'est pas toujours possible.

Il serait alors utile que le pharmacien dispose d'un autre support de communication (plaquettes, affichettes...) diffusant les principales informations. L'adolescente aura, d'une part, connaissance de la conduite à tenir en cas d'urgence et d'autre part, conscience du rôle de conseil et d'écoute du pharmacien vers qui elle pourra se tourner en cas de doute.

### **V.1. Première délivrance**

Il est toujours utile de donner quelques conseils à l'adolescente lors de la délivrance du contraceptif oral même si ceux-ci ont déjà été présentés par le médecin.

Le pharmacien pourra rappeler les conseils de prise [31] [48] :

- Pour débiter la plaquette, prendre le premier comprimé le premier jour des règles.

- L'observance doit être stricte : la pilule doit être prise chaque jour jusqu'à la fin de la plaquette à heure régulière ; cette prise peut être associée à un acte quotidien (brossage de dents, heure de repas...) de façon à limiter les risques d'oubli.

- En cas de prise discontinuée, l'intervalle entre deux plaquettes est de sept jours maximum.
- Recommencer une plaquette au bout des sept jours d'arrêt même si les "règles" ne sont pas terminées.
- Pour les pilules contenant vingt-huit comprimés, ne pas marquer de périodes d'arrêt.
- En cas de vomissements ou de diarrhées sévères dans les quatre heures qui suivent la prise, reprendre un comprimé sur une plaquette dite de secours.
- Rappeler l'importance du suivi médical lors du traitement œstroprogestatif.
- Signaler la prise d'autres médicaments qui pourraient interagir avec la pilule.

## **V.2. Oublis de pilule**

La fréquence de l'oubli de pilule est très largement sous-estimée par les praticiens. La réalité est tout autre : en effet, lors d'une étude menée sur l'observance en 1995, 10 % des femmes reconnaissent avoir oublié une prise au cours du dernier cycle et 60 % avoir oublié au moins une prise au cours des six derniers mois. Le fait que 40 % des femmes se trompent sur la durée de la période d'arrêt est encore plus étonnant [34].

La grande approximation des conseils donnés dans le Vidal, et la méconnaissance des données scientifiques font que ce sujet est le plus souvent éludé lors de la prescription initiale ou du renouvellement d'un contraceptif oral. Lorsque la femme est confrontée à un tel problème, le médecin n'a d'autre possibilité que de livrer les informations, très probablement insuffisantes, mises à sa disposition dans les autorisations de mise sur le marché [19] [55].



Les conséquences ne sont pas à négliger : dans l'enquête menée en 1995 sur 250 femmes en demande d'interruption volontaire de grossesse (IVG) à l'hôpital Saint-Louis, environ 8 % d'entre elles utilisaient incorrectement leur contraception orale (oubli, arrêt supérieur à sept jours) [49]. Une seconde étude en 1998 montre que 22 femmes sur 191, soit 11,5 % ont demandé une IVG suite à un oubli de pilule [47].

L'ensemble des connaissances sur le mécanisme de la pilule permet d'expliquer qu'après sept jours de prise, l'ovaire est correctement bloqué. En d'autres termes, après sept jours de prise, les oublis semblent sans conséquence, à condition qu'ils ne soient pas trop longs. La période à risque se situe donc autour de la semaine d'arrêt, et lors de la première semaine de prise alors que le blocage ovarien n'est pas achevé [19].

Il faut également tenir compte de la durée de vie des spermatozoïdes dans les voies génitales féminines ; un spermatozoïde peut rester fécondant jusqu'à cinq jours après un rapport sexuel. Lorsqu'il y a oubli de pilule en début de plaquette, les rapports à risque sont ceux qui ont eu lieu en fin de période d'arrêt et dans la première semaine de reprise.

— De ces données, se dégagent les principes suivants [19] [20] [41].

### **V.2.A Les oublis de moins de douze heures**

Prendre le comprimé oublié et poursuivre la plaquette normalement, le contraceptif conserve son efficacité.

## **V.2.B Les oublis de plus de douze heures**

### *V.2.B.a Oubli de reprise après une semaine d'arrêt ou lors de la première*

#### *semaine :*

✓ *s'il n'y a pas eu de rapports sexuels* dans les cinq jours qui précèdent le ou les oublis :

↳ prendre la pilule oubliée en associant pendant un minimum de sept jours, une autre protection (préservatifs).

✓ s'il y a eu un rapport sexuel dans les cinq jours qui précèdent l'oubli :

- S'il date de moins de soixante-douze heures :

↳ conseiller la prise de la pilule du lendemain dont l'efficacité doit être contrôlée par un test de grossesse quinze jours à trois semaines plus tard.

- S'il date de plus de soixante-douze heures, mais de moins de cinq jours :

↳ la pose d'un dispositif intra-utérin (DIU) peut être proposée.

✓ S'il date de plus de cinq jours :

↳ la contraception d'urgence n'est plus efficace ; la conduite à tenir dépend de la volonté de la femme : - si la grossesse éventuelle est acceptée, ne pas reprendre la pilule et utiliser une contraception mécanique jusqu'au test de grossesse.

- si une IVG est envisagée, reprendre la pilule et l'associer à d'autres moyens contraceptifs pendant au moins sept jours.

V.2.B.b Oubli après sept jours de prise :

La pilule reste fiable ; il suffit de prendre le comprimé oublié et de poursuivre normalement la plaquette.

V.2.B.c Oubli d'une des deux dernières pilules :

Arrêter la plaquette en cours et recommencer une nouvelle plaquette vingt-quatre à quarante-huit heures plus tôt que prévu en respectant une période maximale d'arrêt de sept jours.

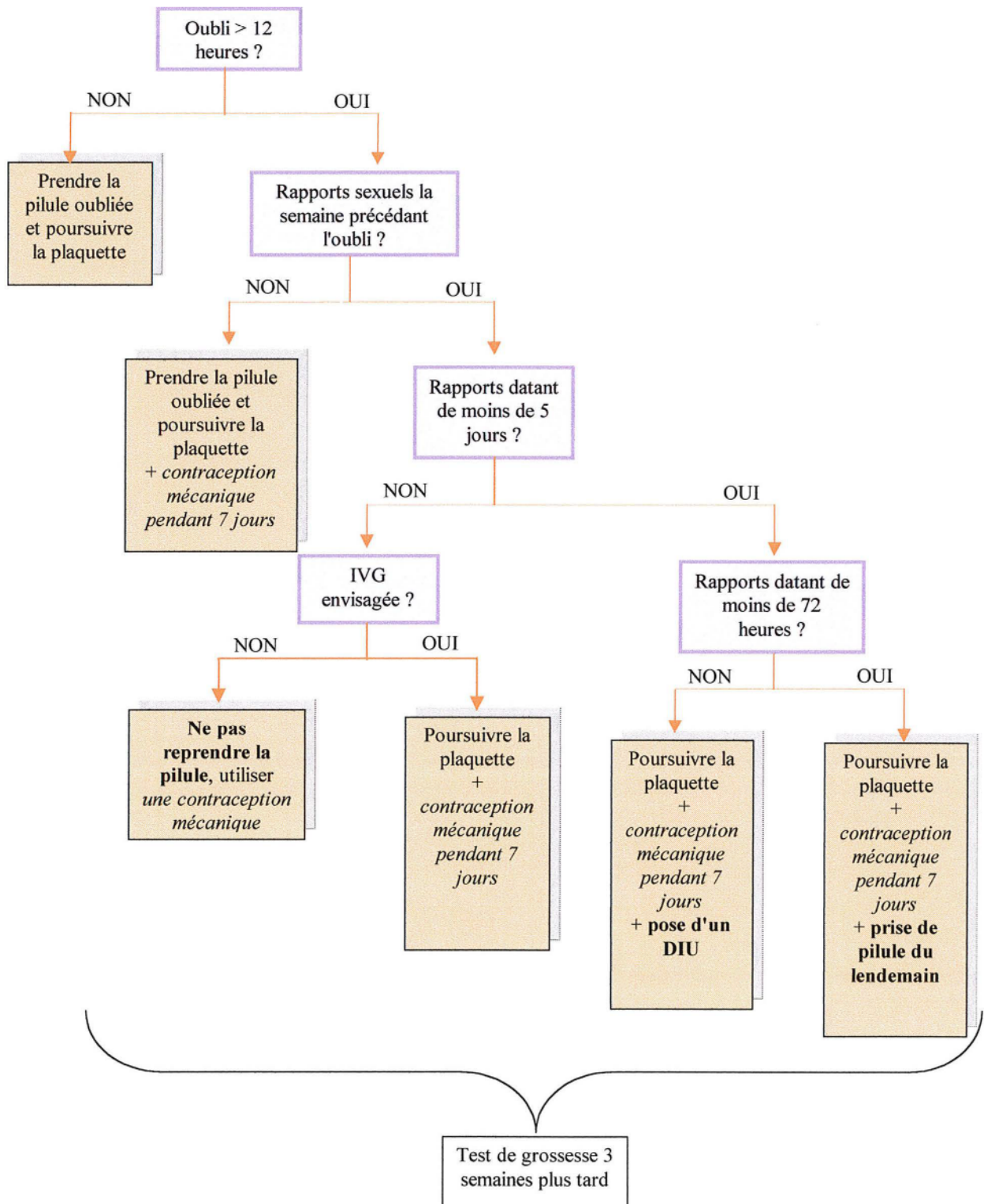
L'action combinée des médecins, des pharmaciens, des sage-femmes, des paramédicaux, des médias, de l'industrie pharmaceutique et des pouvoirs publics en faveur de la bonne observance des méthodes contraceptives devrait être une priorité dans une politique de prévention des grossesses non désirées.

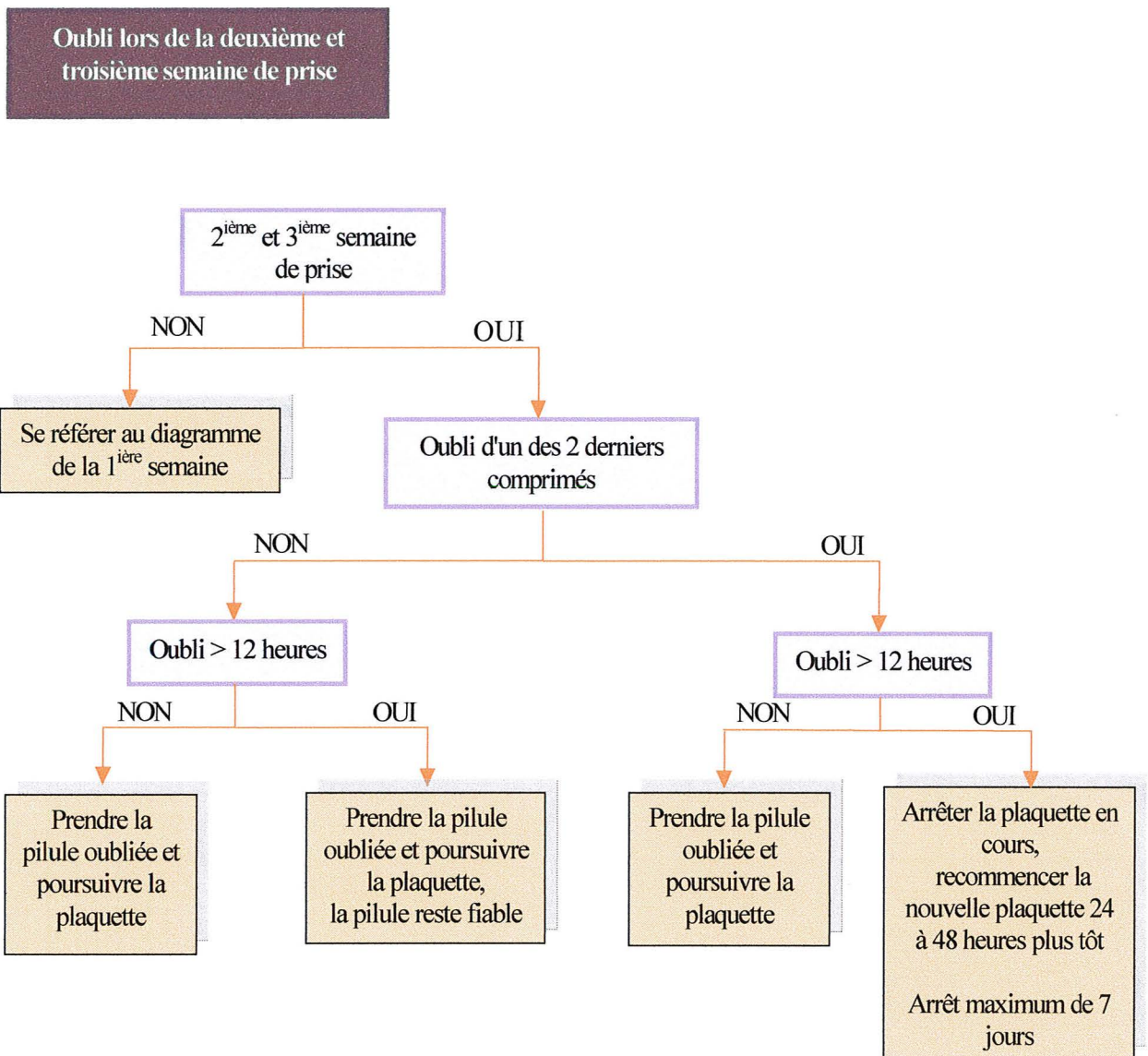
Les femmes comme les jeunes filles sont en droit d'attendre une information claire et précise sur l'utilisation des contraceptifs oraux ; c'est à chacun, notamment au pharmacien, de se donner les moyens de réussir cette "mission".

## V.2.C Des exemples d'arbres décisionnels

Oubli lors de la première semaine de prise

Arrêt supérieur à 7 jours





Ce type d'information pourrait faire l'objet d'un dépliant remis à la patiente par le pharmacien au moment de la délivrance de la pilule.

## **VI. SOURCES D'INFORMATION SUR LA CONTRACEPTION**

Le sujet de la contraception en France reste un sujet tabou, il est difficile de l'aborder, que ce soit au sein de la cellule familiale comme au sein du milieu scolaire. De ce fait, l'accès à l'information pour les jeunes doit s'inscrire dans une démarche personnelle et volontaire.

### **VI.1. Campagnes d'information**

La publicité grand public sur les méthodes contraceptives, notamment la pilule œstroprogestative, s'est faite rare durant de nombreuses années. En effet, en vingt ans, on ne compte que trois campagnes publicitaires sur la contraception ; dans les années 80 elles sont restées relativement discrètes. Par la suite, l'épidémie du virus d'immunodéficience humaine (VIH) faisant rage, les efforts se sont portés sur les campagnes de prévention, notamment sur l'utilisation du préservatif, reléguant la contraception au second plan. Depuis trois ans, le gouvernement met l'accent sur une politique de santé publique active en matière de contraception et de maîtrise de la fécondité afin de prévenir les interruptions volontaires de grossesses (IVG), politique fondée sur la multiplication de l'information ; c'est pourquoi la communication auprès du grand public se démocratise, on rentre dans une nouvelle ère [35].

La campagne 1999-2000 avait pour but d'informer le public sur les différentes méthodes contraceptives disponibles et de favoriser un accès égal pour toutes à la contraception ; forte d'un slogan accrocheur "*La contraception, à vous de choisir la vôtre*", la campagne s'impose à la télévision par trois spots publicitaires, accompagnés de la distribution d'un guide de poche et d'affichettes [44].

Cet effort s'est poursuivi en janvier 2002 avec une campagne qui s'appuie sur l'image et même sur le rêve. Sur des affiches grand format, on retrouve des scènes de baiser de cinéma qui servent d'accroche, avec un bandeau "*Dans la vraie vie, c'est vous qui vivez la suite*" qui renvoie au slogan de la campagne "*Ne laissez pas l'imprévu décider à votre place*".

Ces encarts publicitaires sont relayés par la radio, la presse écrite, ainsi que par des centaines de milliers de plaquettes, dépliants et autres affichettes. Cette campagne mobilise tous les acteurs concernés, notamment les 90000 professionnels de santé, dont les pharmaciens. Chacun s'est vu remettre un courrier de sensibilisation et d'information faisant le point sur la contraception : indications, produits, mode d'emploi... Dans le même temps, des fascicules "mémo contraception" pourront être remis aux patients [45] [57].

Cette mobilisation grande échelle contribuera peut-être à la réduction du nombre d'IVG, notamment chez les très jeunes et les personnes appartenant à des milieux sociaux défavorisés.

## **VI.2. Lieux d'information**

Tout d'abord, il faut rappeler qu'au sein des établissements scolaires, l'Éducation Nationale prévoit, pour les classes de quatrième et de troisième, deux heures de cours d'initiation à la sexualité où le thème de la contraception peut être abordé. Selon les motivations de l'infirmière scolaire et du chef d'établissement, d'autres initiatives peuvent être organisées, mais elles restent facultatives.

Outre les cabinets médicaux et les infirmeries scolaires, d'autres lieux existent, plus spécialisés dans l'éducation contraceptive et la diffusion de l'information s'y reportant.

C'est le cas des centres de planification et des plannings familiaux où des sages-femmes, des conseillers (ères) conjugaux (ales), des médecins sont présents de manière à répondre aux diverses questions des jeunes. L'éducation et l'information se présentent sous diverses formes : discussion privée, conférence, documentations écrites (affichettes, plaquettes) de manière à communiquer sur des sujets difficiles comme les maladies sexuellement transmissibles (MST), les IVG...

Au sein de ces centres, une contraception adaptée à chacun peut être instaurée.

Pour les jeunes gens qui ont accès à Internet, des sites d'information sur la contraception existent. C'est le cas du site du planning familial [41] ainsi que le site Pilado [38], élaboré par le laboratoire Organon. Ces sites sont assez complets et les adolescents peuvent trouver par eux-mêmes des réponses à leurs questions.



# ENQUÊTE

## ENQUÊTE

Notre étude s'est intéressée à la vision qu'ont les adolescentes de la contraception orale. Nous avons donc décidé d'enquêter dans des lieux fréquentés par les jeunes et notre choix s'est porté sur des établissements d'enseignement secondaire de façon à être au contact d'une population importante et diversifiée.

### I. MATÉRIEL ET MÉTHODES DE L'ENQUÊTE

#### I.1. Matériel

Les adolescentes de deux lycées de l'agglomération grenobloise ont servi de population de référence à notre étude.

Notre choix s'est porté sur les lycées Champollion et Marie-Curie. Nous avons volontairement écarté les lycées des zones dites "favorisées" (ex : lycée du Grésivaudan) et défavorisées (lycées en zone d'éducation prioritaire) afin d'obtenir un échantillon le plus représentatif possible de la jeune population grenobloise.

Après envoi d'un courrier auprès des proviseurs, notre projet a retenu l'attention de l'infirmière scolaire du lycée Champollion, madame VALLET, très impliquée dans la sensibilisation et la communication auprès des jeunes. Celle-ci nous a conseillé de nous adresser à une de ses collègues également attachée aux problèmes rencontrés par les adolescents, madame PROFIT, au lycée Marie-Curie.

Le lycée Champollion, établissement d'enseignement secondaire (collège et lycée) et supérieur, se situe au centre ville de Grenoble ; il accueille 1783 lycéens et élèves de classes préparatoires dont 934 filles (52 %). La répartition lycée-classes préparatoires est la suivante :

570 lycéennes soit 58 %

364 étudiantes soit 45 %

Le lycée Marie-Curie se trouve à la périphérie sud de Grenoble, à Échirolles. Il ouvre ses portes aux lycéens des filières générales, à ceux s'orientant vers un baccalauréat Arts Appliqués mais également à des étudiants préparant un brevet de technicien supérieur de commerce (BTS commerce).

Il regroupe 1426 élèves dont 896 filles, soit 62,8 % et 530 garçons, soit 37,2 %.

Ces deux établissements présentent une particularité commune : ils se situent à proximité de centres d'aide à la contraception, le planning familial pour le lycée Champollion et le centre de planification de l'Hôpital Sud pour le lycée Marie-Curie. Les jeunes peuvent donc se procurer facilement des informations sur la contraception.

## **I.2. Méthode**

Nous avons choisi de réaliser une enquête prospective au sein de ces deux établissements publics.

### **I.2.A Les objectifs de l'enquête**

Dans un premier temps, nous avons souhaité **effectuer un état des lieux des connaissances, de l'information et du suivi des jeunes utilisatrices de contraception orale** dans la région grenobloise ; pour ce faire, nous avons élaboré *un questionnaire*.

Le second objectif s'est basé **sur le rôle du pharmacien dans le domaine du conseil et de l'information** : nous avons donc organisé, dans chaque lycée et pour les personnes intéressées, *une demi-journée d'information sur l'utilisation générale de la pilule*.

### **I.2.B La réalisation du questionnaire**

La littérature nous a permis de dégager quelques points importants sur lesquels nous avons bâti notre questionnaire.

Les six axes principaux du questionnaire sont :

✓ *Les renseignements généraux sur la jeune fille* : ils ont pour but de nous orienter sur l'âge moyen des adolescentes interrogées, sur l'indication et sur la date de début du traitement contraceptif.

✓ *La prescription et le suivi de la contraception orale* : ils nous permettent de déterminer le type de prescripteur, la fréquence des consultations et des examens biologiques, pouvant mettre en évidence des défauts dans la prise en charge de la contraception orale.

✓ *L'observance du traitement contraceptif* : ces questions visent à évaluer le rapport entre les jeunes filles et leur traitement, notamment en ce qui concerne les recommandations de prise ainsi que la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule.

✓ *Les connaissances générales sur la pilule* : cette question nous permet de juger leurs connaissances sur les effets indésirables perçus et sur les risques liés à la prise d'un contraceptif oral, plus particulièrement le tabac.

✓ *La délivrance en officine* : elle permet de savoir si les jeunes filles perçoivent la pilule comme un médicament qui justifie alors le besoin d'une prescription médicale et d'une délivrance officinale.

✓ *L'information reçue* : ces questions jugent de la diffusion de l'information, de sa nature et du besoin de renseignements complémentaires.

Le premier questionnaire établi a été proposé à cinq lycéennes, permettant ainsi de modifier les items mal formulés et de supprimer ceux présentant un moindre intérêt. Nous avons ainsi débouché sur un questionnaire final comportant vingt-deux questions fermées, à choix multiples (annexe). Comme nous nous adressions à un public jeune, le questionnaire se devait d'être succinct ; la durée moyenne de remplissage est de cinq minutes environ. Nous l'avons élaboré sur le logiciel *OMR manager*, permettant la saisie par lecture optique, et l'analyse des données sur le logiciel *Excel*.

### **I.2.C Les critères d'inclusion**

✓ *Le premier critère* est l'âge : nous avons ciblé arbitrairement la tranche d'âge quinze/vingt ans ; en effet, il est difficile d'aborder des questions de sexualité et de contraception chez des jeunes filles de moins de quinze ans, nous les avons donc exclues de l'enquête.

Entre quinze et vingt ans, période de l'adolescence avec de nombreuses remises en question (rejet des parents et de la société, entrée dans la sexualité, fuite des responsabilités... ), les jeunes filles sont vulnérables et ont du mal à se situer entre l'image de l'enfance, conservée par leurs parents, et l'image de femme renvoyée par leur entourage masculin. Dans ce contexte, la gestion de la contraception est d'autant plus difficile, d'où un intérêt supplémentaire pour notre enquête.

✓ *Le second critère* est la prise d'une contraception orale ; en effet, les objectifs étaient d'évaluer l'observance, le suivi médical du traitement contraceptif et la compréhension de l'information reçue. Il était donc nécessaire de prendre un contraceptif oral afin de répondre aux exigences de l'enquête.

### **I.2.D Le déroulement de l'enquête**

Pour le lycée Champollion, seule une lettre de présentation a été envoyée au proviseur qui a ensuite confié la responsabilité à madame VALLET.

En ce qui concerne le lycée Marie-Curie, nous avons informé à la fois le proviseur, les professeurs, les conseillers principaux d'éducation et les associations de parents d'élèves. Par la suite, madame PROFIT a été chargée d'encadrer le déroulement de l'enquête.

Nous avons décidé d'être présentes dans les établissements durant cinq demi-journées consécutives afin de soumettre aux lycéennes notre questionnaire. Afin de signaler notre présence, nous avons collé, la semaine précédant le recueil des données, dans les lieux fréquentés du lycée (réfectoire, infirmerie, centre de documentation et d'information (CDI), foyer...) des **affiches** portant les mots-clés suivants : *pilule, 15-20 ans, questionnaire anonyme, dates et lieux* (annexe).

