



HAL
open science

La contraception chez la femme : facteurs susceptibles d'influencer le choix et l'observance, rôle du pharmacien d'officine

Ysaline Fay

► **To cite this version:**

Ysaline Fay. La contraception chez la femme : facteurs susceptibles d'influencer le choix et l'observance, rôle du pharmacien d'officine. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03552269

HAL Id: dumas-03552269

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03552269>

Submitted on 2 Feb 2022

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.

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

présentée par

Ysaline Fay

**La contraception chez
la femme : facteurs
susceptibles
d'influencer le choix
et l'observance.
Rôle du pharmacien
d'officine.**

**Thèse soutenue à Rennes
Le 15 juin 2021**

devant le jury composé de :

Françoise LOHEZIC-LE DEVEHAT
Maître de Conférences – Université de Rennes 1 /
Présidente du Jury

Michèle DAVID
Docteur en Pharmacie / Directrice de thèse

Marie PINOT
Docteur en Médecine / Directrice de thèse

Pauline LAURENDEAU
Docteur en pharmacie / Membre du jury

**LISTE DES ENSEIGNANTS-CHERCHEURS DE LA FACULTE DES SCIENCES
PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES - ANNEE 2020-2021**

ANNEE 2020-2021

Listes des enseignants-chercheurs de la Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques

PROFESSEURS		Pharmacien	HDR	Hospitalo-U	PACES / PASS
BOUSTIE	Joël	X	HDR		
DONNIO	Pierre Yves	X	HDR	X	
FAILI	Ahmad		HDR		X
FARDEL	Olivier	X	HDR	X	
FELDEN	Brice	X	HDR		X
GAMBAROTA	Giulio		HDR		
GOUGEON	Anne	X	HDR		
LAGENTE	Vincent	X	HDR		X
LE CORRE	Pascal	X	HDR	X	X
LORANT (BOICHOT)	Elisabeth		HDR		
MOREL	Isabelle	X	HDR	X	
PORÉE	François-Hugues	X	HDR		X
SERGENT	Odile	X	HDR		X
SPARFEL-BERLIVET	Lydie	X	HDR		
TOMASI	Sophie	X	HDR		X
VERNHET	Laurent	X	HDR		

PROFESSEURS ASSOCIES		Pharmacien	HDR	Hospitalo-U	PACES / PASS
BUREAU	Loïc	X			
DAVOUST	Noëlle	X			X

PROFESSEURS EMERITES		Pharmacien	HDR	Hospitalo-U	PACES / PASS
GUILLOUZO	André		HDR		
URIAC	Philippe	X	HDR		X

MAITRES DE CONFERENCES		Pharmacien	HDR	Hospitalo-U	PACES / PASS
ABASQ-PAOFAI	Marie-Laurence				
ANINAT	Caroline	X	HDR		
AUGAGNEUR	Yoann		HDR		
BACLE	Astrid	X		X	X
BEGRICHE	Karima				
BOUSARGHIN	Latifa		HDR		
BRANDHONNEUR	Nolwenn				X
BRUYERE	Arnaud	X			X
BUNETEL	Laurence	X			
CHOLLET-KRUGLER	Marylène	X			
COLLIN	Xavier	X			X
DELALANDE	Olivier				X
DELMAIL	David		HDR		
DION	Sarah	X			
DOLLO	Gilles	X	HDR	X	X
GADAIS	Charlène				
GICQUEL	Thomas	X	HDR	X	
GILOT	David		HDR		
GOUAULT	Nicolas		HDR		X
HITTI	Eric				X
JEAN	Mickaël	X			X
JOANNES	Audrey				
LECUREUR	Valérie		HDR		
LE FERREC	Eric	X	HDR		
LE GALL-DAVID	Sandrine				
LE PABIC	Hélène				X
LEGOUIN-GARGADENNEC	Béatrice				
LOHEZIC-LE DEVEHAT	Françoise	X	HDR		
MARTIN-CHOULY	Corinne		HDR		
NOURY	Fanny				
PINEL-MARIE	Marie-Laure				
PODECHARD	Normand				X
POTIN	Sophie	X		X	
RENAULT	Jacques	X	HDR		X
ROUILLON	Astrid		HDR		X

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE (AHU)		Pharmacien	HDR	Hospitalo-U	PACES / PASS
AUTIER	Brice	X		X	X
LE DARÉ	Brendan	X		X	X
MENARD	Guillaume	X		X	X

ATER		Pharmacien	HDR	Hospitalo-U	PACES / PASS
KOWOVI	Koffi	X			

LRU		Pharmacien	HDR	Hospitalo-U	PACES / PASS
AFONSO	Damien				
BELLAMRI	Nessrine	X			
FONTANEL	Didier	X			

REMERCIEMENTS

A ma présidente de thèse, Madame Françoise Lohézie-Le Devehat, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, je vous remercie de m'avoir aidé à trouver deux directrices pour m'encadrer sur ce sujet qui me tenait vraiment à cœur.

A ma directrice de thèse, Madame Michèle David, pour m'avoir aidé dans la rédaction de cette thèse avec bienveillance, merci pour vos conseils avisés, votre disponibilité permanente et vos nombreux encouragements.

A ma directrice de thèse, Madame Marie Pinot, je vous adresse mes sincères remerciements pour l'intérêt que vous avez apporté à mon travail. Je vous remercie de m'avoir guidé avec vos réflexions sur ce sujet que je considère comme essentiel pour le pharmacien d'officine.

A Pauline Laurendeau, merci pour ta gentillesse et ta bienveillance, c'est un honneur pour moi de t'avoir dans mon jury de thèse. Je suis ravie que tu m'apportes tes conseils et ton opinion de pharmacien sur la contraception.

A mes parents et mes grands-parents, je vous remercie pour le soutien et la confiance permanente que vous m'avez apporté tout au long de mes études.

A mes frères et sœurs, pour votre inestimable sens de l'humour qui contribue à embellir ma vie au quotidien.

A mes amis,

Thuriane, merci d'avoir pris de ton temps pour m'aider à mettre en forme le questionnaire, je n'aurais pas mieux fait. Merci d'être une aussi bonne amie, toujours à l'écoute et de bon conseil.

Audrey, je suis contente que tu aies autant participé au succès de mes études, que ce soit en allant te fournir en crêpes chez ma mère ou en m'aidant dans la correction de ma thèse. Je suis heureuse d'être ton amie depuis de si nombreuses années !

Floriane, grâce à toi j'ai découvert le plaisir des repas simples et très caloriques. Je suis contente d'avoir pu passer plus de temps avec toi cette année. J'ai hâte de venir te voir à

Angers pour manger encore plus de gâteaux apéro et partager des grands moments de rigolades.

Estelle, je suis heureuse de faire partie de ton monde merveilleux peuplé de sirop de citrouille épicé et d'expressions d'un autre siècle. Tu es l'une des personnes les plus drôle et gentille que je connaisse. Ps : C'est quoi le thème de l'année prochaine ?

Alexandre, je suis toujours disponible pour la suite de nos aventures ! J'ai hâte de te voir soutenir ta thèse !

Tristan, tu es le meilleur ami et collègue avec qui j'ai eu le plaisir de travailler ! Grâce à toi je ne suis pas loin de maîtriser le sarcasme à la perfection.

Lucie, toujours partante pour de nouvelles aventures, tellement de souvenirs ensemble et encore pleins de bons moments à venir !

Tom, merci de m'avoir tiré vers le haut pendant nos études, je pense que j'aurais été bien plus souvent aux repêches si tu n'avais pas été là !

Marc, merci pour tes montages odieux et ton sens de l'humour, j'ai hâte de revenir boire l'apéro sur ton toit en écoutant les cloches de Saint-Louis !

François, tu fais partie de mes plus belles rencontres de ces dernières années, je suis contente d'avoir passé les années pharma avec toi, comme amie et comme co-externe ! Il est grand temps que tu reviennes faire un tour à Pleubian !

Sandrine, tu as été d'un grand soutien pour moi en PACES, et je suis heureuse d'être ton amie depuis toutes ces années.

A mes amis de la fac, Brieuc, Vincent, Charlotte, Cyrille, Nadège, Margaux, François-Marie, Gabriel, Nico, Romain, Océane, pour toutes ces années d'études qui n'auraient pas été les mêmes sans vous !

A tous mes amis du lycée, Coco, Justine, Alex, Alexis, Antoine, Mathieu, Mathilde, vous connaître depuis toutes ces années est une chance pour moi !

Aux collègues préparateurs, apprentis et pharmaciens, avec qui j'ai eu le plaisir de travailler et qui m'aide à progresser encore aujourd'hui.

Je remercie toutes les personnes qui ont pris le temps de répondre au questionnaire.

SERMENT DE GALIEN

En présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'Ordre des pharmaciens, et de mes condisciples, je jure :

- 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

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.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ENSEIGNANTS-CHERCHEURS DE LA FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES - ANNEE 2020-2021	2
REMERCIEMENTS.....	5
SERMENT DE GALIEN.....	7
TABLE DES MATIERES	8
LISTE DES ILLUSTRATIONS	13
LISTE DES ABREVIATIONS.....	14
INTRODUCTION.....	15
1. Physiologie et anatomie de l'appareil génital féminin	16
1.1. Anatomie de l'appareil génital féminin	16
1.2. Ovogénèse.....	17
1.3. Folliculogénèse	20
1.4. Cycle menstruel.....	21
1.4.1. Contrôle hormonal de la fonction ovarienne	21
1.4.2. Modifications utérines au cours du cycle menstruel	23
2. Méthodes contraceptives	24
2.1. Méthodes Oestroprogestatives.....	24
2.1.1. Classification.....	24
2.1.1.1. Pilules œstroprogestatives : 1 ^{ère} , 2 ^{ème} , 3 ^{ème} et 4 ^{ème} génération.....	24
2.1.1.2. Pilules oestroprogestatives à l'estradiol	25
2.1.1.3. Patch contraceptif transdermique	26
2.1.1.4. Anneau contraceptif vaginal	26
2.1.2. Mécanisme d'action	26
2.1.3. Effets indésirables fréquents.....	27
2.1.4. Contre-indications	28
2.2. Progestatifs	29
2.2.1. Pilules microprogestatives	29
2.2.2. Les macroprogestatifs.....	29
2.2.3. Implant progestatif sous-cutané	30
2.2.4. Contraception progestative trimestrielle injectable	30
2.3. Dispositif Intra-Utérins (DIU).....	31

2.3.1. DIU au cuivre	31
2.3.2. DIU au lévonorgestrel	32
2.4. Contraception locale	32
2.4.1. Préservatif masculin	32
2.4.2. Préservatif féminin	33
2.4.3. Diaphragme	33
2.4.4. Cape cervicale	33
2.4.5. Les spermicides	34
2.5. Méthodes naturelles	34
2.6. Méthodes définitives	35
2.6.1. Stérilisation tubaire	35
2.6.2. Vasectomie	35
2.7. Contraceptions du post-partum.....	35
2.8. Contraception d'urgence.....	36
2.8.1. Modalité de recours à la contraception d'urgence	37
2.8.1.1. Oubli de pilule.....	37
2.8.1.2. Décollement ou retard d'application d'un patch	38
2.8.1.3. Expulsion ou retard de mise en place d'un anneau.....	38
2.8.2. Les méthodes de contraception d'urgence.....	39
2.8.2.1. Lévonorgestrel 1,5 mg (Norlevo®).....	39
2.8.2.2. Ulipristal acétate (Ellaone®)	39
2.8.2.3. DIU au cuivre.....	40
2.8.2.4. Conduite à tenir chez la femme traitée par inducteur enzymatique.....	40
2.9. Avantage et inconvénients par méthodes – Indice de Pearl.....	41
2.9.1. Indice de Pearl.....	41
2.9.2. Avantages et inconvénients des différentes méthodes.....	42
3. Facteurs influençant le choix de la contraception	43
3.1. La « norme contraceptive »	43
3.1.1. Histoire de la contraception en France (29).....	43
3.1.2. La crise de la pilule en France	44
3.1.3. La norme contraceptive.....	45
3.2. Information et accès à la contraception	47
3.2.1. Sources d'informations et accès à la contraception.....	47

3.2.2.	Accompagnement au choix par les prescripteurs	48
3.3.	Facteurs influençant le choix de la méthode	50
3.3.1.	Les professionnels de santé.....	50
3.3.2.	Le coût.....	51
3.3.3.	Méconnaissance et stéréotypes concernant certaines méthodes.....	52
3.3.3.1.	Difficulté d'accès au DIU chez la nullipare	52
3.3.3.2.	Méconnaissance de l'existence de certaines méthodes.....	53
3.3.4.	Persistance de l'utilisation de pilule en début de vie sexuelle.....	54
3.3.4.1.	Ressenti et témoignages	54
3.3.4.2.	Recommandation du CNGOF.....	55
3.3.4.3.	Accès à l'information chez les jeunes	56
3.3.5.	Impact psychologique de la prise d'une contraception	57
3.3.5.1.	Statut relationnel.....	57
3.3.5.2.	Préoccupation majoritairement féminine.....	58
3.3.6.	Appréhension et anticipation des effets indésirables.....	58
3.3.6.1.	Prise de poids.....	58
3.3.6.2.	Diminution de la libido	58
3.3.6.3.	Spottings, saignements irréguliers, métrorragies	59
3.3.7.	Place des méthodes de contraception définitives en France	59
3.3.8.	Prévalence des méthodes de contraception naturelle	60
3.3.9.	« Hormonophobie »	60
3.3.10.	Modalités de prise et contraintes liées à la méthode	61
3.3.11.	Efficacité	62
3.3.12.	Bénéfices non contraceptifs de la pilule	62
3.3.12.1.	Effet sur l'hyper androgénie (acné, pilosité androgénique)	62
3.3.12.2.	Impact des menstruations.....	63
3.3.13.	Prise en compte du risque cardio-vasculaire	63
3.3.13.1.	Tabac	63
3.3.13.2.	Obésité.....	64
4.	Facteurs influençant l'observance.....	65
4.1.	Contexte de la contraception : oubli de pilule menant à IVG.....	65
4.1.1.	Contraception pré et post-IVG.....	65
4.1.2.	Sous-utilisation de la contraception d'urgence	66
4.2.	Facteurs impactant l'observance	66

4.2.1.	Consultation contraceptive et participation au choix	67
4.2.2.	La situation relationnelle et familiale.....	68
4.2.3.	Influence de la catégorie socioprofessionnelle	69
4.2.4.	Facteurs associés à l'oubli d'un ou plusieurs comprimés	69
4.2.5.	La mauvaise tolérance	69
4.3.	Outils d'aide à l'observance et campagnes de sensibilisation	70
4.3.1.	Gestion de l'observance par le prescripteur	70
4.3.2.	Campagnes de sensibilisation.....	70
4.3.2.1.	Campagne de l'Institut National de Prévention et d'éducation pour la santé (INPES) de 2011	70
4.3.2.2.	Campagne digitale de Santé publique France (2019).....	72
4.3.3.	Applications sur smartphone	73
4.4.	Méconnaissance et recours à la contraception d'urgence.....	73
4.4.1.	Gestion des oublis	73
4.4.2.	Intérêt de la co-prescription pilule/CU	74
5.	Rôle du pharmacien d'officine	75
5.1.	Dispensations particulières.....	75
5.1.1.	Renouvellement d'une contraception orale	75
5.1.2.	Délivrance anonyme à une mineure.....	75
5.1.3.	Contraception d'urgence	76
5.2.	Conseils associés à la délivrance de la contraception	77
5.2.1.	Pilule.....	77
5.2.2.	Patch	79
5.2.3.	Anneau	80
5.2.4.	Implant.....	82
5.2.5.	DIU	82
5.2.6.	Préservatifs.....	83
5.2.7.	Autres conseils.....	83
5.2.7.1.	Test de grossesse	83
5.2.7.2.	Sevrage tabagique	83
5.2.7.3.	Chloasma	83
5.2.7.4.	Mastodynies	84
5.2.7.5.	Antifongiques.....	84
5.3.	Relais entre les différentes méthodes contraceptives (9) (28)	85

6. Réalisation d'un questionnaire sur la contraception	86
6.1 Présentation du questionnaire et protocole.....	86
6.2. Résultats et commentaires de l'enquête	87
6.2.1 Méthodes de contraception utilisées (questions sur l'âge et moyen de contractions – les 3 premières questions du questionnaire) :.....	87
6.2.2 Etes-vous satisfaites de cette contraception ?	88
6.2.2.1 Motifs d'insatisfaction par méthodes.....	88
6.2.2.2 Motifs de satisfaction par méthodes	89
6.3. Avez-vous choisi votre contraception après avoir eu une information éclairée concernant l'ensemble des méthodes existantes ?.....	90
6.4. Quelles sont pour vous les sources d'informations sur les différentes méthodes contraceptives (leur efficacité, leurs effets indésirables...) :.....	92
6.5. Rôle du pharmacien	92
6.6. Oublis et recours à la contraception d'urgence	93
6.6.1. Vous est-il arrivé d'oublier votre moyen de contraception ?.....	93
6.6.2. En cas d'oubli, avez-vous eu recours à la contraception d'urgence ?.....	93
CONCLUSION	95
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	96
ANNEXES	103

LISTE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Coupe frontale de l'appareil génital féminin (1).....	16
Figure 2 : Fonction exocrine de l'ovaire : schéma d'une ovogénèse (5).....	19
Figure 3 : Fonction exocrine de l'ovaire : folliculogénèse (6)	20
Figure 4 : Schéma général d'une ovulation (7)	22
Figure 5 : Cape cervicale, diaphragme, préservatif masculin et féminin (de gauche à droite)	34
Figure 6 : Carte patiente : « Que faire en cas d'oubli de pilule ? » (26).....	37
Figure 7 : Tableau illustrant l'efficacité des différentes méthodes contraceptives selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) en 2011(20)	41
Figure 8 : Méthodes de contraception utilisées en 2016, en France, selon l'âge des femmes (31).....	45
Figure 9 : Affiche de l'INPES « A chacun sa contraception » (65)	71
Figure 10 : Campagne digitale sur la contraception d'urgence en 2019 (66)	72
Figure 11 : Carte « contraception d'urgence » à destination des femmes (70)	77
Figure 12 : Arbre décisionnel : « Que faire en cas d'oubli de pilule ? » (28).....	79
Figure 13 : Arbre décisionnel : « Que faire en cas de décollement ou de retard d'application du patch ? » (28)	80
Figure 14 : Arbre décisionnel : « Que faire en cas d'expulsion ou de retard de mise en place de l'anneau ? » (28)	81
Figure 15 : Méthodes de contraception utilisées selon l'âge des femmes (entre 17 et 49 ans) ayant répondues aux questionnaires contraception (153 participantes).....	87

LISTE DES ABREVIATIONS

LH : Hormone Lutéinisante

FSH : Hormone Folliculo-Stimulante

GnRH : Gonadotropin Releasing Hormone ou Gonadolibérine

IST : Infection Sexuellement Transmissible

EE : Ethinylestradiol

COP : Contraception ŒstroProgestative

DIU : Dispositif Intra-Utérin

AINS : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens

ANSM : l'Agence National de Sécurité du Médicament et des produits de santé

CU : Contraception d'Urgence

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CRAT : Centre de Référence sur les Agents Tératogènes

HAS : Haute Autorité de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

CPEF : Centre de Planification ou d'Education Familiale

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

LARC : Contraceptifs Réversibles A Longue Durée d'Action

IMC : Indice de Masse Corporelle

IVG : Interruptions Volontaires de Grossesse

COCON : Enquête Cohorte Contraception

INTRODUCTION

En France, l'utilisation de la pilule contraceptive demeure très importante malgré la diversification des méthodes de contraception et le récent scandale sanitaire associé aux pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération. D'autre part, le parcours contraceptif des femmes reste encore très lié à l'âge où à la parité. En effet, en début de vie sexuelle les jeunes femmes associent l'usage du préservatif à la pilule, puis elles utilisent la pilule seule lorsque leur relation se stabilise et choisissent de se faire poser un dispositif intra-utérin après avoir eu des enfants. La place faite aux autres méthodes de contraception telles que l'implant, le patch ou l'anneau est très marginale.

A l'heure actuelle, les sources d'informations ne manquent pas, malgré tout, de nombreux préjugés persistent sur certains moyens de contraception, limitant par exemple le recours au dispositif intra-utérin chez les femmes sans enfant.

La prise quotidienne d'une contraception ne semble pas compatible avec le mode de vie de toutes les femmes, et beaucoup des utilisatrices de pilule rencontrent des problèmes d'observance. Ces oublis de pilule sont un problème de santé publique car le nombre d'interruptions volontaire de grossesses stagne en France, malgré une couverture contraceptive parmi les plus élevée d'Europe.

Les femmes paraissent mal informées à la fois sur l'ensemble des méthodes contraceptives disponibles mais également sur les conséquences encourues en cas d'oublis. Cela s'illustre par le peu de recours à la contraception d'urgence lorsque la situation l'exige et la mauvaise évaluation de situations jugées à risque de grossesse non désirées.

Après quelques généralités sur l'anatomie féminine et les différentes méthodes de contraception disponibles chez la femme, nous nous intéresserons aux critères intervenant dans le choix d'une méthode de contraception chez la femme. Puis nous détaillerons les facteurs impactant l'observance et la gestion de l'oubli de certaines méthodes de contraception. Enfin, un point sera fait sur le rôle du pharmacien d'officine, comme acteur de la prévention de la santé chez les femmes sous contraception.

1. Physiologie et anatomie de l'appareil génital féminin

1.1. Anatomie de l'appareil génital féminin

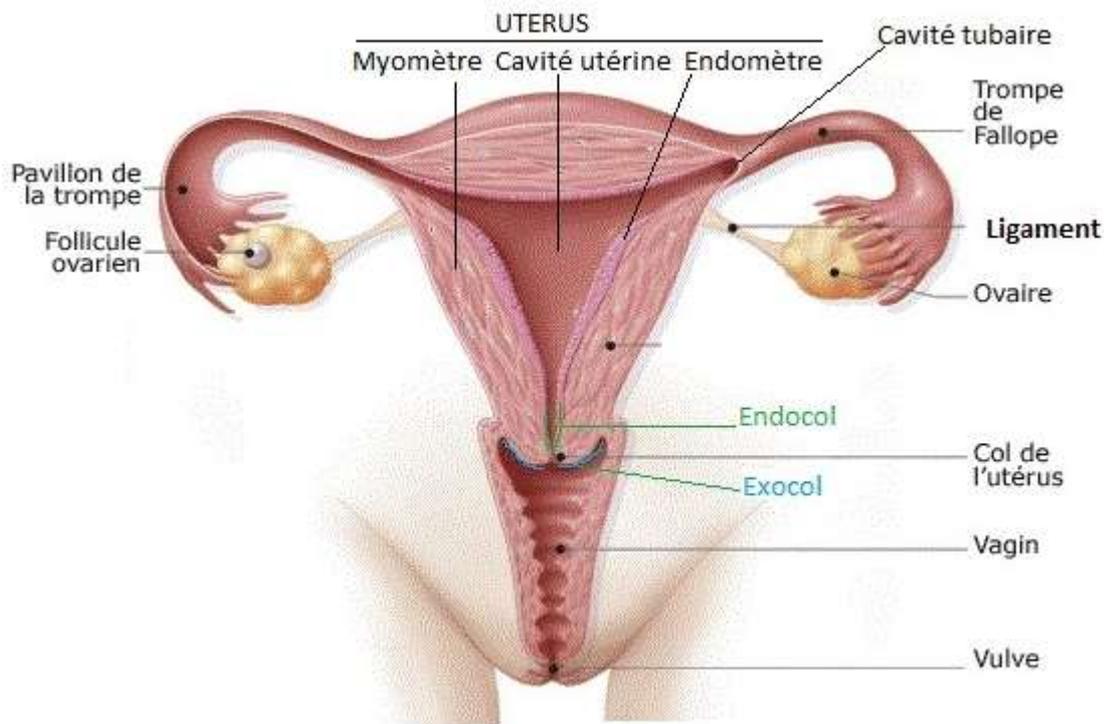


Figure 1 : Coupe frontale de l'appareil génital féminin (1)

Comme le montre la *Figure 1*, l'appareil génital féminin est composé des organes suivants :

- **La vulve** composée des grandes lèvres, petites lèvres et du clitoris ; ce sont les organes génitaux externes (2)
- **Le vagin** : tube fibromusculaire de 8 à 10 cm de long, recueillant les spermatozoïdes lors de l'acte sexuel, il se situe entre la vulve et le col de l'utérus. Il permet la sortie du fœtus lors de l'accouchement et l'écoulement du flux menstruel. (2)
- **Le col utérin** composé de l'exocol et l'endocol, ce dernier constituant la partie basse de l'utérus. L'endocol, riche en glandes cervicales, est responsable de la production de la glaire cervicale.

La glaire cervicale est légèrement alcaline, elle forme un maillage serré (= bouchon cervical) qui bloque les spermatozoïdes sauf lors de la période d'ovulation, où elle devient filante. Ces modifications de la glaire cervicale sont liées aux variations des hormones sexuelles au cours du cycle menstruel. (2)

- **L'utérus** est un organe musculaire triangulaire, il mesure 7 cm de long et 5 cm de large (au niveau du col de l'utérus). Il contient la cavité utérine, c'est le site de la nidation et du développement embryonnaire et fœtal.

Le myomètre constitue la partie musculaire de l'utérus sur laquelle repose l'endomètre. Une partie de l'endomètre desquame tous les mois en l'absence de grossesse : ce sont les règles aussi appelées menstruations. (2)
- **Les trompes utérines** ou **trompes de Fallope** font environ 10 cm de long, il y en a deux.

Elles font le lien entre la cavité utérine et les ovaires. Les franges de la trompe captent l'ovocyte produit par l'ovaire lors de l'ovulation. Si l'ovocyte fusionne avec un spermatozoïde alors il y a fécondation.

L'œuf va ensuite se diviser lors de sa migration vers la cavité utérine jusqu'à se transformer en embryon capable de s'implanter dans la muqueuse utérine.

Les trompes utérines permettent le recueil de l'ovocyte, sa fécondation par un spermatozoïde et sa migration vers l'utérus. (2)
- **Les ovaires (= gonades)** sont au nombre de deux et mesurent 4 (hauteur) × 2 cm (largeur). Ils sont maintenus dans la cavité pelvienne par des ligaments notamment : le ligament suspenseur de l'ovaire (entre l'ovaire et la paroi pelvienne) et le ligament propre de l'ovaire (entre l'ovaire et l'utérus). (3)

L'ovaire a une fonction exocrine : sous influence hormonale, il est responsable de la folliculogénèse et de l'ovogénèse.

Il a également une fonction endocrine car il permet la synthèse des hormones sexuelles : les œstrogènes et la progestérone. (4)

1.2. Ovogénèse

Comme le montre la *Figure 2*, l'**ovogénèse** est l'ensemble des divisions aboutissant à la formation des gamètes femelles, les ovules. (2)

Au stade embryonnaire, il y a **une phase de multiplication importante** par mitoses des ovogonies (46 chromosomes par cellule = cellule diploïde = $2n$) pour constituer un stock. Les ovogonies se transforment en ovocytes primaires ($=2n$), dans lesquelles la méiose commence. (4)

La **méiose** est l'ensemble des étapes (division, crossing-over, ...) permettant de passer du stade d'ovogonie, à 46 chromosomes et 2 chromatides, à celui d'ovocyte secondaire, à 23 chromosomes et 1 chromatide. Cette double division cellulaire est propre à la gamétogénèse et permet la synthèse des gamètes mâles et femelles. (4)

Elle comprend 2 divisions à 4 étapes :

La première division méiotique : division réductionnelle :

- La prophase I : les 2 chromosomes ont 2 chromatides, c'est au cours de cette étape qu'a lieu le crossing-over, les deux chromatides sœurs échangent une partie de leurs matériels génétiques.
- La métaphase I
- L'anaphase I : étape permettant la séparation des 2 chromosomes homologues de chaque paire.
- La télophase I : la cellule se sépare en deux cellules, contenant chacune 1 chromosome de chaque paire, à 2 chromatides.

La deuxième division méiotique : division équationnelle :

On passe de n chromosomes à 2 chromatides à n chromosomes à n chromatides. Les étapes sont les mêmes : prophase 2, métaphase 2, anaphase 2 et télophase 2 au cours de laquelle on obtient 4 cellules haploïdes à partir de la cellule mère. Il n'y a pas de crossing-over lors de la division équationnelle. (4) (2)

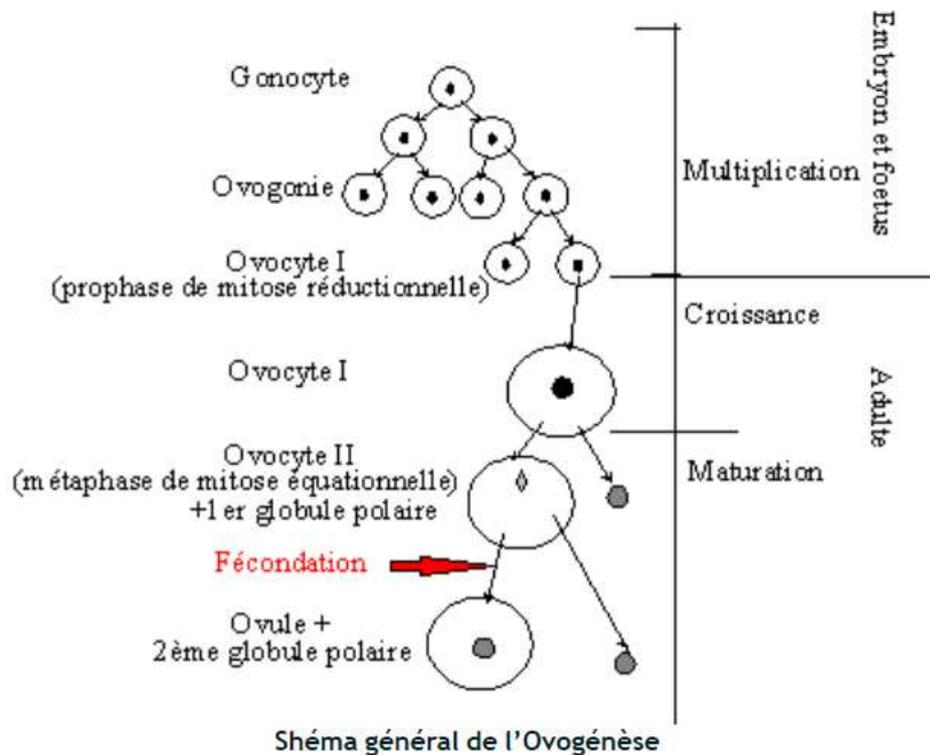


Figure 2 : Fonction exocrine de l'ovaire : schéma d'une ovogénèse (5)

Pendant **la vie in utero**, toutes les ovogonies se transforment en ovocytes primaires, ces derniers arrêteront leur division en prophase I de la méiose, ce stade persiste jusqu'à la puberté. (4) (2)

A la puberté, au cours de chaque cycle menstruel, un ovocyte primaire achève sa division réductionnelle pour former un ovocyte de deuxième ordre et un premier globule polaire très petit et non fonctionnel. Il dégénérera et n'interviendra jamais dans le processus de la fécondation. (4) (2)

L'ovocyte de deuxième ordre ne reprend la méiose II que s'il y a **fécondation**, sans ça il meurt peu de temps après son éjection de l'ovaire. (4)

L'ovocyte de 2^{ème} ordre donne la cellule œuf à 23 chromosomes et 1 chromatide, et le deuxième globule polaire (très petit et non fonctionnel).

