

Année Universitaire 2024 / 2025

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Pharmacie

Soutenue publiquement le 11/06/2025

par Solène ARTU

**Santé sexuelle : Augmentation de l'arrêt de la pilule
contraceptive ou du changement de contraception
chez la femme en âge de procréer.**

Membres du jury :

Président du jury : M. Thierry DINE, Professeur d'Université en Pharmacie Clinique -
Pharmacie - UFR3S de Lille, Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier Loos-Haubourdin

Directeur de thèse : M. Bernard GRESSIER, Professeur d'Université en Pharmacologie -
Pharmacie - UFR3S de Lille, Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier d'Armentières

Membre extérieur : Mme Siham SAOUDI, Docteur en Pharmacie, Pharmacien Adjoint à
Tourcoing

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
Département Pharmacie Document transversal	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2024-2025	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024 Page 3/100

Université de Lille

Président
Premier Vice-président
Vice-présidente Formation
Vice-président Recherche
Vice-président Ressources Humaine
Directrice Générale des Services
CHIRIS-FABRE

Régis BORDET
Bertrand DÉCAUDIN
Corinne ROBACZEWSKI
Olivier COLOT
Jean-Philippe TRICOIT
Anne-Valérie

UFR35

Doyen
Premier Vice-Doyen, Vice-Doyen RH, SI et Qualité
Vice-Doyenne Recherche
Vice-Doyen Finances et Patrimoine
Vice-Doyen International
Vice-Doyen Coordination pluriprofessionnelle et Formations sanitaires
Vice-Doyenne Formation tout au long de la vie
Vice-Doyen Territoire-Partenariats
Vice-Doyen Santé numérique et Communication
Vice-Doyenne Vie de Campus
Vice-Doyen étudiant

Dominique LACROIX
Hervé HUBERT
Karine FAURE
Emmanuelle LIPKA
Vincent DERAMECOURT
Sébastien D'HARANCY
Caroline LANIER
Thomas MORGENROTH
Vincent SOBANSKI
Anne-Laure BARBOTIN
Victor HELENA

Faculté de Pharmacie

Vice - Doyen
Premier Assesseur et
Assesseur à la Santé et à l'Accompagnement
Assesseur à la Vie de la Faculté et
Assesseur aux Ressources et Personnels
Responsable de l'Administration et du Pilotage
Représentant étudiant
Chargé de mission 1er cycle
Chargée de mission 2eme cycle
Chargé de mission Accompagnement et Formation à la Recherche
Chargé de mission Relations Internationales
Chargée de Mission Qualité
Chargé de mission dossier HCERES

Pascal ODOU

Anne GARAT

Emmanuelle LIPKA
Cyrille PORTA
Honoré GUISE
Philippe GERVOIS
Héloïse HENRY
Nicolas WILLAND
Christophe FURMAN
Marie-Françoise ODOU
Réjane LESTRELIN

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (PU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie et Santé publique	81
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie	82
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
M.	DINE	Thierry	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie	82
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie - Virologie	82
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	ODOU	Pascal	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	POULAIN	Stéphanie	Hématologie	82
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	STAELS	Bart	Biologie cellulaire	82

Professeurs des Universités (PU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	ALIOUAT	Cécile-Marie	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Biophysique - RMN	85
M.	BERLARBI	Karim	Physiologie	86
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie	87
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie	87
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques	87

Mme	DELBAERE	Stéphanie	Biophysique - RMN	85
Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie thérapeutique	86
M.	DEPREZ	Benoît	Chimie bio inorganique	85
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire	87
M.	ELATI	Mohamed	Biomathématiques	27
M.	FOLIGNÉ	Benoît	Bactériologie - Virologie	87
Mme	FOULON	Catherine	Chimie analytique	85
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie et Santé publique	86
M.	GOOSSENS	Jean-François	Chimie analytique	85
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie	86
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique	86
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques	26
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie cellulaire	87
Mme	LESTRELIN	Réjane	Biologie cellulaire	87
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie analytique	85
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie physique	85
M.	MILLET	Régis	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	MOREAU	Pierre-Arthur	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	MUHR-TAILLEUX	Anne	Biochimie	87
Mme	PERROY	Anne-Catherine	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	RIVIÈRE	Céline	Pharmacognosie	86
Mme	ROMOND	Marie-Bénédicte	Bactériologie - Virologie	87
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie	86
M.	SERGHERAERT	Éric	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	WILLAND	Nicolas	Chimie organique	86

Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers (MCU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	CUVELIER	Élodie	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DANEL	Cécile	Chimie analytique	85
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie	82
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie et Santé publique	81
Mme	GENAY	Stéphanie	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
Mme	GILLIOT	Sixtine	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
M.	GRZYCH	Guillaume	Biochimie	82
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
M.	LANNOY	Damien	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
Mme	ODOU	Marie-Françoise	Bactériologie - Virologie	82

Maîtres de Conférences des Universités (MCU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ANTHÉRIEU	Sébastien	Toxicologie et Santé publique	86
M.	BANTUBUNGI-BLUM	Kadiombo	Biologie cellulaire	87
M.	BERTHET	Jérôme	Biophysique - RMN	85
M	BEDART	Corentin	ICPAL	86
M.	BOCHU	Christophe	Biophysique - RMN	85
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie	86
M.	BOSC	Damien	Chimie thérapeutique	86
Mme	BOU KARROUM	Nour	Chimie bioinorganique	

M.	BRIAND	Olivier	Biochimie	87
Mme	CARON-HOUDE	Sandrine	Biologie cellulaire	87
Mme	CARRIÉ	Hélène	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	CHARTON	Julie	Chimie organique	86
M.	CHEVALIER	Dany	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques	85
M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques	27
M.	EL BAKALI	Jamal	Chimie thérapeutique	86
M.	FARCE	Amaury	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	FLIPO	Marion	Chimie organique	86
M.	FRULEUX	Alexandre	Sciences végétales et fongiques	
M.	FURMAN	Christophe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie	87
Mme	GOOSSENS	Laurence	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie et Santé publique	86
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques	26
Mme	HAMOUDI-BEN YELLES	Chérifa-Mounira	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie	86
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie	87
M.	KAMBIA KPAKPAGA	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	KARROUT	Younes	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie	87
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie analytique	85
Mme	LEHMANN	Hélène	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	LELEU	Natascha	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86

M.	LIBERELLE	Maxime	Biophysique - RMN	
Mme	LOINGEVILLE	Florence	Biomathématiques	26
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie	86
M.	MARTIN MENA	Anthony	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
M.	MENETREY	Quentin	Bactériologie - Virologie	87
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques	85
M.	PIVA	Frank	Biochimie	85
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie et Santé publique	86
M.	POURCET	Benoît	Biochimie	87
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques / Innovations pédagogiques	85
Mme	RAVEZ	Séverine	Chimie thérapeutique	86
Mme	ROGEL	Anne	Immunologie	
M.	ROSA	Mickaël	Hématologie	87
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie	86
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie	87
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie - Virologie	87
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie	87
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Chimie organique	86
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques	87
M.	YOUS	Saïd	Chimie thérapeutique	86
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques	85

Professeurs certifiés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mme	KUBIK	Laurence	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeurs Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BAILLY	Christian	ICPAL	86
M.	DAO PHAN	Haï Pascal	Chimie thérapeutique	86
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie pharmaceutique	86

Maîtres de Conférences Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M	AYED	Elya	Pharmacie officinale	
M.	COUSEIN	Etienne	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques	85
Mme	DANICOURT	Frédérique	Pharmacie officinale	
Mme	DUPIRE	Fanny	Pharmacie officinale	
M.	DUFOSSEZ	François	Biomathématiques	85
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	85
Mme	GEILER	Isabelle	Pharmacie officinale	
M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	MITOUMBA	Fabrice	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	86
M.	PELLETIER	Franck	Droit et Economie pharmaceutique	86
M	POTHIER	Jean-Claude	Pharmacie officinale	
Mme	ROGNON	Carole	Pharmacie officinale	

Assistants Hospitalo-Universitaire (AHU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BOUDRY	Augustin	Biomathématiques	
Mme	DERAMOUDT	Laure	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	
M.	GISH	Alexandr	Toxicologie et Santé publique	
Mme	NEGRIER	Laura	Chimie analytique	