Nous avons interpellé de manière aléatoire les jeunes filles présentes à l'intérieur de l'établissement : dans la cour, à la sortie du réfectoire, au foyer, au CDI. Après une explication succincte de notre travail, nous sommes restées auprès d'elles le temps qu'elles complètent le questionnaire. A la fin de l'entretien, nous les avons informées de notre projet de présentation sur la pilule pour le mois de juin.

L'enquête s'est déroulée, pour le lycée Champollion du 23 au 27 avril 2001 où nous avons recueilli 102 questionnaires. Au lycée Marie-Curie, nous avons obtenu 90 réponses du 14 au 18 mai 2001. Aucun questionnaire n'a été rejeté lors du traitement des données : notre présence a donc permis un remplissage correct.

Pour les deux établissements, nous avons sollicité environ 1140 jeunes filles : 192 ont choisi de répondre à notre questionnaire ; ce qui représente un pourcentage de réponses d'environ 16,5 %.

### **I.2.E La réunion d'information**

La seconde étape de notre thèse s'inscrivait dans une démarche éducative ; nous avons donc organisé, avec le soutien des infirmières scolaires, une demi-journée d'information dans chaque établissement sur l'utilisation générale de la pilule.

Comme nous l'avons noté précédemment, les jeunes filles qui remplissaient le questionnaire étaient informées de cette conférence. Afin de sensibiliser une majorité de lycéennes, même celles qui ne sont pas encore concernées par la pilule, nous avons déposé des affiches la semaine précédant l'exposé. Ces affiches étaient construites de la même manière que celles qui annonçaient le questionnaire : même police, même couleur, même présentation permettant ainsi une rapide identification (annexe). Elles ont également été collées dans les endroits les plus fréquentés de l'établissement.

Nous avons commencé l'exposé par un court rappel sur le cycle féminin, suivi de généralités sur la pilule et ses modalités de prise, de l'association pilule/tabac et enfin nous avons conclu sur la contraception d'urgence disponible dans les infirmeries scolaires et sans ordonnance à l'officine. Ce thème n'est pas traité dans l'enquête mais nous avons jugé important d'en informer les jeunes.

Notre exposé était présenté sur le logiciel Power Point, à l'aide d'un ordinateur portable et d'un vidéo-projecteur. Le fait d'utiliser ce type de matériel, qui permet des animations et ainsi de rendre plus vivant l'exposé, nous a paru important pour s'adresser à une population jeune parfois difficile à captiver.

Une copie des diapositives a été remise à l'infirmière scolaire (annexe) ; les jeunes pouvant ainsi la consulter à l'espace santé.



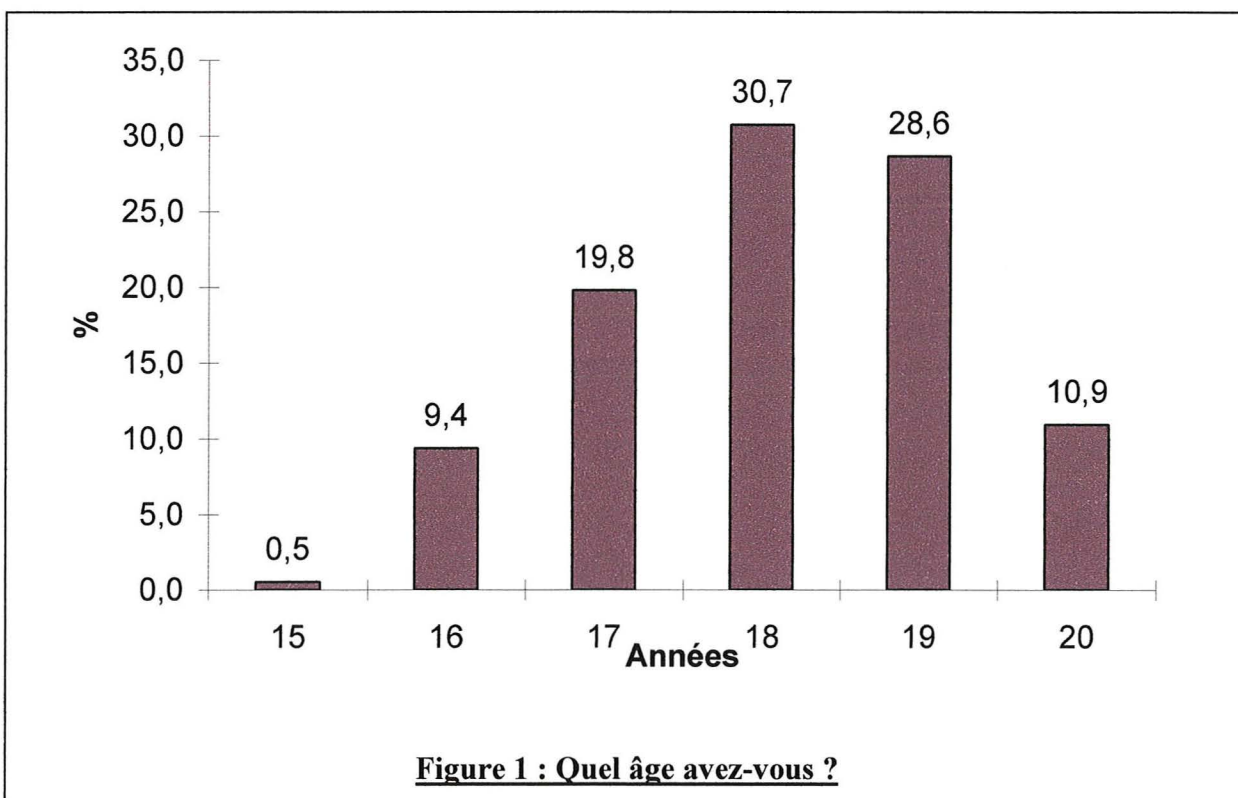
## II. RÉSULTATS

Sur l'ensemble des deux semaines d'enquête, nous avons recueilli 192 questionnaires.

Afin de s'assurer de la comparabilité de nos deux populations, nous avons effectué le test de Chi-Carré et, seules les questions huit et quinze montrent une différence significative avec un p inférieur à 0,05. Nous avons donc réuni les deux populations pour toutes les autres questions.

### II.1. Caractéristiques générales de notre population

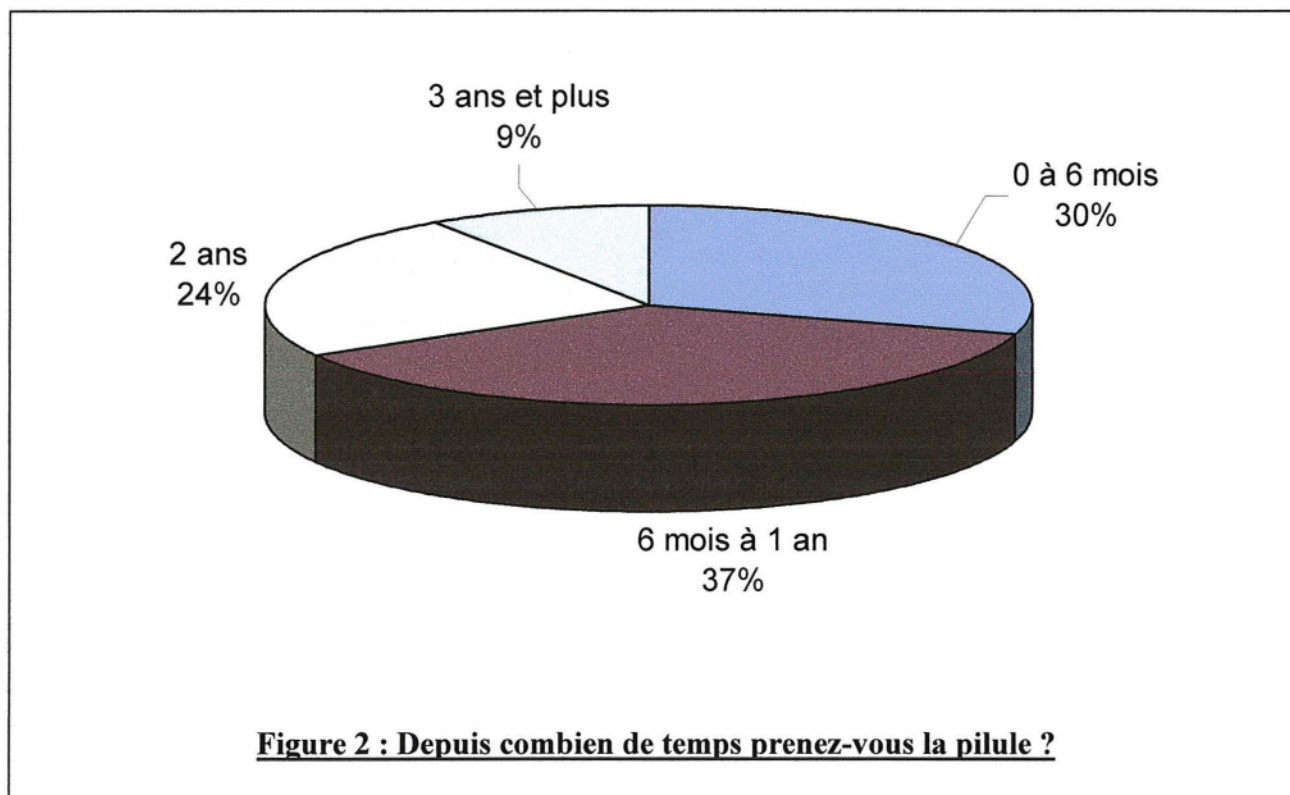
#### II.1.A La répartition en fonction de l'âge



La répartition des jeunes filles en fonction de l'âge est représentée par la figure 1.

En accord avec nos critères d'inclusion, la limite inférieure est de quinze ans et la limite supérieure de vingt ans. La moyenne est de 18,1 ans.

### **II.1.B La durée du traitement contraceptif**



D'après les résultats obtenus pour cette question, nous pouvons remarquer que 67 % des jeunes filles interrogées prennent la pilule depuis moins d'un an ; ce pourcentage se répartit de la manière suivante : 30 % depuis zéro à six mois et 37 % depuis six mois à un an.

Viennent ensuite celles qui la prennent depuis deux ans (24 %) et enfin celles depuis trois ans et plus (9 %).

Nous avons décidé de croiser cette question avec celle de l'âge.

	15 ans	16 ans	17 ans	18 ans	19 ans	20 ans	Total
0 à 6 mois	2 %	16 %	33 %	23 %	23 %	3 %	100 %
6 mois à 1 an	0 %	8 %	20 %	36 %	30 %	6 %	100 %
2 ans	0 %	6 %	9 %	35 %	33 %	17 %	100 %
3 ans et plus	0 %	0 %	5 %	22 %	33 %	40 %	100 %

**Tableau Ia : Durée du traitement en fonction de l'âge**

Pour une durée de traitement de zéro à six mois, le plus grand nombre de réponses a été obtenu chez les jeunes filles de dix-sept ans.

Pour l'item six mois à un an, la majorité des réponses concerne la tranche d'âge dix-huit/dix-neuf ans ; de même pour celles qui suivent un traitement depuis deux ans.

Pour celles qui ont plus de trois ans de traitement, 95 % ont dix-huit ans et plus, avec une proportion plus grande à vingt ans.

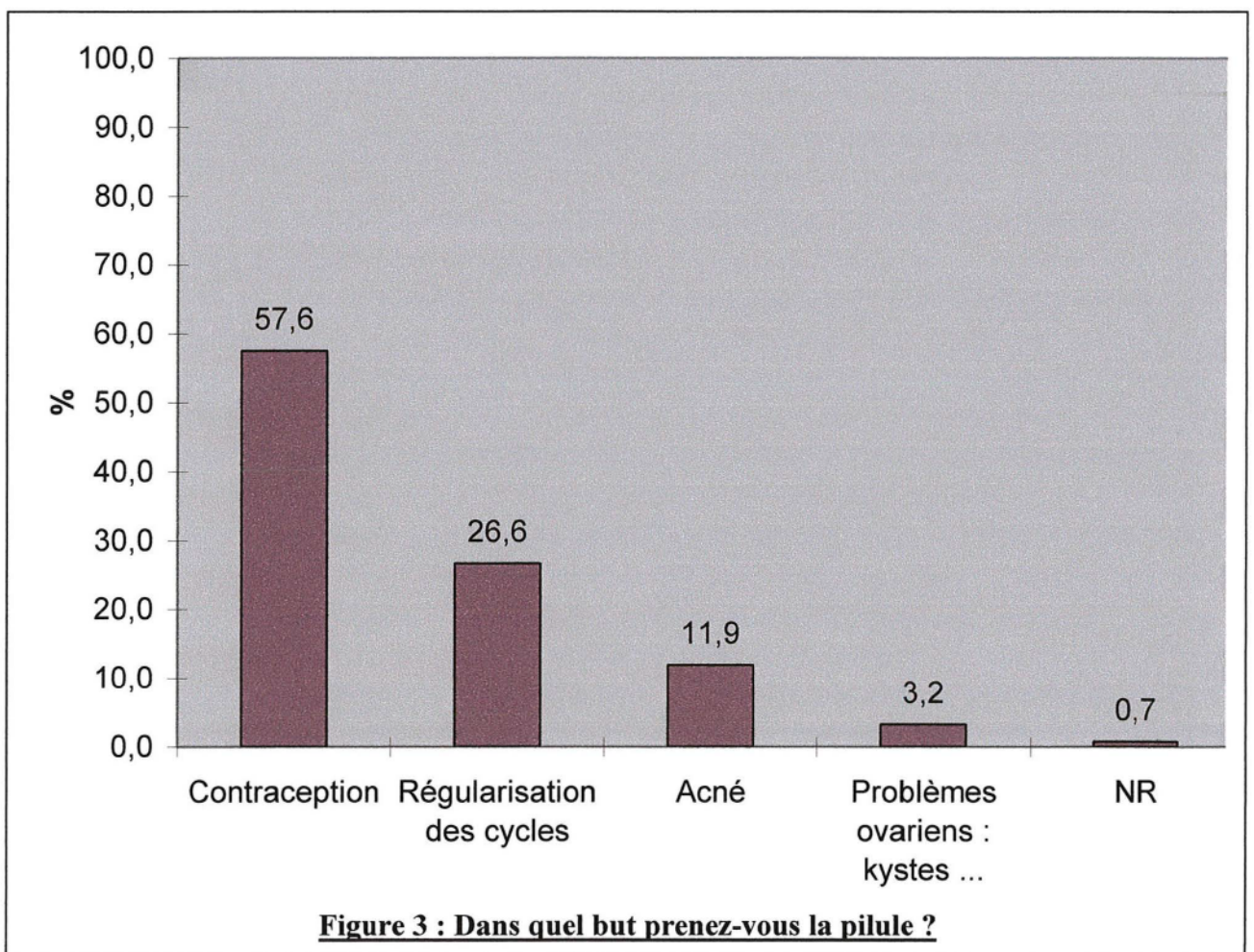
	0 à 6 mois	6 mois à 1 an	2 ans	3 ans et plus	Total
15 ans	100 %	0 %	0 %	0 %	100 %
16 ans	50 %	33 %	17 %	0 %	100 %
17 ans	50 %	37 %	10 %	3 %	100 %
18 ans	22 %	44 %	27 %	7 %	100 %
19 ans	24 %	38 %	27 %	11 %	100 %
20 ans	10 %	19 %	38 %	33 %	100 %

**Tableau Ib : Représentation des tranches d'âge en fonction de la durée du traitement**

La majorité des jeunes filles (71 %) âgées de vingt ans prend la pilule depuis plus de deux ans.

Plus l'âge diminue, plus la mise en route du traitement est récente. En dessous de dix-huit ans, la plupart des adolescentes prennent un traitement contraceptif depuis moins d'un an.

### **II.1.C L'orientation thérapeutique**



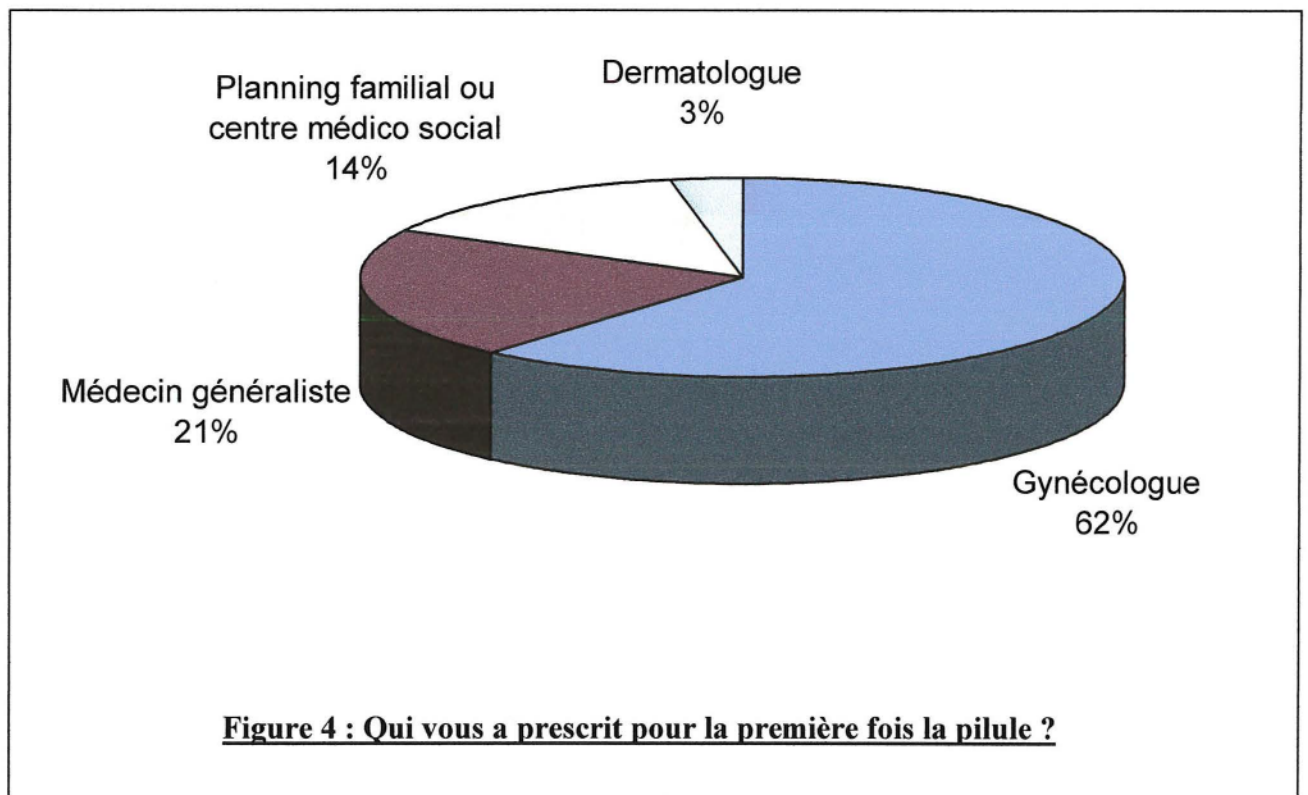
Cette question nous permet de déterminer le but du traitement par œstrogénostatifs.

Il faut noter que la contraception reste la première intention de prescription de pilule.

On remarque aussi que pour beaucoup de jeunes filles (40 %), plusieurs indications sont associées à la prise d'œstrogénostatifs.

## II.2. Prescription et suivi

### II.2.A La répartition selon le prescripteur



Nous remarquons que, quel que soit l'âge, les adolescentes vont en majorité pour la première consultation chez le gynécologue (62 %).

Elles citent leur généraliste dans 21 % des cas. Puis vient le planning familial (14 %) et enfin le dermatologue avec 3 %.

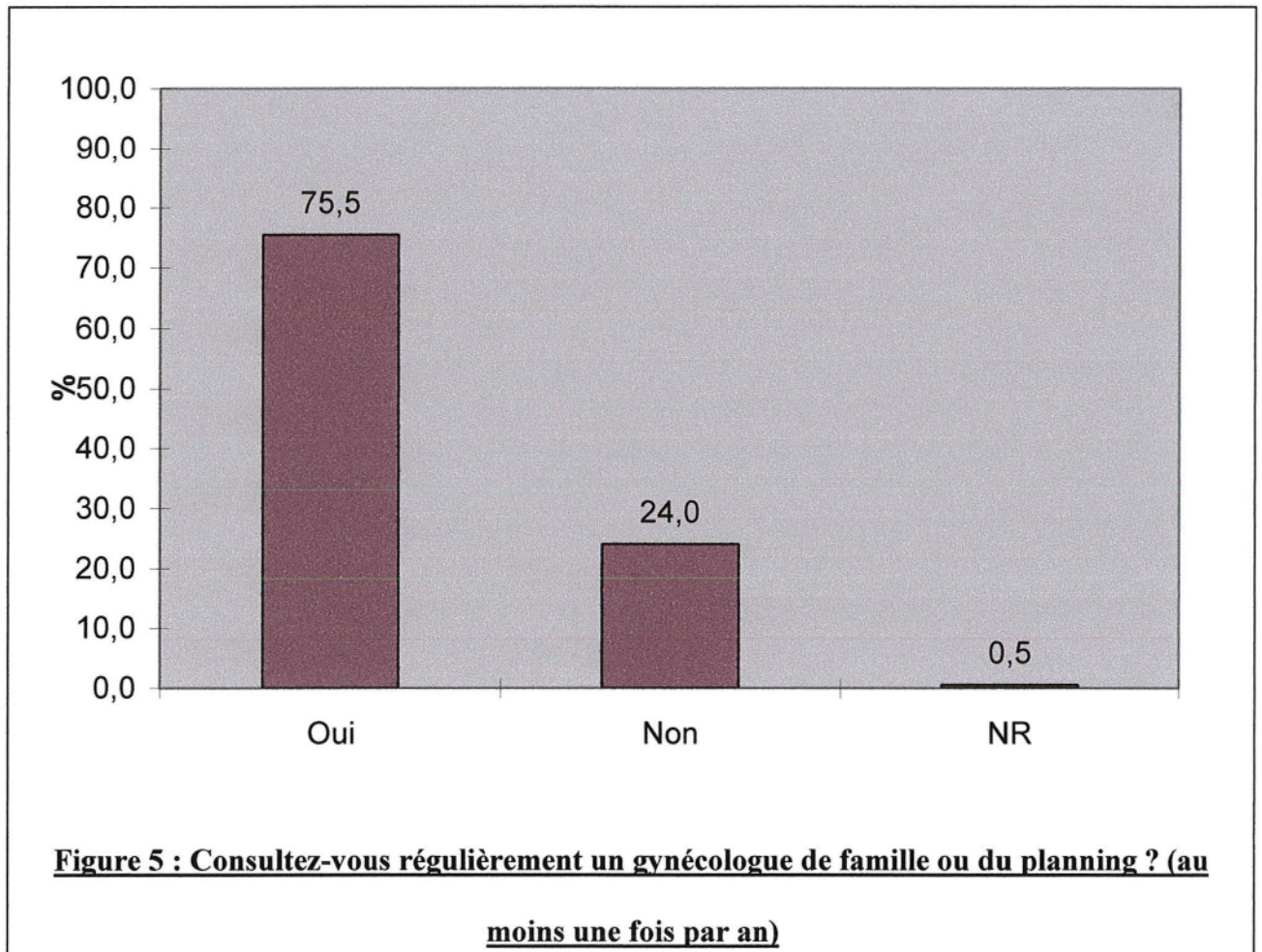
	Gynécologue	Médecin	Dermatologue	Planning	Total
15 ans	100 %	0 %	0 %	0 %	100 %
16 ans	50 %	11 %	6 %	33 %	100 %
17 ans	58 %	10 %	8 %	24 %	100 %
18 ans	61 %	30 %	2 %	7 %	100 %
19 ans	67 %	22 %	2 %	9 %	100 %
20 ans	62 %	24 %	0 %	14 %	100 %

**Tableau II : Représentation des tranches d'âge en fonction du type de prescripteur**

Avec l'âge, la prescription par le planning diminue : 7 % pour les dix-huit ans et 9 % pour les dix-neuf ans contre 33 % et 24 % respectivement pour les seize et dix-sept ans.

Remarquons que 14 % des jeunes filles âgées de vingt ans ont consulté pour la première fois au planning familial ; elles ont en général trois ans de traitement et avaient donc environ dix-sept ans au moment de la première prescription.