Contrairement à la spermatogénèse, qui produit 4 spermatozoïdes viables avec un spermatocyte de premier ordre, lors de l'ovogénèse l'ovocyte de 1^{er} ordre ne donne qu'une seule cellule œuf. (4) (2)

1.3. Folliculogénèse

La folliculogénèse comprend toutes les étapes permettant de passer d'un follicule primordial à un follicule mûr. Les ovocytes se développent au niveau des ovaires dans des structures appelées follicules. Le déroulement de la folliculogénèse est visible sur la *Figure 3*.

Le stock de follicules primordiaux (= primaires) se fait pendant la vie intra-utérine, il est de 1 à 2 millions à la naissance puis il passe à 400 000 à la puberté avant de finir à 1000 à la ménopause. Une grande partie est détruite par apoptose, en effet, au cours de la vie environ 99 % des follicules seront éliminés : c'est l'atrésie folliculaire.

A partir de la puberté la femme libèrera un ovule par mois, soit environ 400 follicules primordiaux qui iront jusqu'à l'ovulation. (4)

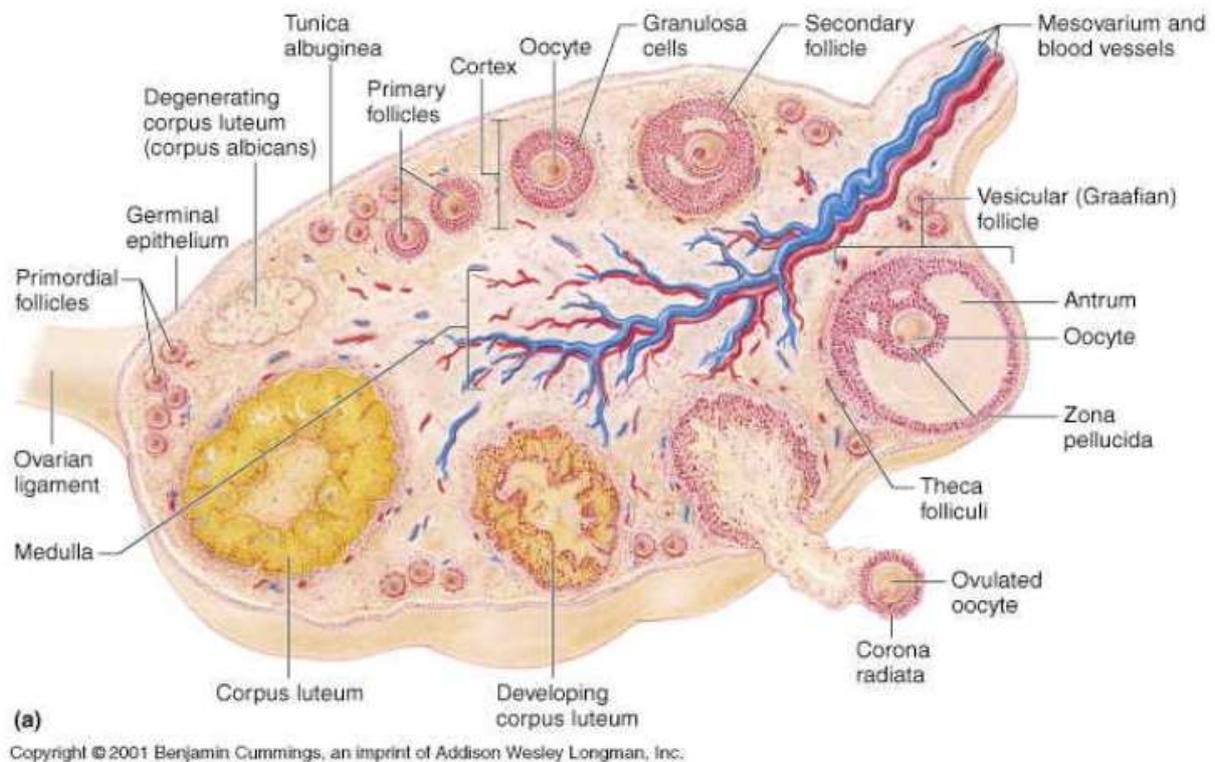


Figure 3 : Fonction exocrine de l'ovaire : folliculogénèse (6)

Le premier stade fait intervenir **le follicule primordial** composé d'un ovocyte de 1^{er} ordre et d'une couche de cellules : les cellules de la granulosa.

Le développement folliculaire se caractérise par une multiplication des cellules de la granulosa, qui sécrètent des œstrogènes et un peu de progestérone avant l'ovulation, et une augmentation de la taille de l'ovocyte. La zone pellucide sépare l'ovocyte des cellules de la granulosa, elle a un rôle dans la fixation des spermatozoïdes lors de la fécondation. C'est la formation du **follicule primaire**. (4)

Lors des mitoses successives des cellules de la granulosa, les cellules du tissu conjonctif entourant ces dernières se différencient et forment une couche cellulaire appelée thèque : le follicule primaire devient le **follicule pré-antral**. (4)

La synthèse d'un liquide parmi les cellules de la granulosa transforme le follicule en **follicule antral précoce**. (4)

La plupart des follicules resteront bloqués au stade de follicules primordiaux même si certains pendant l'enfance pourront évoluer jusqu'au stade antral précoce. (4)

Au début du cycle menstruel, 10 à 25 follicules pré-antraux et antraux se transforment en follicules antraux plus volumineux, après une semaine de développement des follicules, il y a la sélection d'un follicule antral unique : **le follicule dominant**. Les autres subiront l'atrophie folliculaire. Cette mort cellulaire programmée (= apoptose) concerne 99,99 % des follicules présents dans les deux ovaires, à tous les stades. En effet, à chaque cycle menstruel, seul un follicule dominant mature éjectera un œuf, à partir de la puberté et jusqu'à la ménopause. (4)

L'augmentation de liquide dans l'antra rend le follicule mature, ou **follicule de Graaf**, très volumineux et l'ovocyte de 2^e ordre flotte dans le liquide antral. L'ovulation a lieu au 14^e jour lorsque les parois de l'ovaire et du follicule libèrent l'ovocyte, accompagné de sa membrane pellucide et des cellules de la granulosa, dans la trompe de Fallope. (4)

Après l'ovulation, le follicule de Graaf dégénère en corps jaune. Ce dernier sécrète des œstrogènes, de la progestérone et de l'inhibine pendant 10 jours environ. Il meurt ensuite par apoptose et la chute des hormones sexuelles est responsable de l'apparition des règles. (4)

1.4. Cycle menstruel

1.4.1. Contrôle hormonal de la fonction ovarienne

Le cycle menstruel est l'ensemble des étapes permettant la libération d'un gamète femelle, l'ovocyte, ainsi que la préparation de l'utérus à une éventuelle implantation. Il dure généralement entre 24 et 35 jours mais en moyenne il est de 28 jours et se divise en 2 phases.

- **La phase folliculaire** commence le 1^{er} jour avec les règles et se termine au 14^{ème} jour avec l'ovulation (en général).
- **La phase lutéale**, allant du 14^e au 28^e jour du cycle, correspond à l'activité du corps jaune. (4)

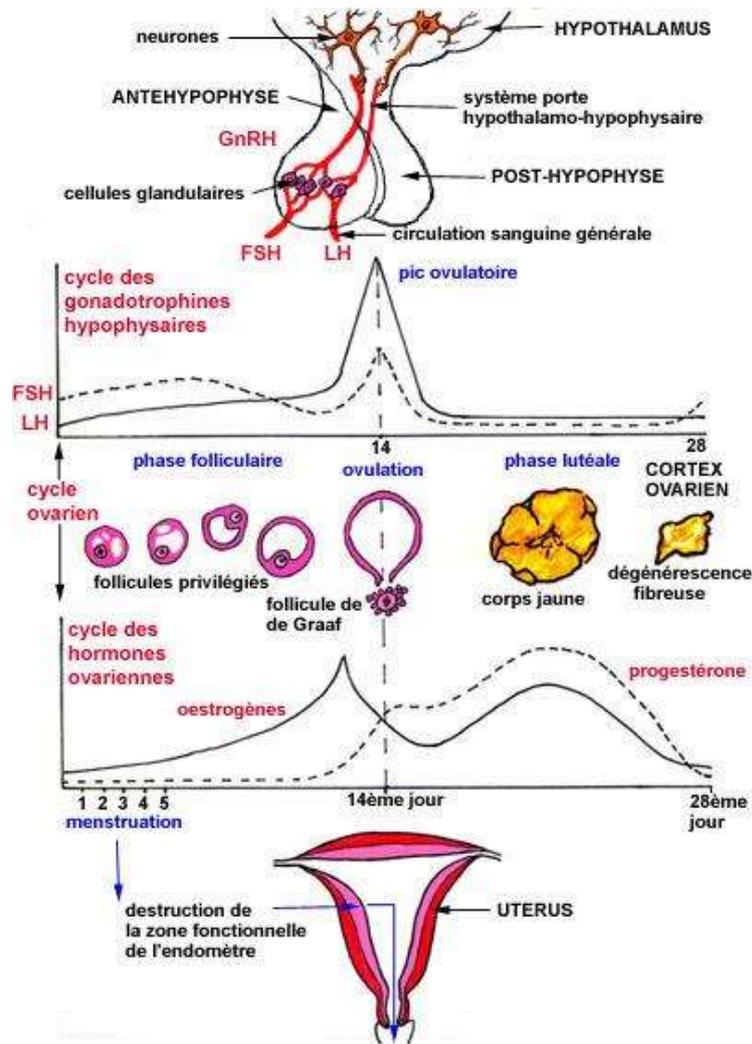


Figure 4 : Schéma général d'une ovulation (7)

Pendant ces deux phases, l'utérus subit des modifications censées permettre l'implantation d'un œuf fécondé et le bon déroulement de la grossesse.

Ces différentes étapes sont contrôlées par un système hormonal comprenant la GnRH (Gonadotropin Releasing Hormone ou Gonadolibérine) sécrétée par l'hypothalamus, responsable de la sécrétion de LH (Hormone Lutéinisante) et FSH (Hormone Folliculo-Stimulante) par l'adénohypophyse. La LH et la FSH sont libérées dans le sang et vont agir sur la fonction endocrine des ovaires en permettant la synthèse des hormones sexuelles : les œstrogènes et la progestérone. (Figure 4) (4) (2)

Au début de la phase folliculaire, les concentrations de LH et FSH augmentent car le taux sanguin d'œstrogènes est faible, en effet la concentration plasmatique d'œstrogènes exerce un rétrocontrôle négatif minime. La FSH agit sur les cellules de la granulosa pour induire la sécrétion d'œstrogènes et la multiplication des cellules de la granulosa.

La sécrétion de FSH diminue ensuite, provoquant l'atrésie folliculaire des follicules antraux et permettant la sélection du follicule dominant.

Lors de la deuxième semaine, il y a une augmentation des œstrogènes due à la croissance du follicule de Graaf responsable de la synthèse de ces hormones via les cellules de la granulosa.

L'élévation rapide des œstrogènes sanguins exerce un rétrocontrôle « positif » sur la sécrétion de LH et FSH. Un pic de LH est déclenché entraînant 18 heures plus tard l'ovulation. (4)

Une concentration suffisante de LH induit la survie du corps jaune et la sécrétion par celui-ci de grandes quantités de progestérone et d'œstrogènes.

L'élévation des concentrations sériques de progestérone et d'œstrogènes entraînent une diminution de celles de la LH et la FSH.

En l'absence de grossesse le corps jaune dégénère, au bout de deux semaines, entraînant la diminution des taux d'œstrogènes et de progestérone. (4)

1.4.2. Modifications utérines au cours du cycle menstruel

Dans l'utérus, la chute des concentrations d'œstrogènes et de progestérone suite à l'atrésie du corps jaune provoque la desquamation de l'endomètre ; ce sont les règles.

Dans le même temps, la chute du taux des hormones ovariennes entraîne l'augmentation de la LH et FSH ainsi que le développement des follicules.

Puis la sélection d'un follicule ovarien, au 7^e jour, et sa sécrétion croissante d'œstrogènes entraînent la prolifération endométriale. La glaire cervicale devient filante, sous l'influence des œstrogènes, pour faciliter le passage des spermatozoïdes lors de l'ovulation.

Après l'ovulation, le corps jaune sous l'influence de la LH, sécrète des concentrations plus fortes d'œstrogènes et de progestérone, ce qui double la taille de l'endomètre.

L'utérus est prêt à recevoir l'embryon. (4)

2. Méthodes contraceptives

2.1. Méthodes Oestroprogestatives

La contraception oestroprogestative est la plus fréquemment prescrite, surtout au début de la vie sexuelle chez les jeunes femmes car elle est l'une des méthodes les plus efficaces et permet de régler d'autres problèmes tels que l'acné ou les flux menstruels (ménorragies, dysménorrhées).

Lorsque les femmes ne sont pas en couple stable, il est conseillé d'associer le port du préservatif afin de prévenir le risque d'infections sexuellement transmissibles (IST). (8)

En l'absence de contraception préalable, la pilule oestroprogestative doit débuter le 1^{er} jour des règles, si elle est débutée après il faudra au cours de la première semaine y associer le port du préservatif. (9)

2.1.1. Classification

2.1.1.1. Pilules œstroprogestatives : 1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} génération

Les pilules oestroprogestatives, toutes générations confondues, associent de l'éthinylestradiol (EE) et un progestatif de synthèse.

L'éthinylestradiol est un œstrogène de synthèse, sa concentration permet de classer les pilules : les normodosées qui contiennent 50 µg par comprimé (ne sont plus prescrites) et les minidosées qui contiennent moins de 50 µg d'EE, en général entre 35 et 15 µg d'EE par comprimé. (8)

En fonction du **progestatif**, les pilules sont classées en plusieurs générations. Les pilules de 1^{ère} génération étaient mal supportées à cause d'effets androgéniques importants (acné, hirsutisme). Ensuite sont apparues les pilules de 2^e génération à base de lévonorgestrel puis celles de 3^e génération avec désogestrel, gestodène ou norgestimate puis celles de 4^{ème} génération avec drospirénone, diénogest. Les dernières générations de pilules ont pour objectif de limiter les effets androgéniques et la prise de poids. (8)

Les pilules œstroprogestatives sont également classées en fonction de la dose d'EE et de progestatif **délivrées au cours du cycle** :

- Les pilules monophasiques : tous les comprimés sont identiques tout au long de la plaquette
- Les pilules biphasiques : les comprimés de la deuxième partie de plaquette ont des doses plus fortes en oestroprogestatifs
- Les pilules triphasiques : au cours de la plaquette, il y a 3 doses successivement différentes en oestroprogestatifs

Certaines plaquettes contiennent 7 comprimés de placebo, ils doivent permettre d'améliorer l'observance en imposant la prise continue à heure fixe.

Les différentes classes de pilules sont visibles en **Annexe 1** : Tableau (N°1) officiel des contraceptions de l'ANSM. (10)

Actuellement, seules les pilules de 2^e génération sont remboursées par l'Assurance Maladie. (8)

La pilule doit être prise en continu pendant 21 jours avec une pause de 7 jours, que les règles surviennent ou non. Avec la chute des taux sanguins d'hormones, une hémorragie de privation apparaît mais son intérêt est seulement psychologique. Dans le cas d'endométriose, une aménorrhée thérapeutique présente un intérêt, la pilule oestroprogestative peut être prescrite en continu sans règles. (8)

2.1.1.2. Pilules oestroprogestatives à l'estradiol

Il en existe 2 sur le marché : Qlaira® et Zoely®

Qlaira® est une pilule multiphasique associant un progestatif (Diénogest) au valérate d'estradiol. La prise est continue, elle contient 26 comprimés actifs et 2 comprimés placebos. Pour cette pilule, en cas d'oubli supérieur à 12 h :

- Entre le **1^{er} et le 17^{ème} jour** : il faut utiliser une protection mécanique pendant les 9 jours suivants.
- Entre le **18^{ème} et le 24^{ème} jour** : il faut jeter la plaquette en cours et en recommencer une nouvelle, et y associer une protection mécanique complémentaire pendant 9 jours.
- Des **2 derniers comprimés** (rouge foncé) : pas de protection complémentaire

Dans tous les cas, lorsqu'un oubli est constaté, il faut reprendre le comprimé oublié même si cela conduit à en prendre 2 en même temps. (9)

Zoely® est une pilule monophasique contenant du nomégestrol et de l'estradiol. Sa prise est continue avec 24 comprimés actifs et 4 comprimés placebos. (9)

En cas d'oubli d'un comprimé supérieur à 24 h, plusieurs cas de figure sont possibles en fonction de la période concernée :

- Entre le **1^{er} et le 7^{ème} jour** : utiliser une contraception mécanique pendant 7 jours, de plus si un rapport sexuel a eu lieu dans les 7 jours précédents l'oubli il faut prendre la contraception d'urgence.
- Entre le **8^{ème} et le 17^{ème} jour** : aucune contraception complémentaire n'est nécessaire.

- Entre le **18^{ème}** et le **24^{ème}** jour, il y a 2 possibilités :
 - Continuer la prise des comprimés actifs et enchaîner la plaquette suivante sans prendre les comprimés inactifs
 - Arrêter les comprimés actifs à la date de l'oubli et passer immédiatement aux placebos, ce qui provoquera les menstruations. (9)

En cas d'oubli multiples, il est nécessaire d'utiliser une protection mécanique pendant 7 jours. Ces pilules contenant de l'estradiol impacteraient moins l'hémostase, les paramètres lipidiques et glucidiques que les COP contenant de l'EE. Toutefois, d'autres études cliniques et l'observation post-commercialisation de ces pilules contenant de l'estradiol naturel seront nécessaires pour discuter du réel avantage qu'elles présentent par rapport au COP à l'EE. (11)

2.1.1.3. Patch contraceptif transdermique

Le patch contraceptif est un dispositif transdermique de 20 cm² qui libère chaque jour 20 µg de l'EE et 150 µg d'un progestatif de 3^{ème} génération (Norelgestromine). Le patch est une méthode contraceptive de deuxième intention et n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie. Il doit être changé tous les sept jours pendant trois semaines, les règles surviennent la quatrième semaine. Le risque thrombo-embolique **veineux** est 2 fois plus élevé qu'avec la pilule oestroprogestative de 2^{ème} génération, mais ne justifie pas un arrêt ou un changement pour une autre contraception s'il est bien supporté chez une femme qui utilise le patch depuis longtemps. (8)

2.1.1.4. Anneau contraceptif vaginal

L'anneau est un dispositif en plastique qui diffuse, à travers la muqueuse vaginale, une dose continue d'oestroprogestatifs (chaque jour 15 µg d'EE et 120 µg d'Etonogestrel progestatif de 3^{ème} génération). Il est posé pendant 3 semaines, les règles apparaissent la quatrième semaine. Ce dispositif, comme le patch, présente un intérêt chez les femmes peu observantes ou pour qui la prise quotidienne d'un comprimé est une contrainte.

2.1.2. Mécanisme d'action

L'action des oestroprogestatifs est de bloquer la sécrétion de LH et FSH via un rétrocontrôle négatif de l'axe hypothalamo-hypophysaire. Le progestatif empêche le pic de LH et par conséquent l'ovulation. Il a également un rôle anti-gonadotrope car il inhibe la pulsativité de la GnRH hypothalamique.

De plus, il est responsable de l'atrophie de l'endomètre (utérus impropre à l'implantation de l'œuf) et de l'épaississement de la glaire cervicale (difficulté de passage pour les spermatozoïdes).

L'action de l'EE, ou estradiol, est de bloquer la sécrétion de FSH et donc le développement des follicules dans les ovaires. (8)

2.1.3. Effets indésirables fréquents

L'EE a un impact sur les lipides dans l'organisme (contrairement aux œstrogènes naturels), on note une augmentation des triglycérides, du HDL-cholestérol et une baisse du LDL-cholestérol.

La prise de contraception œstroprogestative (COP) majore le risque d'accidents thromboemboliques veineux car l'EE est responsable d'une hypercoagulabilité. C'est lors de la première année de prise d'une COP que le risque thromboembolique **veineux** est le plus élevé. Il est également majoré avec les progestatifs de 3^{ème} et 4^{ème} génération, en cas d'obésité, d'allaitement prolongé et dans le post-partum... (8)

Le risque thromboembolique **artériel** augmente avec l'âge (>35 ans), le tabac et l'hypertension artérielle. On déconseille la prise d'une COP après 35 ans surtout si la femme fume (devient une contre-indication). (8)

Le risque d'accidents thromboemboliques est de :

- 2/10 000 chez les femmes non utilisatrices de COP
- 5 à 7/ 10 000 chez les femmes utilisant une COP de 2^{ème} génération
- 9 à 12/10 000 chez les femmes sous COP de 3^{ème} génération (12)

Une fiche sur les risques de thromboses veineuses et artérielles, ainsi que les signes cliniques, est téléchargeable sur le site de la HAS (présente en **Annexe 2**), elle est destinée aux femmes sous COP. (13)

Les patientes doivent être informées des signes évocateurs de phlébite ou d'embolie afin que la prise en charge se fasse le plus rapidement possible. Cette fiche donne également des conseils utiles aux femmes sous COP lors de long voyage en avion (se lever toutes les 3 h, bien s'hydrater...), en cas de chirurgie, de fractures... (8)

Un bilan sanguin pour la patiente devra être réalisé 3 à 6 mois après la mise en place de la contraception oestroprogestative. (8)

Parmi les autres effets indésirables fréquents survenant avec une prise de COP on peut citer : une modification de l'humeur (pouvant aller jusqu'à la dépression), de la libido, de l'appétit, du poids, une nervosité, des troubles digestifs (nausées, ballonnements,), une sécheresse vaginale, des vaginites (voir des candidoses génitales), des mastodynies (surtout à l'instauration de la contraception), des céphalées, des spotting, une rétention hydrique, une acné... (8) (9)

Certaines femmes peuvent ressentir un inconfort lié à l'insertion de l'anneau dans le vagin. D'autre part, il existe un risque d'expulsion avec l'anneau contraceptif, il est recommandé aux femmes de vérifier de temps en temps qu'il est bien présent. (9)

Le patch contraceptif peut provoquer des irritations locales, c'est pour cette raison qu'il faut conseiller de changer le site d'application du patch d'une semaine à l'autre. (9)

2.1.4. Contre-indications

Parmi **les contre-indications absolues**, il y a la présence d'antécédents familiaux ou personnels de thromboses veineuses (phlébite profonde, embolie pulmonaire) ou artérielles (infarctus du myocarde, l'hypertension sévère...), les migraines avec aura, le tabagisme après 35 ans, une obésité morbide associée à des facteurs de risques cardiovasculaires, des antécédents de cancer du sein ou de l'endomètre ou certaines affections hépatiques. (8)

Il existe également des contre-indications relatives, qui cumulées deviennent des contre-indications absolues, notamment la prise concomitante d'inducteurs enzymatiques tels que : millepertuis, phénobarbital, carbamazépine, phénytoïne, rifampicine, griséofulvine et certains antirétroviraux. (8)

Concernant le risque de cancer chez les femmes sous contraception oestroprogestative, le risque de cancer du sein est légèrement majoré comparé au risque normal, mais il n'y a pas de surrisque de mortalité.

Le refus ou l'abandon de la contraception oestroprogestative ne protège pas du cancer du sein, dont la prévalence augmente en France du fait de l'allongement de l'espérance de vie, du recul de l'âge de la première grossesse chez les femmes et des habitudes alimentaires. De plus la COP diminuerait la survenue de certains cancers : endomètre, ovaire et colorectal. (8)

L'existence de nombreuses COP montre la volonté d'améliorer la tolérance de ces pilules en diminuant entre autres la concentration en EE et en y associant des progestatifs répondant à une structure plus proche de la progestérone naturelle. (8)

2.2. Progestatifs

2.2.1. Pilules microprogestatives

Il existe actuellement 2 types de pilules microprogestatives qui délivrent en continue de faibles doses de progestatifs de 3^{ème} génération. Prescrites en seconde intention, après les pilules œstroprogestatives, elles sont cependant indiquées en première intention pour leur effet antigonadotrope (inhibe le pic de LH), leur absence d'effets métaboliques (pas de risque de thrombose lié à l'œstrogène) et dans un but de suppression des règles (aménorrhée). (8)

Microval® à base de lévonorgestrel (30 µg) est peu prescrite et ne présente pas un grand intérêt car l'efficacité contraceptive n'est plus assurée en cas d'oubli supérieur à 3 h.

Le désogestrel 0,075 mg (Cérazette®, Antigone®, Optimizette®) offre une autorisation de décalage dans la prise quotidienne jusqu'à 12 h et possède une action antigonadotrope forte contrairement à Microval®. (8)

Leurs mécanismes d'action principaux reposent sur l'atrophie endométriale et l'épaississement de la glaire cervicale qui limite le passage des spermatozoïdes. Les comprimés doivent être pris tous les jours à la même heure, en continu, même pendant les règles. Le premier comprimé de la plaquette doit être pris le 1^{er} jour des règles (obligatoirement pour Microval®), si la contraception est commencée entre le 2^{ème} et 5^{ème} jour du cycle, il faudra y associer une protection mécanique pendant 7 jours. (8) (9)

Il n'y a pas de pause de 7 jours ou de comprimés inactifs avec les pilules progestatives, les plaquettes doivent être enchaînées les unes après les autres. (9)

Avec le désogestrel, l'effet indésirable le plus souvent rapporté (50 % des femmes) est une irrégularité dans les saignements dont l'aménorrhée. Chez les femmes souffrant d'endométriose ou de dysménorrhées, une absence de règles est recherchée. (9)

Des mastodynies, une prise de poids, une acné et des modifications de l'humeur ont aussi été rapportés avec les pilules microprogestatives. Les microprogestatifs ne doivent pas être pris en association avec un inducteur enzymatique. (8) (9)

2.2.2. Les macroprogestatifs

Ils sont indiqués dans les troubles liés à la ménopause comme traitement hormonal substitutif ou lors d'une insuffisance en progestérone du corps jaune, d'endométriose (en prise continue), de dysménorrhées

En pratique, les macroprogestatifs n'ont pas d'autorisation de mise sur le marché pour être utilisés comme une contraception.

Toutefois en association avec des œstrogènes, lorsqu'ils sont pris entre le 5^{ème} et 25^{ème} jour du cycle, ils ont une action antigonadotrope empêchant l'ovulation. Ils sont contre-indiqués en cas d'accidents thromboemboliques survenus dans les 3 mois ou lors de problèmes hépatiques graves. (8) (9)

2.2.3 Implant progestatif sous-cutané

L'implant est un bâtonnet souple de 4 cm de long, il contient de l'étonogestrel (métabolite actif du désogestrel) dosé à 68 mg. Il est inséré sous la peau au niveau de la face interne du bras et peut être laissé en place pendant 3 ans.

Au cours de la première année, l'implant libère 35 à 45 µg/jour pour atteindre 25 à 30 µg/jour à la fin de la troisième année. (8) (9)

C'est la méthode contraceptive la plus efficace car elle possède l'indice de Pearl le plus bas. (*cf. définition de l'indice de Pearl page 44*).

Le mécanisme d'action, les effets indésirables et les contre-indications sont les mêmes que pour les pilules microprogestatives, toutefois l'apparition de saignements est très fréquemment rapportée chez les femmes utilisant ce dispositif. En effet, beaucoup de femmes se plaignent d'irrégularités dans les saignements dont 1/3 de façon permanente. (9) (14)

2.2.4. Contraception progestative trimestrielle injectable

Dépo-Provera® dosé à 150 mg/3 mL d'acétate de médroxyprogesterone est sous forme d'une suspension injectable à libération prolongée. Ce progestatif est peu utilisé en raison de sa très mauvaise tolérance (prise de poids, trouble du cycle...) et son risque d'ostéopénie. Il est indiqué lorsqu'aucune autre méthode contraceptive ne peut être utilisée. (8) (9)

Chez les femmes à risque d'ostéoporose due à la prise de certains médicaments (corticoïdes), à leur mode de vie ou à une maladie (anorexie), la balance bénéfices/risques doit être bien évaluée avant de débiter la contraception par Dépo-Provera®. (9)

La première injection doit se faire dans les 5 premiers jours du cycle (début des menstruations) puis les suivantes toutes les 12 semaines, au niveau des muscles fessier ou deltoïde.

2.3. Dispositif Intra-Utérins (DIU)

Les DIU sont prescrits comme contraception en première intention aussi bien chez les femmes nullipares (dont les adolescentes) que chez celles ayant déjà eu des enfants. (8) (15)

Le terme « stérilet » doit être évité car il pourrait entraîner une mauvaise compréhension de son mécanisme d'action par les patientes, en effet il ne s'agit pas d'une méthode contraceptive définitive. (8)

2.3.1. DIU au cuivre

Ce dispositif est installé dans la cavité utérine, il est de petite taille, en polyéthylène radio-opaque, avec le fil de cuivre s'enroulant autour. Il en existe plusieurs tailles selon la hauteur de la cavité utérine : short et standard. (15)

En plus d'empêcher la nidation en occupant l'utérus, le DIU a également une action locale toxique sur les spermatozoïdes grâce au cuivre et crée une réaction inflammatoire non spécifique de l'endomètre. Il n'empêche pas la fécondation ce qui implique un risque de grossesse ectopique un peu plus fréquent. Il peut être laissé en place pendant 5 à 10 ans. (8) (15)

Avant la pose, tout risque infectieux doit être écarté, et notamment le risque d'infections sexuellement transmissibles. Un dépistage de chlamydiae trachomatis et neisseria gonorrhoea devra impérativement être réalisé chez les femmes jeunes ou ayant des pratiques sexuelles à risque. (8)

En général, la pose se fait pendant les règles et un examen de contrôle est réalisé 1 à 3 mois après.