Hospitalo-Universitaire (PHU)

	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	DESVAGES	Maximilien	Hématologie	
Mme	LENSKI	Marie	Toxicologie et Santé publique	

Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche (ATER)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	BERNARD	Lucie	Physiologie	
Mme	BARBIER	Emeline	Toxicologie	
Mme	COMPAGNE	Nina	Chimie Organique	
Mme	COULON	Audrey	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	
M.	DUFOSSEZ	Robin	Chimie physique	
Mme	FERRY	Lise	Biochimie	
M	HASYEOUI	Mohamed	Chimie Organique	
Mme	HENRY	Doriane	Biochimie	
Mme	KOUAGOU	Yolène	Sciences végétales et fongiques	
M	LAURENT	Arthur	Chimie-Physique	
M.	MACKIN MOHAMOUR	Synthia	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
Mme	RAAB	Sadia	Physiologie	

Enseignant contractuel

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	DELOBEAU	Iris	Pharmacie officinale
M	RIVART	Simon	Pharmacie officinale
Mme	SERGEANT	Sophie	Pharmacie officinale
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques

LRU / MAST

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FRAPPE	Jade	Pharmacie officinale
M	LATRON-FREMEAU	Pierre-Manuel	Pharmacie officinale
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique

UFR3S-Pharmacie

L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.



Remerciements

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à l'élaboration de cette thèse et à mon parcours.

Tout d'abord, un immense merci à **Léo-Paul**, pour son soutien indéfectible tout au long de cette aventure. Je sais que sans toi, je n'aurais tout simplement pas pu continuer mes études de pharmacie. Pour cette thèse, ton aide a été précieuse : qu'elle soit morale, informatique, statistique, graphique ou encore lors de ta relecture attentive, elle a été d'un soutien inestimable. Merci d'avoir toujours été là et de m'aimer.

Je remercie également mes ami(e)s et collègues proches, **Emèle, Samia, Siham et Xavier**, qui ont pris le temps de relire ma thèse et de m'apporter leurs remarques constructives. Votre regard extérieur et vos encouragements ont été d'un grand réconfort.

Un merci tout particulier à **Siham**, d'avoir accepté d'être membre du jury de cette thèse. Je t'admire profondément pour la pharmacienne exceptionnelle que tu es.

À **mes parents**, merci pour votre relecture à la dernière minute, et surtout de m'avoir soutenue dans mon choix de suivre des études de pharmacie.

Merci à ma sœur **Alizée**, toujours présente pour prendre soin de moi, pour m'offrir des moments de respiration et me permettre de décompresser quand j'en avais besoin.

Merci aussi à ma **grand-mère**, qui prie Sainte-Thérèse pour ma réussite. Tes pensées, tes prières et ton amour m'accompagnent. Je pense également à mes **autres grands-parents**, qui m'ont soutenue tout au long de mes études.

Je souhaite également remercier toutes les **pharmaciennes et pharmaciens** qui m'ont formée tout au long de mes stages et de mes études. Merci de m'avoir transmis votre savoir-faire, votre rigueur et votre passion.

Un remerciement tout particulier à **l'équipe de la Pharmacie de la Croix Rouge**, qui m'a accompagnée jusqu'au bout de ma formation et a contribué à faire de moi la pharmacienne que je suis aujourd'hui. J'ai une pensée émue pour **Virginie**.

Je remercie aussi les **enseignants de la faculté** pour la qualité de leur enseignement, et surtout pour avoir su transmettre le goût d'apprendre, de s'interroger, et de toujours garder un esprit critique.

Je tiens à remercier tout particulièrement mon Directeur de thèse, **Monsieur Gressier**, pour avoir accepté de me soutenir dans ce travail, pour sa bienveillance et pour m'avoir laissé une grande liberté de ton.

Un merci chaleureux à **Monsieur Dine**, Président du jury. Je me souviens encore de ses cours en première année, ainsi que de ceux des autres professeurs, qui m'ont donné envie de me diriger dans cette voie.