## II.2.B La fréquence des consultations



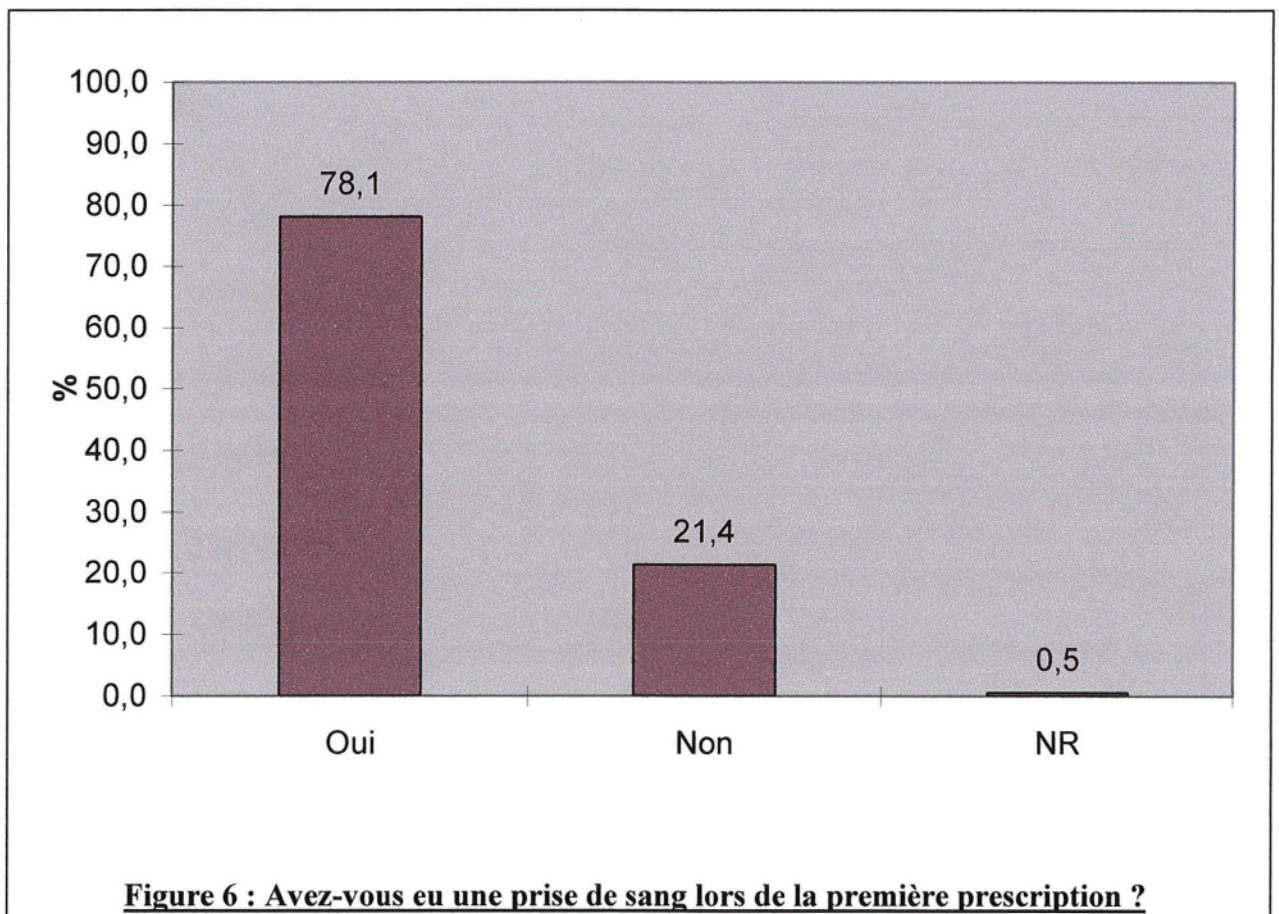
Si la plupart des adolescentes consultent régulièrement un gynécologue, il reste tout de même un quart des jeunes filles qui ne le fait pas.

	0 à 6 mois	6 mois à 1 an	2 ans	3 ans et plus	Total
Consultation	28 %	37 %	23 %	12 %	100 %
Pas de consultation	35 %	39 %	24 %	2 %	100 %

**Tableau III : Consultations régulières en fonction de la durée de traitement**

Lorsque nous relierons cette question avec celle précisant la durée du traitement, nous remarquons que sur les 24 % qui ne consultent pas régulièrement, 64 % prennent la pilule depuis moins d'un an ; par contre, les 26 % restants la prennent depuis plus d'un an et auraient donc dû consulter au moins une fois par an leur médecin.

### **II.2.C La première prise de sang**





Nous notons que 21 % des jeunes filles n'ont pas eu de contrôle biologique lors de la première prescription de leur contraceptif.

Nous avons donc croisé cette question avec celle sur la durée du traitement, puis en fonction du type de prescripteur.

	0 à 6 mois	6 mois à 1 an	2 ans	3 ans et plus	Total
Prise de sang	25 %	41 %	24 %	10 %	100 %
Pas de prise de sang	44 %	24 %	24 %	8 %	100 %

**Tableau IV : Première prise de sang en fonction de la durée du traitement**

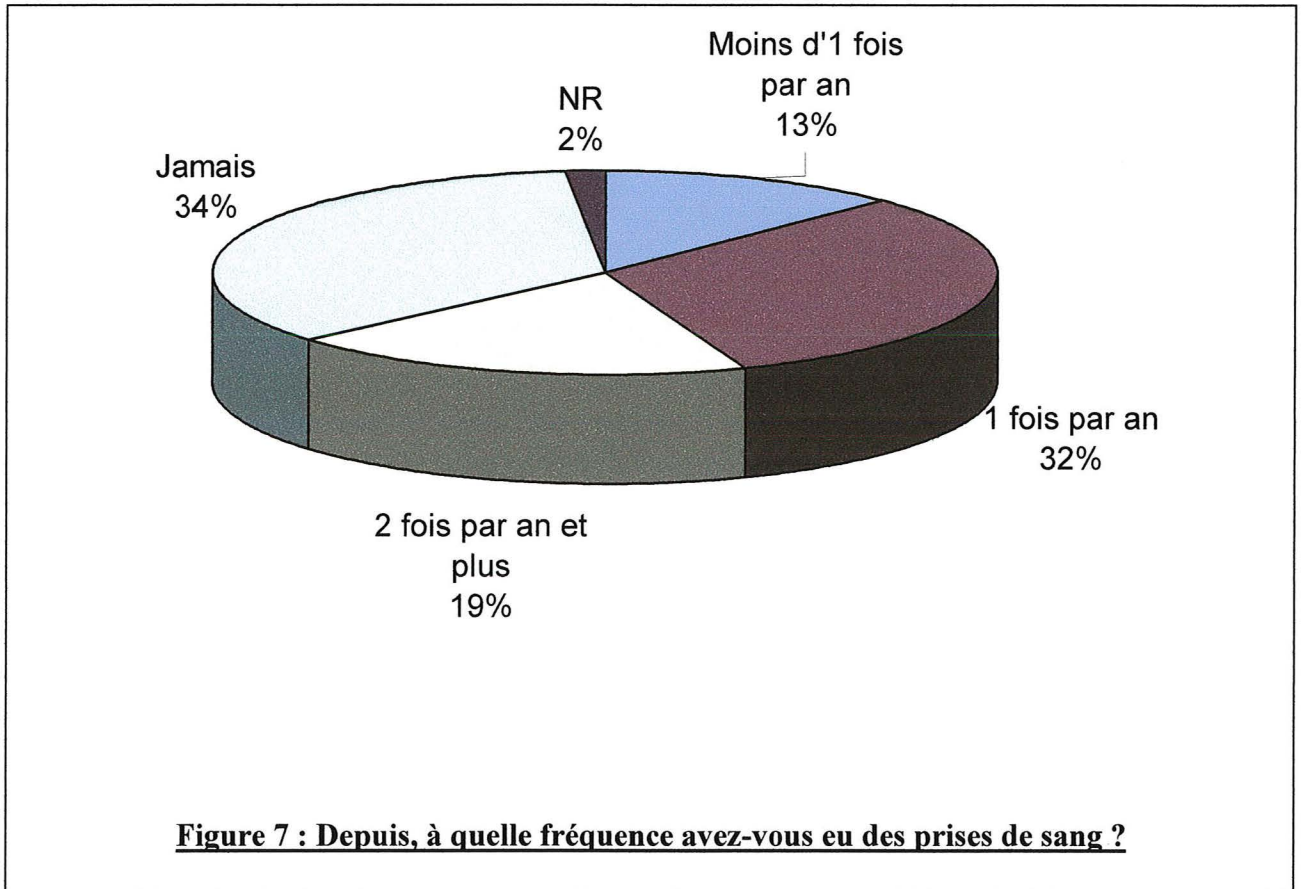
Parmi les adolescentes n'ayant pas eu de prise de sang, 44 % prennent la pilule depuis moins de six mois. 56 % ont un traitement contraceptif depuis plus de six mois.

	Oui	Non	N.R.	Total
Gynécologue	77 %	23 %	0 %	100 %
Médecin	78 %	22 %	0 %	100 %
Planning	78 %	18 %	4 %	100 %
Dermatologue	100 %	0 %	0 %	100 %

**Tableau V : Type de prescripteur en fonction de la première prise de sang**

Celles qui ont consulté un dermatologue ont toutes eu leur première prise de sang. Pour ce qui est des autres prescripteurs, le rapport est le même, 77 % ordonnent la première prise de sang et 23 % non.

### **II.2.D La fréquence des prises de sang**



Une majorité des adolescentes a régulièrement des prises de sang : 19 % deux fois par an, 32 % une fois par an et enfin, 13 % moins d'une fois par an. Cependant, 34 % n'en ont jamais eu. Il est donc intéressant de croiser cette question avec celle de la durée de traitement.

Nous tiendrons compte que de celles qui ont plus d'un an de traitement ; en effet les autres adolescentes ont pu répondre avoir des prises de sang en comptant celle qu'elles ont eue à la première prescription.

	Moins d'1 fois par an	1 fois par an	2 fois par an	Jamais	Total
Traitement depuis 2 ans	6 %	39 %	20 %	35 %	100 %
Traitement depuis 3 ans	28 %	28 %	11 %	33 %	100 %

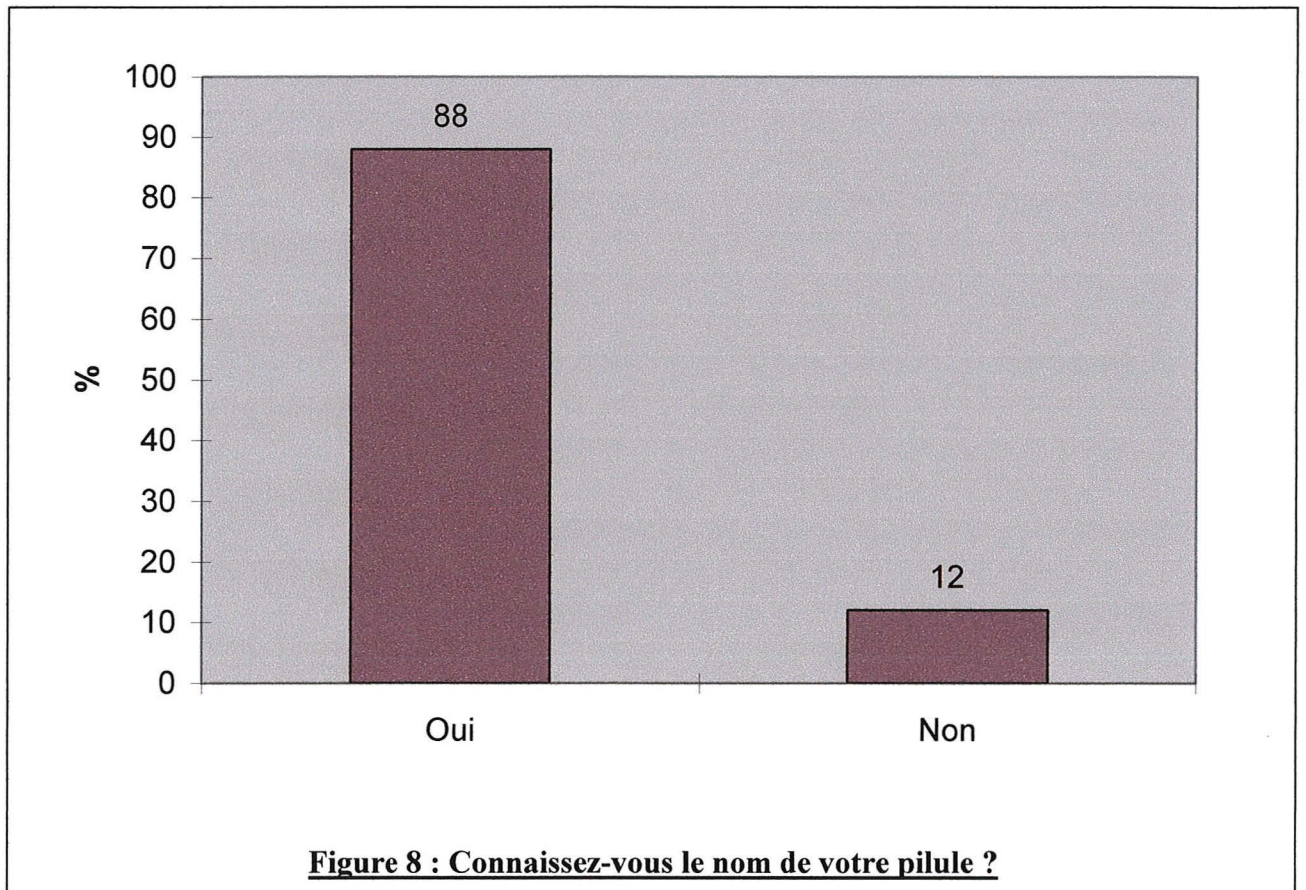
**Tableau VI : Durée du traitement en fonction de la fréquence des prises de sang**

Respectivement, pour deux ans et trois ans de durée de traitement, 35 % et 33 % n'ont plus eu de prise de sang.

Nous pouvons observer que 59 % des adolescentes qui ont deux ans de traitement ont plus d'une prise de sang par an ; pour les autres, ce pourcentage n'est que de 39 %.

## II.3. Connaissances du nom de spécialité

### II.3.A Le nom de spécialité

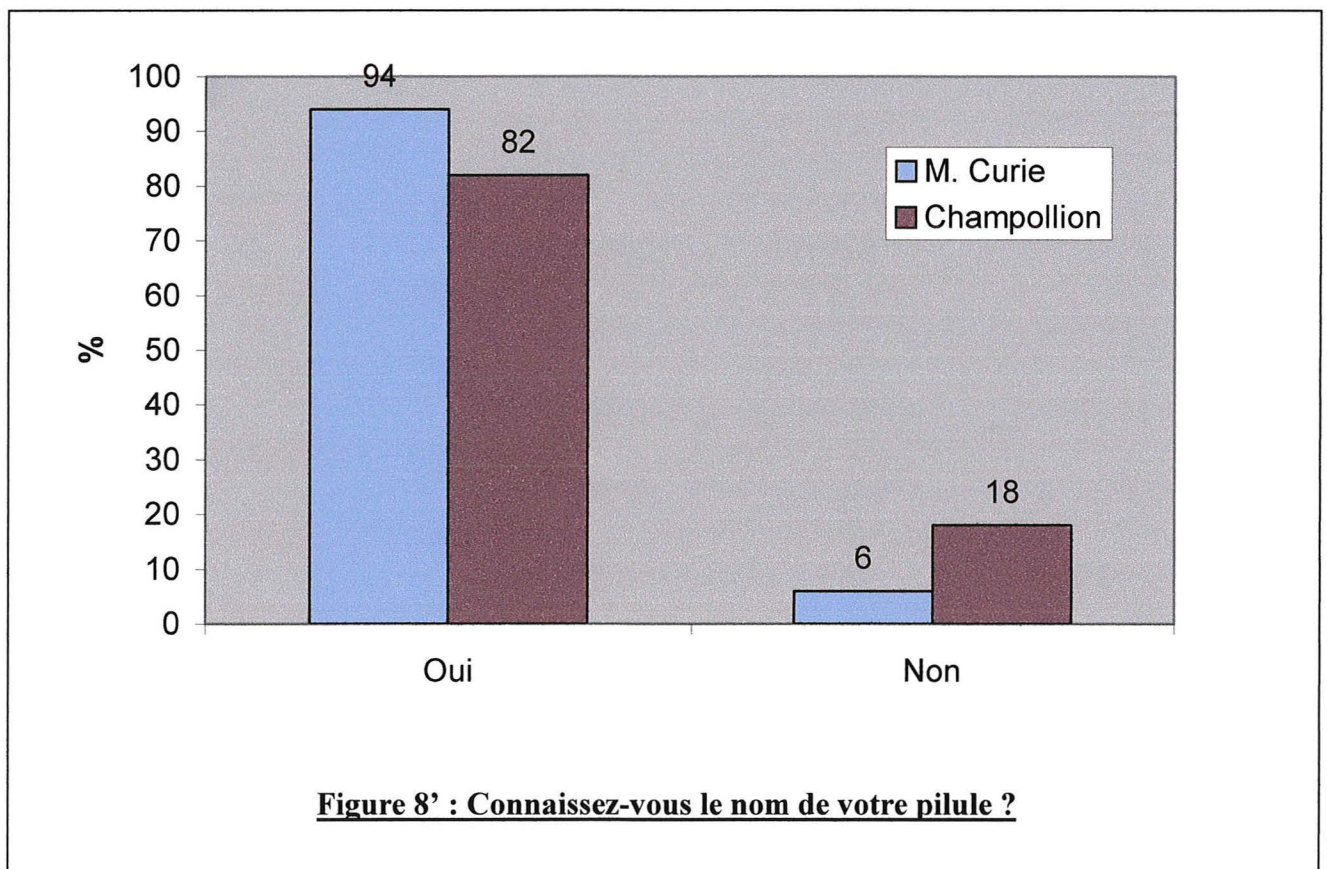


Nous remarquons que 88 % des adolescentes connaissent le nom de leur pilule.

Pour cette question nous avons pu noter une différence significative entre les résultats de Marie-Curie et ceux de Champollion ( $p=0,019$ ) grâce au test de Chi-Carré.

	Champollion		Marie-Curie	
	n	%	n	%
Oui	84	<b>82,4</b>	85	<b>94,4</b>
Non	18	<b>17,6</b>	5	<b>5,6</b>

**Tableau VII : Connaissez-vous le nom de votre pilule ?**



**Figure 8' : Connaissez-vous le nom de votre pilule ?**

Les lycéennes de Marie-Curie sont plus nombreuses à connaître le nom de leur pilule que celles du lycée Champollion.

	0 à 6 mois	6 mois à 1 an	2 ans	3 ans et plus	Total
Oui Champollion	31 %	40 %	23 %	6 %	100 %
Oui Marie-Curie	21 %	37 %	27 %	15 %	100 %
Non Champollion	50 %	28 %	22 %	0 %	100 %
Non Marie-Curie	80 %	20 %	0 %	0 %	100 %

**Tableau VIII : Durée du traitement en fonction de la connaissance du nom de la pilule et du lycée**

Dans le lycée Champollion, sur les dix-huit lycéennes qui ne connaissaient pas le nom de leur contraceptif, 78 % le prenaient depuis moins d'un an. Pour le lycée Marie-Curie, les cinq adolescentes (100 %) qui ne connaissaient pas le nom, prenaient la pilule depuis moins d'un an.

### **II.3.B Les différentes spécialités prescrites**

	Quantité d'éthinylœstradiol	Type de progestatifs	Pourcentage
Trinordiol <sup>®</sup>	30-40µg	Lévonorgestrel	25 %
Diane 35 <sup>®</sup>	35 µg	Cyprotérone	18 %
Minidril <sup>®</sup>	30µg	Lévonorgestrel	8 %
Mercilon <sup>®</sup>	20 µg	Désogestrel	8 %
Meliane <sup>®</sup>	20 µg	Gestodène	5 %

**Tableau IXa : Pourcentage des pilules les plus utilisées**

Les spécialités les plus prescrites sont Trinordiol<sup>®</sup> et Diane 35<sup>®</sup>.

Nous trouvons ensuite des spécialités avec un dosage plus faible en éthinyloestradiol.

Nous avons voulu savoir pour quelles indications les adolescentes prenaient Diane 35<sup>®</sup> et qui était le prescripteur.

	Gynécologue	Médecin	Dermatologue	Planning
Acné	9 %	0 %	3 %	0 %
Contraception	22 %	9 %	0 %	0 %
Régularisation	3 %	0 %	0 %	0 %
Acné+régularisation	3 %	3 %	3 %	0 %
Acné+contraception	16 %	7 %	0 %	3 %
Contraception+régularisation	9 %	0 %	0 %	0 %
Acné+contraception+régularisation	3 %	7 %	0 %	0 %
Total	65 %	26 %	6 %	3 %

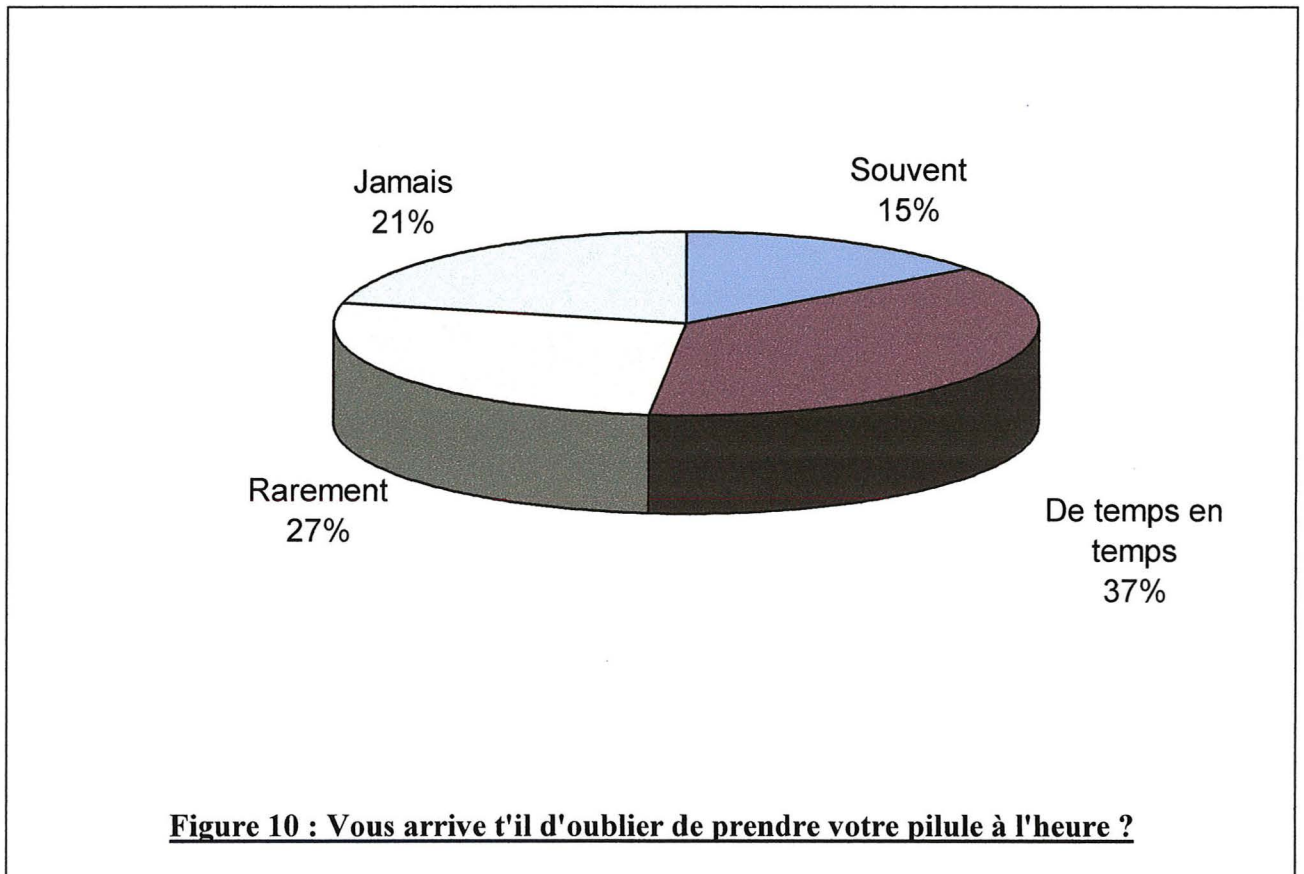
**Tableau IXb : Les indications de Diane 35<sup>®</sup> en fonction du type de prescripteur**

C'est le gynécologue qui prescrit le plus souvent cette spécialité (65 %), suivi par le médecin généraliste.

Au niveau des indications, 22 % des prescriptions ont une indication de contraception, 16 % sont indiquées pour la contraception et l'acné.