Une infection utéro-annexielle peut survenir dans les 3 semaines après la mise en place du DIU, les germes ayant été introduits pendant l'insertion. Les effets indésirables fréquemment décrits sont : les troubles du cycle et surtout des ménorragies, les règles sont plus longues et plus abondantes, des dysménorrhées et même une expulsion spontanée. Il n'y a pas de risques cancéreux ou cardio-vasculaires démontrés avec le DIU au cuivre, il peut donc constituer une bonne alternative chez les femmes pour qui la pilule oestroprogestative est contre-indiquée ou celles ayant un souci d'observance. (8)

Les contre-indications absolues avec le DIU au cuivre sont la grossesse, une infection génitale haute ou un saignement utéro-vaginal non exploré, toutefois le DIU au cuivre peut être utilisé comme une contraception d'urgence. (8)

La prise d'inflammatoires non stéroïdiens ne diminue pas l'efficacité du DIU et ne doit pas constituer une contre-indication. (8)

2.3.2. DIU au lévonorgestrel

Le corps en plastique du dispositif possède un réservoir de lévonorgestrel dont la libération lente et constante permet d'empêcher la nidation en provoquant une atrophie de l'endomètre, ce qui permet également de diminuer le flux menstruel. Ce DIU à base de progestatif présente un intérêt chez les femmes ayant des règles abondantes et douloureuses. Il est recommandé de le poser pendant les 7 premiers jours du cycle (col ouvert). (8)

Il en existe plusieurs :

- Mirena® : corps blanc en T avec 52 mg de lévonorgestrel libéré progressivement au cours du temps, 20 µg/24 h la première année pour finir à 10 µg/24 h la 5^{ème} et dernière année. C'est le plus grand des DIU hormonaux.
- Kyleena® : 19,5 mg de lévonorgestrel (9 µg par 24 h), peut être laissé 5 ans en place
- Jaydess® : 13,5 mg de lévonorgestrel (6 µg/24 h), peut être laissé en place pendant 3 ans. (9)

Les deux derniers DIU ont une taille plus petite, permettant leur insertion chez la nullipare.

Les contre-indications du DIU hormonal sont les mêmes que celles des DIU au cuivre, avec en plus des contre-indications spécifiques telles que : un cancer du sein, un accident thromboembolique évolutif et une pathologie hépatique sévère. (8)

Parmi les effets indésirables fréquemment retrouvés, il y a les troubles de l'humeur (déprime, dépression, ...), une baisse de la libido, des céphalées (très fréquentes) voire des migraines, des vertiges, une acné, une alopécie, des douleurs abdominales et pelviennes, des mastodynies. L'aménorrhée est parfois recherchée lors de la pose d'un DIU au lévonorgestrel et ne doit pas être considérée comme un effet indésirable. (8) (9)

2.4. Contraception locale

2.4.1. Préservatif masculin

C'est une méthode à privilégier en cas de partenaires occasionnels ou multiples afin de prévenir des IST, dans l'idéal il faut l'associer à une autre méthode contraceptive. En effet, le préservatif masculin n'est pas d'une grande efficacité contraceptive, son indice de Pearl est de 2 %. (8)

Les préservatifs EDEN (depuis décembre 2018) et SORTEZ COUVERTS (depuis mars 2019) sont inscrits sur la liste des spécialités remboursées par l'Assurance Maladie. L'objectif est de diminuer la survenue des infections sexuellement transmissibles provoquées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le virus de l'herpès simplex (HSV-2), le papillomavirus (HPV), l'hépatite B, la syphilis, la chlamydia, gonorrhée et le trichomonas. (16) (17)

2.4.2. Préservatif féminin

Il doit être placé dans le vagin avant le rapport, même quelques heures avant. Les préservatifs féminin et masculin sont les seuls à prévenir les IST. Il reste très peu utilisé en France. (8)

2.4.3. Diaphragme

Le diaphragme est un petit dôme, en latex ou en silicone, visible sur la *Figure 5* que l'on insère au fond du vagin avant l'acte sexuel ou 2 h avant, il doit ensuite rester 8 h en place après le rapport (maximum 24 h). Comme, il ne s'agit pas d'une méthode contraceptive très efficace, il est recommandé d'y associer un spermicide. (8) (18)

2.4.4. Cape cervicale

La cape peut être posée juste avant ou 2 h avant l'acte sexuel, et doit rester ensuite 8 h après le rapport (maximum 24 h). Comme le diaphragme, il convient de la laver après chaque utilisation. Du fait de son efficacité médiocre, il est recommandé d'y associer un spermicide.

La cape et le diaphragme sont disponibles sur prescription médicale et le diaphragme est remboursé en partie. Ces méthodes nécessitent une consultation par un médecin ou une sage-femme afin de déterminer la taille du diaphragme/de la cape et d'apprendre à la patiente à bien le poser. (18) (19)

D'autre part, il faut rappeler aux femmes que ces méthodes ne sont pas efficaces pour lutter contre les IST. (29)



Figure 5 : Cape cervicale, diaphragme, préservatif masculin et féminin (de gauche à droite)

2.4.5. Les spermicides

Ils se présentent sous la forme d'ovules, de crèmes ou d'éponges que l'on insère dans le vagin avant le rapport sexuel. Leur efficacité est médiocre et il est conseillé de l'associer à une méthode dite « barrière ». (8)

Les ovules sont efficaces au bout de 10 min, car ils doivent fondre dans le vagin. Les crèmes sont efficaces immédiatement. L'utilisation de savon dans les 6 à 8 h est à proscrire, car ils peuvent rendre inactif les spermicides, il est conseillé de se laver à l'eau claire. (18)

Leur efficacité, qu'ils soient utilisés seuls ou en association avec une autre méthode de contraception, est médiocre. (20)

2.5. Méthodes naturelles

Ces méthodes ne sont pas efficaces, elles reposent sur la connaissance du cycle menstruel et l'abstinence. Parmi elles, il y a le retrait avant éjaculation.

La méthode des températures consiste à détecter l'ovulation par le biais de l'augmentation de la température corporelle chez la femme. En effet, lors de l'ovulation la température corporelle s'élève légèrement, de 0,2 à 0,4° C, l'ovocyte survit 24h dans le tractus génital féminin, il est donc recommandé d'éviter les rapports pendant les 3 jours d'élévation thermique. Cependant, cette méthode n'est pas très sûre car les spermatozoïdes peuvent survivre 5 jours dans l'appareil génital féminin et une élévation de température peut survenir lorsque la personne est malade. (8) (18)

La méthode Ogino-Knaus requiert une bonne connaissance de son cycle menstruel, elle consiste à éviter les rapports sexuels lors des moments « fertiles », c'est-à-dire approximativement entre le 7^{ème} et le 21^{ème} jour.

La méthode de Billings consiste à observer la qualité de la glaire cervicale, qui devient plus filante, élastique et abondante à l'approche de l'ovulation. Il faut éviter les rapports sexuels pendant les 4 jours qui suivent. Toutefois, certains facteurs tels que le sperme ou les infections vaginales peuvent modifier l'apparence de cette glaire. (18) (8)

Les tests d'ovulation disponibles en pharmacie, dosent la LH dans les urines et permettent de situer pour chaque femme la période féconde. (8)

2.6. Méthodes définitives

2.6.1. Stérilisation tubaire

Il s'agit de la méthode contraceptive la plus employée dans le monde. La stérilisation du fait de son caractère irréversible nécessite la délivrance d'une information orale et écrite par le médecin, à la femme souhaitant y avoir recours. De plus, un délai de réflexion de 4 mois doit être observé entre la demande et la pratique de l'intervention, surtout chez la femme jeune ou nullipare. La section et/ou ligature des trompes est réalisée sous anesthésie générale. (8)

2.6.2. Vasectomie

Elle consiste à sectionner ou obturer les canaux déférents chez l'homme, il faut cependant attendre entre 8 et 16 semaines pour constater une azoospermie. Cette méthode n'affecte ni l'éjaculation, ni le plaisir. (8)

2.7. Contraceptions du post-partum

Le risque thromboembolique veineux est majoré pendant la grossesse et dans les 6 semaines (= 42 jours) après l'accouchement. Le risque de maladie thromboembolique veineuse lors de la grossesse et du post-partum est de 1 pour 1000 grossesses, il est donc bien plus élevé que lors de la prise d'une COP. D'autre part, le risque est majoré dans certaines situations (existence d'un diabète, pathologies obstétricales, interventions chirurgicales...). (30)

L'ovulation ne survient pas avant le 21^{ème} jour du post-partum si la femme n'allait pas. La contraception devient nécessaire passée ce délai. (8)

Chez la femme qui n'allait pas, la COP (pilule, patch et anneau) est utilisable 42 jours après l'accouchement, en prenant en compte l'absence de facteurs de risque thromboembolique. (9)

Chez la femme qui allaite, la COP n'est pas recommandée dans les 6 mois suivant l'accouchement. (9)

Les progestatifs (implant sous-cutané, injectable ou pilule) sont utilisables chez les femmes allaitantes ou non, ils doivent être utilisés dès le 21^{ème} jour du post-partum. Les progestatifs ne perturbent pas la lactation et ne sont pas dangereux pour le nouveau-né. (21)

Chez la femme allaitante ou non, la pose d'un DIU est recommandée lors de la consultation postnatale, ayant lieu 6 à 8 semaines après l'accouchement. (22)

Le risque d'expulsion du DIU est augmenté s'il est introduit trop précocement. D'autre part, l'allaitement est un facteur de risque de perforation utérine et d'expulsion du DIU.

Le diaphragme, la cape, les spermicides ne doivent pas être utilisés comme méthode contraceptive dans les 42 jours qui suivent l'accouchement. Ces méthodes ne sont pas adaptées à la période du post-partum à cause des modifications anatomiques et physiologiques dues à la grossesse et à l'accouchement. (21) (22)

La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) doit être réalisée de manière très stricte afin d'obtenir une efficacité contraceptive (supérieure à 98%) pendant les 6 mois suivants l'accouchement. Il s'agit d'un allaitement complet exclusif : tétées avec un intervalle inférieur à 6 h, au minimum 6 à 10 tétées par 24 h, associées à une aménorrhée. (8) (21)

2.8. Contraception d'urgence

Il en existe 2 types pour les femmes : la contraception d'urgence hormonale (lévonorgestrel 1,5 mg et ulipristal acetate 30 mg) et le DIU au cuivre. (8)

La contraception d'urgence est délivrée gratuitement et sans ordonnance dans les pharmacies, pour les mineures. Le pharmacien doit délivrer une information claire sur la contraception d'urgence. (23)

Elle est indiquée dans les cas de rapports sexuels non protégés (absence de préservatif), lors de l'absence de contraception ou lors de l'oubli de pilule, du décollement du patch, de l'expulsion de l'anneau ou d'un retard à l'application de l'anneau ou du patch.

2.8.1. Modalité de recours à la contraception d'urgence

2.8.1.1. Oubli de pilule

Lors d'un oubli d'une contraception OP ou microprogestative supérieur à 12 h, 3 h pour Microval[®], la contraception n'est plus efficace, il faut donc immédiatement prendre le comprimé oublié (même si cela implique d'en prendre 2 en même temps). De plus, s'il s'agit de l'oubli d'un des 7 derniers comprimés actifs de la plaquette, il est conseillé d'enchaîner avec la plaquette suivante sans pause. Le recours à la contraception d'urgence (CU) est nécessaire si un rapport sexuel a eu lieu dans les 5 jours précédents l'oubli. (9)

La gestion de l'oubli pour Qlaira[®] et Zoely[®] est différente (cf 2.1.1.2. pilules OP à l'estradiol).

La HAS recommande d'utiliser une protection mécanique jusqu'aux prochaines règles dans la limite de 14 jours. Le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) recommande au moins 12 jours de préservatif avec Ellaone[®] et 7 jours avec Norlevo[®]. (24)

La carte « Que faire en cas d'oubli de pilule ? » (Figure 6) disponible sur le site du Cespharm, peut être donnée par l'équipe officinale lors de la délivrance d'une pilule ou son renouvellement (toutefois il faut recommander le port du préservatif pendant au moins 14 jours si prise d'Ellaone[®]). (25) (26)

Que faire en cas d'oubli de pilule ?
Il faut réagir vite.




Nom de votre pilule :

Votre plaquette contient des comprimés inactifs (derniers comprimés de la plaquette) :
 oui nombre
 non

Délai au-delà duquel il existe un risque de grossesse : 3 h 12 h

Si le décalage est inférieur au délai ci-dessus, prenez immédiatement le comprimé oublié (2 comprimés peuvent être pris le même jour), puis les comprimés suivants à l'heure habituelle. Il n'y aura pas de risque de grossesse.

* Recommandations de la HAS. La notice de votre pilule peut donner des indications différentes. En cas de doute ou d'incompréhension, demandez conseil à un professionnel de santé. 413 899 11C

Si vous avez dépassé le délai indiqué sur la carte
Pour retrouver une contraception efficace, il faut au moins 7 jours de comprimés actifs en continu après l'oubli.

- 1 Prenez immédiatement le dernier des comprimés oubliés et poursuivez la plaquette à l'heure habituelle.
- 2 Utilisez des préservatifs pendant 7 jours.
- 3 Si l'oubli concerne 1 des 7 derniers comprimés actifs, poursuivez la plaquette jusqu'à la fin des comprimés actifs, puis enchaînez avec la plaquette suivante (sans jour d'interruption ou sans prise de comprimé inactif).

En cas de rapport sexuel dans les 5 jours précédant l'oubli, prenez la contraception d'urgence. 

Pour plus d'information ou pour être aidée, rendez-vous chez votre pharmacien, dans un centre de planification ou sur www.choisirscontraception.fr

Figure 6 : Carte patiente : « Que faire en cas d'oubli de pilule ? » (26)

2.8.1.2. Décollement ou retard d'application d'un patch

Dans les situations suivantes, l'efficacité contraceptive n'est plus assurée :

- Un décollement partiel ou total du patch supérieur à 24h (un nouveau patch est appliqué, le jour de l'application est considéré comme le 1^{er} d'un nouveau cycle à 3 patchs)
- Le patch n'est pas mis en place le premier jour du cycle (la date de mise en place est le nouveau premier jour du cycle)
- Le 2^{ème} ou 3^{ème} patch n'est pas mis en place au 8^{ème} ou 15^{ème} jour du cycle et le retard d'application est supérieur à 48 h (débuter un nouveau cycle de 3 patchs)

Dans toutes ces situations, l'utilisation d'une méthode de contraception locale est nécessaire jusqu'à la pose du prochain patch, c'est-à-dire pendant 7 jours (voir 14 jours si prise Ellaone)

Si un rapport a eu lieu dans les 5 jours précédents, il sera nécessaire de prendre la CU. (9)

2.8.1.3. Expulsion ou retard de mise en place d'un anneau

Pour rappel, l'anneau Nuvaring® est mis en place pour une durée de 3 semaines. Les règles surviennent la 4^{ème} semaine.

Dans les situations suivantes, l'efficacité contraceptive n'est plus assurée :

- L'anneau est resté plus de 3 h en dehors du vagin :
 - Il s'agit de la 1^{ère} ou la 2^{ème} semaine du cycle : replacer l'anneau
 - Il s'agit de la 3^{ème} semaine du cycle :
 - Mettre un nouvel anneau pour une durée de 3 semaines sans pause
 - Attendre la survenue des règles et poser un anneau 7 jours plus tard
- La période sans anneau a duré plus de 7 jours
- Si la durée d'utilisation de l'anneau a dépassé la 4^{ème} semaine

Dans toutes ces situations, une période de 7 jours avec une contraception mécanique est nécessaire (voir 14 jours si prise Ellaone®). Si un rapport a eu lieu dans les 5 jours précédents, il sera nécessaire de prendre la CU. (9) **(25)**

Il est important de rappeler que la contraception d'urgence ne protège pas des IST.

En cas de retard de règles, il est recommandé de faire un test de grossesse. Si des diarrhées ou des vomissements surviennent dans les 4 h suivant la prise du comprimé, il faudra conseiller à la femme d'en reprendre un autre. (9)

2.8.2. Les méthodes de contraception d'urgence

2.8.2.1. Lévonorgestrel 1,5 mg (Norlevo®)

Il s'agit d'un progestatif, son mécanisme d'action consiste à bloquer ou retarder l'ovulation en supprimant le pic de LH. Lévonorgestrel peut être pris jusqu'à 72 h après le rapport non protégé ou l'oubli de contraceptif. Mais son efficacité est moindre s'il est pris trop tardivement (efficacité maximale dans les 24 h). (8) (9)

Il n'existe pas de contre-indication absolue à la prise de lévonorgestrel. D'après le centre de référence des agents tératogènes (CRAT), l'allaitement est compatible avec la prise de lévonorgestrel toutefois la HAS conseille d'éviter d'allaiter dans les 8 h suivant la prise du comprimé. (24) (27)

2.8.2.2. Ulipristal acétate (Ellaone®)

L'ulipristal acétate (30 mg) agit sur les récepteurs à la progestérone en inhibant et retardant l'ovulation. Il a également une action sur l'endomètre rendant la nidation impossible.

Cette méthode est à privilégier si le rapport à risque est survenu dans un délai supérieur à 72 h. En effet, elle peut être utilisée dans les 5 jours (efficacité maximale dans les 24 h) après le rapport. Toutefois, elle est contre-indiquée en cas d'asthme sévère (affinité de Ellaone® pour les récepteurs aux glucocorticoïdes utilisés dans le traitement de l'asthme) et d'insuffisance hépatique. (8)

Le manque de données concernant la prise d'Ellaone® durant l'allaitement ne permet pas de dire avec certitude si la prise est sans danger pour l'enfant. Le CRAT ne déconseille pas la prise pendant l'allaitement, toutefois la Haute Autorité de santé (HAS) recommande de suspendre l'allaitement pendant 1 semaine (tirer et jeter le lait). (24) (27)

Le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) 2018 ne recommande pas la prise de l'ulipristal acetate chez les femmes utilisant une contraception hormonale au long cours car son efficacité serait diminuée par la prise d'un progestatif le lendemain. On délivrera de préférence du lévonorgestrel 1,5 mg. (8) (25)

En cas de prise d'Ellaone® suite à un oubli de pilule, il faudra recommander l'utilisation d'une méthode barrière jusqu'aux prochaines règles dans une limite de 14 jours, à cause du risque d'antagonisme du progestatif (affinité concomitante aux récepteurs de la progestérone). (28)

Une tension mammaire et de légers saignements peuvent apparaître pendant les jours qui suivent la prise de la contraception d'urgence, le pharmacien doit prévenir la femme et préciser

qu'il ne s'agit pas des règles. D'autre part, la prise d'une CU peut également décaler la survenue des règles. (9)

2.8.2.3. DIU au cuivre

C'est la contraception d'urgence la plus efficace, elle est donc à privilégier en première intention. Le DIU au cuivre doit être posé dans les 5 jours après le rapport à risque de grossesse. Elle permet en plus à la femme d'avoir une méthode contraceptive sur le long terme. (8)

2.8.2.4. Conduite à tenir chez la femme traitée par inducteur enzymatique

Si la femme a pris un traitement par inducteur enzymatique dans les 4 semaines précédant la prise d'une CU, l'ANSM recommande la pose d'un DIU au cuivre dans les 5 jours. Toutefois, si cela n'est pas envisageable, il faudra doubler la dose standard de lévonorgestrel, la femme devra prendre 3 mg au lieu de 1,5 mg afin d'assurer l'effet contraceptif. La pilule est contre indiquée en association avec le millepertuis, car il diminue la concentration plasmatique de la pilule par son effet inducteur enzymatique. D'autres médicaments inducteurs enzymatiques sont déconseillés en association avec la contraception orale (les inhibiteurs de protéases boostés par ritonavir, modafinil, topiramate (dose > 200 mg/jour) ...) (28)

Concernant la contraception d'urgence hormonale, il peut être utile dans certains cas de rappeler que :

- La contraception d'urgence ne rend pas stérile
- Elle peut être prise plusieurs fois au cours du même cycle, même si ce n'est pas recommandé
- Le risque de grossesse existe à n'importe quel moment du cycle, après un rapport non protégé
- Elle ne protège pas des IST (24)

Le rôle du pharmacien est très important lors de la délivrance d'une contraception d'urgence, en effet il est crucial de bien informer les femmes sur l'utilisation de leurs méthodes contraceptives, des risques et des solutions existantes lors de la survenue d'un rapport non protégé. Le pharmacien ne peut sous aucun prétexte (morales ou religieux) refuser la délivrance d'une contraception d'urgence.

La démarche de conseils est primordiale lors de la délivrance d'une contraception d'urgence car souvent les pharmaciens sont les seuls professionnels de santé auxquels les femmes ont recours lors de l'oubli de leurs contraceptions ou leurs rapports non protégés. (24)

2.9. Avantage et inconvénients par méthodes – Indice de Pearl

2.9.1. Indice de Pearl

Méthode de planification familiale	Taux de grossesses de la première année		Taux de grossesses sur 12 mois
	Utilisation correcte et régulière	Telle qu'utilisée couramment	Telle qu'utilisée couramment
Implants	0,05	0,05	
Vasectomie	0,1	0,15	
DIU au lévonorgestrel	0,2	0,2	
Stérilisation féminine	0,5	0,5	
DIU au cuivre	0,6	0,8	2
MAMA (pendant 6 mois)	0,9	2	
Injectables mensuels	0,05	3	
Injectables progestatifs	0,3	3	2
Contraceptifs oraux combinés	0,3	8	7
Pilules progestatives	0,3	8	
Patch combiné	0,3	8	
Anneau vaginal combiné	0,3	8	
Préservatifs masculins	2	15	10
Méthode d'ovulation	3		
Méthodes des Deux Jours	4		
Méthode des Jours Fixes	5		
Diaphragmes avec spermicides	6	16	
Préservatifs féminins	5	21	
Autres méthodes de connaissance de la fécondité		25	24
Retrait	4	27	21
Spermicides	18	29	
Capes cervicales	26*, 9**	32*, 16**	
Pas de méthode	85	85	85

Clé :

0-0,9

1-9

10-25

26-32

Très efficace

Efficace

Modérément efficace

Moins efficace

* Taux de grossesses pour les femmes qui ont accouché.

** Taux de grossesses pour les femmes qui n'ont jamais accouché.

Figure 7 : Tableau illustrant l'efficacité des différentes méthodes contraceptives selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) en 2011(20)

L'indice de Pearl correspond aux taux de grossesses non désirées pour 100 femmes pendant la première année d'utilisation correcte et régulière de leur méthode contraceptive. Il mesure la fiabilité d'une méthode contraceptive utilisée de façon optimale. Une méthode contraceptive est considérée comme très efficace lorsque son indice de Pearl est compris entre 0 et 0,9.

Le tableau (*Figure7*) nous renseigne sur l'efficacité des différentes méthodes contraceptives existantes, il est extrait d'un document de synthèse fourni par la HAS en 2013 et corrigé en 2017.

L'implant progestatif est la méthode contraceptive la plus fiable car son indice de Pearl est le plus bas (0,05).

Le DIU au lévonorgestrel est la seconde méthode contraceptive réversible la plus efficace avec un indice de Pearl de 0,2, alors que le DIU au cuivre est moins efficace avec un indice de Pearl de 0,6 augmentant à 0,8 en utilisation courante.

Les contraceptions oestroprogestatives (pilules, anneaux, patchs) et progestatives orales arrivent ensuite avec un indice de Pearl à 0,3 lors d'une utilisation optimale, alors qu'en pratique elle tombe à 8. Cet écart souligne les soucis d'observance rencontrés par les femmes, la prise d'un comprimé, la pose d'un anneau ou d'un patch pouvant être une contrainte pour certaines femmes.

L'allaitement serait plus efficace en utilisation pratique que les contraceptions OP et progestatives orales.

Les méthodes barrières ne sont pas considérées comme des méthodes contraceptives très efficaces, leurs indices de Pearl sont supérieurs à 15 en utilisation courante.

Les méthodes naturelles sont à proscrire car elles ne sont pas efficaces. (20)

2.9.2. Avantages et inconvénients des différentes méthodes

Les pilules, oestroprogestatives ou progestatives, sont très efficaces en théorie. Elles ne sont pas à manipuler avant le rapport et sont remboursées (pour la plupart). Cependant, elles nécessitent une observance rigoureuse, 1 femme sur 5 oublierait un comprimé de sa pilule tous les mois. (8) (18)

D'autre part, les femmes se plaignent de plus en plus des effets indésirables des pilules OP tels que la prise de poids, l'acné, la baisse de libido voire la dépression. (8)

La contraception microprogestative est davantage proposée aux femmes désirant une aménorrhée ou dans un but thérapeutique (endométriose). (8)

L'anneau ou le patch peuvent être une alternative chez les femmes ayant un souci d'observance, toutefois les patchs peuvent être inesthétiques en été. Ils ont les mêmes effets indésirables que les pilules OP et ne sont pas remboursés. (18) (8)

L'implant est la méthode contraceptive la plus efficace, aucune observance n'est nécessaire à son bon fonctionnement. Il reste en place pendant 3 années et est très discret. Toutefois, l'irrégularité des flux est un effet indésirable très rapporté et souvent très contraignant pour les femmes. Certaines femmes n'auront quasiment plus de règles, tandis que d'autres les auront pendant 10 jours (ou plus) ou des saignements (spottings) répétées. (18)

Les DIU ont l'avantage de rester en place pendant une longue période (entre 4 et 10 ans). C'est une méthode contraceptive efficace, sans hormones (DIU au cuivre) et qui permet de diminuer le flux menstruel (DIU lévonorgestrel).

Cependant, le DIU au cuivre peut avoir une incidence sur les règles (plus longues et plus abondantes), il n'est pas recommandé de le poser chez les femmes ayant des dysménorrhées ou des ménorragies. (18)

Le DIU au lévonorgestrel peut entraîner une prise de poids, de l'acné ainsi qu'une aménorrhée (parfois recherchée). (18)

3. Facteurs influençant le choix de la contraception

3.1. La « norme contraceptive »

3.1.1. Histoire de la contraception en France (29)

Après les nombreuses pertes humaines survenues au cours de la Première Guerre mondiale, le parlement adopte le 31 juillet 1920 une loi interdisant la vente et la promotion de procédés anticonceptionnels, excluant les préservatifs, indispensables dans la prévention des maladies vénériennes.

En dépit de la loi de 1920, la pilule est élaborée dans les années 1950 et mise sur le marché dans les années 1960 comme traitement hormonal. Le DIU est conçu dans les années 1920 mais commercialisé en France beaucoup plus tard dans les années 1970.

Des médecins, militants du Planning Familial (créé en 1962) s'approvisionnent en pilule, grâce aux pays où ces dispositifs sont légaux, en Angleterre et aux Etats-Unis, et les prescrivent aux femmes dans le but de réguler leurs cycles ou d'empêcher des grossesses à risques.

En France, la Loi Neuwirth votée en 1967 autorise la vente et l'utilisation des méthodes contraceptives, ces dernières seront remboursées par l'Assurance Maladie à partir de 1974.

Dans les années 1970, la pilule est la première contraception utilisée chez les femmes en âge de procréer, car les médecins sont réticents à la pose de DIU chez les nullipares. Sa faible utilisation s'explique également par les fausses croyances selon lesquelles le DIU favoriserait les infections génitales hautes et les stérilités.

L'apparition du VIH dans les années 1980, et la mise en avant du préservatif comme méthode de prévention par des campagnes de lutte contre le VIH dès 1987 entraîne une hausse de son utilisation comme méthode contraceptive. Il est souvent associé à la prise de pilule en début de vie sexuelle.

3.1.2. La crise de la pilule en France

En décembre 2012, les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération ont suscité un débat médiatique en France, suite à la plainte déposée par une patiente ayant subi un accident vasculaire cérébral corrélé à la prise d'une COP de 3^{ème} génération. (12)

La mise en lumière du risque d'accidents thromboemboliques, majoré chez les femmes ayant recours à une contraception oestroprogestative, a entraîné le déremboursement des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération par l'Assurance Maladie.