Enfin, je voudrais aussi remercier **ma chance** : celle d'être née dans un milieu qui m'a permis d'avoir accès à des études longues, de vivre en France, un pays où cela est possible pour une femme, et d'avoir pu étudier dans un pays en paix. J'ai aussi une pensée pour celles et ceux qui n'ont pas eu cette chance.

Table des matières

Remerciements.....	13
Abréviations.....	16
I. Introduction.....	17
II. Matériel et méthodes.....	20
1) Type d'étude.....	20
2) Population.....	20
3) Recrutement.....	20
4) Questionnaire.....	21
5) Recueil des données.....	21
6) Analyse des données.....	21
III. Résultats.....	22
1) Informations générales.....	22
2) Informations sur la contraception utilisée.....	27
3) Perception sur la contraception et le monde médical.....	38
IV. Discussions.....	48
1) Méthodologie.....	48
2) Résultats.....	49
1. Informations générales.....	49
1.1. Population de l'étude.....	49
1.2. L'impact de la stabilité amoureuse avec le choix de la contraception.....	51
1.3. Grossesse et contraception.....	52
1.4. Contraception et tabac.....	54
2. Informations sur la contraception utilisée.....	56
2.1. Les différentes méthodes contraceptives féminines.....	56
2.2. Type de contraception utilisé.....	57
2.3. Traitements médicamenteux et contraception obligatoire.....	59
2.3.1. Épilepsie.....	59
2.3.2. Cancer.....	59
2.3.3. Acné.....	59
2.3.4. Endométriose.....	60
2.4. Le suivi du traitement contraceptif.....	61

2.5. Oublis de contraception et contraception d'urgence.....	63
2.6. Les effets indésirables de la méthode contraceptive mise en place.....	65
2.7. Le changement de contraception.....	68
3. Perception sur la contraception et le monde médical.....	69
3.1. Les connaissances des patientes sur les méthodes contraceptives.....	69
3.2. La contraception masculine.....	70
3.3. Prescription de la méthode contraceptive.....	72
3.4. La perception de la pilule contraceptive.....	73
3.5. Contraception et COVID.....	74
3.6. Le rôle du conjoint dans la mise en place de la méthode contraceptive.....	75
3.7. Impact de la contraception sur la vie sexuelle.....	76
3.7.1. Facteurs ayant une influence négative sur la sexualité féminine.....	77
3.7.2. Facteurs ayant une influence positive sur la sexualité féminine.....	77
3.8. Prise en charge des méthodes contraceptives.....	78
V. Conclusion.....	80
Annexes.....	81
Bibliographie.....	96