## II.4. Observance du traitement

### II.4.A L'oubli de pilule



Les réponses ont été variées ; il ressort que seulement 21 % des adolescentes n'oublient jamais de prendre leur pilule à l'heure. Ainsi, 78 % des jeunes femmes oublient, avec une fréquence différente la prise de leur comprimé.

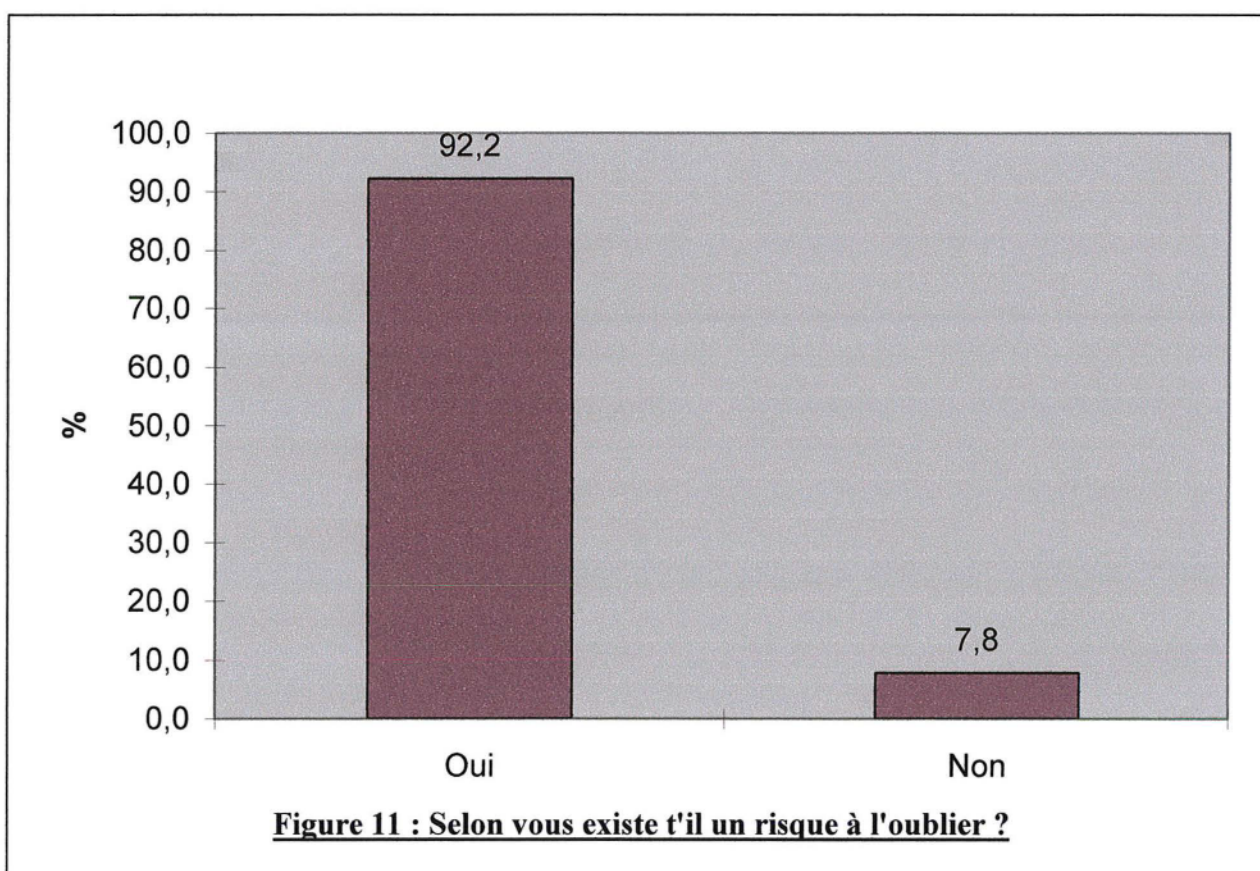


	Jamais	Rarement	De temps en temps	Souvent	Total
0 à 6 mois	32 %	17 %	37 %	14 %	100 %
6 mois à 1 an	22 %	30 %	35 %	13 %	100 %
2 ans	9 %	33 %	41 %	17 %	100 %
3 ans et plus	17 %	33 %	33 %	17 %	100 %

**Tableau X : Durée du traitement en fonction de la fréquence des oublis**

Lors du croisement des questions 2 et 10, nous pouvons remarquer que plus de la moitié des adolescentes oublie leur pilule quelle que soit la durée de traitement.

#### **II.4.B La connaissance du risque lié à l'oubli**



92 % des adolescentes interrogées disent connaître le risque à l'oublier.

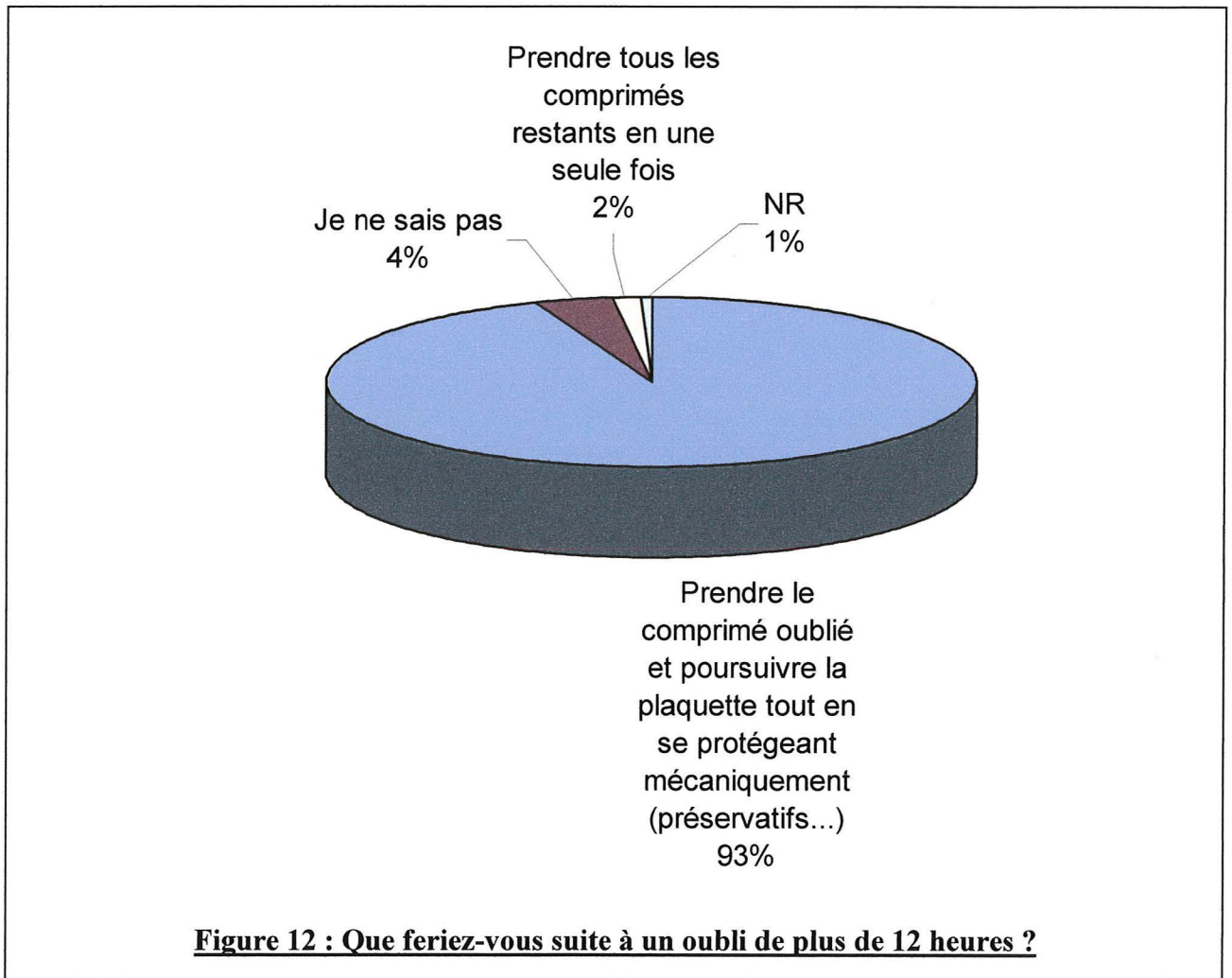
Cependant, dans les 8 % qui ne savent pas qu'il y a risque à l'oublier, six adolescentes (40 %) l'oublient de temps en temps voire souvent ; ce qui représente six risques de grossesses non désirées sur les 192 questionnées.

	Oublis	Pas d'oublis	Total
Risque	53 %	47 %	100 %
Pas de risque	40 %	60 %	100 %

**Tableau XI : Connaissance d'un risque à l'oublier en fonction des oublis**

Parmi les 92 % qui savent qu'il existe un risque lié à l'oubli, plus de la moitié (53 %) oublie de prendre son comprimé à l'heure.

#### II.4.C Leur réaction face à l'oubli

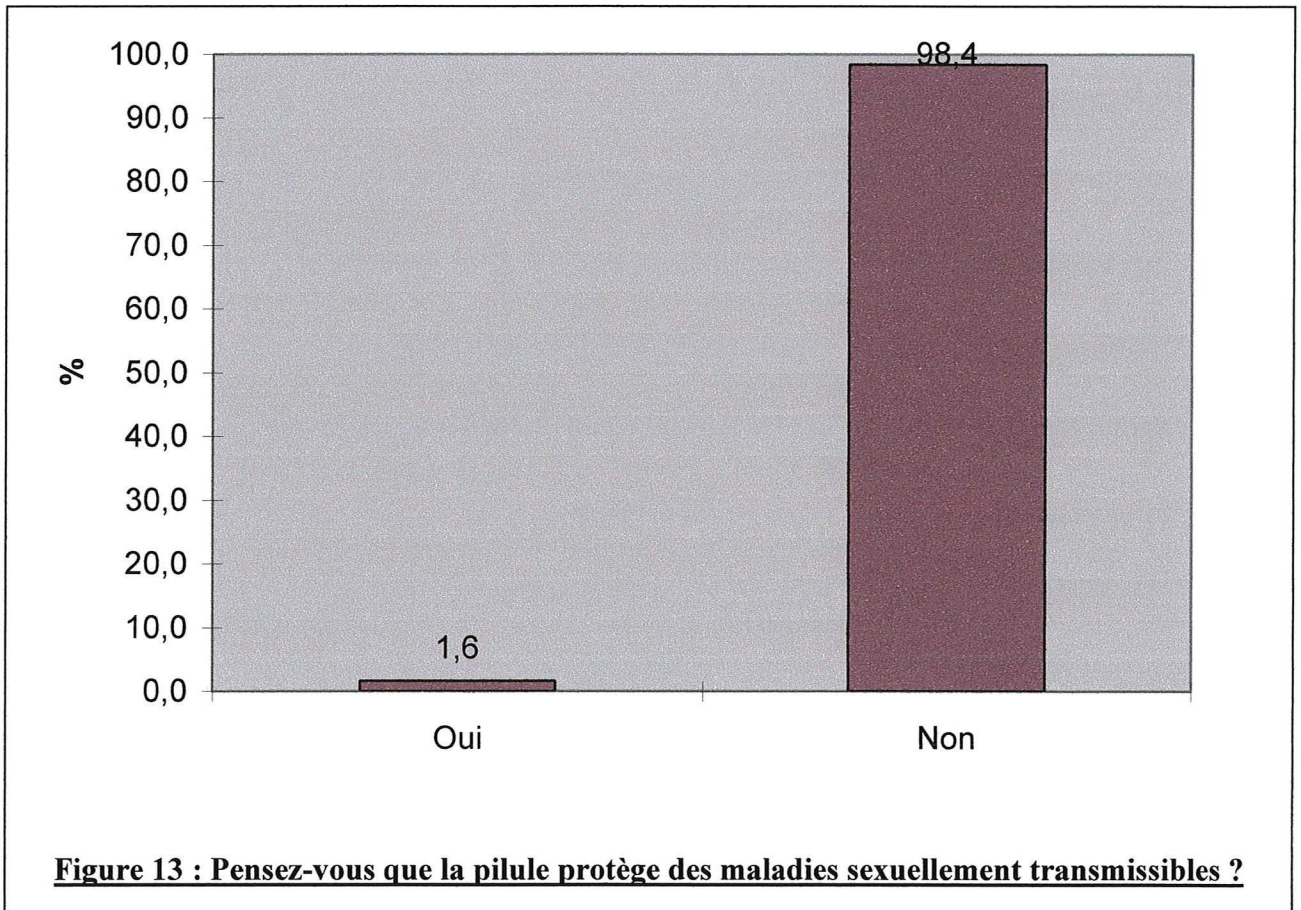


Les solutions proposées pouvaient aiguiller les jeunes filles dans leurs réponses ; cependant, 93 % ont répondu correctement.

Une question ouverte aurait permis de mieux cerner les réactions face à un oubli ; nous aurions alors obtenu une plus grande diversité de réponses et peut-être plus de non-réponses. Cependant, le temps nécessaire pour remplir le questionnaire aurait été augmenté.

## II.5. Connaissances générales sur la pilule

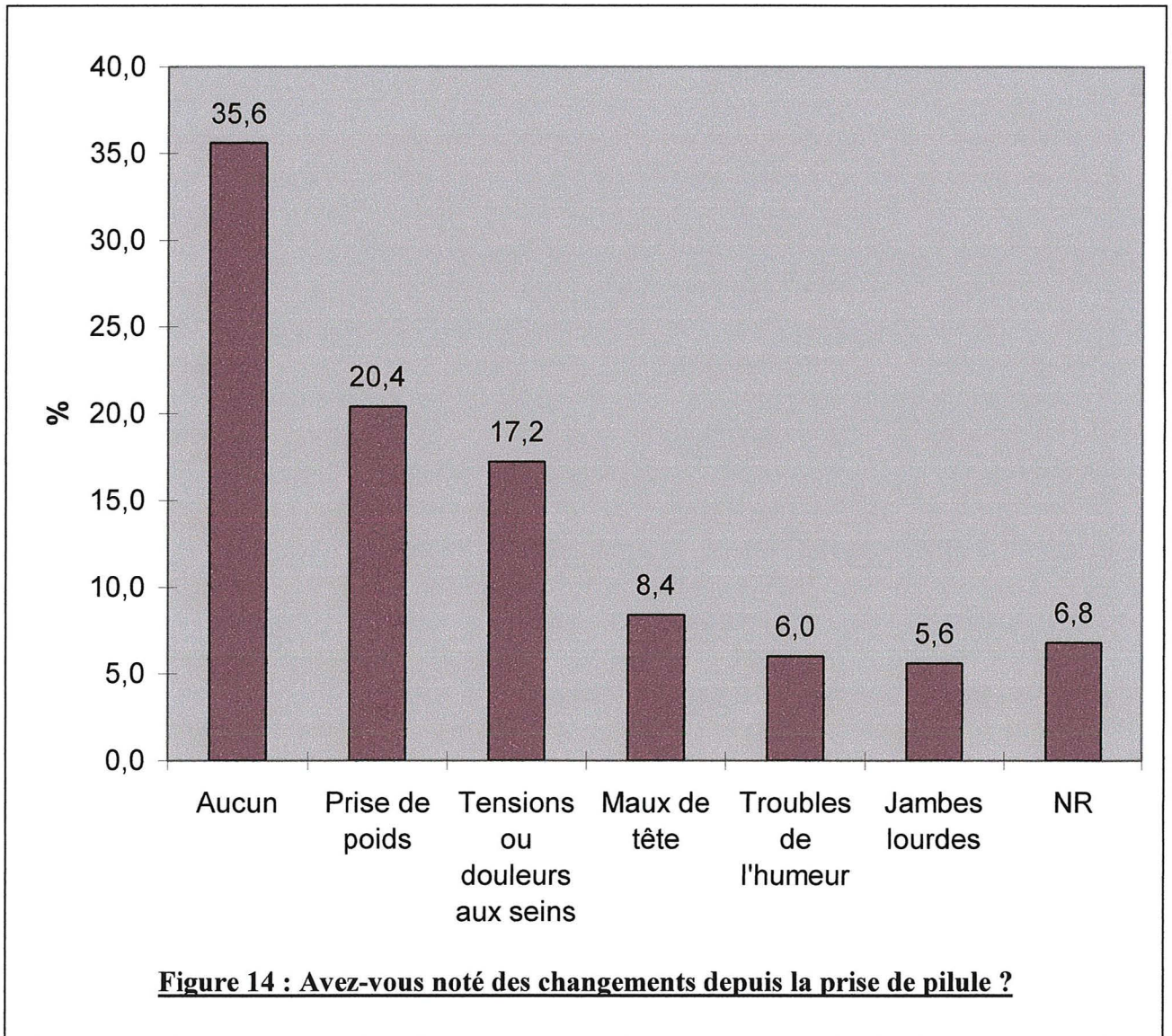
### II.5.A La pilule et les maladies sexuellement transmissibles (MST)



Les campagnes d'information sur le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ont donné une information claire faisant apparaître que seul le préservatif protège des MST.

Pour ce qui est de nos deux lycées, encore 2 % pensent que la pilule protège des MST.

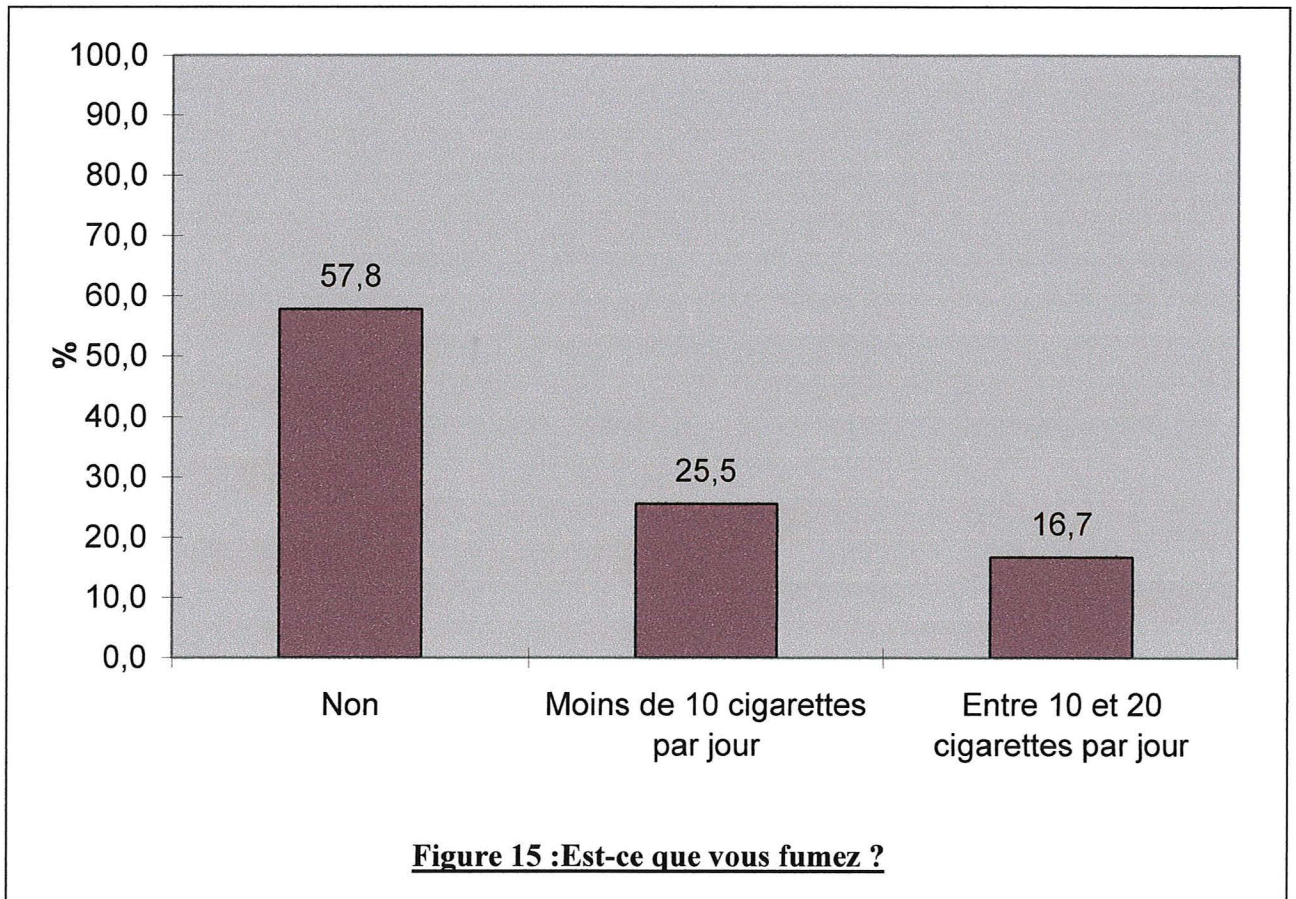
## II.6. La pilule et ses effets indésirables



36 % des interrogées déclarent n'avoir ressenti aucun changement suite à la prise de pilule. La prise de poids est l'effet indésirable le plus fréquemment relaté avec environ 20 % des cas.

## II.7. Pilule et tabac

### II.7.A La proportion de fumeuses



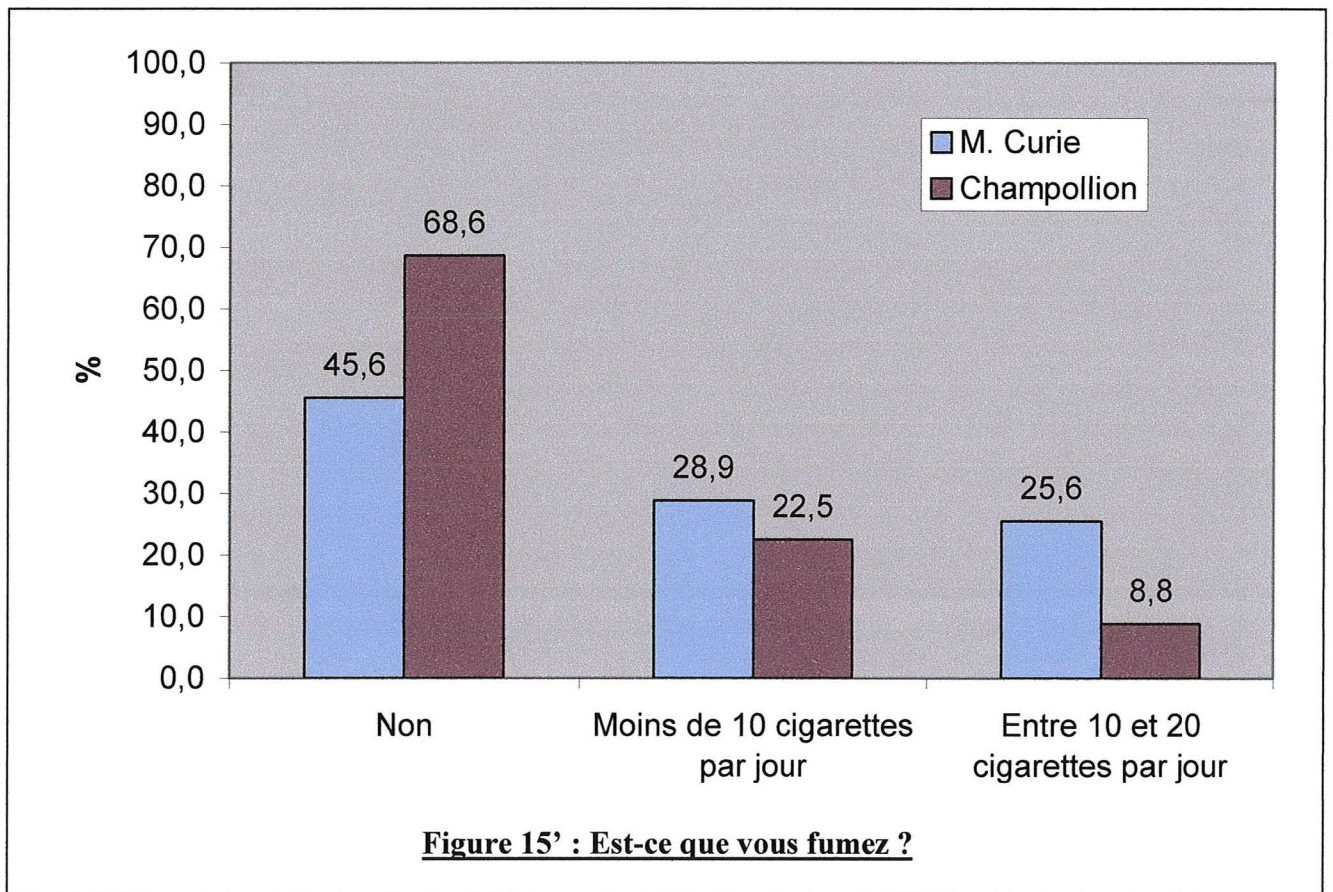
Pour les deux lycées, 58 % de la population féminine ne fument pas. Parmi les 42 % qui fument, 25 % consomment moins de dix cigarettes par jour et 17 % entre dix et vingt.