Pour rappel, le risque d'accidents thromboemboliques est de

- 2/10 000 chez les femmes non utilisatrices de COP
- 5 à 7/ 10 000 chez les femmes utilisant une COP de 2^{ème} génération
- 9 à 12/10 000 chez les femmes sous COP de 3^{ème} génération (12)

La baisse du recours à la pilule, déjà amorcée en 2010 au profit d'autres méthodes continue entre 2013 et 2016, surtout les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération. Les femmes préfèrent avoir recours à une COP de 2^{ème} génération ou à d'autres méthodes telles que le DIU, le préservatif ou l'implant. (12) (29)

D'autre part, le recours aux méthodes naturelles (retrait et calculs des périodes fertiles) ayant connu un bref intérêt après la crise de la pilule, concernaient surtout les femmes les moins diplômées et n'a plus lieu en 2016. (29)

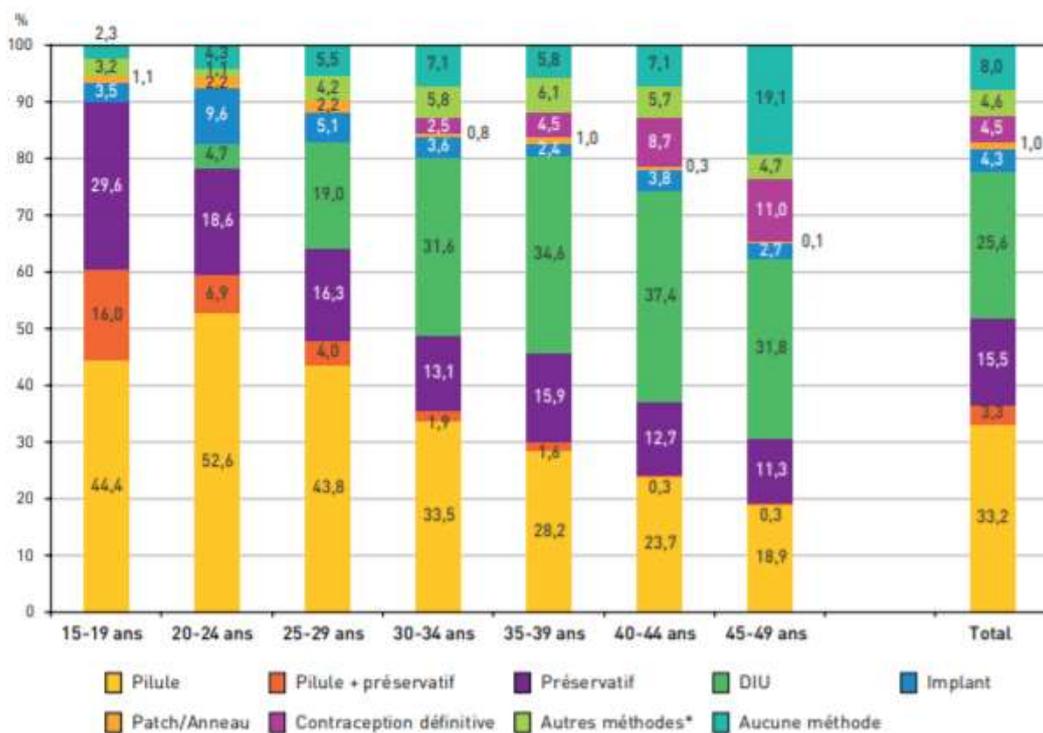
Plus qu'une crise sanitaire, la pilule ne semble plus représenter un objet d'émancipation pour les générations les plus jeunes. Elle subit un désamour de la part des femmes qui trouvaient sa prise contraignante avant la crise de 2013, les incitant à demander à leur médecin un changement de méthode. (29)

3.1.3. La norme contraceptive

Les experts en sciences sociales parlent de « norme contraceptive » pour définir les méthodes contraceptives socialement valorisées aux différents moments de la vie reproductive.

En France, cette norme s'exprime par l'utilisation du préservatif en début de vie sexuelle, puis le recours à la pilule chez la femme lorsque sa vie sexuelle se régularise et enfin la pose d'un DIU après avoir eu des enfants. (31)

FIGURE 1 | Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge



Champ : femmes de 15-49 ans résidant en France métropolitaine, non enceintes, non stériles, ayant eu une relation sexuelle avec un homme au cours des douze derniers mois et ne souhaitant pas avoir d'enfant.
* Cette catégorie comprend le diaphragme, la cape et les méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait.
Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France

Figure 8 : Méthodes de contraception utilisées en 2016, en France, selon l'âge des femmes (31)

D'après une étude Baromètre Santé sur la contraception menée en France en 2016, 71,8 % des femmes entre 15 et 49 ans utilisent une méthode contraceptive médicalisée, c'est-à-dire : pilule, DIU, implant progestatif, patch, anneau, injection, stérilisation.

Globalement, la pilule est plus employée surtout en début de vie sexuelle : 60,4 % chez les 15-19 ans et 59,5 % chez les 20-24 ans. Le préservatif seul ou associé à la pilule est également très utilisé par ces classes d'âges puis décline pour atteindre 11,3 % (préservatif seul) chez les 45-49 ans. (cf figure 8)(31)

Les habitudes contraceptives chez les 15-19 ans n'ont pas été modifiées depuis la « crise de la pilule » de 2012 hormis une légère augmentation du recours à l'implant. (31)

Si on ne note pas de désamour vis-à-vis de la pilule, on observe toutefois une modification dans le choix de sa génération : le changement s'effectue vers les pilules de 2^{ème} génération (12) (29)

Après la crise de 2012, ce sont les femmes entre 20 et 29 ans qui opèrent le plus de changement, elles utilisent moins la pilule et effectuent un report vers des méthodes plus efficaces en pratique (DIU, implant) et moins efficaces (le préservatif). C'est la classe d'âge 20-24 ans qui a le plus recours à l'implant.

Néanmoins, la pose du DIU et de l'implant est très corrélée à la parité, peu importe l'âge : seulement 7,6 % des 25-29 ans ayant recours au DIU sont des femmes nullipares. (31)

Cette diversification des méthodes souligne une évolution dans les habitudes de prescriptions chez les médecins et sages-femmes, bien que le fait d'avoir eu un enfant ait encore une influence sur le choix de la méthode. (31)

Paradoxalement, le changement de la pilule s'effectue également vers une méthode moins efficace : le préservatif. Ce choix concerne surtout les femmes entre 20 et 24 ans issues d'une classe sociale plus précaire mais aussi les femmes entre 25-29 ans.

Chez les 25-29 ans, le report ne se fait pas vers les autres méthodes hormonales (implant, anneau, patch). (31)

On observe donc une utilisation croissante du DIU avec l'âge, devenant la première méthode contraceptive des plus de 35 ans. (cf Figure 8) (31)

Dans les classes d'âge 30-44 ans, le recours à la pilule diminue tandis que l'utilisation du DIU augmente.

La contraception définitive, peu utilisée en France, a surtout lieu chez les femmes de plus de 40 ans (11 % des 45-49 ans). Cette classe d'âge est aussi la plus nombreuse à n'utiliser aucune méthode, bien que le risque de grossesse existe toujours. (31)

Comme chez les plus jeunes, on n'observe pas de baisse de recours à la pilule chez les femmes entre 45 et 49 ans, après « la crise de 2013 ».

Les méthodes dites « naturelles », ainsi que l'utilisation du diaphragme et des capes, sont utilisées par des femmes de plus de 25 ans, sans rapport avec la parité. (31)

Malgré une diversification du choix des méthodes, amorcée par la crise de confiance de 2012, on observe encore un schéma contraceptif très corrélé à l'âge de la femme et à la parité. (31)

Cette norme contraceptive empêche les femmes de choisir la contraception qui leur correspond le mieux et leur impose la responsabilité de maîtriser la fécondité du couple, du fait aussi, du peu de moyens contraceptifs proposés aux hommes. (29)

D'autre part, cette norme pourrait mettre en échec certaines méthodes nécessitant une observance en imposant aux femmes une méthode plus qu'une autre. La compliance étant nécessaire au bon usage et donc à l'efficacité. (29)

3.2. Information et accès à la contraception

3.2.1. Sources d'informations et accès à la contraception

L'éducation et l'information à la vie sexuelle sont une obligation depuis la Loi du 4 juillet 2001, à raison de 3 séances par an dans les écoles, collèges, lycées et établissements d'accueil pour personnes handicapées. Aux collèges et lycées, les séances d'éducation à la sexualité peuvent être assurées par les enseignants eux-mêmes mais également par des intervenants extérieurs (personnels des centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) par exemple). Toutefois la mise en place de ces séances semble plus compliquée en pratique pour plusieurs raisons : problème d'emploi du temps, de financement des intervenants extérieurs, réticences de la part de certains établissements à développer des cours d'éducation sexuelle, implication inéquitable des organismes concernés (Education nationale, conseils généraux et régionaux, Assurance Maladie). (32)

Aujourd'hui, l'information est plus accessible grâce à Internet et il existe de nombreux sites délivrant des informations fiables sur la contraception et la sexualité : www.inpes.sante.fr , www.onsexprime.fr , www.info-ist.fr, <https://www.choisirsacontraception.fr/>

Ce dernier dresse une liste de liens utiles, ainsi qu'un numéro d'appel gratuit et anonyme, pour s'informer à la fois sur la contraception mais également sur les IST dans une optique de prise en charge globale de la santé sexuelle. (18)

Il rappelle que les médecins (généralistes et gynécologues) et les sages-femmes sont les professionnels de santé vers qui se tourner pour obtenir des informations sur la sexualité et la prescription d'une méthode contraceptive. Le pharmacien en plus de la délivrance d'une méthode contraceptive a également un rôle d'information et d'écoute sur les questions

relatives à la sexualité. On peut se procurer la contraception d'urgence dans une pharmacie, auprès d'un (e) infirmier (e) scolaire ou d'un CPEF. (18)

Depuis début 2020, un questionnaire « Quelle contraception me convient le mieux ? » est disponible sur le site : <https://www.choisirsacontraception.fr/>

Les questions sont orientées sur les envies (contraception journalière, mensuelle, de longue durée) le mode de vie (fumez-vous ?), le statut relationnel (absence de partenaire ou présence de 1 ou plusieurs partenaires), l'âge, les méthodes (celles déjà utilisées, les effets indésirables qui semblent acceptables, la discrétion ...) et la santé (poids, antécédents familiaux de cancer du sein, endométriose,)

Une fois le questionnaire terminé, une liste des méthodes contraceptives les plus adaptées, celles possibles et celles contre-indiquées sont proposées. Il est possible de télécharger cette liste avant une consultation avec un professionnel de santé. (18)

Sur le site : <https://www.choisirsacontraception.fr/>, un lien est également disponible pour connaître la répartition des CPEF dans son département. (18)

Les CPEF sont composés à la fois de personnel médical et paramédical mais aussi de conseillères conjugales et familiales, cette équipe pluridisciplinaire permet de répondre de façon globale à toutes les questions relatives à la sexualité (écoute, conseils, aide au choix) et de faciliter l'accès à la contraception pour les mineurs. En effet, la prescription, la consultation et la délivrance de certains contraceptifs sont gratuites pour les jeunes filles mineures (et non soumises au consentement des parents ou représentants légaux) et pour les personnes ne bénéficiant pas de l'Assurance Maladie. (32) (33)

Les personnes ayant recours au CPEF sont en majorité des jeunes de moins de 25 ans et des personnes en situation de précarité. Les CPEF permettent d'obtenir des rendez-vous plus rapidement que dans les cabinets libéraux ou à l'hôpital mais avec toutefois des problèmes d'accessibilité : disparité de répartition au niveau régional surtout dans les zones périurbaines ou rurales, plages horaires restreintes, problème de méconnaissance des CPEF par les jeunes pour qui les notions de « planning familial » et « conseillères conjugales » ne sont pas très parlantes. (32)

3.2.2. Accompagnement au choix par les prescripteurs

Afin que les femmes puissent faire le choix de la méthode contraceptive qui leur convient le mieux, et surtout lorsqu'il s'agit d'une première demande, la HAS recommande aux

prescripteurs (sages-femmes, médecins) un premier entretien consacré uniquement à ce motif. (34)

La consultation doit permettre dans un premier temps d'évaluer les connaissances, les souhaits et le mode de vie de la patiente avant de lui fournir une information éclairée et personnalisée sur les différents moyens de contraceptions disponibles.

L'information délivrée doit comprendre : les modalités de prise ou d'utilisation de la contraception (définir un horaire fixe dans le cas d'une prise de pilule par exemple) les recours en cas d'oubli (pilule, anneau, patch), l'efficacité de la méthode contraceptive, les effets indésirables, le coût, ... (34)

Le prescripteur doit prendre en compte plusieurs facteurs : l'âge, le mode de vie (tabac, partenaires multiples et risque IST) le passé contraceptif de la personne, les antécédents personnels afin d'évaluer les risques thromboemboliques....

Il est très important d'intégrer la femme dans le choix de sa contraception, après avoir pris en compte son état de santé, afin qu'elle y adhère et que sa méthode contraceptive soit compatible avec son mode de vie. (34)

Cette démarche éducative et participative ne peut que renforcer l'observance et limiter la survenue de grossesses non désirées. Elle est définie par le modèle BERGER, recommandé par l'OMS : Bienvenue – Entretien – Renseignement – Choix – Explication – Retour

Par ailleurs, un suivi est nécessaire après la mise en place de la contraception, il permet d'apprécier la tolérance, l'observance et la satisfaction de la femme. (34)

Chez les adolescentes, la consultation doit se faire sans la présence des parents, dans l'idéal. Elles doivent être informées de la possibilité de consulter gratuitement, de l'existence de CPEF et des lieux où elles peuvent se procurer la CU gratuitement, anonymement et sans ordonnance. (19)

En début de vie sexuelle, l'évaluation des connaissances et l'éducation à la contraception sont primordiales. En effet, il est important de rappeler que le risque de grossesse existe dès la survenue des premières menstruations. D'autre part, l'âge n'est pas un facteur limitant dans le choix d'une contraception (hormis les méthodes contraceptives définitives). Chez les adolescentes, il est nécessaire de délivrer une information claire sur les risques d'IST et leur prévention par les préservatifs (masculin et féminin), surtout en cas de partenaires multiples ou occasionnels. (34)

Chez les femmes à l'approche de la ménopause, il est nécessaire de maintenir la contraception tant que la ménopause n'est pas diagnostiquée (absence de règles pendant au moins 1 an). En effet, les femmes de plus de 40 ans sont les plus nombreuses à n'utiliser aucune méthode. La HAS suggère que les femmes en péri-ménopause arrêtent leur contraception hormonale (certaines méthodes comme le DIU au lévonorgestrel peuvent masquer les signes de ménopause car elles provoquent une aménorrhée) pour se reporter sur des méthodes barrières pendant quelques mois, jusqu'au diagnostic de ménopause (32) (19)

3.3. Facteurs influençant le choix de la méthode

3.3.1. Les professionnels de santé

Les difficultés d'accès à la contraception peuvent s'expliquer par l'existence de préjugés socio-culturels, de la part des professionnels de santé, qui ne proposent pas de contraception à certaines femmes présupposant l'absence de rapports sexuels.

Ces idées préconçues surviennent dans des contextes où la sexualité n'est pas socialement acceptée : absence de reconnaissance sociale de la sexualité à l'adolescence, sous-estimation de la sexualité des femmes à l'approche de la ménopause, ou à la suite d'un accouchement, l'intérêt plus important accordé aux soucis médicaux des personnes obèses ou atteintes de maladies chroniques, la non reconnaissance de la sexualité chez les personnes handicapées. (32)

Ces préjugés peuvent avoir des conséquences sur la décision du professionnel de santé d'aborder ou non le sujet de la contraception avec certaines personnes. (32)

D'autre part, il existe plusieurs facteurs pouvant être un frein au choix d'une méthode contraceptive. Certains praticiens proposent d'emblée la méthode contraceptive la plus efficace, la logique d'efficacité prime sur la participation active au choix, négligeant de ce fait les envies et les habitudes de vie de la femme. Cela peut avoir pour conséquence, un manque d'adhésion à la méthode et donc une baisse d'observance. (32)

La consultation contraceptive se heurte à des impératifs de temps et de paiement à l'acte et n'est pas forcément compatible avec la nécessité d'une consultation longue au cours de laquelle l'adhésion de la femme est recherchée où le médecin se retrouve en marge de sa position thérapeutique habituelle (dans une démarche plus participative). Par exemple : il est plus rapide d'effectuer un renouvellement de pilule que d'évaluer si la contraception actuelle convient toujours. (32)

La HAS relève également un manque de formation continue des médecins et des sages-femmes sur des pratiques techniques nécessitant d'être régulièrement réactualisées, et sur la manière d'aborder le sujet de la sexualité et d'en délivrer une information claire et non stéréotypée. Les médecins généralistes se retrouvent de plus en plus sollicités par les questions concernant la contraception, autrefois davantage traitées par les gynécologues, à cause des soucis de démographie médicale (disparité de répartition des spécialistes au sein du territoire, long délai de rendez-vous). (32)

Un autre problème est soulevé, et il concerne également les pharmaciens : l'actualisation des connaissances est souvent proposée par des formations financées par des laboratoires pharmaceutiques ou des informations délivrées par des visiteurs médicaux, ce qui pose un souci en termes de transparence ou de neutralité vis-à-vis de la prescription de telle ou telle méthode. (32)

3.3.2. Le coût

Des inégalités sociales existent dans l'accès à la contraception, lors d'une consultation médicale ou l'achat de méthodes contraceptives non remboursées.

En effet, les femmes ayant des revenus élevés et une bonne couverture médicale, sont plus susceptibles d'aller consulter un gynécologue. Ces derniers mieux informés des nouvelles méthodes contraceptives existantes sont plus enclins à les proposer et donc à les prescrire. Ceci explique le peu de succès des patchs, anneau (non remboursés) et donc leur utilisation restreinte aux femmes les plus aisées. (29)

De plus, certaines méthodes requièrent plusieurs consultations pour la mise en place ou le suivi, et les restes à charges peuvent être très variables d'une méthode à l'autre. L'avance de frais médicaux, la consultation d'un gynécologue pratiquant un dépassement d'honoraires ou l'absence de complémentaire santé peuvent être des freins dans l'accès à la contraception. (32)

Depuis « la crise de la pilule », on constate une disparité dans le choix de la contraception en fonction du milieu social, en effet les femmes les plus diplômées ont recours au DIU, celles avec un niveau éducatif intermédiaire choisissent davantage le préservatif tandis que les femmes sans diplôme optent pour le retrait ou le calcul de dates. (29)

Par ailleurs, les femmes nées en Afrique subsaharienne et vivant en France ont plus recours à l'implant qu'à la pilule ou au DIU en comparaison à la population générale. Ceci s'inscrit davantage dans une logique médicale d'efficacité, au détriment du choix de la femme, présumant que ces dernières manqueraient d'observance. (29)

3.3.3. Méconnaissance et stéréotypes concernant certaines méthodes

3.3.3.1. Difficulté d'accès au DIU chez la nullipare

Une étude réalisée entre 2013 et 2015, sur 14 femmes nullipares désirant se faire poser un DIU, met en lumière les difficultés qu'elles ont rencontrées. (35)

Il existe en France une mésinformation et des stéréotypes bien ancrés sur le DIU rendant son accès compliqué aux femmes nullipares. A l'heure actuelle, le DIU reste, pour beaucoup de personnes, réservé aux femmes ayant déjà eu des enfants. Cette fausse croyance est sûrement associée au terme « stérilet » et serait à mettre en lien avec cette autre idée reçue que le DIU rendrait infertile. (35)

Certaines femmes évoquent une crainte liée au risque infectieux (alors qu'il n'a pas été établi de surrisque infectieux chez les femmes portant un DIU, hormis dans les 3 semaines suivant la pose). D'autres femmes ressentent un sentiment de malaise lié à l'introduction d'un corps étranger. (35)

Dans cette étude, la pose d'un DIU n'avait jamais été suggéré par le professionnel de santé, à ces femmes, comme une méthode contraceptive possible. Leur choix s'est effectué à la suite de recherches personnelles sur le sujet et s'est heurté aux refus de plusieurs praticiens, malgré les recommandations de la HAS. (35)

Les motifs de refus étaient les suivants :

- La majoration du risque infectieux lié à l'âge et au mode de vie instable chez des femmes ayant plusieurs partenaires sexuels, alors que le risque est lié aux pratiques à risques et non à la parité ou à la présence d'un DIU
- Des difficultés liées à l'insertion chez la nullipare alors qu'aucune donnée ne révèle plus d'échec à la pose chez les nullipares que chez les multipares
Toutefois la douleur semble plus importante chez les nullipares et il est recommandé de leur prescrire un antalgique.
- Les risques de stérilité
- Les risques de perforations utérines et de cancer utérin

La survenue d'une infection liée au DIU est la crainte la plus importante des praticiens et explique en majorité leur refus vis-à-vis de la pose d'un DIU chez la nullipare. (35)

D'après une étude américaine, 86 % des médecins interrogés connaissent la possibilité de poser un DIU chez une femme n'ayant jamais eu d'enfant mais 25 % d'entre eux ne recommanderaient pas la pose malgré tout. (35)

Un autre frein à l'accès au DIU concerne la méconnaissance des femmes quant à la possibilité de se le faire poser par un médecin généraliste, sous-estimant leur rôle dans la prescription d'une contraception. En effet pour beaucoup d'entre elles, le médecin traitant n'intervenait que dans un second temps, après une consultation avec un gynécologue (pour un renouvellement de pilule par exemple). (35)

Cependant, l'étude FECOND de 2014, révèle que la pose de DIU est 4 fois plus fréquente chez les femmes suivies par un gynécologue en comparaison à celles suivies par un médecin traitant. Par conséquent, la pose de DIU ou d'implant est conditionnée par l'accessibilité à un professionnel pratiquant ces actes. (35)

D'autre part, l'instauration d'une relation de confiance avec le médecin est importante pour les femmes désirant se faire poser un DIU, ces dernières se sentent plus rassurées par un professionnel ayant l'habitude d'en poser. (35)

L'accès au DIU chez la nullipare est également lié à l'âge du professionnel chargé de la pose. La réticence des médecins de l'ancienne génération s'expliquerait par le manque de formation continue et l'obsolescence rapide de savoir-faire technique dans un domaine évoluant vite. Cela a pour conséquence la persistance de pratiques jugées désuètes malgré les recommandations de la HAS. (35) (34)

Les femmes interrogées jugent la place accordée à la pilule trop importante dans le paysage contraceptif, cette méthode leur étant proposée systématiquement alors même que ces dernières consultent dans le but de se faire poser un DIU. (35)

En résumé, l'absence de pose chez la nullipare peut s'expliquer par les fausses croyances concernant l'infertilité, la parité, le surrisque infectieux et la réticence de certains médecins moins expérimentés à la pose de DIU chez la nullipare.

Les femmes de cette étude ont obtenu le DIU grâce à leur grande détermination, leurs recherches en amont et leur insistance auprès des professionnels de santé réticents à la pose. (35)

3.3.3.2. Méconnaissance de l'existence de certaines méthodes

Bien souvent le choix d'une contraception s'effectue vers la pilule car c'est la méthode que les femmes connaissent le mieux, dont elles ont le plus entendu parler. Certaines femmes choisissent la pilule en raison d'un manque de connaissances sur les autres méthodes existantes et même si elles ont une perception négative de la pilule. (36)

Néanmoins certaines femmes consultant dans le but de se faire prescrire une pilule, ont préféré se tourner vers les patchs ou l'anneau après avoir été informées de l'existence de ces méthodes par leur médecin. (36)

3.3.4. Persistance de l'utilisation de pilule en début de vie sexuelle

Chez les jeunes femmes (moins de 25 ans), en début de vie sexuelle, les pratiques contraceptives sont le résultat de plusieurs facteurs : la persistance de la norme contraceptive dans cette classe d'âge, l'influence des professionnels de santé, la situation affective dans laquelle elles se trouvent et le souci de l'accès à une information fiable. (37)

3.3.4.1. Ressenti et témoignages

Les arguments avancés par les utilisatrices de pilules sont : « la pilule préserve leur liberté », « elle est adaptée à des rapports sexuels réguliers » « facile d'utilisation » « discrète » (elle peut être prise sans avoir besoin d'en informer les parents ou les partenaires et se cache facilement dans un sac) « fiable » « remboursée par l'Assurance Maladie » « elle ne nécessite pas d'intervention médicale contrairement à l'implant ou au stérilet ». (37)

Toutefois, les modalités d'utilisation (prise à horaire fixe, nécessité d'une prescription) apparaissent comme une contrainte pour certaines jeunes femmes. D'autre part, la pilule semble être la seule méthode contraceptive qu'on leur ait proposée, avec pour motif « leur jeune âge » et « leur vie sexuelle supposée ».

Pour beaucoup de jeunes femmes, le DIU reste une méthode réservée aux femmes ayant eu des enfants, et souffre des stéréotypes mentionnés précédemment à savoir : le risque de stérilité, le risque infectieux (également relayé par certains médecins). Par conséquent, elles ne s'estiment pas concernées par l'utilisation de cette méthode contraceptive.

Les réticences à l'égard de l'implant sont liées à la peur de l'incision dans le bras et au fait d'il s'agisse d'une méthode contraceptive sur laquelle elles n'ont aucun contrôle personnel faisant transparaître un « sentiment d'une trop forte médicalisation de la contraception ». (37)

Par ailleurs, le fait de n'avoir pas beaucoup entendu parler de l'implant par une connaissance, rend les jeunes femmes de cette classe d'âge méfiante vis-à-vis de l'utilisation de cette méthode jugée marginale. (37)

Les premières discussions à propos de la contraception ont souvent lieu entre amis du même sexe et l'envie de faire comme les autres peut expliquer pourquoi l'utilisation de la pilule reste encore très répandue dans la classe d'âge 15-19 ans. (37)

D'autre part, le faible recours au patch, anneau et préservatif féminin s'explique par le manque de connaissances qu'ont les jeunes femmes sur ces méthodes contraceptives et surtout le fait que cela ne soit pas remboursé. Le préservatif féminin est peu utilisé en raison de son aspect, son prix et la crainte qu'il reste « bloqué à l'intérieur ». (37)

3.3.4.2. Recommandation du CNGOF

Des recommandations récentes concernant la prise en charge de la sexualité chez l'adolescente insistent sur l'importance d'aborder la prévention des IST par le recours aux préservatifs et d'informer les adolescentes sur toutes les méthodes contraceptives disponibles y compris les contraceptifs réversibles à longue durée d'action ou LARC (implants et DIU). Il est rappelé que ces méthodes sont efficaces et ont leur place en 1^{ère} intention, bien qu'elles soient encore peu répandues dans cette classe d'âge. (38)

Le préservatif est décrit comme une méthode de choix pour débiter la sexualité grâce à sa facilité d'accès (pas de consultation préalable sauf si on désire un remboursement). De plus il protège à la fois des IST et des grossesses non désirées, cependant il est conseillé d'associer sa prise à celle d'une méthode contraceptive plus efficace.

Les recommandations chez l'adolescente vont donc vers la prescription d'une double protection. De plus, la pilule peut être mise en place rapidement. Les patches et anneaux ne sont pas recommandés en 1^{ère} intention car ils contiennent des progestatifs de 3^{ème} génération, en effet, il existe un léger sur-risque thromboembolique par rapport au OP de 2^{ème} génération. Les COP de 2^{ème} génération n'existent que sous la forme d'un comprimé à prendre tous les jours. Toutefois, la pilule présente cet avantage : elle peut être mise en place rapidement. (38)

Les effets indésirables (prise de poids, acné) pouvant avoir un impact sur le physique seront davantage pris en compte par les adolescentes, alors qu'elles sont moins sensibilisées par l'existence de risques thromboemboliques associés à la prise d'une COP.

Toutefois, le choix de la contraception doit être fait par la patiente et il doit intégrer la possibilité de choisir une méthode LARC. Dans l'étude américaine CHOICE réalisée entre 2008 et 2013, il était demandé aux femmes de choisir leur contraception, 69 % des 14-20 ans ont opté pour une méthode LARC. En France, la pose de DIU chez les adolescentes se heurte au refus des médecins. Mais en raison de la demande croissante des patientes, les habitudes de prescription vont devoir évoluer et permettre aussi de faire bouger la norme. (38)

3.3.4.3. Accès à l'information chez les jeunes

Des méconnaissances persistent chez les jeunes entre 15- 20 ans, dans une enquête « les français et la contraception » de 2007, 24 % d'entre-deux pensent que la pilule fait obligatoirement grossir, 11 % qu'elle protège des IST, 49 % des jeunes connaissant la contraception d'urgence pensent qu'elle s'adresse uniquement aux femmes de moins de 25 ans. (39)

Pourtant les sources d'informations ne semblent pas manquer : milieu scolaire, professionnels de santé, diverses campagnes d'informations (médias, affiches...), CPEF, associations, sites internet dédiés, numéro d'appel, amis, famille.

Des intervenants des CPEF ou du mouvement français pour le planning familial associatif peuvent intervenir dans les établissements scolaires (collèges, lycées). Le rôle des CPEF est détaillé au paragraphe 3.2.1, ils agissent dans le cadre d'un service public.

Le mouvement français pour le planning familial associatif est une association ayant pour but d'apporter des informations fiables concernant la sexualité, les méthodes de contraception, l'interruption volontaire de grossesse, la prévention des IST, l'égalité homme-femme ... (40) Le mouvement est présent sur plusieurs réseaux sociaux afin de faciliter l'accès à l'information pour les plus jeunes. La question de la contraception est abordée sur leur site dédié, les avantages et les inconvénients de chaque méthode contraceptive y sont détaillés. D'autres part, un numéro vert anonyme et gratuit est également mis en place. (40)

En milieu scolaire, les 3 séances annuelles d'éducation à la sexualité ont lieu de façon partiel ou inégal et sont soumis à la bonne volonté du chef d'établissement. Le recrutement des professeurs assurant les séances est basé sur le volontariat. De plus les établissements privés ne sont pas obligés de réaliser des séances d'éducation sexuelle et de délivrer la contraception d'urgence. Malgré la place importante de l'infirmier (e) scolaire, en première ligne pour aborder les questions en rapport avec la sexualité, les initiatives pour en discuter avec les élèves sont rares. (39)

Depuis la rentrée 2018, un service sanitaire est assuré par les étudiants en santé. Ils interviennent dans diverses structures telles que les EHPAD, les structures médico-sociales, les établissements scolaires... Les étudiants en santé sont chargés de délivrer des messages de prévention dans plusieurs domaines : nutrition, consommation de tabac et d'alcool, sexualité. (41)

Cette initiative peut faciliter la prise de parole des élèves car ils s'adressent à des jeunes et non à des représentants de l'autorité (parents ou professeur). Le service sanitaire peut

également faire valoir l'importance de la prévention au futur professionnel de santé (médecin, pharmacien) qui les intégreront sûrement davantage dans leur pratique future.

Les adolescentes évoquent aussi des difficultés lorsqu'il s'agit d'aborder la sexualité et la contraception avec leurs parents. La non acceptation de la sexualité chez les adolescents rend difficile la démarche pour se procurer une méthode contraceptive et sa mise en place (ex : cacher sa pilule hors du domicile...). Même si la confidentialité est assurée pour les jeunes chez qui le consentement des parents n'est pas requis lors d'une demande de contraception, elle peut être remise en question lorsqu'il faut avoir recours à la couverture sociale des parents. (32)

Pour les adolescentes, Internet est une solution rapide et facile pour avoir accès à l'information mais à utiliser ponctuellement. Toutefois, en fonction des sites ou des forums, elles relèvent la nécessité de confronter les informations obtenues à celles d'un professionnel de santé. (37)

Il serait par conséquent judicieux de diffuser davantage les sites délivrant une information simple et fiable sur la contraception tel que www.choisirsacontraception.fr (brochures, affiches chez le médecin traitant, les établissements scolaires, les pharmacies, etc.)