Il faut noter qu'aucune n'a répondu plus de vingt cigarettes par jour.

D'après le test de Chi-Carré, on obtient un  $p \leq 0,001$ , mettant en évidence une différence entre les réponses des deux populations.

	Champollion		Marie-Curie	
	n	%	n	%
Non	70	<b>68,6</b>	41	<b>45,6</b>
Moins de 10 cigarettes par jour	23	<b>22,5</b>	26	<b>28,9</b>
Entre 10 et 20 cigarettes par jour	9	<b>8,8</b>	23	<b>25,6</b>
Plus de 20 cigarettes par jour	0	<b>0</b>	0	<b>0</b>

**Tableau XII : Est-ce que vous fumez ?**



D'après le z-test, la proportion de fumeuses n'est pas différente de celle des non-fumeuses au lycée Marie-Curie ( $p=0,265$ ). Au contraire, au lycée Champollion, on note une différence significative entre les deux groupes ( $p \leq 0,001$ ).

	Non Champollion	Non Marie-Curie	Oui Champollion	Oui Marie-Curie	Total
15 ans	100 %	0 %	0 %	0 %	100 %
16 ans	17 %	16 %	28 %	39 %	100 %
17 ans	37 %	21 %	32 %	10 %	100 %
18 ans	39 %	25 %	11 %	25 %	100 %
19 ans	36 %	22 %	13 %	29 %	100 %
20 ans	43 %	14 %	10 %	33 %	100 %

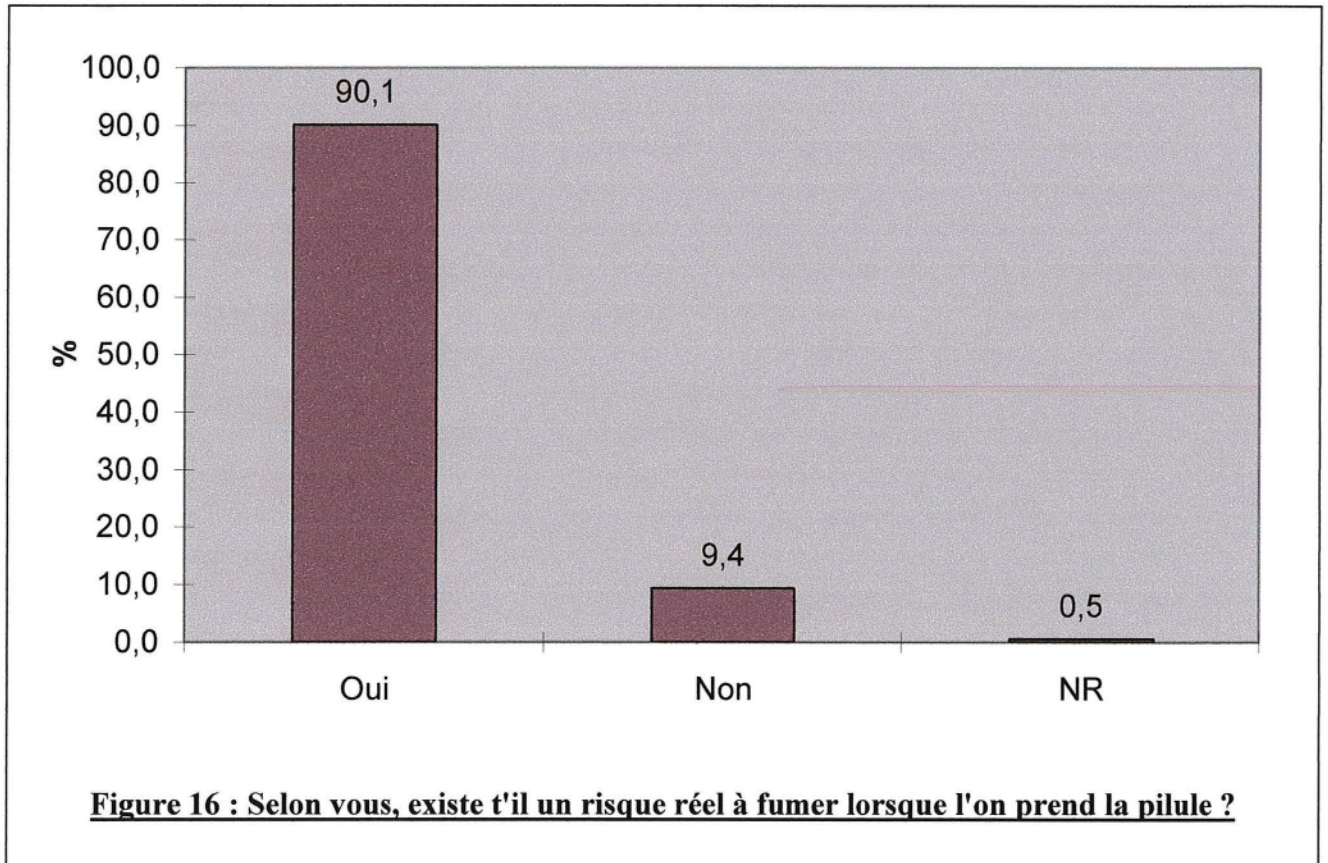
**Tableau XIII : Tranches d'âge en fonction du lycée et de la consommation de cigarettes**

La répartition des fumeuses en fonction de l'âge pour les deux lycées est la suivante : 67 % des adolescentes de seize ans fument, 42 % de celles de dix-sept ans, puis 36 % chez les dix-huit ans et enfin 42 % et 43 % respectivement pour celles âgées de dix-neuf et vingt ans.

Les lycéennes de Champollion âgées de dix-sept ans (32 %) fument plus que celles de Marie-Curie. Pour toutes les autres tranches d'âge, ce sont les lycéennes de Marie-Curie qui sont les plus nombreuses à fumer.



### **II.7.B La connaissance du risque lié à l'association pilule/tabac**



La majorité des jeunes filles (90 %) connaît le risque lié à l'association pilule/tabac.

	Fumeuses	Non-fumeuses	Total
Risque	45 %	55 %	100 %
Pas de risque	16 %	84 %	100 %

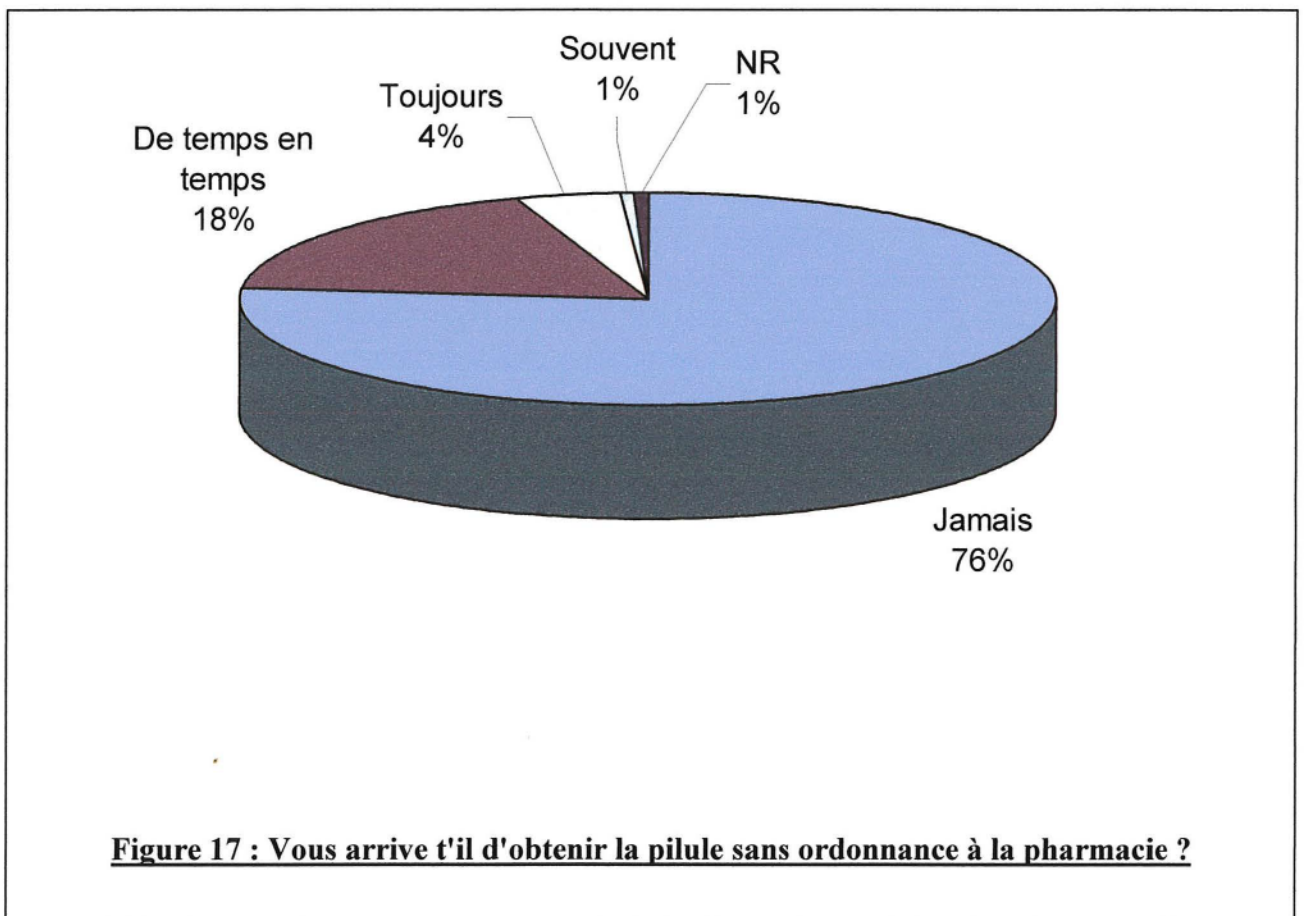
**Tableau XIV : Connaissance du risque en fonction de la consommation de cigarettes**

Parmi celles qui ont connaissance du risque à fumer et à prendre la pilule, 45 % fument.

16 % fument en ne sachant pas qu'il y a un risque.

## **II.8. Délivrance à l'officine**

### **II.8.A La délivrance sans prescription**



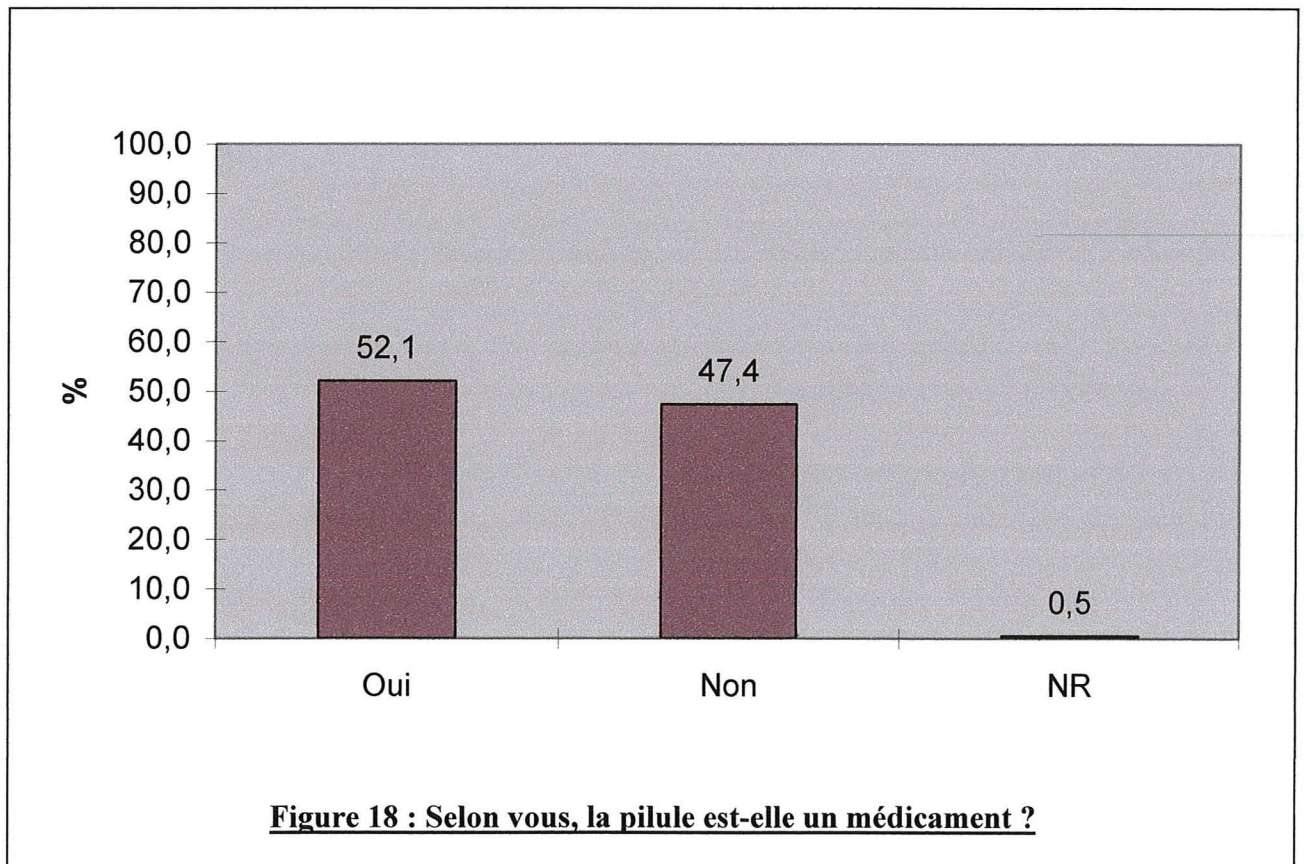
76 % n'ont jamais obtenu la pilule sans ordonnance à la pharmacie. Face à cette question, il nous paraît intéressant de savoir si, elles qui ne consultent pas, vont à la pharmacie sans ordonnance.

	Oui	Non	N.R.	Total
Pas de consultations	20 %	80 %	0 %	100 %
Consultations régulières	24 %	75 %	1 %	100 %
N.R.	0 %	100 %	0 %	100 %

**Tableau XV : Régularité des consultations en fonction de l'obtention de la pilule sans ordonnance**

20 % des adolescentes qui ne consultent pas régulièrement un gynécologue, obtiennent la pilule sans ordonnance ; cependant un quart des lycéennes qui consulte fréquemment son médecin, n'utilise pas de prescription pour obtenir la pilule en pharmacie.

### **II.8.B La pilule : un médicament**



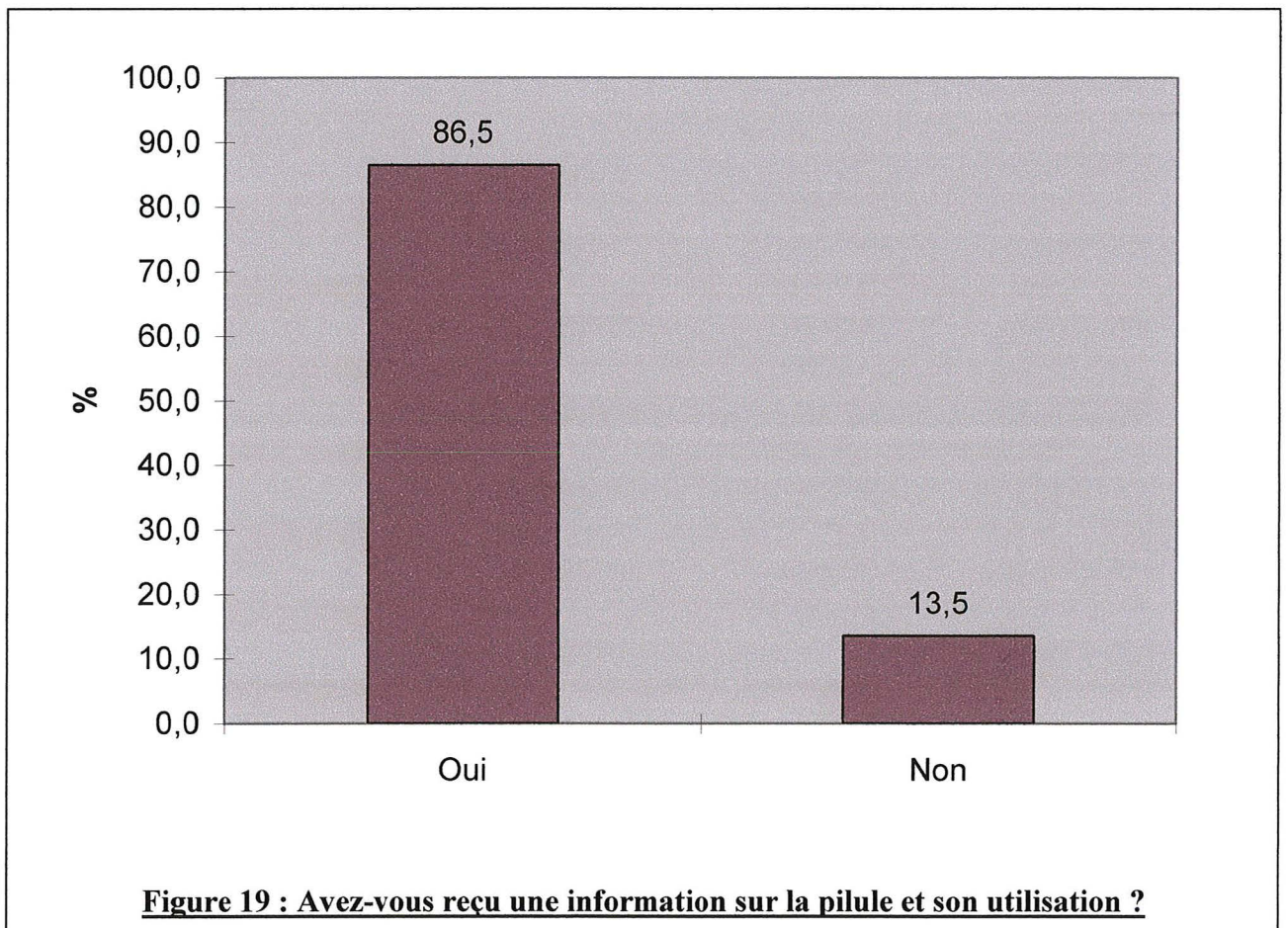
Les avis sur cette question sont partagés : 48 % de non pour 52 % de oui.

Le z-test est intéressant : il met en évidence qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux résultats avec un  $p=0,6$ .

Ces résultats peuvent être biaisés en effet lorsque nous interpellions les adolescentes, nous nous présentions comme étudiantes en pharmacie ; en termes d'enquête statistique, la présence de l'enquêteur équilibre les réponses. En effet, les sondés ne s'expriment pas totalement librement.

## II.9. Informations

### II.9.A Les informations sur la pilule



Il apparaît que 86,5 % ont eu des informations sur la pilule. Cependant, 13,5 % des adolescentes n'ont pas reçu d'information.

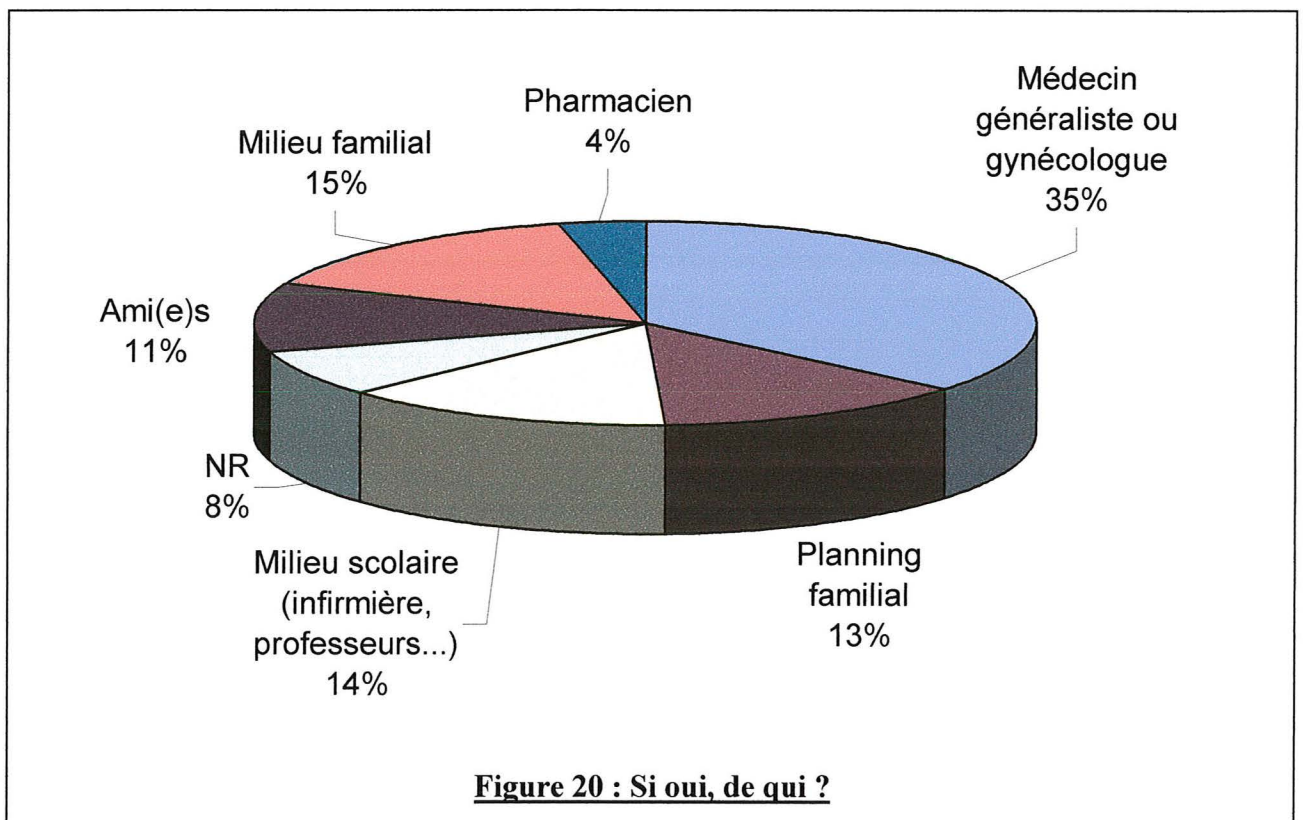
	0 à 6 mois	6 mois à 1 an	2 ans	3 ans et plus	Total
Informations	29 %	39 %	23 %	9 %	100 %
Pas d'informations	35 %	23 %	31 %	11 %	100 %

**Tableau XVI : Informations reçues en fonction de la durée du traitement**

Les résultats tendent à montrer que la plupart des jeunes filles sont bien informées.

Parmi les 13,5 % qui se déclarent non-informées, 58 % prennent la pilule depuis moins d'un an.

### **II.9.B Les sources d'informations**

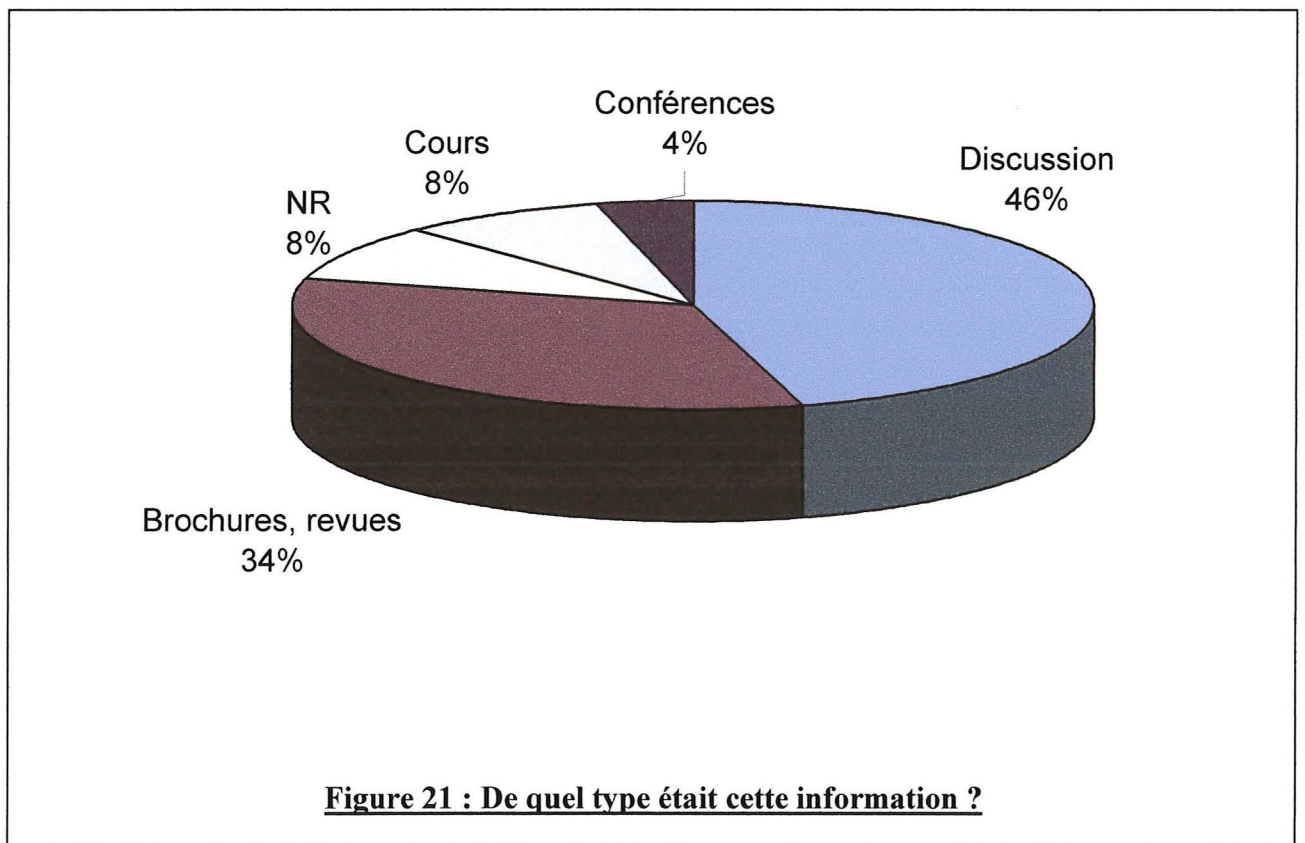


Le gynécologue et le médecin apparaissent comme le plus souvent à l'origine de l'information (35 %) ; en effet ils sont en contact avec les adolescentes en demande de contraception.

Puis viennent dans l'ordre, le milieu familial, le milieu scolaire et le planning familial.

Il est à noter que le pharmacien est en dernière position avec seulement 4 % des jeunes filles qui le consultent.

### **II.9.C Le type d'informations**

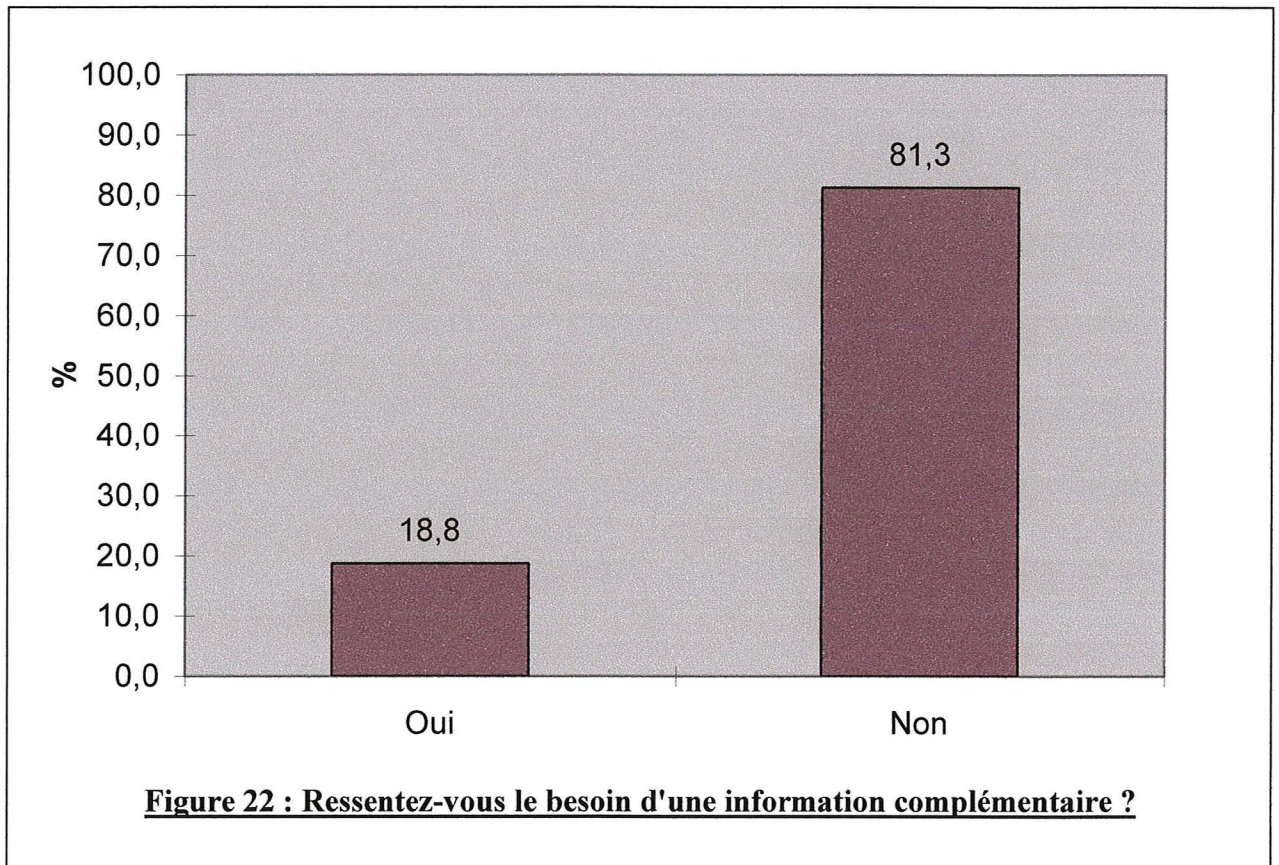


D'après ces lycéennes, la discussion est de loin la manière la plus courante de communiquer sur la contraception (46 %).

Suivent les brochures avec 34 %, puis les cours (8 %) et les conférences (4 %).

Les abstentions correspondent à celles qui précisaient dès la question 19 qu'elles n'avaient pas eu d'information.

#### **II.9.D Le besoin d'informations**



81 % ne ressentent pas le besoin d'une information complémentaire sur la contraception œstroprogestative.

	Besoin d'informations	Pas besoin d'informations	Total
Informations	16 %	84 %	100 %
Pas d'informations	35 %	65 %	100 %

**Tableau XVII : Information reçue en fonction du besoin d'information**

Parmi les adolescentes qui n'ont jamais eu d'informations, 65 % ne souhaitent pas en recevoir.



### **III. DISCUSSION**

L'analyse de ces résultats va nous permettre d'établir un état des lieux de la perception qu'ont les jeunes filles de la contraception orale. Nous tenterons également de redéfinir la place que peut occuper le pharmacien d'officine dans la prévention des grossesses non désirées, le respect de l'observance, la sensibilisation sur les méfaits de l'association tabac/pilule...

#### **III.1. Étude de la population**

Les établissements d'enseignement secondaire accueillent généralement des élèves âgés de quinze à dix-neuf ans. La population ici étudiée se répartit de la même manière, avec une majorité de jeunes filles âgées de dix-huit à dix-neuf ans. Il faut rappeler que les deux établissements dispensent également un enseignement supérieur (BTS et classes préparatoires) expliquant la présence de jeunes filles plus âgées.

L'âge moyen de cette population correspond à celui d'entrée dans la sexualité ; d'après le Baromètre Santé 2000 [10], l'âge moyen du premier rapport sexuel est de 18,7 ans pour les femmes et c'est à partir de ce moment qu'une contraception orale sera le plus souvent envisagée.

#### **III.2. Orientation thérapeutique**

Les résultats confirment la grande diversité d'orientations thérapeutiques de la pilule œstroprogestative. Pour une majorité des jeunes filles, elle est utilisée à visée contraceptive ; les autres indications sont toutefois bien représentées.

Cependant, chaque spécialité possède une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour différentes indications. Lorsque nous croisons cette question avec la question 9 qui précise le nom commercial de la pilule, nous constatons que la spécialité Diane 35<sup>®</sup> est prescrite dans un but contraceptif le plus souvent et non pour traiter l'acné (cf. tableau IXb).

De plus, d'après la monographie du Vidal 2002 [53], l'indication concernant cette spécialité est la suivante : *"Traitement de l'acné chez la femme : l'efficacité est modérée et ne s'observe qu'après plusieurs mois de traitement"* et les mises en garde précisent : *"Ce médicament inhibe l'ovulation et a donc un effet contraceptif, mais il ne doit pas être utilisé à ce titre en l'absence de manifestations périphériques d'androgénisation chez la femme"*.

Ces résultats tendent donc à montrer que cette spécialité est prescrite chez les jeunes filles en dehors de ses indications légales.

### **III.3. Type de prescripteur**

Comme nous l'avons vu précédemment, différents professionnels sont à même de prescrire un traitement contraceptif. Pour la première prescription, les résultats montrent que la majorité des jeunes filles se tourne vers un gynécologue.

Nous nous attendions à une répartition différente avec une prédominance pour le médecin généraliste (de famille) et le planning familial. En effet, à cet âge, le gynécologue peut être intimidant alors que la relation de confiance est déjà établie avec le médecin de famille.

D'autre part, les deux lycées choisis se situent à proximité de centres spécialisés dans la gestion de la fécondité : le centre de planification de l'Hôpital Sud et le planning familial de Grenoble. Nous pensons que par cette proximité, un nombre plus important de

jeunes filles s'orienterait vers ces établissements ; et ce d'autant plus qu'ils assurent l'anonymat et la gratuité des visites médicales, des examens ainsi que de la première délivrance de pilule. La prescription de contraceptif oral par ces centres ne concerne qu'une jeune fille sur sept. Ces résultats peuvent nous amener à penser que le dialogue sur la contraception entre les jeunes filles et leurs parents existe. En effet, les adolescentes ne possèdent pas leur propre sécurité sociale et dépendent donc de leur famille pour le remboursement des frais de consultations.

Il apparaît donc que les jeunes filles n'hésitent pas à se tourner vers le spécialiste de la femme lors de leur première consultation pour la contraception ; ces résultats se trouvent confirmés par une étude parue dans *Gynécologie et santé des femmes* [11], montrant que la première demande de contraception s'adresse trois fois sur quatre au gynécologue.

#### **III.4. Suivis médical et biologique**

En l'absence de toute anomalie, les recommandations générales font état d'un examen clinique annuel, comprenant les contrôles du poids, de la tension artérielle, la palpation des seins et du foie et d'un examen gynécologique. Il apparaît que les trois quarts de la population interrogée ont eu un examen de contrôle. Les recommandations ont donc été respectées.

La question 5 : "Consultez-vous régulièrement un gynécologue de famille ou du planning ?" comporte le terme de "gynécologue" ; il se peut donc que parmi les réponses négatives, certaines jeunes filles ne consultent pas un gynécologue mais un médecin généraliste qui peut lui aussi pratiquer ces examens de contrôle.

Le renouvellement de la prescription du contraceptif est, au minimum d'une fois par an. Ceci impose nécessairement une consultation médicale par année et permet donc un suivi plus régulier des femmes, qui n'en perçoivent pas toujours l'intérêt.

Pour ce qui est des examens biologiques, l'Anaes recommande de réaliser le premier bilan dans les trois à six mois qui suivent l'instauration du traitement contraceptif et, en l'absence d'anomalie, de le renouveler tous les cinq ans [1]. Il est important que la réalisation de l'examen biologique ne retarde pas la mise en place du traitement contraceptif ; c'est pourquoi, la patiente dispose d'une période de six mois pour le réaliser. Toutefois, il est souhaitable de ne pas trop attendre pour réaliser les dosages afin qu'ils servent de référence par la suite. Rappelons en effet que la prise d'œstroprogestatifs a une incidence à la fois sur les bilans lipidique et glucidique.

Les résultats montrent que pour une grande majorité, ces recommandations sont suivies. Il reste tout de même que, dans plus d'un cas sur cinq, les réponses tendent à révéler une pratique inadéquate avec les recommandations.

Pour le suivi à long terme, les résultats se sont révélés très diversifiés. En effet, il existe une différence entre les recommandations des RMO et celles de l'Anaes ; l'une faisant état d'un contrôle tous les deux ans et l'autre tous les cinq ans [1] [42]. Ce manque de consensus pourrait expliquer que l'on observe chez les prescripteurs des pratiques très diversifiées.

### **III.5. Implication dans le traitement contraceptif**

La contraception orale assure une protection efficace, à condition de respecter scrupuleusement les modalités de prise. Rappelons que pour la plupart des jeunes filles, il s'agit du premier traitement au long cours qu'elles auront à gérer par elles-même, et dont elles seront responsables.

#### **III.5.A Connaissance du nom de spécialité**

Il existe de nombreux contraceptifs sur le marché, tous n'ont pas la même composition, le même dosage, les mêmes répercussions sur l'organisme ; la prescription a pour but de choisir le contraceptif le plus adapté à chaque patiente. Si un problème survient suite à la prise de ce traitement (problème d'observance ou de santé), les femmes doivent être en mesure de pouvoir donner le nom de leur pilule, de manière à décider de la conduite à tenir.

Les résultats sont très positifs puisque la majorité des jeunes filles a précisé le nom commercial de leur pilule avec, cependant, une différence significative ( $p < 0,02$ ) entre les deux établissements. En effet, les lycéennes de Marie-Curie ont été plus nombreuses à répondre positivement que celles de Champollion.

L'origine de cette différence est difficile à expliquer. Une hypothèse pourrait être une différence concernant le milieu social auquel appartiennent les lycéennes. Cependant, nous avons volontairement choisi de ne pas aborder le versant sociologique de la contraception orale, car ce domaine nous apparaît trop vaste et spécialisé. Le questionnaire ne demandant pas la catégorie socioprofessionnelle des parents, il nous est impossible de rechercher une différence liée au milieu socioprofessionnel.

Parmi les jeunes filles déclarant ne pas connaître le nom de leur pilule, la moitié prenait un contraceptif oral depuis moins de six mois pour le lycée Champollion et 80 % pour le lycée Marie-Curie, ce qui pourrait signifier qu'il faut un certain temps pour que la pilule soit intégrée à la vie courante.

La question 9, qui précise le nom commercial, nous permet à la fois de contrôler les réponses positives de la question précédente ("Connaissez-vous le nom de votre pilule ?"), mais aussi de visualiser le type de pilule le plus souvent prescrit chez les adolescentes.

Ces résultats semblent montrer que lors de la prescription, les médecins tiennent compte du rapport coût/efficacité ; en effet, les deux premières spécialités les plus prescrites sont des pilules minidosées, contenant en général 30 µg d'éthinylœstradiol, remboursées à 65 % par la Sécurité Sociale : Trinordiol<sup>®</sup>, Minidril<sup>®</sup>. Ces spécialités allient donc les avantages des minidosées à une prise en charge par la Sécurité Sociale. Leur prescription facilite donc l'accès à la contraception pour toutes les femmes, notamment celles en difficulté financière.

Nous retrouvons également un taux de prescription important pour des pilules de troisième génération (Mercilon<sup>®</sup>, Méliane<sup>®</sup>...), contenant 15 à 20 µg d'éthinylœstradiol associé à un progestatif de troisième génération, réduisant l'éventuelle apparition d'effets indésirables. Ces spécialités sont très bien tolérées d'où un intérêt particulier chez les jeunes filles.

### **III.5.B Observance**

Pour ce qui est de l'observance du traitement, notre enquête révèle qu'une très grande proportion de jeunes filles avoue avoir déjà oublié de prendre son comprimé à l'heure.

Une étude menée par Serfaty, sur les méthodes contraceptives précédant les demandes d'IVG [49] montre que près de 10 % des femmes en attente d'IVG avaient pris leur pilule de façon incorrecte ou inconstante : l'IVG est alors le résultat d'une mauvaise observance.

Notre questionnaire ne faisant pas état de la durée de l'oubli, il se peut donc que pour une grande majorité, le décalage de prise ne soit que de quelques heures, ne remettant pas en cause la protection contraceptive. Ces résultats peuvent être comparés à une autre étude menée par Oddens en 1995 sur l'observance et l'oubli de pilule en France chez les femmes âgées de 15 à 39 ans [34]. Il ressort que 60 % des sondées déclarent avoir oublié de prendre leur pilule au cours des six derniers mois et que 41 % de celles-ci reviennent sur leur déclaration lorsque l'oubli est précisément défini (douze heures ou trois heures selon le type de contraceptif) ; la notion d'oubli reste donc vague et nos résultats pourraient donc être nuancés.

Notre enquête nous montre que, malgré ce nombre relativement important d'oublis, la quasi-totalité des jeunes filles est consciente qu'il existe un risque de grossesse non désirée lorsque la prise du contraceptif oral est décalée. L'origine de cet écart paradoxal entre information et application pratique peut s'expliquer par le fait que la prise quotidienne du contraceptif oral est vécue comme une contrainte. Hypothèse d'ailleurs exposée dans l'étude d'Oddens [34] : même si 63 % des femmes interrogées s'accordent à dire que "penser à prendre sa pilule" est quelque chose de facile, 30 % admettent que cela leur demande parfois des efforts et pour 7 %, ces efforts sont permanents.

Cette même étude [34] enquête sur les circonstances de l'oubli et il est intéressant de remarquer qu'ils se produisent lorsque le quotidien est perturbé ; pour la majorité, ils

surviennent lors de voyages ou de déplacements, de nuits passées hors de chez soi, de couchers tardifs, de week-ends, de surcroît de travail, de problèmes personnels : situations auxquelles les jeunes filles peuvent être régulièrement confrontées, et pouvant être à l'origine d'une observance irrégulière. Pour éviter ces oublis, il est préférable que la prise de pilule soit ritualisée : prise au moment du coucher ou du lever (sachant qu'ils peuvent être décalés lors des sorties ou le week-end), au moment d'un repas, lors du passage à la salle de bain...

La dernière question sur l'observance se rapportait au comportement adopté face à un oubli de plus de douze heures. Les réponses que nous propositions pouvaient guider la jeune fille dans son choix. Il apparaît cependant que 7 % d'entre elles opteraient pour une mauvaise conduite ou ne sauraient pas quelle attitude adopter dans cette situation. Comme nous l'avons vu précédemment, la gestion des oublis n'est pas aisée ; il faut tenir compte à la fois, de la période du cycle et des rapports sexuels qui précèdent cet oubli. Il apparaît donc important de ne pas généraliser la conduite à tenir mais de s'adapter à chaque cas.

L'étude d'Oddens [34] rapporte que suite à un oubli, le recours à un professionnel, gynécologue, généraliste ou pharmacien est rare et diminue au fil des ans ; la prise en charge de l'oubli est personnelle dans 82 % des cas, ce qui peut faire craindre une erreur dans la conduite à tenir surtout si les femmes n'ont pas été suffisamment informées. Il serait donc intéressant que les campagnes d'information sensibilisent d'avantage les femmes sur la place des professionnels de santé dans la gestion de ces problèmes d'observance.



### **III.6. Pilule et MST**

La quasi-totalité des interviewées a conscience que les contraceptifs oraux ne protègent pas des maladies sexuellement transmissibles (MST).

Ces résultats sont encourageants ; en effet, le message porté par les nombreuses campagnes de sensibilisation, semble être bien passé dans cette population féminine jeune.

Cependant, comme nous l'avons vu précédemment, il y a toujours une différence entre la connaissance d'une information et son application dans la vie quotidienne. Comme le rappelle le Baromètre Santé 2000 [10], il reste une proportion non négligeable de jeunes gens ayant un premier rapport sexuel non protégé.

### **III.7. Principaux effets indésirables rencontrés**

La majorité des jeunes filles interrogées déclare déceler des troubles mineurs suite à la prise d'un contraceptif oral. Dans l'étude d'Oddens [34], seules 12 % des femmes affirmaient "rencontrer des problèmes liés à leur pilule". Les différences de méthode d'investigation et de formulation du questionnaire nous paraissent être à l'origine la plus probable de cet écart de résultats.

La peur de grossir en prenant la pilule est une inquiétude souvent formulée par les jeunes filles, comme nous l'avons remarqué lors de nos conférences d'information. Les prescripteurs s'orientent le plus souvent vers des spécialités minidosées qui réduisent l'apparition d'effets indésirables liés aux œstrogènes de synthèse, notamment la prise de poids. Il est donc surprenant de constater que dans nos résultats, la prise de poids est l'effet indésirable le plus fréquemment cité. Les préoccupations physiques étant telles à cet âge,

on peut craindre que certaines jeunes filles ne choisissent pas la contraception orale pour éviter une éventuelle prise de poids.

### **III.8. Association tabac/pilule**

Bien qu'une grande majorité des jeunes filles affirme connaître le risque qu'il existe lors de l'association tabac/pilule, la proportion de fumeuses reste importante. Les campagnes anti-tabac sont suffisamment fréquentes pour qu'aucun jeune ne puisse ignorer les méfaits du tabagisme et, cependant ils continuent de fumer. Chez les adolescents, le fait de fumer semble s'apparenter à un défi à la vie, c'est l'âge où rien ne peut leur arriver ; ils ont conscience du risque mais ne le perçoivent pas comme immédiat.

Dans le cadre de l'association tabac/pilule, le même raisonnement semble prévaloir. Le risque est trop souvent perçu comme lointain, ne remettant pas en cause le comportement actuel ; la communication doit donc essayer de s'axer sur les risques à court terme. C'est dans ce sens que les professionnels de santé doivent orienter leur discours de prévention.

A chaque délivrance de contraceptif oral, le pharmacien se doit d'informer et de sensibiliser les femmes sur cette association néfaste, c'est un rôle d'éducation sanitaire qui n'est pas à négliger.

L'analyse des résultats de cette question met en évidence une différence significative du nombre de fumeuses entre les deux lycées, avec une nette avance pour le lycée Marie-Curie.

L'origine de cette différence est difficile à expliquer. En effet, la politique anti-tabac menée par les deux établissements est stricte, avec dans les deux cas, la création de zones fumeurs

à l'écart des espaces publics ; l'objectif visé par le lycée Marie-Curie est d'accéder à un établissement non fumeur, où la cigarette n'a plus droit de cité.

Une enquête menée pour le Baromètre Santé 1996, montre que la proportion de fumeurs augmente avec le niveau socio-économique. Le questionnaire n'investiguant pas la catégorie socioprofessionnelle des sujets, il ne nous est pas possible de corroborer cette étude.

### **III.9. Statut de la pilule**

Les contraceptifs oraux sont utilisés en vue de modifier des fonctions organiques et sont, par conséquent des médicaments à part entière qui nécessitent une prescription médicale et une délivrance officinale. Une très forte majorité des jeunes filles se conforme à ces règles mais il apparaît tout de même que 4 % d'entre elles se soustraient aux obligations relatives aux contraceptifs oraux. Le pharmacien est parfois sollicité pour délivrer la pilule sans prescription, pour diverses raisons : oubli de l'ordonnance, rendez-vous chez le médecin retardé... et bien souvent la pilule est à reprendre le soir même. Le pharmacien doit alors trancher entre délivrer la pilule sans ordonnance ou prendre le risque d'exposer la femme à une grossesse non désirée.

De plus, près de la moitié des jeunes filles interrogées déclare ne pas considérer la pilule comme un médicament. Ce résultat peut surprendre, mais la notion de médicament est souvent associée à celle de maladie. Or, dans le cadre des contraceptifs oraux, aucune pathologie n'est diagnostiquée, d'où la confusion possible. L'étude menée par Oddens [34] révèle que 48 % des quinze/dix-sept ans seraient favorables à une délivrance de la pilule sans ordonnance ; la pilule tend donc à devenir un produit de consommation courante ne nécessitant aucun contrôle médical ; elle se banalise.

### **III.10. Information relative à la pilule**

Le dernier thème abordé est assez positif puisqu'une majorité de jeunes filles déclare avoir reçu une information suffisante sur l'utilisation de la pilule. Les professionnels sont le plus souvent à l'origine de cette information ; il est toutefois surprenant de constater que le pharmacien est très peu nommé par les patientes alors que c'est lui qui assure la délivrance et qu'il a également un rôle d'éducateur en santé.

Plusieurs moyens de communication s'offrent à lui : une vitrine à visée éducative, des brochures remises aux patients, un "espace informations" avec cassettes vidéos et revues éducatives...