Des « pass contraception » ont été développés dans certaines régions en France, garantissant gratuité et anonymat pour les jeunes désirant consulter, se procurer des préservatifs ou effectuer un bilan biologique de contrôle ou de dépistage. (39)

La région des Pays de La Loire a développé une application e. pass, remplaçant le « pass santé contraception ». Toutefois, l'application n'est utilisable qu'auprès de professionnels de santé référents ayant fait les démarches pour intégrer le dispositif. En cas de besoin, il est nécessaire de vérifier que le professionnel de santé dispose bien du e.pass. (42)

3.3.5. Impact psychologique de la prise d'une contraception

3.3.5.1. Statut relationnel

Certaines méthodes, telles que la pilule, l'anneau ou le patch contraceptif, nécessitant une prise fréquente dans un contexte de ruptures amoureuses ou de rapports sexuels occasionnels en couple peuvent être vécues comme un rappel de l'échec d'une relation. Cela peut remettre en question l'intérêt d'avoir recours à une méthode contraceptive lors de rapports sexuels peut fréquents ou occasionnels. D'autant plus que le risque d'oubli est plus important lorsque les rapports sexuels se font plus rares. (43) (32)

D'autre part, le préservatif peut avoir une connotation négative en sous-entendant qu'une relation est incertaine ou que l'on a des doutes sur la fidélité de son/ sa partenaire. (44)

Le choix des femmes peut donc évoluer, certaines au cours d'une relation stable préfèrent se tourner vers une contraception plus durable (DIU ou l'implant) et se lassent de l'utilisation du préservatif. (43)

3.3.5.2. Préoccupation majoritairement féminine

A l'heure actuelle, la contraception reste encore une préoccupation principalement féminine. Les femmes sont souvent seules à faire les démarches pour se procurer une méthode contraceptive et à en assumer les conséquences en cas d'échec. Alors même que le choix de la contraception peut être influencée par l'importance accordée en priorité au plaisir masculin (réticences à l'égard du préservatif par exemple). Il peut s'agir d'une demande du partenaire ou anticipée par la femme. (32)

3.3.6. Appréhension et anticipation des effets indésirables

3.3.6.1. Prise de poids

La prise de poids est souvent un motif d'arrêt ou de refus des méthodes contraceptives hormonale. Certaines femmes pensent que la pilule fait prendre du poids systématiquement et refusent parfois d'y avoir recours sans l'avoir essayée. (32)

La responsabilité de la pilule dans la prise de poids n'a pas été clairement démontré. Toutefois, une augmentation transitoire de l'appétit les premiers mois d'utilisation est retrouvée mais ne peut justifier à elle seule une prise de poids importante. (45)

3.3.6.2. Diminution de la libido

Le choix d'une contraception a pu être orienté pour mieux vivre sa sexualité afin d'éviter des effets secondaires tels que les sècheresses vaginales, les spotting, les dyspareunies.

Toutefois, l'influence de la contraception hormonale sur le désir sexuel est assez contradictoire. Les conclusions varient d'une étude à l'autre, certaines études démontrent une diminution des rapports, une baisse d'excitation, un manque de lubrification tandis que d'autres études relèvent des rapports plus fréquents et une satisfaction sexuelle augmentée chez les utilisatrices de contraception orale. Cette influence positive est à mettre en lien avec

« l'impact libérateur » d'une contraception orale qui diminuerait l'anxiété associée au risque de grossesse non désirée. (43)

Globalement, même si l'impact négatif sur la libido des utilisatrices de contraception hormonale n'est pas clairement établi, il ne doit pas être négligé lors de la consultation contraceptive. Et il peut parfois être à l'initiative d'un changement de méthode. (20) (36)

Les méthodes barrières quant à elles peuvent être vécues comme contraignantes : coupure dans l'acte sexuel, diminution du plaisir par diminution de la sensibilité des muqueuses génitales ... (32)

3.3.6.3. Spottings, saignements irréguliers, métrorragies

A l'heure actuelle, l'implant, bien qu'étant la méthode la plus efficace, n'est pas très utilisé en France. La HAS recommande la prescription de l'implant en deuxième intention chez les femmes présentant des contre-indications ou une intolérance au COP et/ou au DIU, ou chez les femmes ayant des soucis d'observance. Il a été constaté que l'implant est en majorité prescrit aux femmes ayant des antécédents d'interruption volontaire de grossesse, aux bénéficiaires de la CMU et prises en charge à l'hôpital (données de délivrance de 2012, issues de l'échantillon généraliste des bénéficiaires de l'assurance maladie) (46)

Sa faible diffusion peut également s'expliquer par la survenue fréquente d'effets indésirables (aménorrhée, métrorragies, prise de poids, acné...) ayant entraîné un nombre important de retraits anticipés (20 % avant 1 an) (46)

En effet, dans une étude datant de 2004, les métrorragies sont l'une des causes principales impliquées dans le retrait de l'implant. Cette étude recommande de prescrire l'implant dans un contexte où les méthodes comme la pilule et le DIU ne conviennent pas et chez les femmes pour qui l'observance et la prise d'une contraception classique sont compliquées (il cite les patientes psychiatriques). D'autre part, beaucoup de femmes ayant déjà eu un implant, ne souhaitent pas s'en faire poser un second. (47)

3.3.7 Place des méthodes de contraception définitives en France

Bien que la stérilisation soit la première méthode contraceptive utilisée dans le monde, elle reste très peu répandue en France (5 % des méthodes contraceptives chez les femmes en couple en France en 2010). D'autre part, elle est pratiquée en grande majorité chez les femmes : environ 50 000 stérilisations tubaires contre 2500 vasectomies effectuées en France chaque année. (29)

Les politiques natalistes amorcés en 1920 liées à la crainte d'une dépopulation peuvent expliquer le peu de recours aux méthodes contraceptives définitives. Il faut attendre la loi Aubry de 2001 pour que les méthodes de stérilisation masculine et féminine soient encadrées et fassent partie intégrante des méthodes contraceptives disponibles. Auparavant, la stérilisation n'était pas une interdiction mais était perçue comme une mutilation par le Conseil de l'Ordre des médecins. Les traditions natalistes et les dispositions encadrant la stérilisation (délai de réflexion de 4 mois, « clause de conscience ») ont limité son utilisation en France. (48)

3.3.8. Prévalence des méthodes de contraception naturelle

Les méthodes de contraception dites naturelles n'utilisent aucun produit ou dispositif médical interférant avec le système reproducteur. En France, en 2016, le recours aux méthodes naturelles concernait 4,6 % des femmes, il s'agit en majorité de femmes de plus de 25 ans sans rapport avec la parité.

Deux profils différents se distinguent chez les utilisatrices de méthodes naturelles. D'un côté, des femmes sans diplôme probablement moins bien renseignées sur les différentes méthodes de contraception existantes et/ou chez qui les difficultés économiques peuvent être un obstacle pour se procurer des méthodes médicalisées. Et paradoxalement, des femmes très diplômées, très bien renseignées sur les méthodes existantes, sortent de la norme par refus des risques liés aux hormones. (49)

3.3.9. « Hormonophobie »

En 2017, on continue d'observer un recul du recours au COP par rapport aux années précédentes, particulièrement les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération mais également du patch et de l'anneau vaginal. Une légère baisse de l'utilisation de l'implant et du DIU au lévonorgestrel est aussi retrouvée. Tandis que les pilules progestatives et le DIU au cuivre continuent leur progression dans le paysage contraceptif français.

Le recul du recours aux contraceptions hormonales peut s'expliquer par la survenue récente de plusieurs évènements médiatiques dans un contexte de crise écologique et de sauvegarde de l'environnement. En premier lieu, le débat médiatique ayant suivi « la crise de la pilule » et entraîné le déremboursement des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération.

D'autre part, la publication de deux livres par la journaliste Sabrina Debusquat ont fait mal à l'image de la pilule. Le premier « *J'arrête la pilule* » est paru en 2017, il est écrit en 4^{ème} de couverture : « Il devient difficile de fermer les yeux sur les effets de la contraception hormonale,

produit cancérigène, perturbateur endocrinien et véritable castration chimique... » et le deuxième livre publié en 2019 s'intitule : « *Marre de souffrir pour ma contraception. Manifeste féministe pour une contraception pleinement épanouissante* ». Son site internet : « J'arrête la pilule » comporte des témoignages de femmes utilisant l'hashtag #PayeTaContraception, elles y parlent surtout de leurs mauvaises expériences contraceptives et des effets indésirables sous pilule, certaines évoquent leur sentiment de ne pas avoir été suffisamment entendues par les professionnels de santé consultés. (50) (51)

Une autre polémique concerne le Mirena®, les médias relaient massivement des informations sur l'apparition de nouveaux effets indésirables responsables d'anxiété, dépression, fatigue, vertiges... Ces informations faisaient suite à la parution d'un article scientifique comportant de nombreux biais. Depuis le Mirena® a été « disculpé ».

Cette méfiance vis-à-vis des hormones doit être prise en compte par les professionnels de santé. Elle doit être intégrée dans le choix de la contraception et permettre d'améliorer l'information sur l'ensemble des méthodes contraceptives disponibles. (50)

3.3.10. Modalités de prise et contraintes liées à la méthode

La facilité d'utilisation est l'un des premiers critères intervenant dans le choix d'une méthode contraceptive. (43)

Les facteurs : « facile d'utilisation », « commode » sont des critères de sélections importants pour les femmes qui se tournent vers une COP. (36)

Lorsque le choix se porte vers une COP, la contrainte d'une prise hebdomadaire et les risques d'oublis associés à la pilule sont un facteur négatif chez certaines femmes qui préfèrent se tourner vers des méthodes ne nécessitant pas une prise quotidienne. (36)

D'autre part, les méthodes contraceptives à prise journalière peuvent être une contrainte chez des personnes ayant un travail de nuit ou un mode de vie décalé. (32)

Les craintes concernant l'utilisation du patch sont liées au risque de décollement et au souci inesthétique. Tandis que les femmes réticentes à l'utilisation de l'anneau vaginal évoquent le risque d'expulsion et le refus de la présence d'un corps étranger, peur également évoquée lors de la pose d'un DIU ou d'un implant. (36) (43)

Une appréhension vis-à-vis du risque de migration de l'implant peut être un frein au choix de cette méthode. Fin 2019, l'ANSM a envoyé une alerte concernant le risque de migration de

l'implant, en effet 30 cas graves de migration de l'implant dans l'artère pulmonaire ou ses branches ont été décrit depuis 2001. Les professionnels de santé sont tenus de bien informer les patientes sur ce risque et doivent leur conseiller de vérifier régulièrement si l'implant est bien en place. (9)

D'autre part, certaines femmes mentionnent avoir des rapports sexuels moins sereins lors de l'utilisation de préservatifs évoquant le risque de rupture ou de pause tardive. (43)

3.3.11. Efficacité

L'efficacité n'apparaît pas comme le premier critère dictant le choix d'une méthode contraceptive. Toutefois pour certaines femmes, l'utilisation conjointe du préservatif et de la pilule comme « double contraception » est ressentie comme une protection en plus contre le risque de grossesse et pas seulement contre les IST. (43)

3.3.12. Bénéfices non contraceptifs de la pilule

Pour certaines femmes, au-delà de la finalité contraceptive, le choix d'une méthode contraceptive hormonale peut permettre de réguler les cycles, d'anticiper la survenue des menstruations et d'agir sur l'acné. (44) (36)

3.3.12.1. Effet sur l'hyper androgénie (acné, pilosité androgénique)

Certaines femmes choisissent une COP dans le but de régler leur problème d'acné. En effet, dans certaines situations, l'acné est liée à des désordres hormonaux ou un excès d'androgènes, dans ces cas-là il peut être pertinent de prendre une contraception avec des propriétés anti-androgénique. Il peut s'agir d'une COP de 3^{ème} génération (Triafémi), ou d'autres associations contenant un progestatif dit anti-androgénique : l'acétate de cyprotérone (Diane 35® et génériques) et de la drospirénone (Jasmine®, Jasminelle®, Yaz®). (52)

Pour rappel, en France, Diane 35 ne possède pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM) comme contraceptif, elle est indiquée uniquement dans le traitement des acnés modérées à sévères. (9)

Dans le syndrome des ovaires polykystiques, motif le plus impliqué dans les troubles de l'ovulation et d'hyperandrogénie, la prise d'une COP permet de régulariser les cycles menstruels, de limiter l'acné et l'hyperpilosité. (45)

D'autre part, les problèmes d'acné ou de règles peuvent être un bon prétexte pour avoir accès à la contraception chez les adolescentes où le dialogue avec les parents sur la sexualité est tabou. (44)

3.3.12.2. Impact des menstruations

Les motifs « saignement menstruels réguliers », « soulagement des douleurs menstruelles » font partie des critères de sélections importants évoqués par les femmes lors du choix d'une COP. (36)

L'inconfort menstruel induit par les dysménorrhées et les ménorragies concerne un grand nombre de femmes en France. Ces troubles des menstruations peuvent avoir des conséquences socioéconomiques pour les femmes qui en souffrent (absentéisme scolaire ou professionnel, fatigue, anémie, coût des protections hygiéniques) et sont malheureusement sous-estimés par les politiques de santé publique. (53)

L'aménorrhée induite par certaines méthodes contraceptives tel que le DIU au lévonorgestrel, l'implant ou la prise continue d'une pilule microprogestative ou oestroprogestative pourrait être un critère intervenant dans le choix de la contraception. D'autant plus chez les femmes souffrant de troubles sévères liés aux menstruations (endométriose ou syndrome prémenstruel très invalidant) pour qui la suppression des règles devient une obligation thérapeutique. (53) (45)

L'absence de règles en plus d'améliorer la qualité de vie de certaines femmes peut aussi les rendre plus disponibles pour des rapports sexuels. (43)

3.3.13. Prise en compte du risque cardio-vasculaire

3.3.13.1. Tabac

Fin 2012, la mise en lumière du risque d'accident thromboembolique associé à la prise de COP (et particulièrement de pilules de 3^e et 4^e génération) a entraîné une diminution du recours à la pilule comme méthode contraceptive.

Le tabagisme est également un facteur majorant le risque de survenue d'un accident thromboembolique et cardiovasculaire, surtout après 35 ans.

Avant 35 ans, la HAS recommande une vigilance particulière et une aide au sevrage tabagique lors de la prescription d'une COP chez les fumeuses. Après 35 ans, chez les femmes fumant plus de 15 cigarettes par jour, la COP est contre-indiquée.

Une étude réalisée, entre décembre 2017 et janvier 2019, sur 15 femmes fumeuses âgées de 16 à 33 ans a évalué si le choix contraceptif était influencé par le tabagisme.

La totalité des femmes interrogées était au courant de l'existence de risques accidents thromboemboliques lors de l'association tabac/COP. Plus de la moitié d'entre elles avait été prévenue par leur médecin. La grande majorité n'avait pas participé de façon active au choix de leur méthode contraceptive et s'en était remise au médecin, estimant qu'il prenait en compte ce risque.

Toutefois aucune ne projetait d'arrêter le tabac à cause de sa contraception orale. Certaines d'entre elles surnommait la pilule progestative : « pilule fumeuse » et le préservatif ainsi que le DIU étaient considérés comme des méthodes non à risque en cas d'association avec le tabac.

Globalement les risques thromboembolique et cardiovasculaire sont connus bien que mal évalués (fréquence et gravité) et ont motivé certaines participantes à choisir leur contraception en fonction de leur tabagisme, surtout en cas d'antécédents familiaux. (54)

3.3.13.2. Obésité

Des préjugés existent sur la sexualité des femmes obèses. Ces dernières ont une sexualité active et comparable à celle des femmes non-obèses ; cependant elles sont beaucoup plus nombreuses à n'utiliser aucune contraception pendant leurs rapports ou à pratiquer le retrait. La survenue d'une grossesse non désirée est par conséquent plus importante alors même qu'elle comporte plus de risques de complications (diabète gestationnel plus fréquents, suivi échographique plus compliqué...).

L'obésité est un facteur de risque d'accident thromboembolique veineux et artériel qui doit être pris en compte lors du choix de la contraception. Hormis le Dépro-Provera®, les contraceptions progestatives (implant, microprogestatifs) et les DIU sont les méthodes à privilégier. Toutefois, les COP peuvent être envisagées après avoir écarté la présence d'autres facteurs de risques cardiovasculaires.

Il convient de faire attention à l'utilisation des patchs car ils sont associés à un risque d'échec pour un poids supérieur à 90 kg et lorsqu'ils sont placés sur l'abdomen.

Les recommandations concernant la durée d'utilisation du Nexplanon dans la population obèse varient. L'Agence Européenne du Médicament (EMA) recommande un retrait anticipé à 2 ans tandis que la Food and Drug Administration préconise de le laisser 3 ans quel que soit l'indice de masse corporelle (IMC).

Toutefois le retrait précoce chez les obèses bien que pratiqué couramment semble sans réel fondement scientifique à l'heure actuelle. (55)

Le choix éclairé d'une contraception est conditionné par plusieurs facteurs : l'état des connaissances de la patiente et sa capacité/volonté à aller rechercher une information objective sur internet ou auprès des professionnels de santé, l'influence de son entourage, les idées reçues concernant certaines méthodes et le professionnel de santé consulté.

4. Facteurs influençant l'observance

4.1. Contexte de la contraception : oubli de pilule menant à IVG

4.1.1. Contraception pré et post-IVG

En France, environ 220 000 interruptions volontaires de grossesse (IVG) sont pratiquées chaque année. Dans un pays où la natalité est la plus forte d'Europe et le taux de couverture contraceptive est aussi très important, le nombre d'IVG reste malgré tout stable d'une année à l'autre. (56)

D'autre part, deux tiers des grossesses non désirées ont lieu chez des femmes déclarant être sous contraception, la moitié chez celles utilisant une méthode médicalisée. (43)

Une étude réalisée sur 70 femmes ayant pratiquées une IVG fait un état des lieux des pratiques contraceptives pré et post-IVG. Chez les femmes interrogées la moitié utilisaient une pilule OP avant l'IVG et les trois quarts d'entre elles ont oublié au moins une fois leur comprimé, 14 % d'entre elles ont connu un épisode de diarrhée ou vomissement dans les heures après la prise du comprimé et 10 % de ces femmes utilisaient des pansements gastriques pouvant interagir avec l'absorption de la pilule. (57)

Chez ces femmes, l'utilisation du préservatif masculin arrivait ensuite, pour 15 % d'entre elles, en utilisation seule et 10 % en utilisation conjointe avec la pilule. Une grande partie de ces femmes ont relaté des difficultés lors de son emploi (déchirures) ou ont eu des rapports non protégés dans les 3 mois précédents l'IVG. (57)

D'autre part, le changement de contraception apparaît comme une période critique, plus à risque de survenue de grossesses non voulues. En effet, dans l'étude, le peu de femmes sous implant, ou DIU, l'avait fait retirer 6 mois avant l'IVG sans le remplacer par une autre méthode contraceptive.

Et enfin un quart des patientes ayant subi une IVG n'utilisaient aucune méthode de contraception et sous estimaient le risque de survenue d'une grossesse non voulue. (43) (57)

En résumé, très peu de femmes avant de pratiquer une IVG utilisaient de méthodes LARC. Il faut noter que la moitié a changé de méthodes contraceptives après l'IVG, ceci souligne la

nécessité d'adapter la prescription d'une contraception à chaque femme. 15 % ont choisi le DIU et 20 % l'implant après avoir pratiqué l'IVG mais la pilule reste le premier moyen de contraception utilisé. (57)

Les femmes de cette étude ont déclaré ne pas être suffisamment informées sur l'ensemble des méthodes contraceptives disponibles et en particulier sur les méthodes barrières et définitives. Les IVG faisaient quasiment toutes suite à des erreurs d'utilisation de la méthode contraceptive. Et la prescription post-IVG semblait d'avantage correspondre aux recommandations de la HAS, préconisant de laisser le choix d'une contraception adaptée aux modes de vie et aux envies de la femme et du couple, au risque de conduire à la survenue d'une grossesse non désirée. (57)

4.1.2. Sous-utilisation de la contraception d'urgence

Plusieurs enquêtes ayant interrogé des femmes à risques de grossesses non désirées ou ayant récemment pratiquées une IVG montrent une sous-utilisation de la contraception d'urgence. En France, en 2012, une enquête internet révélait que seulement 20 % des femmes exposées au risque d'une grossesse non prévue avaient eu recours à la contraception d'urgence. (56)

D'après l'enquête Baromètre Santé de 2016, l'utilisation de la CU est beaucoup plus importante chez les jeunes entre 15 et 19 ans. C'est également dans cette classe d'âge que la pilule est la plus utilisée. Les femmes ayant le plus recours à la CU sont celles utilisant des méthodes contraceptives dont l'efficacité dépend des modalités de prises, c'est à dire nécessitant une observance. (58)

En effet, d'après la HAS, la majorité des recours à la contraception d'urgence (60 %) a lieu chez les femmes utilisant une méthode contraceptive (oubli de pilule ou rupture de préservatif) tandis que 17 % des recours concernent les femmes sans contraception. (59)

L'observance apparait donc primordiale pour assurer une efficacité contraceptive optimale et limiter la survenue de grossesses non désirées.

4.2. Facteurs impactant l'observance

L'observance médicale mesure la capacité du patient à suivre le traitement proposé. De façon général, lorsqu'il s'agit d'une maladie chronique, l'observance concerne en plus de la prise de médicament, le suivi de règles hygiéno-diététiques, le contrôle de paramètres biologiques....

Bien qu'il ne s'agisse pas d'un traitement (ce qui peut également expliquer la fréquence importante des oublis) le manque d'observance en contraception concerne en majorité la prise de la pilule. (60)

Utilisé dans des conditions optimales, la pilule est une méthode très efficace en théorie avec un indice de Pearl à 0,3 % tandis qu'en pratique il tombe à 8 % soulignant que le manque d'observance est un frein majeur à sa bonne utilisation. (38)

En effet, 1 femme sur 5 oublierait sa pilule au moins une fois par mois. (8)

Les données issues de l'enquête Cohorte Contraception (COCON) menée sur un grand échantillon de femmes décrivant leurs antécédents contraceptifs permettent de mieux comprendre les facteurs impliqués dans l'oubli de pilule. (60)

Dans cette étude, le risque d'échec contraceptif associé à une mauvaise utilisation de la pilule a été évalué par le nombre de pilule manquée au cours du mois et le recours ou non à la contraception d'urgence.

4.2.1. Consultation contraceptive et participation au choix

Tout d'abord la mauvaise utilisation de la pilule est souvent à mettre en lien avec la consultation contraceptive, en effet beaucoup de femmes ayant oublié une pilule ou plus ne s'étaient pas senties impliquées dans le choix de leur méthode. Comme souligné précédemment, l'interaction patient-praticien est primordiale. Lors d'une consultation contraceptive il ne doit pas être question de « renforcer les instructions concernant le traitement » mais d'être davantage dans une démarche participative. En effet, la mesure dans laquelle la femme ou le couple participe aux décisions médicales influence considérablement l'observance de la contraception. (60)

Certains médecins rappellent à leurs patientes de bien lire la notice de leur pilule, car le fait de ne pas avoir lu ou bien compris la notice augmente le risque d'inobservance. Cependant, toutes les notices de pilules ne contiennent pas les recommandations de la HAS concernant la conduite à tenir en cas d'oubli ou alors de façon incomplète. Comme par exemple, les délais d'utilisation d'une contraception mécanique après l'oubli d'un comprimé ou la nécessité du recours à la contraception d'urgence en cas de rapports précédents l'oubli. (61)

Certains médecins suggèrent d'emblée la prise d'une pilule sans intervalle libre afin de limiter le risque d'oubli lors de la reprise d'une nouvelle plaquette. Toutefois, la pertinence de la prise de pilule en continue varie selon les auteurs. En effet, pour certains, cela entraîne une diminution des oublis surtout lors de la première semaine tandis que pour d'autres le risque

de non-observance est multiplié par 1,5 lors d'une prise en continue par rapport à une prise laissant un intervalle libre. (61)

4.2.2. La situation relationnelle et familiale

D'autres études montrent que le risque d'échec contraceptif est élevé lorsque la contraception utilisée n'est pas en adéquation avec le mode de vie sexuel, émotionnel et social d'une femme. Par exemple, les femmes n'ayant pas eu de rapports sexuels ou celles dont le dernier partenaire était un partenaire occasionnel sont plus susceptibles d'avoir oublié leur pilule que celles ayant un partenaire régulier. On pourrait donc penser que la pilule n'est pas nécessairement la contraception la plus adaptée chez les femmes ayant des rapports sexuels irréguliers. Ainsi, par exemple la forte utilisation de la pilule chez les plus jeunes soulève la question de l'adéquation de cette méthode contraceptive aux jeunes femmes qui ont souvent des relations courtes et de longues périodes sans partenaire. En effet, les femmes de 20 ans et moins oublient plus fréquemment leur pilule que les femmes plus âgées. (62) (58) (63)

D'autre part, le manque d'implication du partenaire dans la démarche contraceptive peut entraîner des échecs dans la bonne prise de la contraception. (32)

Le contexte relationnel peut également prendre en compte le désir d'avoir un enfant dans un futur proche (dans un délai d'un an). Toutefois, cette caractéristique n'est pas associée à la mauvaise utilisation de la pilule (dans l'étude COCON), et montre que l'oubli de pilule ne résulte pas de motivations contraceptives « ambiguës » mais de la difficulté à se conformer à une routine de prise au quotidien. (60)

Le mode de vie a un impact sur l'observance, par exemple l'absence de routine de prise de pilule ou la difficulté de se conformer à un régime quotidien. Ainsi, les oublis sont plus importants chez les femmes signalant la présence d'un enfant en bas âge dans le ménage. Une autre enquête, menée sur 96 femmes dans 3 cabinets de médecine générale, montre une diminution de l'observance chez les femmes ayant 3 enfants par rapport à celles qui en ont 2. (63) (60)

Dans cette même enquête, l'horaire de prise a une incidence sur l'observance, les femmes prenant leur pilule le matin l'oublient moins que celles l'ayant prise le soir ou le midi. Cela peut être mis en lien avec les cas d'oubli à la suite d'une sortie (donc le soir), ou d'un voyage. (63)

4.2.3. Influence de la catégorie socioprofessionnelle

Dans l'enquête COCON, les résultats soulignent le rôle complexe de certaines caractéristiques sociales et démographiques et en particulier l'éducation. La probabilité d'oublier une pilule est paradoxalement plus élevée chez les femmes ayant un niveau d'étude supérieur mais ces femmes sont également plus susceptibles d'avoir recours à une contraception mécanique lors des rapports ultérieurs ou d'utiliser une contraception d'urgence, réduisant ainsi le risque d'échec contraceptif. (60)

Une étude menée en 2016, par Bayer, en France, sur une cohorte de 500 femmes âgées de 21 à 29 ans met en lien le stress et ses conséquences sur l'observance de la contraception. Les raisons évoquées chez ces femmes pour expliquer l'oubli d'une prise étaient tout d'abord le fait d'être préoccupées (emploi du temps trop dense), de ne pas prendre le comprimé tous les jours à la même heure (donc de ne pas avoir instauré de routine de prise) ou de ne pas avoir ranger la plaquette dans un endroit visible. (64)

D'autre part, un stress lié au travail ou aux études supérieures, un changement de mode de vie (nouveau travail, déménagement, nouveau partenaire) intervenu dans l'année en cours ont eu un retentissement sur l'observance. (64)

4.2.4. Facteurs associés à l'oubli d'un ou plusieurs comprimés

Il est conseillé d'apporter davantage de conseils contraceptifs aux femmes avec des antécédents de grossesses non-désirées ou celles nées à l'étranger car elles sont plus susceptibles d'oublier un ou plusieurs comprimés dans le mois et à n'utiliser aucune contraception d'urgence. Il peut être pertinent d'envisager la prescription à l'avance d'une contraception d'urgence chez ces femmes plus sujettes à l'oubli de pilule, comme le recommande la HAS. (60)

4.2.5. La mauvaise tolérance

Un autre facteur prédictif de mauvaise observance apparaît chez les femmes qui déclarent avoir ressenti des effets indésirables avec leur pilule (hirsutisme, nausées, tension mammaire, spotting, aménorrhée, règles plus abondantes...). Ces dernières sont plus susceptibles d'avoir oublié une pilule ou plus (au cours du mois). (60) (61)

Donc une mauvaise tolérance de la pilule est à mettre en lien avec l'inobservance. (62)

En résumé, plusieurs facteurs peuvent expliquer le manque d'observance, certains sont liés à l'utilisatrice (manque d'information, situation relationnelle, familiale, stress...) d'autres à la pilule (pas de routine de prise, mauvaise tolérance, contrainte d'une prise quotidienne). Néanmoins la qualité des conseils donnés par les professionnels de santé (participation au choix de la méthode contraceptive, bonne compréhension des modalités de prise, explication des effets indésirables...) semble également être très importante.

4.3. Outils d'aide à l'observance et campagnes de sensibilisation

4.3.1. Gestion de l'observance par le prescripteur

La bonne observance est favorisée par le fait d'impliquer la femme dans le choix de sa contraception, selon le modèle BERCER décrit par l'OMS. D'après l'enquête Epilule, 60 % des médecins donnent une information orale, 20 % utilisent un support visuel et 20 % remettent une brochure explicative à leurs patientes.

Le prescripteur peut suggérer certaines astuces favorisant l'observance. Comme par exemple : choisir une heure de prise, mettre un rappel sur son téléphone portable, bien lire la notice, associer la prise du comprimé à un geste de la vie quotidienne comme le brossage des dents ... (61)

Dans une enquête réalisée auprès de médecins généralistes, certains mentionnaient le fait de proposer d'emblée une pilule en continue afin de réduire le risque d'oubli lors de la reprise d'une plaquette. Toutefois, malgré l'importance de l'inobservance en France, « l'oubli de pilule » n'est pas un motif de consultation fréquent chez les médecins généralistes. (61)

D'autre part, le renouvellement de pilule peut être l'occasion pour le prescripteur de s'informer des possibles oublis de la patiente et de rappeler la conduite à tenir dans ces cas-là. Lors d'oublis répétés chez la même femme, il peut être judicieux de lui proposer de changer de méthode de contraception. (61)

4.3.2. Campagnes de sensibilisation

4.3.2.1. Campagne de l'Institut National de Prévention et d'éducation pour la santé (INPES) de 2011

En 2011, une campagne de communication sur la contraception est menée conjointement par le ministère de la Santé et l'INPES. A destination du grand public, elle s'intitule « Certaines femmes pensent à leur pilule quoiqu'il arrive. Si vous avez tendance à l'oublier, il y a d'autres contraceptifs plus adaptés. » Elle met en avant la nécessité d'intégrer sa contraception à son

mode de vie et la possibilité de changer de méthodes de contraception en cas de soucis d'observance, et ceci dans le but de faire baisser le nombre de grossesses non voulues. (65) Cette campagne de sensibilisation s'adresse au grand public sous forme de spots télévisés, via Internet et sous forme d'annonce presse diffusée dans les magazines féminins (visible en **annexe 3**).

L'affiche « A chacun sa contraception » (*Figure 9*) peut être mis dans les différents lieux de consultations de contraception (cabinets de médecins généralistes, gynécologues, sages-femmes, CPEF, pharmacie...) Elle rappelle la diversité des méthodes contraceptives disponibles. Il est possible de la commander sur le site du Cespharm pour les pharmaciens qui voudraient l'afficher dans leur officine. (65)



Figure 9 : Affiche de l'INPES « A chacun sa contraception » (65)

D'autres documents, issus de cette campagne de sensibilisation, sont à disposition des professionnels de santé, et doivent permettre de les aider à traiter les problèmes d'inobservance et de mieux intégrer la contraception dans les habitudes de vie de la femme et du couple. La carte « Que faire en cas d'oubli de pilule ? » (*Figure 6, p 37*) peut être distribuée par les professionnels de santé. Elle permet de rappeler la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule (délai de recours à la contraception d'urgence, nécessité d'une contraception complémentaire lors des rapports ultérieurs...) (65)

4.3.2.2. Campagne digitale de Santé publique France (2019)

D'après les résultats du Baromètre santé de 2016, beaucoup de jeunes de moins de 30 ans ne connaissent pas les délais d'utilisation de la contraception d'urgence. C'est pourquoi le ministère de la Santé et des Solidarités en association avec Santé publique France a lancé une campagne de communication digitale à destination des jeunes. Elle a pour objectif de rappeler les délais de rattrapage après un oubli de pilule supérieur à 12 h ou la rupture d'un préservatif. Globalement, les jeunes savent que la CU est gratuite pour les mineures et qu'il est possible de se la procurer sans prescription dans une officine. Toutefois, moins de 1 % des 15-30 ans interrogés savent qu'il est possible d'y avoir recours dans un délai maximum de 5 jours après l'oubli et 40 % d'entre eux pensent que la CU est efficace seulement si la prise se fait dans les 24 h après le rapport à risque. (66)

La campagne digitale a été lancée du 1^{er} au 21 juillet 2019 sur les réseaux sociaux (Snapchat, Facebook), elle s'adressait en particulier aux jeunes de 18 à 25 ans, et les redirigeait sur le site *onsexprime.fr* (site d'information fiables sur la sexualité à destination des jeunes). Bien que ce soit aux femmes de prendre la CU, cette campagne s'adressait également aux garçons, avec pour objectif d'intégrer la contraception dans le couple et qu'elle ne repose plus uniquement sur les jeunes femmes. (66)



Figure 10 : Campagne digitale sur la contraception d'urgence en 2019 (66)

4.3.3. Applications sur smartphone

Il existe aujourd'hui beaucoup d'applications pour ne pas oublier sa contraception, certaines d'entre elles sont développées par les laboratoires pharmaceutiques.

Pill'oops® a été développé par le Planning Familial, l'application demande le nom de la pilule et le dosage, elle indique la marge de prise (en général 12 h), le nombre de comprimé actifs. Il faut remplir l'heure à laquelle la prise du comprimé s'effectue, une alarme sonne pour rappeler de prendre sa pilule et il faut ensuite valider sa prise sur l'application chaque jour. En cas d'oubli, l'application explique les démarches à suivre et donne des informations sur la contraception d'urgence.

L'application myPill® est plus complète car il est possible de choisir sa méthode de contraception (pilule, patchs, anneau...). Par exemple dans le cas du patch, l'application précise le nombre de jours avant de changer de patch, s'il s'agit du premier, deuxième ou troisième patch du cycle, la période de pause.... Concernant la pilule, les fonctionnalités sont les mêmes que pour l'autre application : nom de la pilule, modalité de rattrapage, marge de prise. Bien qu'utiles, certaines fonctions de l'application sont payantes, ce qui peut être un frein à son utilisation.

4.4. Méconnaissance et recours à la contraception d'urgence

4.4.1. Gestion des oublis

Dans une enquête menée sur les connaissances des utilisatrices de contraception orale, on remarque que la gestion de l'oubli de pilule est mal maîtrisée par les femmes.

Une grande majorité s'informe grâce à la notice de leur pilule. Les professionnels de santé (prescripteur et pharmacien) viennent ensuite comme source d'informations (40 %), avant le recours à Internet ou aux proches (25 %). Un petit pourcentage de femmes ne s'informe pas sur la conduite à tenir en cas d'oubli. La remise d'une brochure explicative concernant la gestion de l'oubli de pilule améliore les connaissances des femmes, par exemple la carte « Que faire en cas d'oubli de pilule ? ». (67)

Le risque de grossesse non désirée, associé à un oubli de pilule au-delà de 12 h et un rapport sexuel à risque, semble mal évalué car 60 % des femmes interrogées ne pensent pas pouvoir tomber enceinte lorsqu'elles se trouvent dans cette situation. L'enchaînement des plaquettes sans arrêt lorsque l'oubli survient dans la dernière semaine de prise des comprimés actifs est connu par très peu de femmes. (67)

Cependant, la grande majorité est informée de la nécessité de recourir à une protection mécanique lors des rapports suivants et 40 % des participantes sont conscientes qu'elles

doivent prendre la CU. Globalement, lors de cette enquête, seulement, 1/3 des femmes interrogées ont les connaissances suffisantes pour gérer correctement un oubli de pilule. (67)

Les professionnels de santé ont donc un rôle important à jouer dans la gestion de l'oubli de pilule, en rappelant régulièrement la conduite à tenir lors de renouvellement, de délivrance de la pilule ou lorsque qu'une femme vient demander la contraception d'urgence.

De même, la possibilité de recourir au DIU comme contraception d'urgence doit être davantage mise en avant, surtout lorsqu'un rapport a eu lieu dans les 5 jours précédents l'oubli (meilleure efficacité car le DIU empêche la nidation de l'œuf) (67) (57)

4.4.2. Intérêt de la co-prescription pilule/CU

La HAS recommande aux professionnels de santé d'informer régulièrement les femmes et les hommes sur la contraception d'urgence, les délais de recours des différentes méthodes, les lieux où se la procurer, lors de tout contact relatif à la contraception (délivrance de pilule, de préservatif) en dehors du contexte d'urgence. La co-prescription systématique de la contraception d'urgence n'a pas fait preuve de son efficacité, la HAS recommande plutôt une prescription à l'avance de la CU au cas par cas. Cela peut concerner des femmes ayant des difficultés pour se la procurer (accès à une pharmacie ou un CPEF, ou rencontrant des problèmes financiers) ou encore des femmes utilisant des méthodes contraceptives moins efficaces, voyageant à l'étranger...

Les études montrent que la prescription à l'avance de la CU permet de réduire son délai d'utilisation et d'augmenter son recours. Toutefois, sa prescription à l'avance ne diminuerait pas le nombre de grossesses non désirées à l'échelle d'une population. Cela s'explique par la mauvaise évaluation des femmes des situations à risques de grossesses non prévues et par conséquent l'utilisation insuffisante de la CU. (59)

En effet parmi les raisons émises par les femmes, pour ne pas utiliser la CU, certaines ne se sentent pas à risque de grossesse. Les autres motifs à savoir que la contraception ne fonctionne pas, que son prix est trop élevé ou qu'elle est dangereuse (perception exagérée du risque d'effets indésirables) sont dus à un manque d'informations. D'autres femmes n'ont pas recours à la contraception d'urgence par crainte du regard social ou d'être stigmatisées. (59)

Les freins au recours de la CU peuvent également venir des professionnels de santé, certains évaluent mal l'utilité de la contraception d'urgence ou sont mal informés de son utilisation. Une attitude moralisatrice peut également entraver l'accès à la CU. (59)

5. Rôle du pharmacien d'officine

Le rôle du pharmacien est primordial pour permettre la bonne utilisation des méthodes contraceptives et s'assurer d'une observance optimale de la contraception choisie. Il intervient, en général, en aval de la prescription pour informer des modalités de prise, des effets indésirables, des modalités de rattrapage... Il peut également être un interlocuteur facile d'accès pour les personnes désirant obtenir des informations fiables concernant la sexualité et l'ensemble des méthodes de contraception disponibles, d'autant plus lors de la délivrance d'une contraception d'urgence. (28)

5.1. Dispensations particulières

5.1.1. Renouvellement d'une contraception orale

Lorsque la quantité prescrite sur l'ordonnance a été totalement délivrée, pour éviter d'interrompre la prise d'une contraception orale, le pharmacien a l'autorisation de dispenser la pilule pour 6 mois supplémentaires, à la condition que l'ordonnance initiale ait moins d'un an. Les infirmiers peuvent également renouveler une ordonnance dans les mêmes conditions. (28) (68)

Cette mesure est mise en place suite à la parution du Décret n°2012-883 du 17 juillet 2012 autorisant une dispensation supplémentaire de contraceptifs oraux par le pharmacien. (69)

Le pharmacien qui effectue un renouvellement doit apposer sur la prescription initiale « dispensation supplémentaire de contraceptifs oraux » et la quantité qu'il a délivrée (ne devant pas excéder 3 mois). D'autre part, le pharmacien doit prévenir l'intéressée qu'à l'issue des renouvellements il faudra consulter un médecin ou une sage-femme, si elle désire continuer sa contraception orale. (28)

5.1.2 Délivrance anonyme à une mineure

Rappelons que le consentement des parents n'est pas requis lors de la délivrance ou l'administration d'une méthode contraceptive (par exemple : pose d'implant ou DIU). Si la jeune fille le souhaite la dispensation de sa contraception n'apparaîtra pas sur les relevés de remboursements de l'Assurance Maladie. (68)

Les contraceptifs doivent faire l'objet d'un tiers payant s'ils sont présents sur la liste des spécialités remboursables. Certaines pilules, l'implant, le DIU et le diaphragme font partie des méthodes délivrées gratuitement en pharmacie pour les mineures. (28) (68)

Depuis le 27 août 2020, la gratuité des méthodes et dispositifs médicaux à visée contraceptive a été élargie à toutes les mineures (sans limite d'âge). Auparavant, la prise en charge gratuite ne concernait que les mineures de plus de 15 ans. (33)

Sur l'ordonnance, le prescripteur devra apposer la mention « contraception mineures » et l'identité de la jeune fille (nom, âge...), même si l'oubli de la mention n'empêche pas la délivrance gratuite. Lors de la dispensation, si la jeune fille souhaite que sa délivrance soit secrète, le pharmacien utilise un code NIR anonyme « contraception mineures » lors de la facturation. (68)

5.1.3. Contraception d'urgence

Lors de la délivrance d'une contraception d'urgence, le rôle du pharmacien est primordial. S'il s'agit d'une jeune fille mineure, cette dernière le justifie simplement par déclaration orale, le pharmacien ne doit pas réclamer de justificatif le prouvant. D'autre part, il doit s'assurer que la situation correspond aux critères d'urgence et aux circonstances d'utilisation de la CU et donner une information claire sur les modalités de prise et la survenue éventuelle d'effets indésirables. Une information doit être fournie sur l'accès aux méthodes contraceptives régulières, la prévention des infections sexuellement transmissibles et l'intérêt d'un suivi médical. (28)

En plus de fournir des informations relatives au bon usage de la CU, le pharmacien peut également donner un dépliant, une brochure ou une carte « contraception d'urgence » (*Figure 11*) et des coordonnées utiles (CPEF, CeGIDD...) (28)

Contacts utiles

Fil Santé Jeunes : **0 800 235 236**
(anonyme et gratuit)

Sida Info Service : **0 800 840 800**
(anonyme et gratuit)

Sexualités - Contraception - IVG : **0 800 08 11 11**
(anonyme et gratuit)

Pour en savoir plus, sur le Net :
www.choisirsacontraception.fr

La contraception d'urgence

Assurance Maladie

Cespharm+
Éducation et Prévention
Pour la Santé

Tout rapport sexuel sans contraception efficace comporte un risque de grossesse.

La contraception d'urgence

• réduit le risque de grossesse après un rapport sexuel non ou mal protégé (absence de contraception, oubli de pilule, rupture de préservatif...).

• doit être prise le plus tôt possible après un rapport non protégé.

Attention

• l'utilisation de la contraception d'urgence doit rester occasionnelle. Consultez un médecin, une sage-femme ou un centre de planification pour choisir une contraception régulière adaptée (gratuite et protégée par le secret pour les mineures d'au moins 15 ans) ;

• seul le préservatif vous apporte une protection contre les infections sexuellement transmissibles comme le SIDA.

Où et comment l'obtenir ?

➔ En pharmacie :
➔ pour les mineures : de façon anonyme et gratuite, sans ordonnance ;
➔ pour toutes : sans ordonnance (remboursée sur ordonnance).

➔ Dans les infirmeries scolaires et universitaires, dans les Centres de Planification.

Il existe deux médicaments de contraception d'urgence qui doivent être pris :

➔ soit dans les 3 jours après le rapport non protégé ;
➔ soit dans les 5 jours après le rapport non protégé.

Figure 11 : Carte « contraception d'urgence » à destination des femmes (70)

Lorsqu'une femme vient régulièrement demander une contraception d'urgence, le pharmacien doit lui apporter des conseils sur les contraceptions régulières existantes. Le dialogue doit être initié par le pharmacien, il est important d'être dans une démarche éducative sans jugement afin de ne pas mettre la femme mal à l'aise. Il faut rappeler que la CU ne remplace pas une contraception prise régulièrement car elle est moins efficace. Il peut être également judicieux d'orienter cette personne vers un professionnel de santé (médecin, sage-femme ou CPEF) afin qu'elle puisse se faire prescrire la contraception qui lui convient le mieux. (28)

5.2. Conseils associés à la délivrance de la contraception

5.2.1. Pilule

Lors de la première délivrance d'une pilule oestroprogestative ou progestative, quelques conseils doivent être donnés par le pharmacien.

A l'aide d'un modèle de plaquette de pilule, il faut expliquer à la femme la différence entre les comprimés actifs et les placebo (s'il y en a) et le sens de prise. L'efficacité contraceptive sera assurée si la prise du premier comprimé se fait le premier jour des règles et seulement 7 jours après la première prise si elle est commencée plus tard, dans ces cas-là, il faut y associer une protection mécanique pendant les 7 premiers jours. (28)

D'autre part, il est nécessaire de rappeler que la prise du comprimé doit s'effectuer tous les jours à la même heure. S'il s'agit d'une pilule avec une semaine d'arrêt, le jour où l'on commence la plaquette sera toujours le même d'un mois à l'autre. Afin d'améliorer l'observance, on peut conseiller d'associer sa prise à un geste de la vie quotidienne (brossage des dents, ...), de mettre une alarme, d'installer une application pour ne pas l'oublier et d'avoir sa pilule toujours sur soi. Il faut également conseiller aux femmes d'avoir toujours leurs ordonnances avec elles, en cas d'oubli pendant les vacances, il est possible de se faire délivrer la pilule dans une pharmacie en France. (28)

Il faut être vigilant lors d'épidémie de gastro-entérite, en rappelant qu'en cas de vomissement ou diarrhée survenant dans les 4 h après la prise du comprimé, il faut en reprendre un autre.

Lors des renouvellements de pilule, le pharmacien doit être en mesure de déceler une mauvaise tolérance pouvant avoir un impact sur l'observance, et demander si les oublis sont fréquents. Il peut conseiller à la femme de consulter un médecin ou une sage-femme qui pourront lui prescrire une autre contraception si les effets indésirables sont trop contraignants ou les oublis trop fréquents. (28)

Certaines femmes ont peur de prendre du poids avec la pilule, il faut les rassurer car la prise de poids n'est pas systématique sous pilule et peut varier en fonction des femmes. D'autre part, si une femme, sous pilule microprogestative, s'inquiète de ne plus avoir ses règles, il faut lui expliquer qu'il s'agit d'un effet secondaire normal lors de la prise de cette contraception, en cas de doute on peut lui recommander de faire un test de grossesse. (28)

Il semble important de préciser le délai au-delà duquel l'efficacité contraceptive n'est plus assurée en cas d'oubli d'un comprimé : 12 h (sauf microval® : 3 h et cas particulier : Qlaira® et Zoely®). D'autre part, il est judicieux de mentionner que l'arrêt de la contraception ne doit pas excéder 7 jours, même si les règles ne sont pas finies. Dans l'idéal, lors de la première délivrance, le pharmacien peut donner la carte « Que faire en cas d'oubli de pilule ? » après l'avoir remplie avec l'intéressée. (28)

Ci-dessous, un tableau récapitulatif rappelant la conduite à tenir lors de l'oubli de pilule (*Figure 12*).

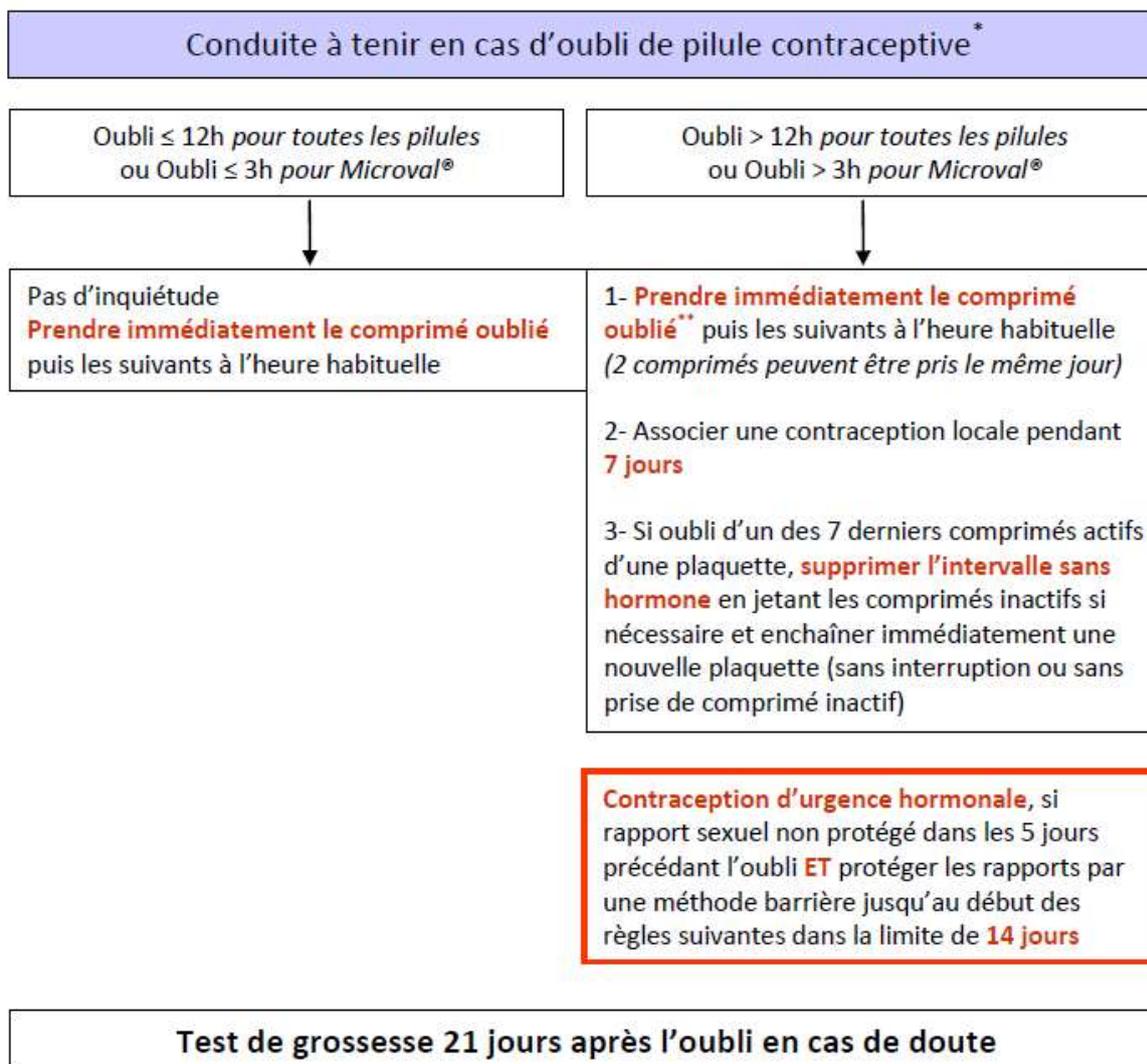


Figure 12 : Arbre décisionnel : « Que faire en cas d'oubli de pilule ? » (28)

5.2.2. Patch

Il est recommandé de coller le patch sur une peau sèche, sans risque de transpiration ou de frottements (bretelle, ceinture...), non exposée au soleil, sans poils. Idéalement au niveau de l'abdomen, des omoplates ou de la partie supérieure de la fesse, il faut changer la zone d'application du patch à chaque fois que l'on en pose un nouveau afin d'éviter les irritations et les démangeaisons. Le patch ne doit pas être appliqué sur les seins.

Le pharmacien doit conseiller à la patiente de toujours veiller à ce que le patch soit bien en place, qu'il ne faut pas le découper ou l'altérer pour ne pas nuire à son efficacité.

En l'absence de contraception préalable, si le patch est mis le premier jour du cycle, l'efficacité contraceptive est assurée immédiatement, s'il est mis plus tard il faut y associer une protection

mécanique durant 7 jours. Il faut également rappeler la conduite à tenir en cas de décollement du patch ou de retard à l'application. (cf Figure 13) (28)

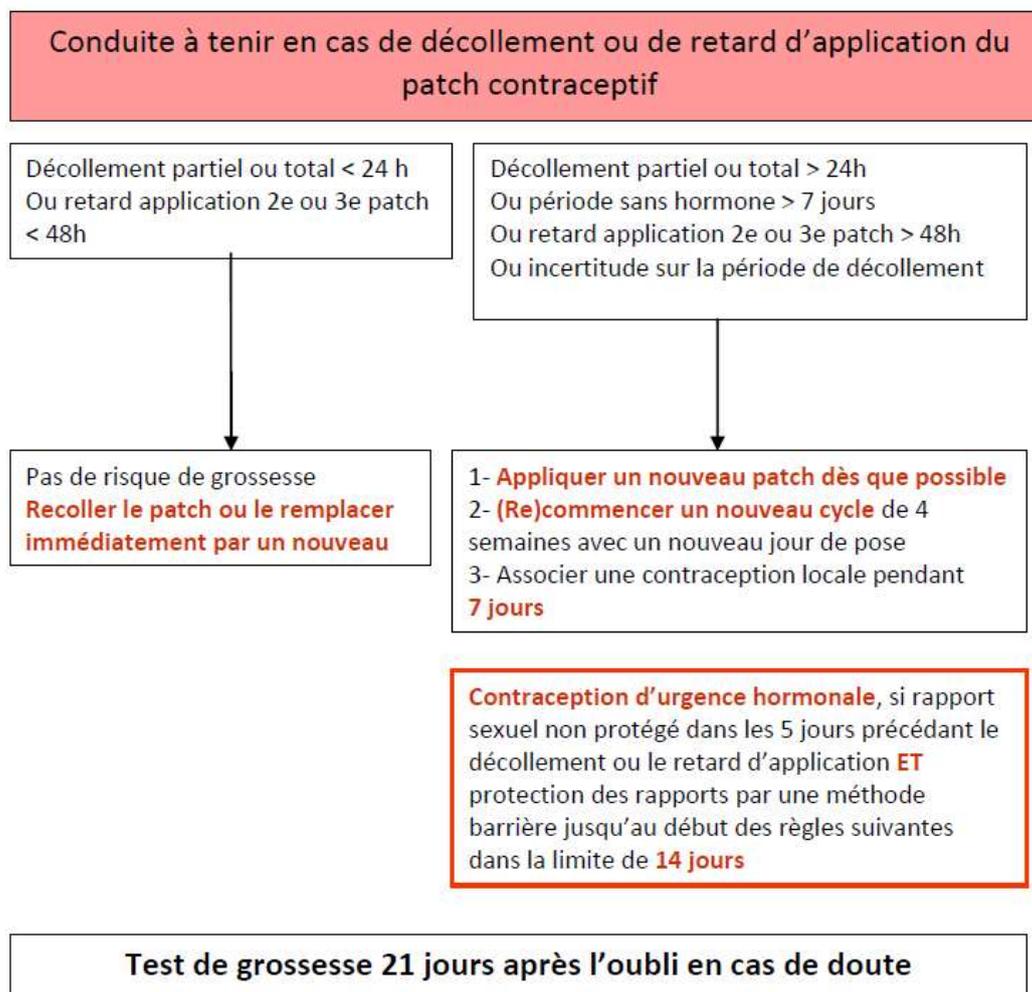


Figure 13 : Arbre décisionnel : « Que faire en cas de décollement ou de retard d'application du patch ? » (28)

5.2.3. Anneau

Le pharmacien peut donner des conseils pour la bonne utilisation de l'anneau. Il doit être placé au fond du vagin. L'insertion se fait en pinçant l'anneau entre le pouce et l'index ou à l'aide d'un applicateur. Il est mis en place le premier jour du cycle pour une durée de 3 semaines, il faut retirer l'anneau et le replacer à la même heure, le même jour après la pause d'une semaine au cours de laquelle survient l'hémorragie de privation. Il est conseillé de contrôler de temps en temps que l'anneau est bien présent. En cas retard de mise en place ou d'expulsion, il existe plusieurs cas de figure comme expliqués ci-dessous (Figure 14). (28)

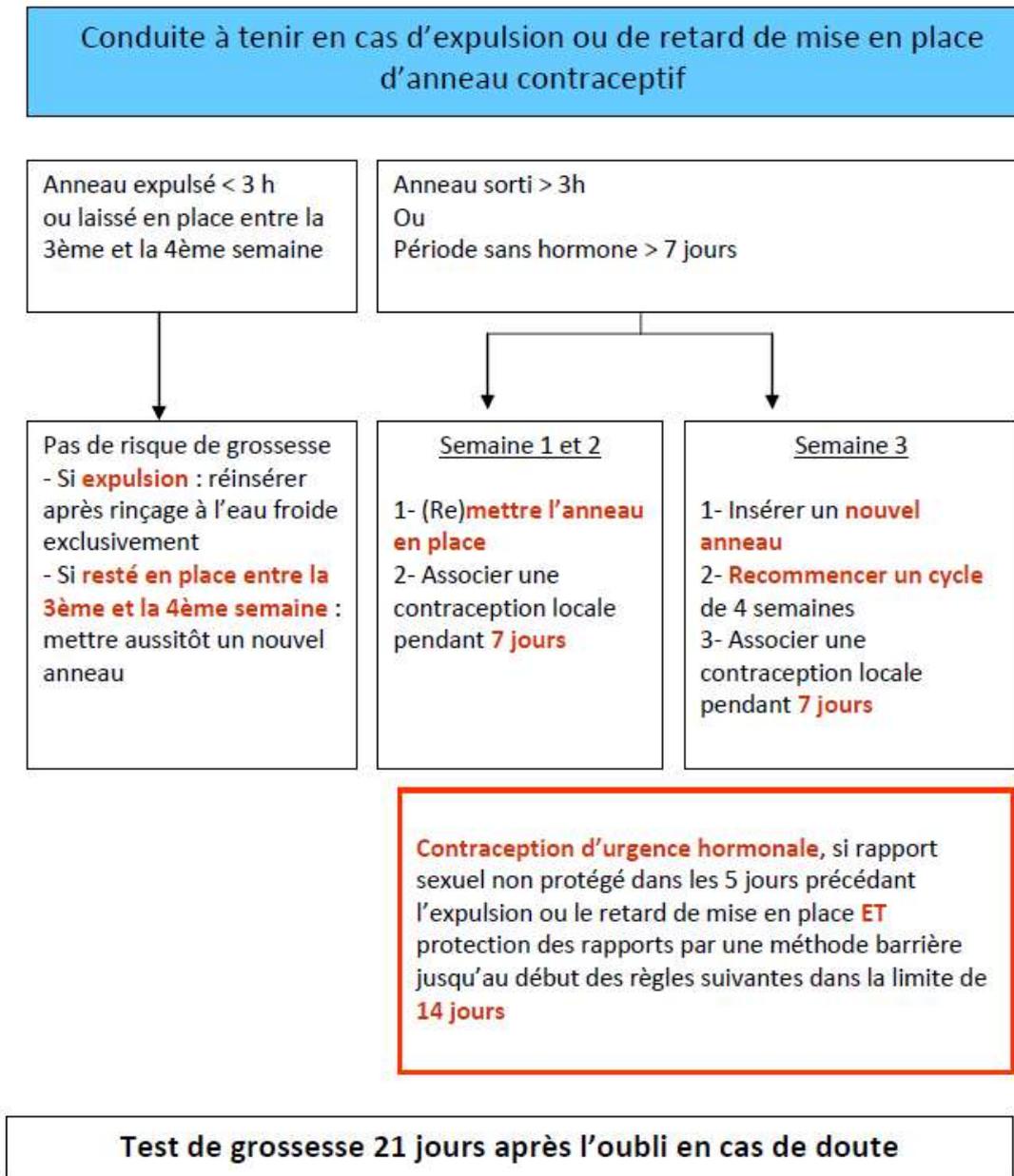


Figure 14 : Arbre décisionnel : « Que faire en cas d'expulsion ou de retard de mise en place de l'anneau ? » (28)

En l'absence de contraception préalable, si l'anneau est mis le premier jour du cycle, l'efficacité contraceptive est assurée immédiatement, s'il est mis plus tard il faut y associer une protection mécanique durant 7 jours. (28)

A la pharmacie l'anneau est conservé au frigo entre 2 ° et 8 ° C. Lors de la délivrance, le pharmacien écrit la date de délivrance sur la boîte, le produit peut être conservé 4 mois à une température inférieure à 30 ° C. L'anneau ne doit pas être inséré au-delà de ce délai. (9)

Certaines femmes expriment des craintes sur le fait que le partenaire puisse sentir l'anneau pendant le rapport sexuel. On peut rassurer ces femmes car l'anneau peut être laissé pendant les rapports sans gêner le partenaire. Toutefois, si c'est le cas, il est possible de l'enlever moins de 3 h ; avant de le remettre il faut le rincer à l'eau froide. (28)

5.2.4. Implant

Le pharmacien peut expliquer aux femmes désirant se faire poser un implant qu'il s'agit d'un petit cylindre dans lequel se trouve un réservoir délivrant une dose de progestatif en continue (étonogestrel). Il est mis en place pour 3 ans (hormis pour les femmes obèses chez qui il est parfois retiré au bout de 2 ans). Sa pose s'effectue par un médecin ou une sage-femme, une aiguille spécifique est nécessaire pour réaliser l'insertion et le retrait nécessite une petite incision. Une crème anesthésiante peut-être appliquée avant l'insertion ou le retrait de l'implant. (28)

Sans contraception préalable, l'implant doit être inséré entre le 1^{er} et le 5^{ème} jour du cycle, dans ces cas-là une contraception mécanique complémentaire n'est pas nécessaire. (9)

Le pharmacien doit prévenir la femme de la survenue éventuelle d'effets indésirables tels que la prise de poids, l'acné, l'absence de règles ou de saignements irréguliers. Ces derniers sont souvent rapportés et doivent faire l'objet d'une consultation médicale s'ils altèrent la qualité de vie. (28)

Toutefois, il faut aussi rappeler aux femmes, qu'il s'agit de la méthode contraceptive la plus efficace et qu'elle ne nécessite pas d'observance. (28)

5.2.5. DIU

Il est important pour le pharmacien de rappeler que la pose du DIU est possible pour toutes les femmes, même celles n'ayant jamais eu d'enfants, qu'il en existe de différentes tailles. Il faut combattre les nombreuses idées reçues qui limitent l'accès à l'ensemble des méthodes contraceptives pour les femmes les plus jeunes. La possibilité de le laisser en place pendant une longue période (entre 3 et 10 ans) est également un avantage surtout pour les femmes ayant des soucis d'observance.