Il semble que la brochure soit la source d'information la plus accessible. En effet, il est peut être difficile, lors d'une première consultation, de retenir tous les conseils relatifs à l'utilisation de la pilule ; les supports écrits prennent alors le relais. Ils présentent l'avantage de pouvoir être consultés à n'importe quel moment et de donner des informations pratiques ainsi que les coordonnées des différentes structures spécialisées accueillant des jeunes.

Quant aux besoins d'informations complémentaires, les résultats obtenus sont comparables à ceux recueillis par Oddens [34] : le sentiment d'être bien informé prévaut largement. Il est cependant étonnant de constater que 65 % des jeunes filles n'ayant jamais été informées ne souhaitent pas recevoir d'information, soit pour notre population environ une adolescente sur dix.

Nous avons pu vérifier en pratique ces résultats lors de notre présentation orale sur l'utilisation générale de la pilule. En effet sur un potentiel d'environ 1000 élèves (filles et garçons) dans chaque établissement, la participation s'est élevée à deux classes, (environ soixante-dix personnes) pour le lycée Marie-Curie et une classe de seconde (environ trente-

cinq élèves) pour le lycée Champollion, soit 5 % de participation. De plus, ce sont des professeurs informés de notre venue qui ont décidé de participer avec leurs classes, les lycéens ne se sont pas présentés d'eux-mêmes. Ceci a permis de regrouper à la fois des jeunes filles prenant la pilule, des jeunes filles non encore concernées par la contraception orale et des garçons, donnant à chacun l'occasion de comprendre ce qu'est la pilule et son utilisation. Tous ont été attentifs et ont montré de l'intérêt pour le sujet.

#### **IV. LES LIMITES DE L'ÉTUDE**

Notre étude s'est déroulée durant le dernier trimestre de l'année scolaire 2000/2001, au mois d'avril et mai ; pour des raisons d'examens, certains lycéens et étudiants n'étaient plus présents dans les établissements. Cependant, rien ne permet d'affirmer que l'échantillon de population aurait été plus homogène à une autre période de l'année.

Le recueil des données se déroulait dans des endroits publics (cour, CDI...) en présence des autres élèves, notamment les garçons d'où une certaine pudeur lors du remplissage du questionnaire. Cette méthode d'investigation peut donc constituer un biais pour l'étude.

Nous n'avons pas souhaité aborder le versant sociologique de la contraception. Cependant, une question concernant le niveau socioprofessionnel et éducatif de la famille nous aurait peut-être permis une meilleure compréhension de certaines réponses.

# CONCLUSION

## CONCLUSION

THÈSE SOUTENUE PAR : Magali DUCROZ et Virginie VUARCHEX.

TITRE : **Perception de la contraception orale par l'adolescente âgée de 15 à 20 ans.**

**Enquête réalisée auprès de 192 lycéennes de la région grenobloise sous traitement contraceptif.**

Cette enquête réalisée auprès d'adolescentes âgées de 15 à 20 ans permet de constater que, dans cette population, le gynécologue est le praticien de référence pour la mise en place du traitement contraceptif. Globalement, les médecins tiennent compte du rapport coût/efficacité, permettant un accès à la contraception pour le plus grand nombre. Nous avons également pu remarquer un manque de consensus au sujet du suivi médical et biologique.

Concernant la vision de la pilule par les adolescentes, la prise de poids reste la préoccupation majeure et ce, malgré la prescription de dosages de plus en plus faibles en hormones.

D'autre part, la pilule semble être perçue comme un produit de consommation courante, au risque de négliger le suivi du traitement. Il apparaît d'ailleurs que le défaut d'observance est courant au sein de cette population, sans pour autant nous permettre de conclure qu'il est à l'origine de l'augmentation des IVG chez les adolescentes.

D'après les résultats, les jeunes filles ont une bonne connaissance des risques (concernant les MST, l'association tabac/pilule, les oublis de prise) et sont donc plutôt bien informées ; elles nous ont d'ailleurs signalé ne pas désirer d'informations complémentaires. D'une nécessité d'information, nous sommes apparemment passés à une nécessité de sensibilisation.

Il apparaît néanmoins que le pharmacien n'est pas souvent consulté et que son rôle d'éducateur de santé est trop souvent méconnu. Il serait donc utile de l'investir davantage dans ce domaine. Nous proposons d'ailleurs en annexe une brochure permettant une aide à la délivrance.

Ainsi, le pharmacien dispose d'une synthèse des informations à communiquer et, la jeune fille a de son côté les conseils nécessaires en cas de problèmes relatifs à la prise du contraceptif ; le support écrit sert alors de relais à l'information orale.

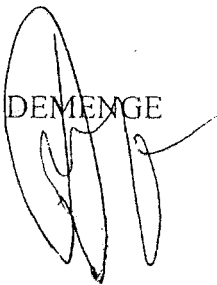
Cette étude pourrait être complétée en élargissant la population aux jeunes filles ne prenant pas de contraception orale ; ainsi, la question relative aux IVG pourrait être approfondie.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 2002

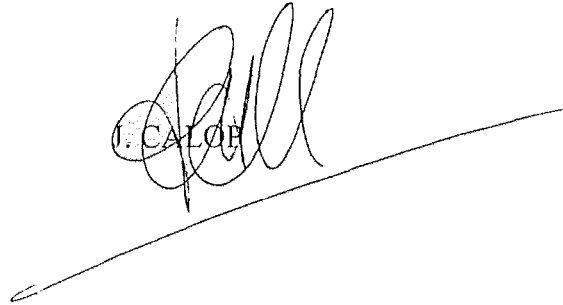
LE DOYEN

P. DEMENGE



LE PRÉSIDENT DE THÈSE

J. CALOË





# BIBLIOGRAPHIE

## BIBLIOGRAPHIE

1. **Anaes.** *Surveillance biologique de la contraception orale œstroprogestative.*  
[<http://www.anaes.fr/anaes/publications>].
2. **ANGOTTI B.** *Femmes et tabac.* Le Concours Médical 1999 ; 121 (7) : 467.
3. **BAREAU P.** *Tabac : l'hécatombe féminine.* Le Médecin Généraliste 1997 ; (1784).
4. **BAUDIER F. , ORLANDINI C. , ODDOUX K. , GUILBERT P.** *Les Français et le tabac.* Le Concours Médical 2000 ; 122 (22) : 1538-1542.
5. **BELAISCH J.** *Des progrès sont-ils à faire en contraception ?* Gynécologie Obstétrique fertilité 2001; 29 : 773-774.
6. **BRERAULT JL. , FIET J.** *Fiche technique : la contraception hormonale.* Comité d'Éducation Sanitaire de la Pharmacie Française. Décembre 1999.
7. **BRYDEN PJ. , FLETCHER P.** *Knowledge of the risks and benefits associated with oral contraception in a university-aged sample of users and non-users.* Contraception 2001 ; 63 (4) : 223-227.
8. **CARTON R.** *Les magazines féminins chassent la cigarette de leurs pages.* Le Quotidien du Médecin 2001 ; (6885) : 13.
9. **CFES.** *Tabac : consommation et perception.* Baromètre santé, premiers résultats 2000.
10. **CFES.** *Comportements sexuels, contraception, MST et prévention du VIH.* Baromètre santé, premiers résultats 2000.
11. **COHEN J. , MADELENAT P. , LEVY-TOLEDAMO R.** *Gynécologie et santé des femmes. Quel avenir en France ?* Paris : Édition Eska, 2000. p 67-80.
12. **COLAU J.C.** *Contraception.* Gynécologie Obstétrique Fertilité 2000 ; 28 : 460-466.

13. **DOROSZ P.** *Guide pratique des médicaments*. 22<sup>ième</sup> édition, Paris : Édition Maloine, 2001.
14. **DUFLOS-COHADE C.** *Quelle contraception pour l'adolescente*. Le Médecin Généraliste 1999 ; (1934) : 8-12.
15. **e-Cardiologie.** *Le tabac*. [<http://www.e-cardiologie.com/facteurs/fr-tabac>.]
16. **FARMER RDT. , LAWRENSEN RA. , THOMPSON CR. , KENNEDY JG. HAMBLETON IR.** *Population-based study of risk of venous thromboembolism associated with various oral contraceptives*. The Lancet 1997 ; 349 : 83-88.
17. **FARMER R. , LIDEGAARD O. , MEIRIK O. , SPITZER W. , WALTERS D.** *Consensus international sur la contraception orale œstroprogestative combinée et les maladies cardiovasculaires*. Gynécologie Obstétrique Fertilité 2000 ; 28 : 155-162.
18. **HRP : Progress 42.** *New data on oral contraceptive pills and the risk of heart attack*. [<http://www.who.int/hrp/progress/42/07.html>]
19. **JAMIN C.** *Quelle conduite faut-il conseiller en cas d'oubli de pilule contraceptive ?* Le Concours Médical 1997 ; 119 (16) : 1167-1170.
20. **KORVER T. , GOORISSEN E. , GUILLEBAUD J.** *The combined oral contraceptive pill : what advice should we give when tablets are missed ?* British Journal of Obstetrics and Gynaecology 1995 ; 102 : 601-607.
21. **LACHOWSKY M. LEVY-TOLEDANO R.** *Améliorer l'observance de la contraception orale. "La carte qui sonne" : aide-mémoire ou nouveau rituel ?* Gynécologie Obstétrique Fertilité 2000 ; 28 (4) : 317.
22. **LAGRUE G.** *Arrêter de fumer ?* 2<sup>ième</sup> édition, Paris : Édition Odile Jacob, 2000. p 66-69.

- 23. LE DANTEC-FAIDHERBE V. , MACAIGNE J.** *La perception de la contraception orale chez l'adolescente : enquête réalisée auprès de 646 jeunes filles dans le cadre du centre d'examens de santé de l'institut Pasteur de Lille.* Thèse pour le doctorat d'état en médecine présentée le 07/12/93 à l'Université de Lille.
- 24. LEVESQUE H. , BORG JY. , COURTOIS H.** *Risque vasculaire des pilules contraceptives de troisième génération.* Journal des Maladies Vasculaires 1997 ; 22 (1) : 5-12.
- 25. LE CORRE M. , THOMPSON E.** *Les IVG en 1998.* Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques : études et résultats 2000 ; (69) : 1-4.
- 26. LIGNIERES de B.** *Risques métaboliques et vasculaires de la contraception orale.* La Revue du Praticien 1995 ; 45 (19) : 2423-2428.
- 27. LÜLLMANN H. , MOHR K. , ZIEGLER A.** *Atlas de poche de pharmacologie.* 2<sup>ième</sup> édition, Paris : Édition Flammarion Médecine sciences, 1998. p 254-255.
- 28. MADELENAT P.** *Surveillance biologique de la contraception œstroprogestative.* Gynécologie Obstétrique Fertilité 2001 ; 29 (3) : 254-256.
- 29. MARECHAUD M.** *Dossier contraception.* La Revue du Praticien 1998 ; 12 (438) : 28-34.
- 30. MARECHAUD M.** *La contraception orale : méthodes, contre-indications, surveillance.* Impact internat gynécologie-obstétrique. Mars 1999. p 143-148.
- 31. MARTIN S.** *La contraception.* Le Quotidien du Pharmacien 2001 ; (1992) : p 9-12.
- 32. MARTINET Y. , BOHADANA A.** *Abrégé : Le tabagisme de la prévention au sevrage.* 2<sup>ième</sup> édition, Paris : Édition Masson, 2001 p 115-121.
- 33. MOULIN M.** *Abrégé : pharmacologie.* Paris : Édition Masson, 1998. p 633-642.



- 34. ODDENS B. , GUIS F.** *L'observance et l'oubli de pilule en France en 1995.* Contraception Fertilité Sexualité 1996 ; 24 (4) : 290-296.
- 35. OLIVIER D.** *200 000 IVG par an en France : la contraception mérite information.* Le Quotidien du Médecin 1997 ; (6024) : 13.
- 36. ORGANON.** *Ma première contraception.* 2000.
- 37. ORGANON.** *Le tabagisme au féminin.* 1998.
- 38. ORGANON.** [<http://www.pilado.com>].
- 39. PERLEMUTER L. , PERLEMUTER G.** *Guide de thérapeutique.* Paris : Édition Masson, 1999. p 556-558.
- 40. PIPER R.** *Contraception sans ordonnance.* Le Quotidien du Pharmacien 2001 ; (2020) : p 8-9.
- 41. PLANNING FAMILIAL.** *La pilule.* [<http://www.ping.be/planning-familial/pilule.html>].
- 42. RMO.** *Guide pratique des références médicales opposables.* Paris : Édition Estem, 1997.
- 43. ROY P.** *De nouvelles mesures pour la contraception et l'IVG.* Le Quotidien du Médecin 1999 ; (6600) : 37.
- 44. ROY P.** *Une première : la contraception à la télévision.* Le Quotidien du Médecin ; Janvier 2001 : 15.
- 45. ROY P.** *Contraception : une campagne pour éviter l'imprévu.* Le Quotidien du Pharmacien 2001 ; (2019) : 6.
- 46. RUMPLER P.** *Les échecs de la contraception chez l'adolescente : les causes et les solutions apportées.* Thèse pour le doctorat d'état en médecine présentée en 1997 à l'Université de Strasbourg.

47. SALVAT J. , D'ARMANCOURT C. , VANDAME S. *Demandes d'interruption volontaire de grossesse en 1998 dans un hôpital général en France*. Gynécologie Obstétrique Fertilité 2000. 28 (1) : 23-28.
48. SERFATY D. *Abrégé : contraception*. Paris : Édition Masson, 1998. p 90-140.
49. SERFATY D. , LHOSPITAL M. , DREYFUS R. , GOLDENBAUM M. *Caractéristiques des méthodes de contraception précédant les demandes d'IVG, enquête du centre de régulation des naissances de l'hôpital Saint-Louis*. Gynécologie, 1995. 3, (1) : 34-37.
50. TORTORA GJ. , GRABOWSKI SR. *Principes d'anatomie et de physiologie*. 2<sup>ième</sup> édition, Édition De Boeck université, 1994. p 1012-1017
51. TREDANIEL J. , HIRSCH A. *Tabagisme, épidémiologie et pathologie liées au tabac*. La Revue du Praticien 1998 ; (48) : 433-435.
52. VEYSSIER BELOT C. *Consommation de tabac et risque cardiovasculaire*. Revue de Médecine Interne 1997 ; 18 (9) : 702-708.
53. VIDAL 2002. *Dictionnaire des médicaments*. 78<sup>ième</sup> édition, Paris : Édition OVP, 2002.
54. WINCKLER M. *Contraceptions, mode d'emploi*. Paris : Éditions Au diable vauvert, 2001.
55. ZUFFEREY MM. , SCHMIDT N. *L'échec contraceptif chez 720 adolescentes demandant une interruption de grossesse*. Médecine et Hygiène 1992. (50) : 1277-1284.
56. Anonyme. *Les jeunes français et la pratique du tabac*. Revue des Tabacs 1997. (431) : 35-38.
57. Anonyme. *Contraception, le ministère mobilise les professionnels de santé*. Les Nouvelles Pharmaceutiques 2002. (229) : 5.

# ANNEXES



# ENQUÊTE

**Lycéennes, étudiantes**

- Vous prenez la **pilule**
- Vous avez entre **15 et 20 ans**



*Votre avis sur la pilule nous intéresse,  
Alors venez répondre à notre **questionnaire** (individuel et anonyme) du 14 au 18 Mai l'après-midi dans la cour, au forum, au CDI, à la sortie du self.*

*Pour plus de renseignements, contacter l'infirmerie*



*Magali et Virginie, étudiantes  
en 5<sup>ème</sup> année de pharmacie*



## Noircir les cases au mieux (sans déborder SVP)

### 1. Quel âge avez-vous ?

- 15    16    17    18    19    20

### 2. Depuis combien de temps prenez-vous la pilule?

- 0 à 6 mois                       6 mois à 1 an  
 2 ans                                 3 ans et plus

### 3. Dans quel but prenez-vous la pilule ?

- Acné  
 Contraception  
 Régularisation des cycles  
 Problèmes ovariens : kystes ...

### 4. Qui vous a prescrit pour la première fois la pilule ?

- Médecin généraliste  
 Gynécologue  
 Dermatologue  
 Planning familial ou centre médico social

### 5. Consultez-vous régulièrement un gynécologue de famille ou du planning ? (au moins une fois par an)

- Oui                       Non

### 6. Avez-vous eu une prise de sang lors de la première prescription ?

- Oui                       Non

### 7. Depuis, à quelle fréquence avez-vous des prises de sang ?

- 2 fois par an et plus                       1 fois par an  
 Moins d'1 fois par an                       Jamais

### 8. Connaissez-vous le nom de votre pilule ?

- Oui                       Non

### 9. Si oui, précisez

\_\_\_\_\_

### 10. Vous arrive-t'il d'oublier de prendre votre pilule à l'heure ?

- Souvent                                       De temps en temps  
 Rarement                                       Jamais

### 11. Selon vous existe-t'il un risque à l'oublier?

- Oui                       Non

### 12. Que feriez-vous suite à un oubli de plus de 12 heures ?

- Prendre tous les comprimés restants en une seule fois
- Prendre le comprimé oublié et poursuivre la plaquette tout en se protégeant mécaniquement (préservatifs...)
- Je ne sais pas

### 13. Pensez-vous que la pilule protège des maladies sexuellement transmissibles ?

- Oui                       Non

### 14. Avez-vous noté des changements depuis la prise de la pilule ?

- Prise de poids  
 Troubles de l'humeur  
 Jambes lourdes  
 Tensions ou douleurs aux seins  
 Maux de tête  
 Aucun

### 15. Est ce que vous fumez ?

- Non  
 Moins de 10 cigarettes par jour  
 Entre 10 et 20 cigarettes par jour  
 Plus de 20 cigarettes par jour

### 16. Selon vous, existe-t'il un risque réel à fumer lorsque l'on prend la pilule ?

- Oui                       Non

### 17. Vous arrive-t'il d'obtenir la pilule sans ordonnance à la pharmacie ?

- Toujours                                       Souvent  
 De temps en temps                                       Jamais

### 18. Selon vous, la pilule est-elle un médicament?

- Oui                       Non

### 19. Avez-vous reçu une information sur la pilule et son utilisation ?

- Oui                       Non

### 20. Si oui, de qui :

- Médecin généraliste ou gynécologue  
 Planning familial  
 Milieu scolaire (infirmière, professeurs...)  
 Milieu familial  
 Pharmacien  
 Ami(e)s

### 21. De quel type était cette information ?

- Conférences  
 Cours  
 Brochures, revues  
 Discussion

### 22. Ressentez-vous le besoin d'une information complémentaire ?

- Oui                       Non

# LA PILULE




- *Comment ça marche ?*
- *Que faire en cas d'oubli ?*
- *Quels sont les risques avec le tabac ?*

*Que vous preniez ou non la pilule, ces questions vous intéressent ?*

*Alors rendez-vous le jeudi 06 juin au FOYER pour une après-midi " portes ouvertes "(de 13h30 à 17h, réunion toutes les 30 min)*



*Magali et Virginie, étudiantes en 5<sup>ème</sup> année de pharmacie*

Diapositives de la journée d'information


**LA PILULE**

Réunion d'information  
Juin 2001

DUCROZ Magali  
VUARCHEX Virginie

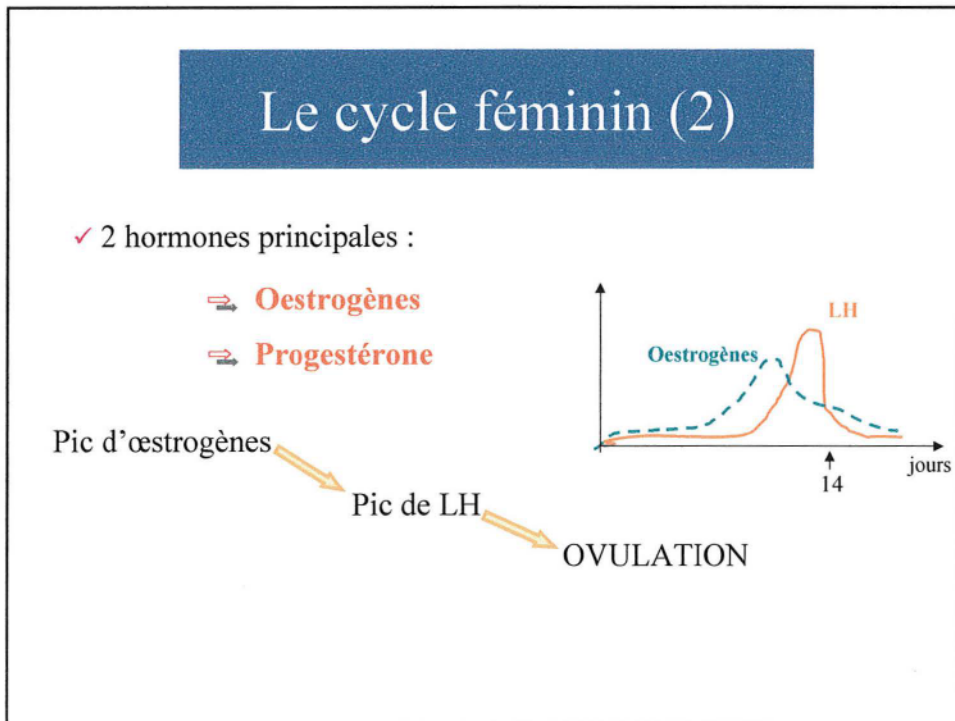
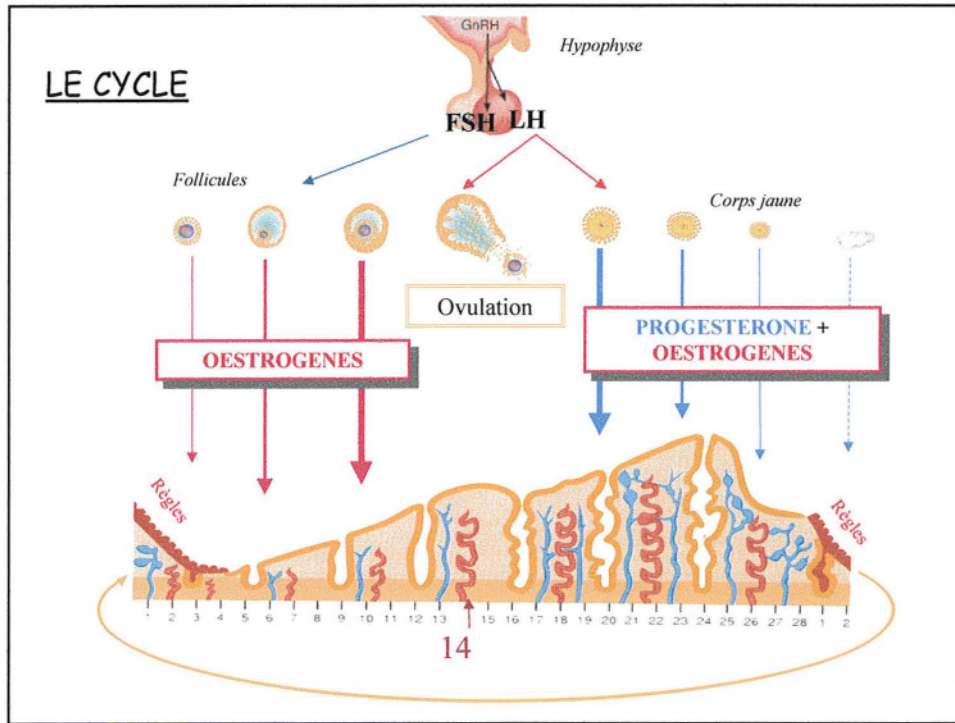
Etudiantes en pharmacie

**Le cycle féminin**

- ✓ Durée du cycle : **27 à 30 jours**
- ✓ Aux environs du **14<sup>ième</sup> jour**
  - ⇒ **OVULATION**
- ✓ Elle varie selon :
  - la femme
  - le stress
  - les émotions

↻ **Donc : pas de période sans risque**

NB : durée de vie des spermatozoïdes : **5 à 6 jours**



## La Pilule

### Qu'est ce que c'est ?

Association d'*œstrogènes* et de *progestérone*

- ⇒ D'où
- Blocage de l'**ovulation**
  - Epaissement de la **glair**e cervicale
  - Empêche la **nidation** (au niveau de l'endomètre)



Effet contraceptif **dès le 1<sup>er</sup> jour**

## La Pilule (2)

### Différents types de pilule

- ❖ Minidosés monophasiques : 1 seule concentration **1 seule couleur**
- ❖ Minidosés biphasiques : 2 concentrations, **2 couleurs**
- ❖ Minidosés triphasiques : 3 concentrations, **3 couleurs**

La concentration en œstrogène est variable :

**35µg, 30µg, 20µg, 15µg** d'œstrogènes

→ Plus la concentration est *faible* (15 µg) plus le **risque est important** en cas d'*oubli* notamment la 1<sup>ère</sup> semaine

## La Pilule (3)

Elle entraîne des *modifications du fonctionnement du cycle*



c'est un **MEDICAMENT**

D'où :

Prescription par un **gynécologue** ou un **médecin généraliste**  
(= ordonnance)

## La Pilule : mode d'emploi

✓ Début :

le **premier jour** des règles

✓ Posologie :

1 comprimé par jour pendant **21 jours** si possible **à la même heure**

✓ Arrêt :

A la fin de la plaquette arrêt de **7 jours MAXIMUM**

➡ **REGLES**

✓ Au bout de 7 jours commencer une nouvelle plaquette

NB : pour les pilules à 28 comprimés, enchaîner directement sur une nouvelle plaquette, *sans arrêt de 7 jours*.