D'autre part, il faut rappeler que la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) (ibuprofène, aspirine ...) n'interagit pas avec l'effet contraceptif du DIU au cuivre. Avec le DIU au cuivre, les règles peuvent être plus longues et plus douloureuses surtout dans les mois qui

suivent la pose. On peut leur conseiller de prendre des AINS, ces derniers diminuent la synthèse des prostaglandines responsables des dysménorrhées.

Le DIU hormonal peut être responsable d'acné, d'une prise de poids, d'une modification de l'humeur ainsi que d'une aménorrhée ou de spotting. (28)

5.2.6. Préservatifs

Les préservatifs sont les seules méthodes qui protègent des IST. Certaines personnes ont du mal à les supporter, on peut leur préciser qu'il en existe différentes sortes, tailles... En cas d'allergie au latex, le pharmacien peut leur suggérer d'utiliser des préservatifs hypoallergéniques sans latex.

D'autre part, si une personne se plaint de ruptures fréquentes avec les préservatifs, il faut lui recommander d'y associer un gel lubrifiant et d'avoir recours à la CU (en l'absence de contraception complémentaire). (28)

5.2.7. Autres conseils

5.2.7.1. Test de grossesse

Après un rapport non protégé, il faut conseiller à la femme de faire un test de grossesse en cas de retard de règles 3 semaines après le rapport. Il est inutile de le faire plus tôt. Si une femme s'inquiète d'avoir pris une CU alors qu'elle était enceinte, il faut la rassurer car aux doses utilisées le lévonorgestrel et l'ullipristal acétate ne peuvent pas stopper une grossesse en cours.

5.2.7.2. Sevrage tabagique

Pour les femmes prenant une COP, le pharmacien peut lui conseiller d'arrêter de fumer en proposant de mettre en place un sevrage tabagique à l'aide de substituts nicotiques, et rappeler qu'ils sont remboursés par l'Assurance Maladie depuis le 1^{er} janvier 2019. (28)

5.2.7.3. Chloasma

Le chloasma est une hyperpigmentation irrégulière, due à une surproduction de mélanine au niveau de l'épiderme et/ou du derme, qui touche les zones de la peau exposée au soleil. Il est dû à une hyperstimulation hormonale des mélanocytes induite par les estrogènes (et dans une moindre mesure par les progestatifs). Il apparaît souvent au cours de la grossesse mais peut

également survenir lors de la prise d'une contraception hormonale ou d'un traitement hormonal substitutif. Si une femme sous pilule, anneau ou patch se plaint de l'apparition de taches brunes sur le visage, le pharmacien peut conseiller de limiter l'exposition au soleil et d'utiliser une protection solaire sur les zones exposées (crème solaire, chapeau, lunettes, parasol...). D'autre part, des crèmes antitaches peuvent être utilisées, elles permettent d'unifier le teint et contiennent souvent des filtres UV. En cas de chloasma persistant, le laser ou le peeling peuvent être des solutions à envisager, ainsi qu'un changement de contraception. (71)

5.2.7.4. Mastodynies

Les mastodynies (tensions mammaires) sont un des effets indésirables se manifestant fréquemment lors de l'utilisation de contraception à climat oestrogénique. Elles apparaissent plus fréquemment avec les COP de 3^{ème} génération (par voie orale, vaginale ou percutanée), et les microprogestatifs (implant, DIU, pilule) et se manifestent plus fortement dans la période précédant les menstruations. En générale, les tensions mammaires sont fréquentes lors de l'instauration de la contraception et s'amendent au bout de quelques cycles. Toutefois, en cas de persistance des symptômes, le pharmacien peut conseiller l'utilisation de veinotoniques, d'AINS ou de paracétamol pour soulager les douleurs et inciter la femme à consulter. Le médecin pourra lui prescrire un traitement progestatif oral ou transcutanée 10 jours par mois ou proposer un changement de contraception. (71) (9)

5.2.7.5. Antifongiques

Lors de l'utilisation d'un spermicide, aucun traitement antifongique ou savon ne doit être utilisé localement au risque de rendre la contraception inefficace. Les spermicides peuvent provoquer des irritations locales qui ne doivent pas être confondues avec une mycose ou une infection génitale. Lors de la délivrance d'un antifongique chez une femme utilisant un spermicide, il faudra lui recommander de ne pas utiliser le spermicide dans les 24 h après avoir insérer l'ovule dans le vagin. D'autre part, il faudra déconseiller l'utilisation de préservatif ou diaphragme en latex pendant le traitement par antifongiques car les excipients présents dans les ovules altèrent le latex. (71)

5.3. Relais entre les différentes méthodes contraceptives (9) (28)

Relais entre contraceptions	Quand ?	Protection mécanique de 7 jours recommandée ?
COP* vers pilule OP ou anneau	Le lendemain de la prise du dernier comprimé, du retrait du patch ou de l'anneau OU Après la pause de 7 jours sans hormones	NON
COP vers patch	Le 1 ^{er} jour de l'hémorragie de privation (attendre les règles)	NON
	Après le 1 ^{er} jour de l'hémorragie de privation	OUI
COP vers Méthode progestative*	Le lendemain de la prise du dernier comprimé, du retrait du patch ou de l'anneau	NON
Pilule microprogestative vers COP	A n'importe quel moment Prendre le 1 ^{er} comprimé le lendemain	OUI
Implant ou DIU vers COP	A n'importe quel moment Prendre le 1 ^{er} comprimé le jour du retrait	OUI
Progestatif injectable vers COP, implant, DIU	Le jour prévu de la prochaine injection (jusqu'à 12 semaines) +/- 5 jours pour le DIU au cuivre	OUI
Méthode progestative (sauf injectable) vers Méthode progestative	A n'importe quel moment du cycle Le jour du retrait pour DIU et implant	NON

Toutes les méthodes vers DIU cuivre	Le jour du retrait (implant, DIU) Jusqu'à 5 jours après le dernier comprimé, patch, anneau ou le retrait Pose en première partie de cycle (1 ^{er} jour ou fin de règles)	NON
---	---	------------

*COP : pilule, patch, anneau

*Méthode progestative : pilule microprogestative, DIU hormonal, implant ou progestatifs injectables

6. Réalisation d'un questionnaire sur la contraception

6.1 Présentation du questionnaire et protocole

A l'aide d'un questionnaire, disponible en *Annexe 4*, j'ai pu faire un état des lieux sur les pratiques contraceptives et la gestion des oublis chez les femmes entre 15 et 49 ans.

Au total, elles sont 153 à y avoir répondu.

Le questionnaire est constitué de 10 questions, les 2 premières concernaient les patientes et leur demandait de préciser leur âge ainsi que leur situation professionnelle.

Une partie du questionnaire a été réalisé à l'officine, cet échantillon contient une surreprésentation des femmes sous pilule et une sous-estimation des femmes n'utilisant aucune contraception.

Une autre partie des femmes a été recrutée sur Facebook, par conséquent beaucoup des personnes y ayant répondu sont des professionnels de santé (médecin, interne, externe, pharmacien, dentiste) plutôt bien informés sur l'ensemble des méthodes existantes.

La proportion de femmes sous contraception dans cet échantillon est similaire à celle de la population française. En effet, 7,8 % des femmes entre 15 et 49 ans interrogées n'utilisent aucune méthode de contraception, elles sont 8 % dans la population française (étude Baromètre Santé de 2016).

L'objectif de ce questionnaire est de mieux cerner les attentes des femmes vis-à-vis de leurs méthodes de contraception mais également leurs ressentis concernant l'information donnée par les différents professionnels de santé consultés. Les résultats de ce questionnaire permettront d'améliorer le conseil des pharmaciens lors de la délivrance d'une contraception et d'éviter ainsi le recours trop fréquent à la contraception d'urgence et de mieux cerner les situations exigeant sa prise.

6.2. Résultats et commentaires de l'enquête

6.2.1 Méthodes de contraception utilisées (questions sur l'âge et moyen de contraceptions – les 3 premières questions du questionnaire) :

La moyenne d'âge des participantes est de 26,7 ans (entre 17 et 49 ans) et la moitié des femmes interrogées ont entre 23 et 26 ans. La plupart des femmes interrogées étaient des étudiantes.

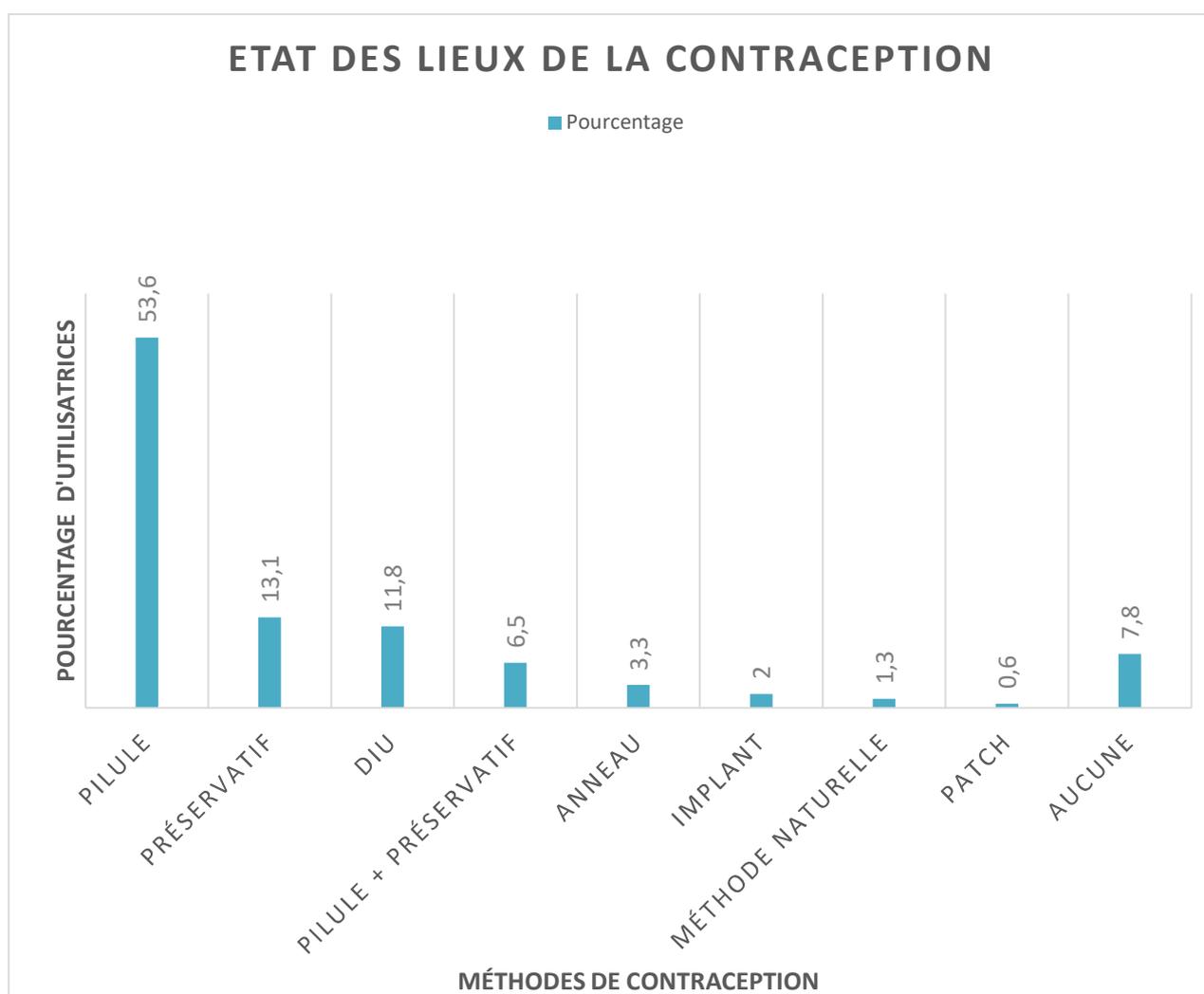


Figure 15 : Méthodes de contraception utilisées selon l'âge des femmes (entre 17 et 49 ans) ayant répondues aux questionnaires contraception (153 participantes)

Les résultats obtenus montrent une proportion beaucoup plus importante de femmes sous pilule par rapport à la population générale. En effet, 53,6 % des participantes prennent la pilule seule, contre 33,2 % dans la population française (étude baromètre santé de 2016). La moyenne d'âge des femmes sous pilule est de **27 ans**, et la moitié d'entre elles ont moins de 25,5 ans.

La proportion de femmes ayant choisi le DIU est bien plus faible que dans la population générale : 11,8 % pour celles ayant répondu au questionnaire contre 25,6 % dans la population française, il est probable que cet écart soit lié à l'âge des participantes. L'âge moyen des femmes utilisant un DIU comme contraception est **25,6 ans** et l'âge médian est 24 ans. Les utilisatrices de DIU sont plus jeunes que celles ayant classiquement recours au DIU dans la population générale. D'autre part aucune question liée à la parité n'est posé dans le questionnaire, par conséquent aucun lien ne peut être fait entre l'utilisation du DIU et le fait qu'elles aient des enfants.

Le préservatif est également très utilisé comme méthode de contraception : 13,1 % en utilisation seule (15,5 % en population générale) et 6,5 % en association avec la pilule (3,3 % en population générale). La moyenne d'âge des femmes utilisant le préservatif comme méthode de contraception est **26,8 ans** (âge médian : 26) et l'âge moyen des femmes associant préservatif + pilule est plus bas : **24 ans** (âge médian : 23 ans).

6.2.2 Etes-vous satisfaites de cette contraception ?

6.2.2.1 Motifs d'insatisfaction par méthodes

Chez les femmes utilisant une contraception, 18,4 % d'entre elles ont déclaré ne pas être satisfaites par leur méthode contraceptive. Parmi les raisons évoquées, il est mentionné (par méthodes) :

- DIU au cuivre : effets indésirables gênants (dysménorrhée, ménorragies)
- Pilule :
 - Effets indésirables gênants avec la pilule : irritabilité, absence de règles, baisse de libido, déprime, migraine, douleurs lombaires, mastodynies, prise de poids
 - Oublis de prise
 - Contrainte d'une prise journalière
 - Impacts à long terme de la prise d'hormones
 - Coût pour les pilules non remboursées

- Préservatif :
 - Manque de confort
 - Perte de plaisir
 - Coupure dans l'acte sexuel
 - Coût
 - Moins efficace que les autres méthodes
- Anneau : prix élevé
- Implant : poussées d'acné

Les méthodes apportant le moins de satisfaction sont la pilule et le préservatif.

6.2.2.2 Motifs de satisfaction par méthodes

Les femmes satisfaites de leur contraception, le justifient par les motifs suivants :

- Pour la **pilule** :
 - Efficacité
 - Absence d'effets indésirables (la prise de poids est souvent citée)
 - Diminution de l'acné
 - Absence de règles (désogestrel), diminution et régulation du cycle menstruel
 - Facile à utiliser
 - « Convient à mon mode de vie »
 - Pas d'acte médical à pratiquer (comme avec le DIU)
- Pour le **DIU** :
 - Efficacité
 - Absence de prise quotidienne (longue durée d'action)
 - Absence de règles (DIU hormonal)
 - Absence d'hormones (DIU cuivre)
- Pour le **préservatif** :
 - Absence d'hormones
 - Protection contre les IST
 - Pratique
- Pour l'**implant** :
 - Longue durée d'action (pas besoin d'y penser)
 - Absence de règles
- Pour le **patch** :
 - Pas d'effets indésirables (prise de poids)
 - Pas d'oublis

- Pour l'**anneau** :
 - Pas d'effets indésirables
 - Pas de prises quotidiennes (donc diminution des oublis)
- Pour les **méthodes naturelles** :
 - Méthode sans hormone
 - Permet d'impliquer le partenaire

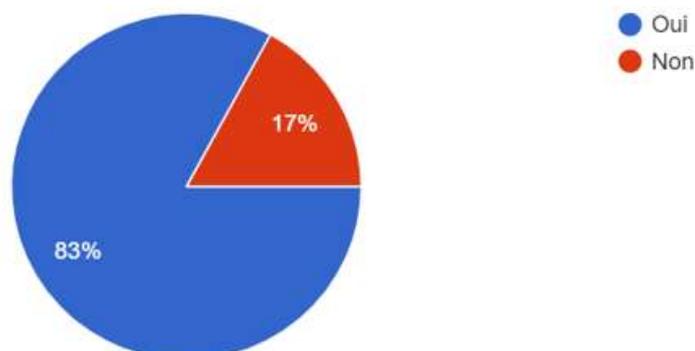
L'absence d'effets indésirables avec la pilule est l'un des motifs de satisfaction le plus fréquemment cité par les femmes l'utilisant. D'autre part, la régulation du cycle menstruel et surtout l'absence de règles sont vécus comme des conséquences positives de la prise de pilule. La diminution de l'acné est mentionnée chez les femmes sous Diane 35® ou des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération (Triafémi®, Jasminelle®).

La longue durée d'action de sa contraception et donc le fait de ne pas avoir à y penser quotidiennement est le motif de satisfaction le plus cité chez les femmes à qui on a posé un DIU.

L'absence d'hormones (citée très fréquemment), plus qu'un motif de satisfaction, est probablement intervenu dans le choix des femmes utilisant le DIU, le préservatif et plus marginalement les méthodes de contraception naturelles.

En effet, on peut noter que beaucoup de femmes utilisant le préservatif, ou sous DIU, ont mentionné l'absence d'hormones avec cette méthode ; pour certaines le choix de ce mode de contraception faisait suite à la prise de pilule.

6.3. Avez-vous choisi votre contraception après avoir eu une information éclairée concernant l'ensemble des méthodes existantes ?



83 % des femmes sous contraception ont déclaré avoir reçu une information éclairée sur l'ensemble des méthodes disponibles pour faire le choix de leur contraception.

Parmi celles ayant déclarés ne pas s'être senties suffisamment informées de l'ensemble des méthodes contraceptives existantes, les raisons évoquées étaient les suivantes :

L'absence de recherche d'information personnelle : le choix de la facilité, avec pour motif que « la pilule est la méthode la plus utilisée », « je ne me suis pas posée de question ».

Le paternalisme médical : « orientation directement vers la pilule et pas les autres moyens de contraception », « pas d'explication sur les autres méthodes existantes », « le gynécologue ne m'a pas parlé d'autre chose », « la pilule m'a été prescrite directement par le médecin ».

Choix imposé en raison de l'état de santé et du risque majoré de thrombose :

- Après avis médical (optimizette)
- Après la grossesse (optimizette)

Objectif différent de la seule finalité contraceptive :

- Recherche d'un traitement hormonal pour l'acné (pilule)
- Agir sur les dysménorrhées (pilule)

L'ensemble des femmes ne s'étant pas senties suffisamment informées lors de la prescription de leur contraception utilisent la pilule.

La majorité d'entre elles s'est vue prescrire la pilule, sans que les autres méthodes de contraception existantes aient été évoquées par le prescripteur. Les prescripteurs ne semblent pas avoir suivi le modèle BERCER recommandé par l'OMS. Ils n'ont pas systématiquement dédié leur première consultation à l'information sur l'ensemble des méthodes de contraception disponibles. Par conséquent, toutes les femmes n'ont pas été impliquées dans le choix de leur contraception.

Dans certains cas le manque d'information semble en adéquation avec l'option de quelques femmes qui avouent prendre la pilule sans se poser de questions sous prétexte qu'il s'agit de la méthode de contraception la plus utilisée.

6.4. Quelles sont pour vous les sources d'informations sur les différentes méthodes contraceptives (leur efficacité, leurs effets indésirables...) :

Dans un premier temps, les femmes disent faire le plus confiance à leur médecin comme sources d'informations sur la contraception, puis dans l'ordre leurs amis, la sage-femme, internet et le pharmacien.

6.5. Rôle du pharmacien

Globalement, les femmes interrogées se sentent suffisamment informées par le pharmacien sur **la bonne utilisation** des méthodes contraceptives.

Cependant, 47 % d'entre elles ne se sentent pas assez **averties sur les effets indésirables** associés à la prise de leur contraception. Il pourrait ainsi s'avérer nécessaire de demander à la femme si elle souhaite un rappel sur sa contraception à l'occasion d'un renouvellement et surtout lors d'une primo-prescription.

D'autre part, seulement 63,9 % des femmes se sentent suffisamment informées par le pharmacien **sur la conduite à tenir en cas d'oubli** de sa contraception.

Au vu des résultats, des efforts sont à fournir par les pharmaciens pour améliorer la bonne utilisation et la bonne connaissance des femmes en matière de contraception. La formation continue des pharmaciens sur les méthodes contraceptives les plus adaptées et leurs particularités apparaît indispensable. Apprendre à déceler les appréhensions et les idées fausses encore très répandues pourrait permettre de proposer aux femmes et/ou aux couples la méthode qui convient parfaitement à la situation du moment.

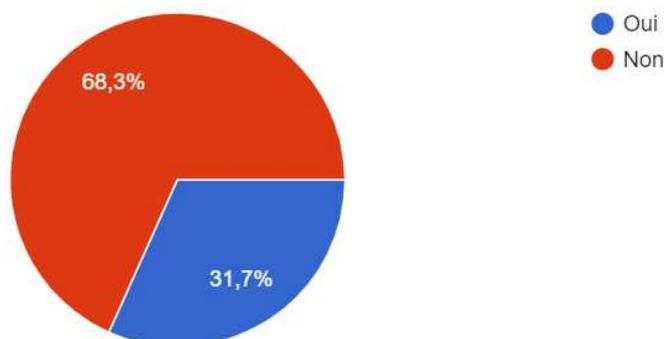
6.6. Oublis et recours à la contraception d'urgence

6.6.1. Vous est-il arrivé d'oublier votre moyen de contraception ?



Les données issues de ce graphique illustrent la difficulté pour les femmes interrogées à être observantes. En effet, seules 15,8 % des femmes n'oublient jamais leur contraception au cours d'une année. Dans une enquête réalisée en 2016, sur 500 femmes entre 21 et 29 ans prenant la pilule, 80 % d'entre elles l'avaient oublié au moins une fois au cours de l'année. (58)

6.6.2. En cas d'oubli, avez-vous eu recours à la contraception d'urgence ?



Seulement 31,7 % des femmes ont eu recours à la CU après avoir oublié leur contraception. Ces chiffres sont cohérents avec ceux que l'on retrouve en France, en 2012, une enquête internet révélait que seulement 20 % des femmes exposées au risque d'une grossesse non prévue avaient eu recours à la contraception d'urgence. (47) (cf paragraphe 412 page 66)

Cela montre que la plupart des femmes sous-estiment le risque de grossesse. Toutefois, on peut noter que la question aurait dû préciser : en cas d'oubli supérieur à 12 h avec la pilule,

ou expulsion supérieure à 3 h de l'anneau etc. En effet, certaines femmes n'ont probablement pas jugé nécessaire d'avoir recours à la contraception d'urgence si leur comprimé a été pris dans les 12 h après l'heure prévue.

A travers l'analyse des réponses fournies, on constate que la norme contraceptive est encore bien présente, avec la place prépondérante occupée par la pilule dans le paysage contraceptif et le peu de diversification des méthodes de contraception.

En effet, très peu de femmes, parmi celles interrogées, ont eu recours à l'implant, l'anneau ou le patch. Est-ce par manque de connaissances sur ces méthodes ou le désir de choisir une méthode déjà largement utilisée par les autres femmes ?

La volonté de mieux connaître sa contraception et notamment les éventuels effets indésirables transparait largement dans les réponses apportées. Le rôle du pharmacien est très important lors de la délivrance d'une contraception, il doit être capable de fournir des informations complètes sur le mode d'utilisation, les effets indésirables et surtout les modalités de rattrapage par méthode. Beaucoup des femmes interrogées ont du mal à prendre correctement leur contraception et surtout à évaluer les situations dans lesquelles elles seraient susceptibles de tomber enceinte.

CONCLUSION

Pour conclure, on constate que le choix d'une contraception est multifactoriel. Il est toutefois, encore aujourd'hui, très influencé par ce que l'on a décrit comme « la norme contraceptive ».

Cette norme persiste en France pour plusieurs raisons : une méconnaissance des femmes sur l'ensemble des méthodes contraceptives disponibles, la persistance des stéréotypes concernant certaines méthodes, la mise en avant d'emblée de la méthode la plus efficace par certains praticiens (laissant peu de place à la participation active de la femme ou du couple).

Pour autant, les motifs influençant le choix de la méthode vont au-delà de la seule finalité contraceptive. Ils doivent intégrer le mode de vie, le statut relationnel et les envies de la femme et du couple.

Par ailleurs, cette norme met en échec certains modes de contraception nécessitant une observance en imposant aux femmes une méthode plus qu'une autre.