## Conseils : oubli

### ☺ Si oubli < à 12 heures

Prendre le **comprimé oublié** rapidement et **poursuivre la plaquette normalement**

✓ Ex : oubli le soir à 22 h

- prendre le comprimé oublié au réveil à 7 h
- le soir à 22 h prendre le comprimé « normal »

 la pilule reste efficace

## Conseils : oubli (2)

### ☹ Si oubli > à 12 heures



### DANGER

Le risque le plus important concerne la **première semaine** de prise (comprimés 1 à 7)

Dès qu'on constate l'oubli, **prendre la pilule oubliée et poursuivre la plaquette à heure habituelle**

#### ATTENTION :

Quelle que soit la semaine, un risque de grossesse existe dès qu'on oublie la pilule plus de 12 heures, notamment avec les faibles concentrations.

## Conseils : oubli (3)

1<sup>ère</sup> semaine

- Si oubli **avec rapports sexuels** dans les 5 jours précédents,

- Conseils adaptés à chaque pilule
- De toute façon utiliser des **préservatifs** pour les rapports suivants pendant **7 jours**.

- Si oubli **sans rapport** dans les 5 jours précédents

- Protection par **préservatifs** pendant **7 jours**

## Conseils : oubli (4)

2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> semaines

Prendre la **pilule oubliée**

+ la **pilule « normale »** à l'heure habituelle

Poursuivre la plaquette jusqu'à la fin



## Conseils : oubli (5)

Si oubli de plusieurs pilules

**arrêt** de la plaquette

**attendre 7 jours** et recommencer une nouvelle plaquette

Si arrêt > à 7 jours

commencer la nouvelle plaquette

se protéger pendant **10 j par préservatifs**

Si vomissements dans les 4 heures après la prise

**Reprendre un comprimé** (plaquette de secours)

## Surveillance

Médecin ou gynécologue

Questionnaire

**Examen gynécologique**

Pas obligatoire à la 1<sup>ère</sup> visite

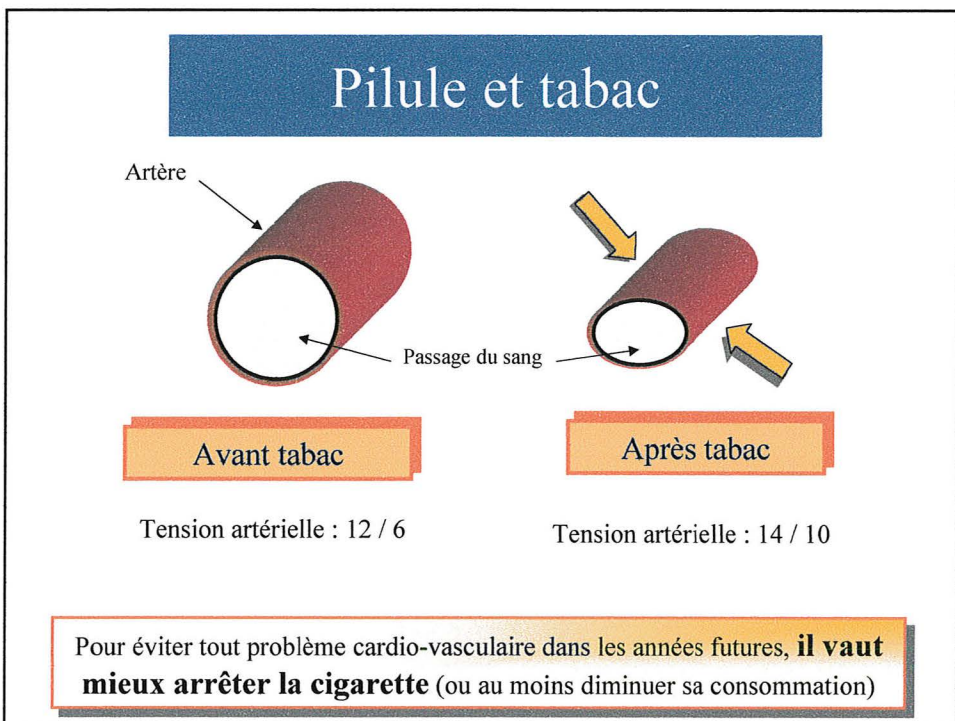
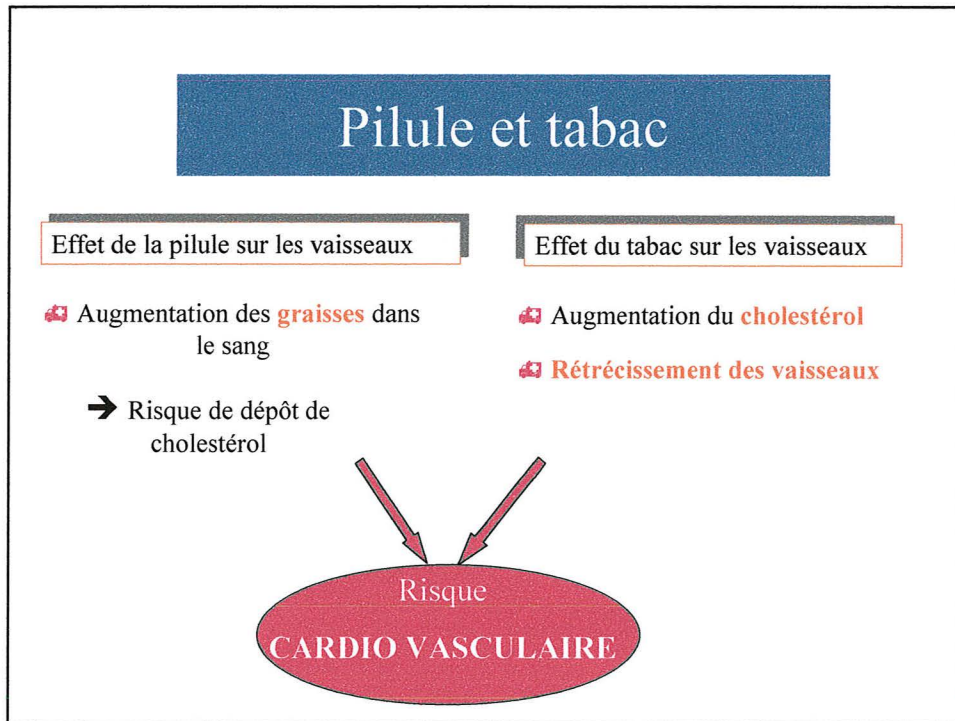
Puis 1 fois / an

**Prise de sang**

Avant de commencer la pilule

6 mois après

Puis tous les 2 ans



## Contraception d'urgence

= Pilule du lendemain (Norlevo®)

### Quand la prendre ?

Le **plus tôt possible** après le rapport non protégé



au maximum dans les 72 heures

### Posologie :

- 1 premier comprimé le + tôt possible
- 1 deuxième comprimé **12 heures + tard**

Ce n'est pas  
un moyen  
contraceptif

### Où la trouver ?

En pharmacie en vente libre, au planning

## Résumé

- ❖ Début le **premier jour** des règles
- ❖ La prendre **à la même heure**
- ❖ A la fin de la plaquette arrêt de **7 jours MAXIMUM**
- ❖ **Arrêt tabac** préférable
- ❖ Pilule = médicament
- ❖ **Suivi médical** important
- ❖ **Oubli > à 12 h** = Danger
- ❖ En cas de problème **contacter son gynécologue ou le planning**

**Données brutes**

	15 ans	16 ans	17 ans	18 ans	19 ans	20 ans	Total
0 à 6 mois	1	9	19	13	13	2	57
6 mois à 1 an	0	6	14	26	21	4	71
2 ans	0	3	4	16	15	8	46
3 ans et plus	0	0	1	4	6	7	18
Total	1	18	38	59	55	21	192

**Tableau I : Nombre d'adolescentes en fonction de l'âge et de la durée du traitement**

	15 ans	16 ans	17 ans	18 ans	19 ans	20 ans	Total
Gynécologue	1	9	22	36	37	13	118
Médecin	0	2	4	18	12	5	41
Dermatologue	0	1	3	1	1	0	6
Planning	0	6	9	4	5	3	27
Total	1	18	38	59	55	21	192

**Tableau II : Nombre d'adolescentes en fonction de l'âge et du premier prescripteur**

	0 à 6 mois	6 mois à 1 an	2 ans	3 ans et plus	Total
Consultation	41	53	34	17	145
Pas de consultation	16	18	11	1	46
N.R.	0	0	1	0	1
Total	57	71	46	18	192

**Tableau III : Nombre d'adolescentes en fonction de la durée du traitement et de la régularité des consultations**

	0 à 6 mois	6 mois à 1 an	2 ans	3 ans et plus	Total
Oui	38	61	36	15	150
Non	18	10	10	3	41
N.R.	1	0	0	0	1
Total	57	71	46	18	192

**Tableau IV : Nombre d'adolescentes en fonction de la durée du traitement et de la première prise de sang**

	Gynécologue	Médecin	Planning	Dermatologue	Total
Oui	91	32	21	6	150
Non	27	9	5	0	41
N.R.	0	0	1	0	1
Total	118	41	27	6	192

**Tableau V : Nombre d'adolescentes en fonction du type de prescripteur et de la première prise de sang**

	Moins d'une fois par an	1 fois par an	2 fois par an	Jamais	Total
2 ans	3	18	9	3	33
3 ans et plus	5	5	2	6	18
Total	8	23	11	9	51

**Tableau VI : Nombre d'adolescentes en fonction de la durée du traitement et de la fréquence des prises de sang.**

	0 à 6 mois	6 mois à 1 an	2 ans	3 ans et plus	Total
Oui Champollion	26	34	19	5	84
Oui Marie-Curie	18	31	23	13	85
Non Champollion	9	5	4	0	18
Non Marie-Curie	4	1	0	0	5
Total	57	71	46	18	192

**Tableau VII : Nombre de réponses en fonction de la durée de traitement et de la connaissance du nom de la pilule**

	Jamais	Rarement	De temps en temps	Souvent	Total
0 à 6 mois	18	10	21	8	57
6 mois à 1 an	16	21	25	9	71
2 ans	4	15	19	8	46
3 ans et plus	3	6	6	3	18
Total	41	52	71	28	192

**Tableau VIII : Nombre d'adolescentes en fonction de la durée du traitement et de la fréquence d'oubli**

	De temps en temps	Souvent	Jamais	Rarement	Total
Oui	68	25	37	47	177
Non	3	3	4	5	15
Total	71	28	41	52	192

**Tableau IX : Nombre de réponses en fonction de la fréquence de l'oubli et de la connaissance du risque à l'oublier**

	Non Champollion	Non Marie-Curie	Oui Champollion	Oui Marie-Curie	Total
15 ans	1	0	0	0	1
16 ans	3	3	5	7	18
17 ans	14	8	12	4	38
18 ans	23	15	6	15	59
19 ans	20	12	7	16	55
20 ans	9	3	2	7	21
Total	70	41	32	49	192

**Tableau X : Nombre d'adolescentes en fonction de l'âge et de la consommation de cigarettes**



	Fumeuses	Non-fumeuses	Total
Risque	78	95	173
Pas de risque	3	16	19
Total	81	111	192

**Tableau XI : Nombre d'adolescentes en fonction de la consommation de cigarettes et de la connaissance du risque**

	De temps en temps	Jamais	Toujours	Souvent	N.R.	Total
Pas de consultations	8	37	1	0	0	46
Consultations régulières	27	109	7	1	1	145
N.R.	0	1	0	0	0	1
Total	35	147	8	1	1	192

**Tableau XII : Nombre de réponses en fonction de la fréquence des consultations et de l'obtention de la pilule sans ordonnance**

	0 à 6 mois	6 mois à 1 an	2 ans	3 ans et plus	Total
Informations	48	65	38	15	166
Pas d'informations	9	6	8	3	26
Total	57	71	46	18	192

**Tableau XIII : Nombre de réponses en fonction de la durée du traitement et de l'information**

	Besoin d'informations	Pas besoin d'informations	Total
Informations	27	139	166
Pas d'informations	9	17	26
Total	36	156	192

**Tableau XIV : Nombre de réponses en fonction de l'information reçue et du besoin d'information**

## **Abréviations**

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

Anaes : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

BTS : Brevet de Technicien Supérieur

CDI : Centre de Documentation et d'Information

CFES : Comité Français d'Éducation pour la Santé

CI : Contre-Indication

DIU : Dispositif Intra-Utérin

FSH : Hormone FolliculoStimulante

GnRH : Hormone de Libération des Gonadostimulines

HDL : Lipoprotéines de Haute Densité

IDM : Infarctus Du Myocarde

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LDL : Lipoprotéines de Basse Densité

LH : Hormone Lutéinisante

MST : Maladie Sexuellement Transmissible

NR : Non Répondu

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OP : ŒstroProgestatif

PAI1 : Inhibiteur de l'Activateur du Plasminogène 1

RMO : Références Médicales Opposables

SIDA : Syndrome ImmunoDéficiency Acquis

TA : Tension Artérielle

VIH : Virus d'Immunodéficiency Humaine

VLDL : Lipoprotéines de Très Basse Densité

# BROCHURE



## RAPPELS

- ✓ Prendre les comprimés à **heures régulières** tous les jours
- ✓ Arrêt maximum entre 2 plaquettes : **7 jours**
- ✓ La pilule est un médicament, d'où un **suivi médical régulier**
- ✓ La pilule **ne protège pas** des Maladies Sexuellement Transmissibles (MST)
- ✓ Conservez une "**plaquette de secours**", elle vous sera utile en cas de perte de comprimés...

**Votre pharmacien est là pour vous conseiller...**

### Adresses utiles :

Planning Familial de Grenoble  
30 Bd Gambetta  
38000 Grenoble  
Tel : 04.76.87.94.61

Centre Médico-Social de la Femme  
Hôpital Nord  
38700 La Tronche  
Tel : 04.76.76.54.09

Par téléphone :  
Fil Santé Jeune : 0800 235 236 (appel gratuit)  
Info Contraception : 0 825 08 90 90 (0.15 euros/min)

Sur Internet :  
[www.pilado.com](http://www.pilado.com)  
[www.planning-familial.org](http://www.planning-familial.org)



## INFO

## La Pilule en questions

**Tout ce qu'il faut savoir**



# INFOS PRATIQUES

## Quand commencer la pilule ?

⇒ Le premier jour des règles.

## Comment prendre la pilule ?

⇒ Prendre 1 comprimé par jour à heures régulières.

Pour éviter d'oublier, associer la prise de pilule



à un rituel de la journée : au lever, au coucher, aux repas, lors du passage à la salle de bain...

## Qui prescrit la pilule ?

⇒ Un médecin généraliste, un gynécologue ou au planning familial.

## La pilule est-elle efficace tout de suite ?

⇒ L'efficacité est **immédiate** à condition de la prendre régulièrement.

## La pilule fait-elle grossir ?

⇒ Cet effet indésirable est rarement rencontré depuis l'utilisation de dosages plus faibles.

## Que faut-il faire en cas de vomissements ?

⇒ S'ils surviennent dans les 4 heures après la prise du comprimé, **reprendre un comprimé.**



## LES OUBLIS



✓ Si l'oubli d'un comprimé **dépasse 12 h**, l'efficacité de la pilule est remise en cause.

✓ En cas d'oubli, référez-vous au tableau suivant ; n'hésitez pas à demander conseil à un professionnel. Pour un *oubli de reprise* (arrêt entre 2 plaquettes > 7 j), reportez vous à la première colonne.

Heures de Retard ▼	1 <sup>ère</sup> Semaine pilules 1 à 7	2 <sup>ème</sup> Semaine pilules 8 à 14	3 <sup>ème</sup> Semaine pilules 15 à 21
Moins de 12 h	Prendre la pilule oubliée, poursuivre la plaquette normalement		
Plus de 12 h Pas de rapport la semaine précédente	Prendre la pilule oubliée + <i>Préservatif</i> pendant <b>7 jours</b>	Prendre la pilule oubliée, poursuivre la plaquette normalement	✓ Prendre la pilule oubliée, poursuivre la plaquette normalement
Plus de 12 h Rapports la semaine précédente	Prendre la pilule oubliée + <i>Préservatif</i> pendant <b>7 jours</b> + <i>Pilule du lendemain (Norlevo®)</i> *		✓ Sauf si oubli <b>d'une des 2 dernières pilules</b> => arrêter la plaquette, recommencer la suivante dans <b>les 7 jours</b>

\* Faire 1 test de grossesse 3 semaines plus tard

D'après C. JAMIN "Quelle conduite faut-il conseiller en cas d'oubli de pilule contraceptive". Le Concours médical 1997 ; 119 (16)

# PILULE ET TABAC

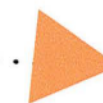


✓ Le tabac associé à la prise de la pilule **augmente le risque de maladies cardio vasculaires**, c'est à dire les infarctus du myocarde, les attaques cérébrales...

✓ Même chez la femme jeune, ce risque est augmenté



**Il est préférable d'arrêter de fumer ou au moins diminuer sa consommation de tabac**



**N'hésitez pas à demander conseil à votre pharmacien**

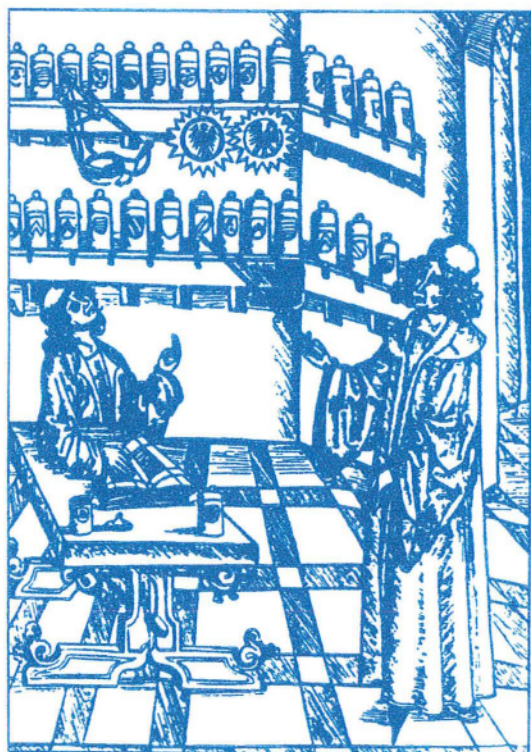
# TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>6</b>
<b>CONNAISSANCES ET PRATIQUES ACTUELLES DE LA CONTRACEPTION ORALE.....</b>	<b>7</b>
<b><u>I. RAPPELS PHYSIOLOGIQUES.....</u></b>	<b><u>7</u></b>
I.1. Phase menstruelle .....	7
I.2. Phase pré-ovulatoire .....	7
I.3. Phase ovulatoire ou ovulation.....	8
I.4. Phase post-ovulatoire ou lutéale .....	9
<b><u>II. CONTRACEPTIFS HORMONAUX.....</u></b>	<b><u>10</u></b>
II.1. Rôle des hormones .....	10
II.2. Différentes méthodes contraceptives orales .....	12
II.3. Méthode œstroprogestative .....	14
II.4. Effets indésirables – Facteurs de risque .....	15
II.5. Contre-indications .....	20
<b><u>III. ASSOCIATION TABAC ET PILULE.....</u></b>	<b><u>23</u></b>
III.1. Historique.....	23
III.2. Effets du tabac.....	24
III.3. Méfaits de l'association pilule/tabac.....	26
<b><u>IV. MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET DE SURVEILLANCE DE LA CONTRACEPTION ORALE CHEZ L'ADOLESCENTE.....</u></b>	<b><u>27</u></b>
IV.1. Modalités de prescription.....	27
IV.2. Surveillance .....	32
<b><u>V. CONSEILS DE DÉLIVRANCE.....</u></b>	<b><u>33</u></b>
V.1. Première délivrance.....	33
V.2. Oublis de pilule .....	34
<b><u>VI. SOURCES D'INFORMATION SUR LA CONTRACEPTION.....</u></b>	<b><u>40</u></b>
VI.1. Campagnes d'information .....	40
VI.2. Lieux d'information.....	41
<b>ENQUETE .....</b>	<b>43</b>
<b><u>I. MATÉRIEL ET MÉTHODES DE L'ENQUÊTE .....</u></b>	<b><u>43</u></b>
I.1. Matériel.....	43
I.2. Méthode .....	44
<b><u>II. RÉSULTATS.....</u></b>	<b><u>50</u></b>
II.1. Caractéristiques générales de notre population .....	50
II.2. Prescription et suivi .....	54
II.3. Connaissances du nom de spécialité .....	61
II.4. Observance du traitement.....	65
II.5. Connaissances générales sur la pilule .....	69



II.6. La pilule et ses effets indésirables .....	70
II.7. Pilule et tabac .....	71
II.8. Délivrance à l'officine .....	75
II.9. Informations .....	77
<b>III. DISCUSSION.....</b>	<b>82</b>
III.1. Étude de la population.....	82
III.2. Orientation thérapeutique.....	82
III.3. Type de prescripteur.....	83
III.4. Suivis médical et biologique .....	84
III.5. Implication dans le traitement contraceptif.....	86
III.6. Pilule et MST .....	90
III.7. Principaux effets indésirables rencontrés.....	90
III.8. Association tabac/pilule .....	91
III.9. Statut de la pilule.....	92
III.10. Information relative à la pilule.....	93
<b>IV. LES LIMITES DE L'ÉTUDE .....</b>	<b>94</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>95</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>97</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>102</b>

SERMENT DES  
APOTHICAIRES



# Serment des Apothicaire

Je jure, en présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.



**TITRE : Perception de la contraception orale par l'adolescente âgée de 15 à 20 ans.  
Enquête réalisée auprès de 192 lycéennes de la région grenobloise sous  
traitement contraceptif.**

**MOTS CLÉS : pilule, adolescentes, oublis de pilule, tabac, rôle du pharmacien**

**RÉSUMÉ :**

La contraception orale est la méthode contraceptive la plus employée. Le traitement contraceptif est efficace à condition de respecter les règles d'utilisation. Il nécessite également un suivi médical et biologique régulier.

L'augmentation des interruptions volontaires de grossesse chez les moins de vingt-cinq ans ces dernières années, laisse penser qu'un problème subsiste dans la prise en charge de la contraception.

Notre étude s'est donc intéressée à la vision qu'ont les adolescentes de la contraception orale ; la première étape prospective, basée sur un questionnaire, a été menée dans deux établissements d'enseignement secondaire de la région grenobloise sur 192 jeunes filles âgées de quinze à vingt ans. Dans un second temps, nous avons organisé deux demi-journées d'informations sur l'utilisation générale de la pilule, pour les lycéens intéressés.

Il ressort de cette enquête que, la plupart des adolescentes sont attentives à leur traitement contraceptif même si l'observance n'est pas toujours régulière. Globalement, elles se sentent suffisamment informées et ne souhaitent pas d'informations complémentaires ; paradoxalement, elles sont encore nombreuses à associer la prise de pilule et la consommation de tabac. Il semble que la pilule tend à devenir un produit de consommation courante, au risque de banaliser son utilisation.

D'autre part, le rôle du pharmacien comme éducateur de santé est souvent méconnu. c'est pourquoi il serait intéressant de l'impliquer davantage lors de la délivrance des contraceptifs oraux. Nous proposons d'ailleurs une synthèse des conseils à donner, sous forme de brochure. Celle-ci pourra être remise à la patiente lors de la dispensation.

Cette étude pourrait être complétée en élargissant la population aux jeunes filles ne prenant pas de contraception orale ; ainsi, la question relative aux IVG pourrait être approfondie.