Le pharmacien, en tant que professionnel de santé facilement accessible, doit être en mesure de renseigner correctement les femmes sur la contraception et les différentes modalités de rattrapage.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Pascal Fraperie, Marielle Maye-Lasserre. Généralités sur l'appareil génital féminin. Disponible sur : <https://microbiologiemedicale.fr/appareil-genital-feminin/> [Internet] [Consulté le 03/05/19]
2. Sylvia S. Mader. Traduction et adaptation de Nicole Dubois et Nancy Pelletier. Human Biology. Edition De Boeck Université. 2010. Pages 329- 339
3. Franck H. Netter. Traduction de Pierre Kamina. Atlas d'anatomie humaine 5^{ème} édition. Edition Elsevier Masson. 201. Page 355
4. Eric P. Widmaier, Hershel Raf, Kevin T. Strang. Physiologie humaine, 6^{ème} édition : Les mécanismes du fonctionnement de l'organisme. Edition Maloine. Janvier 2013 Pages 603- 619
5. Schéma d'une ovogénèse disponible sur le site du CHU de Toulouse [Internet] : <https://www.chu-toulouse.fr/formation-des-ovocytes-et> [consulté le 27/04/20]
6. Illustration de la folliculogénèse [Internet] disponible sur : <http://www.cngof.fr/communiqués-de-presse/102-la-puberte> [consulté le 27/04/20]
7. Cycle menstruel disponible sur : <http://www.cngof.fr/cycle-menstruel/297-schema-general-d-une-ovulation> [Internet] [Consulté le 03/06/20]
8. Pr Blandine Courbière, Pr Xavier Carcopino. KB Gynécologie Obstétrique, Edition 2019. Edition Vernazobres-Gregg. Chapitre sur la contraception P. 319-350
9. Monographie des médicaments. Disponible sur : www.vidal.fr [Internet] [Consulté entre le 03/05/19 et le 03/09/20]
10. Contraceptifs oraux commercialisés en France - ANSM
<https://www.ansm.sante.fr> › Contraceptifs-oraux_Classification_Janvier-2015
Disponible sur : [file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/Contraceptifs-oraux_Classification_Janvier-2015%20\(8\).pdf](file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/Contraceptifs-oraux_Classification_Janvier-2015%20(8).pdf) [Internet] [Consulté le 15/11/19]
11. Jeffrey T Jensen, Johannes Bitzer, Marco Serrani. Comparison of the pharmacologic and clinical profiles of new combined oral contraceptives containing estradiol. L'article a été publié dans le Dove Press Journal : Open Access Journal of Contraception. 29/11/2013 [Internet] [Consulté le 14/02/20]
12. Nathalie Bajos, Mylène Rouzaud-Cornabas, Henri Panjo, Aline Bohet, Caroline Moreau et l'équipe Fécond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Institut national d'études démographiques « *Populations et Sociétés* ». Mai 2014. [Consulté le 14/02/20]

13. [Internet]. Fiche à destination des patientes utilisatrices des COP : rappel sur les effets indésirables et les signes évocateurs d'accidents thromboemboliques. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-02/24618_anm_contraceptifs_18_12_2013_version_college.pdf
14. Guigues B. Fonctionnement de l'implant contraceptif Nexplanon. Disponible sur : <http://www.cngof.fr/menu-la-contraception/304-l-implant-nexplanon> [Internet] [Consulté le 15/12/19]
15. Recommandation HAS 2013 révisées en 2017 sur les différentes méthodes contraceptives. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf [Internet] [Consulté le 03/01/20]
16. Avis de la COMMISSION NATIONALE D'ÉVALUATION DES DISPOSITIFS MÉDICAUX ET DES TECHNOLOGIES DE SANTÉ sur les préservatifs EDEN. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CEPP-5810_EDEN_20_novembre_2018_\(5810\)_avis.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CEPP-5810_EDEN_20_novembre_2018_(5810)_avis.pdf) [Internet] [Consulté le 03/02/20]
17. Avis de la COMMISSION NATIONALE D'ÉVALUATION DES DISPOSITIFS MÉDICAUX ET DES TECHNOLOGIES DE SANTÉ sur les préservatifs « Sortez couverts ! » Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-08/cepp-5834_sortez_couverts_18_decembre_2018_5834_avis.pdf [Internet] [Consulté le 14/02/20]
18. Site du gouvernement : <https://www.choisirsacontraception.fr/> [Internet] [Consulté le 03/01/20]
19. Fiche Mémo HAS : Contraception chez la femme adulte et l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG). Janvier 2015. Mise à jour juillet 2019. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraceptionfadulte-procreer-060215.pdf [Internet] [Consulté le 10/05/20]
20. Tableau issu de la HAS : Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles (corrigés en 2017) Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf [Internet] [Consulté le 14/02/20]
21. Fiche Mémo de la HAS. Contraception chez la femme en post-partum. Juillet 2013 – Mise à jour juillet 2019. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj-contraception-post-partum-060215.pdf [Consulté le 31/08/20]

- 22.** Raccach-Tebeka B, Plu-Bureau G. Contraception du post-partum : recommandations pour la pratique clinique. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction Volume 44, Issue 10, Décembre 2015, Pages 1127-1134. [Consulté le 01/09/20]
- 23.** Conseil National de l'ordre des pharmaciens. Médicaments à dispensation particulière à l'officine. Contraception hormonale d'urgence non soumise à prescription disponible sur : <http://www.meddispar.fr/Contraceptifs-delivres-a-titre-gratuit-pour-les-mineures/Contraception-hormonale-d-urgence-non-soumise-a-prescription/Conditions-de-delivrance-par-le-pharmacien-aux-mineures#nav-buttons> [Internet] [Consulté le 03/02/20]
- 24.** HAS. Recommandation des bonnes pratiques de la HAS concernant la bonne dispensation de la contraception d'urgence en officine. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1759990/fr/contraception-d-urgence-dispensation-en-officine#toc_1_4_3 [Internet] [Consulté le 14/02/20]
- 25.** Hamdaoui, N. La contraception d'urgence. RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie Volume : 46 Issue 12 (2018) 799-805 [Internet] [Consulté le 24/06/20]
- 26.** Cespharm.fr, un site réalisé par le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens. Carte « Que faire en cas d'oubli de pilule ? » : <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Catalogue/Que-faire-en-cas-d-oubli-de-pilule-carte4> [Consulté le 23/06/20]
- 27.** Hôpital Armand-Trousseau PARIS. Site du CRAT : <https://lecrat.fr/> [Internet] [Consulté le 14/02/20]
- 28.** Cespharm. Contraception. Conseiller et accompagner. Rôle du pharmacien. Dernière mise à jour mars 2017. [Consulté le 23/08/20]
- 29.** 28. Contexte de la contraception en France. RPC Contraception CNGOF. S. Vigoureux, M. Le Guen. Publié par Elsevier Masson SAS. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie Volume 46, Issue 12, Décembre 2018, Pages 777-785
- 30.** Gris, J.C. Journal des Maladies Vasculaires. Octobre 2014. P 316-317. Disponible : <https://doi.org/10.1016/j.jmv.2014.07.018> [Consulté le 21/02/21]
- 31.** Delphine Rahib, Mireille Le Guen, Nathalie Lydié. Etude de Santé Publique France BAROMÈTRE SANTÉ 2016 CONTRACEPTION : file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/152114_1806.pdf [Internet] [Consulté le 04/05/20]

32. Document de synthèse de la HAS. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Avril 2013. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf [Internet] [Consulté le 14/02/20]
33. Site Légifrance. Code de la sécurité sociale : Sous-section 1 : Montant de la participation de l'assuré (modification pour les jeunes filles mineures) Article R.160-17 (I, 5°). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000037964559/2019-06-01/>
34. Fiche Mémo HAS : Contraception : prescription et conseils aux femmes. Juillet 2013. Mise à jour juillet 2019. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraception_prescription-conseil-femmes-060215.pdf [Internet] [Consulté le 10/05/20]
35. Anne Freyens, Chloé Rieu, Marie Sibel, Pierre Boyer. Difficultés d'accès au dispositif intra-utérin chez les femmes nullipares. Recherche qualitative par entretiens semi-dirigés. Université de Toulouse, Département Universitaire de Médecine Générale Médecine. Février 2019
36. Egarter C, Ferry Tirri B, Bitzer J, et al. Women's perception and reason for choosing the pill, patch or ring in the CHOICE study : a cross-sectional survey of contraceptive method selection after counseling. BMC Women health. Février 2013
37. Amsellem-Mainguy Yaëlle. Jeunes femmes face à la multiplicité des méthodes contraceptives. Politiques sociales et familiales, n°100, 2010. Fécondité et politiques publiques. Pages 104-109 [Consulté le 16/06/20]
38. Pienkowski, C. Cartault, A. Republication de : Contraception de l'adolescente. RPC Contraception CNGOF. Gynécologie obstétrique fertilité & sénologie, 2018;46(12):858–64. [Consulté le 16/06/20]
39. Amokrane-Ahfir, Tekfa, Vallée, Josette. Vecteurs d'information et information sur la contraception: Perceptions d'adolescentes consultant en centre d'orthogénie. Dans Médecine; décembre 2016, Vol. 12 Issue 10, pages 465-472, 8p [Consulté le 16/06/20]
40. Site internet du mouvent français pour le planning familial associatif disponible grâce au lien suivant : <https://www.planning-familial.org/fr> [Consulté le 21/02/21]
41. <https://www.etudiant.gouv.fr/cid127096/etudes-de-sante-service-sanitaire-des-la-rentree-2018.html> [Consulté le 19/06/20]
42. Epass. Disponible sur : https://www.epassjeunes-paysdelaloire.fr/wp-content/uploads/2019/05/Tutoriel-e.pass-sant%C3%A9_Compte-pharmaciens.pdf [Consulté le 18/06/20]

- 43.** A.-M. Duchêne-Patona , P. Lopès. Sexualité et choix du mode contraceptif. A.-M. Duchêne-Patona , P. Lopès. Sexologies Volume 24, Issue 2, Avril-Juin 2015, Pages 69-81
Disponible : <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2014.11.001>[Consulté le 09/06/20]
- 44.** Yaëlle Amsellem-Mainguy. La première contraception, au-delà de la question de la fécondité. Trois temps pour entreprendre sa biographie contraceptive. Dans Agora débats/jeunesses 2009/3 (N° 53), pages 21-33
Article disponible en ligne : <https://www.cairn.info/revue-agera-debats-jeunesses-2009-3-page-21.htm> [Consulté le 08/06/20]
- 45.** Dr Geoffroy ROBIN, Dr Brigitte LETOMBE, Dr Christine ROUSSET-JABLONSKI, Pr Sophie CHRISTIN-MAITRE, Pr Israël NISAND. Faut-il vraiment avoir peur de la pilule contraceptive ? CNGOF. Octobre 2017. [Consulté le 09/07/20]
- 46.** Haute Autorité de Santé. NEXPLANON 68 mg, implant pour usage sous-cutané. Avis de la commission de la transparence du 16 septembre 2015 https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-14280_NEXPLANON_PIS_RI_Avis2_CT14280.pdf
[Consulté le 11/06/20]
- 47.** F. Sergent, C. Clamageran, A.-M. Bastard, E. Verspyck, L. Marpeau, Acceptabilité de l'implant contraceptif à l'étonogestrel (Implanon®). La Revue Sage-Femme 2004 3(6):261-269 [Consulté le 11/06/20]
- 48.** Cecile Ventola. Le genre de la contraception : représentations et pratiques des prescripteurs en France et en Angleterre. Dans Cahiers du Genre 2016/1 (n° 60), pages 101 à 122 [Consulté le 12/06/20]
Disponible : <https://www.cairn.info/revue-cahiers-du-genre-2016-1-page-101.htm?contenu=bibliographie> [Consulté le 12/06/20]
- 49.** Hassoun, D. Méthodes de contraception naturelle et méthodes barrières. RCP contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie Volume : 46 Issue 12. Decembre 2018, Pages 873-882 [Consulté le 23/06/20]
- 50.** Serfaty D. Le marché de la contraception en France et son évolution depuis 2011 : la France serait-elle atteinte d'homonophobie ? Gynecologie, obstetrique, fertilité & senologie. Juillet-Aout 2018; Vol. 46 (7-8), pp. 561-562 [Consulté le 10/07/20]
Disponible : <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2018.04.002>
- 51.** Dubusquat Sabrina. Blog : « J'arrête la pilule, tout sur ma vie sans pilule » [Internet]
Disponible sur le site : <https://jarretelapilule.fr/> [Consulté le 10/07/20]

52. Revuz, J. Acné de la femme adulte. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. Volume: 137. Supplement 2, November 2010, Pages S57-S59 [Consulté le 08/06/20]
53. S. Fernandez-Sala, R. Rousseau-Durand, P.-E. Morange, J. Chiaroni, B. Courbiere. Impact des représentations du sang menstruel sur le choix contraceptif des femmes. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie* 47 (2019) 662–671 [Consulté le 09/06/20]
54. Brunon Maud, Vallée Josette. Contraception et tabac : que choisir ? *Médecine*. Septembre 2019, Vol. 15 Issue 7, pages 300-305. 6p. [Consulté le 20/06/20]
55. M. Lobert a,b, M. Pigeyre b,c, H. Gronier d, S. Catteau-Jonard b, G. Robin. Contraception et Obésité. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie* Volume: 43 Issue 11. Novembre 2015. 740-747 [Consulté le 23/06/20]
56. S. Vigoureux. Épidémiologie de l'interruption volontaire de grossesse en France. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* (2016) 1462-1476 Disponible : <https://doi.org/10.1016/j.igyn.2016.09.024> [Consulté le 24/06/20]
57. Schoub-Thieblemont, C M.Nadjafizadeh. Observance des méthodes contraceptives pre-IVG et analyse des changements comportementaux post-IVG. *La Revue Sage-femme* Volume: 17 Issue 2 (2018) Pages 49-53 [Consulté le 16/07/20]
58. Delphine Rahib, Nathalie Lydié et le groupe Baromètre santé 2016. L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION D'URGENCE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE EN 2016 : NIVEAU ET DÉTERMINANTS. *Bull Epidemiol Hebd* 2018 ; (29) 590-5 Disponible : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/29/2018_29_1.html [Consulté le 25/06/20]
59. HAS. « Améliorer l'information sur la contraception d'urgence » - Recommandation de la HAS. Avril 2013. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1543129/fr/contraception-d-urgence-prescription-et-delivrance-a-l-avance [Consulté le 27/07/20]
60. Caroline Moreau, Jean Bouyer, Fabien Gilbert, the COCON Group and Nathalie Bajos. Social, Demographic and Situational Characteristics Associated with Inconsistent Use of Oral Contraceptives: Evidence from France. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2006, 38(4):190–196 [Consulté le 25/07/20]
61. Bertin-Steunou, V. Bouquet É., Cailliez É., Tanguy M., Fanello S. Le médecin généraliste et l'oubli de pilule. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* Volume 39, Issue 3, Mai 2010, Pages 208-217 [Consulté le 30/07/20]

62. Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N, COCON Group. Contraception: from accessibility to efficiency. Hum Reprod. Mai 2003;18(5):944-9 [Consulté le 27/07/20]
63. Patrice Marie, Sophie Champollion, Rissane Ourabah. Que font les patientes lorsqu'elles oublient leur pilule ? Exercer. 2008;80(13-6). [Consulté le 30/07/20]
64. Enquête Opinion Health/Bayer. Réalisée en juin 2016. Enquête : Les Millenials* et la contraception Pourquoi les femmes oublient leur pilule ? Disponible : <https://www.bayer.fr/sites/default/files/Factsheet-Millenials-Contraception.pdf> [Consulté le 10/08/20]
65. INPES et Ministère de la Santé. CONTRACEPTION : Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? Dossier de Presse 2011. [Consulté le 10/08/20]
66. Santé Publique France. Contraception d'urgence : les délais méconnus par les jeunes, une campagne d'information pour y remédier. Mise à jour le 01/07/19. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2019/contraception-d-urgence-les-delais-meconnus-par-les-jeunes-une-campagne-d-information-pour-y-remedier> [Consulté le 10/08/20]
67. Mehmet Yigit, Josette Vallée. Connaissances des utilisatrices de contraception orale : oublis et effets indésirables. Médecine. 2019;15(6):271-276 [Consulté le 19/08/20]
68. Ameli.fr – « Règle de prise en charge et délivrance de la contraception par le pharmacien » Mise à jour le 10 mars 2020. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/dispensation-prise-charge/contraception/delivrance-contraception> [Consulté le 23/08/20]
69. Site Légifrance. Dispensation supplémentaire de contraceptifs oraux par le pharmacien Décret n°2012-883 du 17 juillet 2012. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026200416&categorieL> [Consulté le 23/08/20]
70. Cespharm.fr. Carte « Contraception d'urgence » à destination des femmes. Disponible sur le site du Cespharm : [http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Catalogue/\(offset\)/0/\(type\)/76/\(theme\)/93/\(editor\)/2097](http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Catalogue/(offset)/0/(type)/76/(theme)/93/(editor)/2097) [Consulté le 23/08/20]
71. Le moniteur des pharmacies. Contraceptifs hors pilule. Cahier 2 n°3017 du 01/02/2014. [Consulté le 28/08/20]

ANNEXES

Annexe 1 : Tableau (N°1) officiel des contraceptions de l'ANSM réactualisé avec les pilules commercialisées en 2020 (10)

Contraceptifs oraux commercialisés en France au 01 Janvier 2015					
Estro-progestatifs					
Génération progestatif	Dénomination commune (DC)	Phases	Dosage	Spécialités	Posologie
1 ^{ère}					
2 ^{ème}	Lévonorgestrel	Monophasique	Lévonorgestrel 150 µg, EE 30 µg	Minicril – Ludéal Lévonorgestrel Ethinylestradiol 150/30 Mylan	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
			Lévonorgestrel 100 µg, EE 20 µg	Optidril	21 cp actifs + 7 placebo
			Lévonorgestrel 100 µg, EE 20 µg	Leeloo – Lovavulo – Lévonorgestrel Ethinylestradiol Zentiva 100/20	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
		Biphasique	Lévonorgestrel 150 puis 200 µg, EE 30 puis 40 µg	Optilova	21 cp actifs + 7 placebo
		Triphasique	Lévonorgestrel 50 puis 75 puis 125 µg, EE 30 puis 40 puis 30 µg	Adépal - Pacilia Trinordiol – Evanecia - Daily -	21 cp (7+14) + 7 j d'arrêt 21 cp (6+5+10) + 7 j d'arrêt
			Lévonorgestrel 150 µg, EE 30 µg (84 cp) puis EE 10 µg (7 cp) Seasonique		
3 ^{ème}	Désogestrel	Monophasique	Désogestrel 150 µg, EE 20 µg	Mercilon - Désobel 150/20 - Désogestrel Ethinylestradiol 150/20 Biogaran / Zentiva	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
			Désogestrel 150 µg, EE 30 µg	Vamoline - Désobel 150/30 - Désogestrel Ethinylestradiol 150/30 Biogaran / Zentiva Vamoline continu	21 cp (+ 7 j d'arrêt) 21 cp actifs + 7 placebo
	Gestodène	Monophasique	Gestodène 60 µg, EE 15 µg	Méiodia – Minesse Gestodène Ethinylestradiol 60/15 Biogaran / EG / Teva / Zentiva / Mylan	24 cp actifs + 4 placebo
			Gestodène 75 µg, EE 20 µg	Harmonet - Méliane - Carlin 75/20 - Gestodène Ethinylestradiol 75/20 / Biogaran / EG / Mylan Teva	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
	Gestodène		Gestodène 75 µg, EE 30 µg	Minulet – Carlin 75/30 - Gestodène Ethinylestradiol 75/30 Biogaran / EG / Mylan / Teva / Zentiva	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
		Triphasique	Gestodène 50 puis 70 puis 100 µg, EE 30 puis 40 puis 30 µg	Perléane	21 cp (6+5+10) + 7 j d'arrêt
	Norgestimate	Monophasique	Norgestimate 250 µg, EE 35 µg	Effiprev	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
		Triphasique	Norgestimate 180 µg puis 215 µg puis 250 µg, EE 35 µg	Triafemi	21 cp (7+7+7) + 7 j d'arrêt
Autres (parfois appelées 4 ^{ème} génération)	Chlormadinone	Monophasique	Chlormadinone 2 mg, EE 30 µg	Bélara	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
	Drospirénone	Monophasique	Drospirénone 3 mg, EE 30 µg	Jasmine – Convuline - Drospibel 3 mg / 30 µg - Drospirénone Ethinylestradiol 3 mg / 30 µg Biogaran / Mylan	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
			Drospirénone 3 mg, EE 20 µg	Jasminelle – Bélanette - Drospibel 3 mg / 20 µg - Drospirénone Ethinylestradiol 3 mg / 20 µg Biogaran / Mylan /	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
			Drospirénone 3 mg, EE 20 µg	Jasminelle continu - Drospirénone Ethinylestradiol 3 mg / 20 µg Biogaran contin. Mylan continu Yaz - Drospirénone Ethinylestradiol Mylan Pharma continu	21 cp actifs + 7 placebo 24 cp actifs + 4 placebo
DiénoGEST	Multiphasique	DiénoGEST 5 piliers en mg : 0, 2, 3, 0 puis 0 Valérate d'estradiol 5 piliers en mg : 3, 2, 2, 1 puis 0.	Qlaira	26 cp actifs (2+5+17+2) et 2 placebo	
Nomégestrol	Monophasique	Nomégestrol acétate 2,5 mg, estradiol 1,5 mg	Zoely	24 cp actifs + 4 placebo	

cp : comprimé - EE : éthinylestradiol - j : jour

Annexe 2 : Fiche à destination des patientes élaborée par l'ANSM en collaboration avec la HAS sur les effets indésirables des COP et des signes évocateurs accidents thromboemboliques (13)

LORSQUE VOUS PRENEZ UN CONTRACEPTIF GESTROPROGESTATIF, VOUS DEVEZ RESPECTER PLUSIEURS PRÉCAUTIONS

- Si vous fumez, il est conseillé d'arrêter de fumer car le risque de thrombose artérielle augmente de façon importante lors de l'association pilule + tabac ou pilule + cannabis.
- Si vous avez des doutes sur les facteurs et antécédents de risque thromboembolique dans votre famille, consultez la fiche de la HAS : Quelle contraception pour les femmes à risque cardio-vasculaire ? (www.has-sante.fr). Si vous identifiez l'une des pathologies ou facteurs de risque décrits dans cette fiche, chez vous ou chez un membre de votre famille, signalez-le immédiatement à votre médecin traitant et/ou à votre gynécologue ou à votre pharmacien.
- Si une nouvelle maladie est survenue chez vous ou chez quelqu'un de votre famille depuis la prescription initiale, vous êtes invitée à le signaler à votre médecin traitant et/ou à votre gynécologue sans tarder car des précautions d'emploi ou des contre-indications peuvent alors exister.
- D'autres médicaments (antibiotiques,...), y compris délivrés sans ordonnance, peuvent diminuer l'efficacité de votre contraception œstroprogestative. Indiquez toujours à votre médecin vos autres traitements et demandez conseil à votre pharmacien.
- En cas de chirurgie programmée, de traumatisme, fracture et plus généralement lors de tout problème médical, signalez bien le nom de la contraception que vous prenez car il s'agit bien d'un traitement en cours.
- En cas de long voyage en avion, il est conseillé de vous lever toutes les 3 heures environ et de boire abondamment des boissons non alcoolisées.

Déclaration des effets indésirables

Vous pouvez déclarer un effet indésirable lié à l'utilisation d'un médicament. Ces remontées d'information sont essentielles à la tenue de statistiques fiables et indépendantes qui orienteront, si besoin, la prise de décisions de sécurité. Vous trouverez sur le site de l'ANSM (www.ansm.sante.fr) le formulaire et les informations nécessaires pour vous permettre d'effectuer cette déclaration.

Ce document a été réalisé en collaboration avec la HAS.

VOUS et ...
vos contraceptifs
œstroprogestatifs

La contraception orale (pilule) est, parmi les moyens de contraception¹, une méthode efficace et largement répandue. Les pilules œstroprogestatives ou « combinées » contiennent deux types d'hormones : des œstrogènes et des progestatifs. Il en est de même pour l'anneau vaginal et le patch.

- ◆ Ces médicaments sont prescrits par un médecin ou une sage-femme.
- ◆ Ces médicaments sont dispensés par un pharmacien.
- ◆ Ces médicaments sont efficaces lorsqu'ils sont utilisés selon les conditions d'utilisation expliquées dans leur notice, mais nécessitent une explication orale par le médecin, la sage-femme ou le pharmacien.
- ◆ La qualité de ces médicaments est strictement contrôlée.

Ce sont des médicaments.

¹ Les autres méthodes contraceptives efficaces sont : les dispositifs intra-utérin (stérile), le diaphragme, la capot cervical, l'implant contraceptif, le préservatif féminin, le préservatif masculin, les spermicides, les progestatifs injectables, la stérilisation à visée contraceptive, la contraception d'urgence.



Comme tout médicament, les contraceptifs œstroprogestatifs peuvent comporter des effets indésirables qu'il faut reconnaître le plus tôt possible

LES EFFETS INDÉSIRABLES GÉNÉRALEMENT PEU GRAVES

> Les plus fréquents sont des maux de tête, dont des migraines, et des saignements irréguliers entre les règles.

L'apparition ou l'aggravation de maux de tête doit impérativement être signalée à votre médecin prescripteur.

> D'autres troubles sont rares : troubles vaginaux (sècheresse vaginale...), modifications de l'humeur (irritabilité...) ou de la libido, troubles digestifs, cutanés, gonflement (œdème), augmentation ou diminution du poids, absence de règles ou douleur pendant les règles, tension ou écoulement des seins.

Tout effet indésirable apparaissant après la prise de pilule doit être signalé et discuté avec votre médecin.

LES ACCIDENTS GRAVES MAIS RARES

> La formation d'un caillot dans un vaisseau sanguin (thrombose).

Le caillot sanguin peut se former ou migrer :

- dans une veine des jambes, provoquant alors une phlébite,
 - dans une artère qui irrite :
 - le poumon, provoquant une embolie pulmonaire,
 - le cerveau, provoquant un accident vasculaire cérébral (AVC),
 - le cœur, provoquant un infarctus du myocarde.
- Fumer augmente de façon importante ce risque.

Ces accidents sont peu fréquents² mais graves : ils doivent être pris en charge en urgence.

² Estimation du nombre de cas d'accidents thrombotiques veineux attribués aux contraceptifs oraux combinés en France entre 2000 et 2011 - Rapport (26/03/2013) disponible sur le site de l'ANSM : www.ansm.sanite.fr

Bien reconnaître les signes qui doivent vous alerter

LES SIGNES ÉVOCATEURS DE PHLEBITE

- un gonflement (œdème) de l'une de vos cuisses ou jambes,
- une douleur avec ou sans gonflement d'un de vos mollets.

Dans ces cas, appelez ou consultez immédiatement votre médecin traitant, le médecin prescripteur ou le pharmacien.

Si ce n'est pas possible, appelez le SAMU - Centre 15 ou présentez-vous au service des urgences d'un hôpital ou d'une clinique.

D'AUTRES SIGNES NÉCESSITANT UNE PRISE EN CHARGE EN URGENCE

> évocateurs d'embolie pulmonaire :

- un essoufflement brutal, au repos ou inhabituel lors d'activités (montée d'escalier, conversation téléphonique...),
- la survenue de crachats sanglants,
- une accélération des battements du cœur (tachycardie) inhabituelle, inexpliquée et persistante surtout si associée à un des signes précédents :

> évocateurs d'infarctus du myocarde :

- une douleur dans la poitrine, souvent intense, angissante, irradiant ou non vers la mâchoire, les épaules, le bras gauche ou les deux bras et ne cédant pas en moins d'une minute ;

> évocateurs d'un accident vasculaire :

- une déformation ou engourdissement brutal de la bouche,
 - une faiblesse ou engourdissement soudain d'un côté du corps, bras ou jambe,
 - des difficultés à parler,
 - une perte ou anomalie de la vision.
- Ces signes peuvent s'accompagner de vertiges ou de maux de tête intenses.

Dans ces cas, appelez immédiatement le SAMU - Centre 15

Ces accidents peuvent être graves mais sont rares.



Annexe 3 : Annonce presse de l'INPES sur la sensibilisation à l'oubli de la contraception (65)



CAMILLE A TROUVÉ
COMMENT NE PLUS
OUBLIER SA PILULE*

* ELLE A CHOISI UN AUTRE MOYEN
DE CONTRACEPTION

La pilule est une contraception efficace. Toutefois, si vous l'oubliez souvent, parlez-en à un professionnel de santé. Il vous aidera à trouver la contraception qui vous convient. Plus d'informations sur www.choisirsacontraception.fr

Copyright INPES

Annexe 4 : Questionnaire contraception

Recueil de données sur les différentes méthodes contraceptives utilisées par les femmes entre 15 et 49 ans, sources d'informations et recours à la contraception d'urgence.

1- Quelle activité professionnelle/type d'étude faites-vous ? Précisez

.....

2- Quel âge avez-vous ?

3- Utilisez-vous un moyen de contraception (préservatif masculin et méthodes naturelles compris) ?

Si oui, lequel ou lesquels actuellement : **Précisez le nom de la pilule**

.....

Si non, pourquoi ?

.....

4- Etes-vous satisfaite de cette contraception ?

Oui Pourquoi ?

Non Pourquoi ?

Oubli de prise (pilule) ou pose (anneau, patch)

Effets indésirables gênants :

.....

.....

Coût

Autres :

.....

5- L'avez-vous choisie après avoir eu une information éclairée concernant les différentes méthodes existantes ?

Oui

Si non, pour quelle(s) raison(s) ?

.....

6- Quelles sont pour vous les sources d'informations sur les différentes méthodes contraceptives (leur efficacité, leurs effets indésirables, ...) :

- | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Médecins | <input type="checkbox"/> Infirmiers | <input type="checkbox"/> Magazines |
| <input type="checkbox"/> Pharmaciens | <input type="checkbox"/> Forums | <input type="checkbox"/> Famille |
| <input type="checkbox"/> Sages-Femmes | <input type="checkbox"/> Amis | |
| | <input type="checkbox"/> Internet | |

Autres :

7- Parmi les sources précédentes, citez les deux dans lesquelles vous avez le plus confiance :

.....

8- Vous sentez-vous suffisamment informé par votre pharmacien sur :

➤ **La bonne utilisation**

- Oui Non

➤ **Les éventuels effets indésirables**

- Oui Non

➤ **La conduite à tenir en cas d'oubli**

- Oui Non

9- Vous est-il arrivé d'oublier votre moyen de contraception (pilules, patches, anneau, préservatifs) ?

- Jamais
- Exceptionnellement : 1 à 2 fois par an
- Assez fréquemment : 3-6 fois par an
- Très fréquemment : > 6/fois par an

10- En cas d'oubli, avez-vous eu recours à la contraception d'urgence ?

- Oui Non

FAY, Ysaline- La contraception chez la femme : facteurs susceptibles d'influencer le choix et l'observance. Rôle du pharmacien d'officine.

108 feuilles, 15 illustrations, 30 cm.- Thèse : Pharmacie ; Rennes 1; 2021 ; N° .

Résumé français

En France, l'utilisation de la pilule contraceptive demeure très importante malgré la diversification des méthodes de contraception et le récent scandale sanitaire associé aux pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération. Le parcours contraceptif des femmes reste encore très lié à l'âge où à la parité. En effet, en début de vie sexuelle les jeunes femmes associent l'usage du préservatif à la pilule, puis elles utilisent la pilule seule lorsque leur relation se stabilise et choisissent de se faire poser un dispositif intra-utérin après avoir eu des enfants. La place faite aux autres méthodes de contraception tel que l'implant, le patch ou l'anneau est très marginale.

A l'heure actuelle, les sources d'informations ne manquent pas, malgré tout, de nombreux préjugés persistent sur certains moyens de contraception, limitant par exemple le recours au dispositif intra-utérin chez les femmes sans enfant.

La prise quotidienne d'une contraception ne semble pas compatible avec le mode de vie de toutes les femmes, et beaucoup des utilisatrices de pilule rencontrent des problèmes d'observance. Ces oublis de pilule sont un problème de santé publique car le nombre d'interruptions volontaire de grossesses stagne en France, malgré une couverture contraceptive parmi les plus élevée d'Europe. Les femmes paraissent mal informées à la fois sur l'ensemble des méthodes contraceptives disponibles mais également sur les conséquences encourues en cas d'oublis. Cela s'illustre par le peu de recours à la contraception d'urgence lorsque la situation l'exige et la mauvaise évaluation de situations jugées à risque de grossesse non désirées.

Rubrique de classement : PHARMACIE – CONTRACEPTION – OBSERVANCE

Mots-clés : Pharmacie, Contraception, Gynécologie, Pilule Contraceptive, Dispositif-Intra-utérin, Implant Contraceptif, Observance, Choix, Compliance, Adolescence, Ménopause, Tabac, Oublis, Risque thrombo-embolique, Contraception d'urgence, Interruption Volontaire de Grossesse.

Mots-clés anglais MeSH : Pharmacy, Contraception, Gynecology, Contraceptive Pill, Intrauterine Device, Contraceptive Implant, Adherence, Choice, Compliance, Adolescence, Menopause, Tobacco, Forgetfulness, Thromboembolic Risk, Emergency Contraception, Abortion.

Président : Madame LOHEZIC-LE DEVEHAT Françoise

JURY : Assesseurs : Mme DAVID Michèle [directrice de thèse]
Mme PINOT Marie [directrice de thèse]
Mme LAURENDEAU Pauline