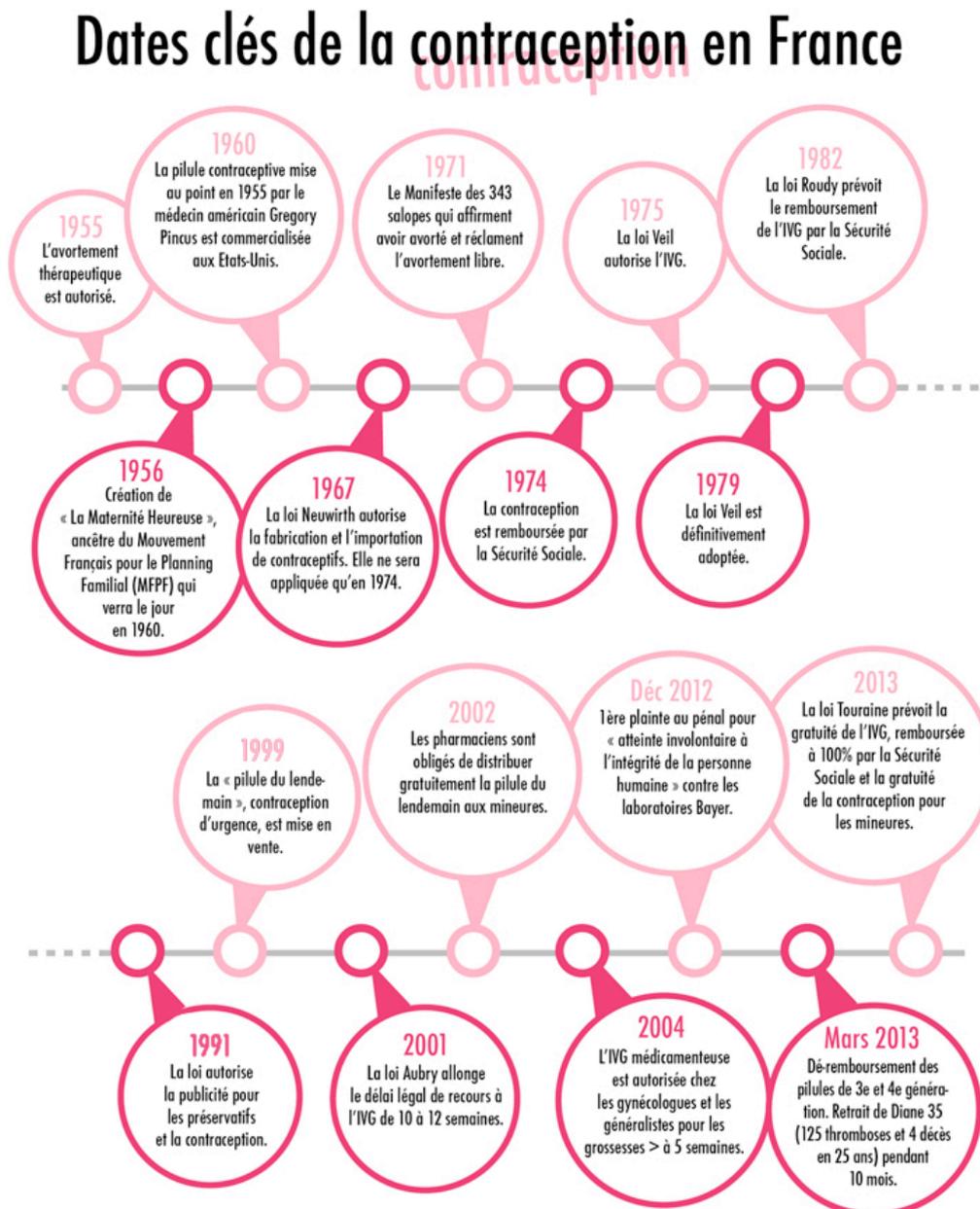
Abréviations

ASMR	Amélioration du Service Médical Rendu
CHL	Contraception Hormonale Limitant les oublis (patch, anneau, implant)
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DIU Cu	Dispositif Intra-Utérin au Cuivre
DIU H	Dispositif Intra-Utérin Hormonal
FCU	Frottis Cervico-Utérin
HAS	Haute Autorité de Santé
INPES	Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IP	Indice de Pearl
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
MB	Méthodes Barrières (préservatif, cape)
MD	Méthode Définitive (ligature des trompes)
SMR	Service Médical Rendu
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

I. Introduction

C'est en 1967 que la légalisation de la vente et de l'usage des méthodes contraceptives, grâce à la loi Neuwirth (1), entre en vigueur. Ainsi la pilule permet aux femmes de maîtriser leur fécondité et fait place à une véritable révolution.

Quelques années plus tard, en 1974, un décret réglementant la fabrication et la prescription des contraceptifs autorise la prise en charge de certaines pilules par la Sécurité Sociale. (2)



© Clara Hébert

Figure 1. Dates clés de la contraception en France (1).

Plus de 50 ans après, quand on écoute les femmes, celles-ci semblent être tombées en désamour avec la pilule contraceptive qui reste malgré tout, depuis les années 1980, la méthode la plus utilisée en France. (3)

On note cependant une baisse significative de son utilisation depuis les années 2000. (4)
Cette baisse est disparate en fonction de l'âge, et de la catégorie sociale des patientes mais est amplifiée par les différentes polémiques des années 2010.

En outre, c'est une des méthodes de contraception ayant un écart le plus important entre l'efficacité théorique et l'efficacité pratique.

L'efficacité théorique d'une méthode contraceptive se mesure par l'indice de Pearl, indice théorique égal au pourcentage de grossesses non planifiées sur un an d'utilisation optimale de la méthode chez 100 femmes.

IP (%) = [(nombre de grossesses non planifiées/nombre de mois d'utilisation d'une méthode contraceptive) × 1 200]/100

On compare cette efficacité théorique, consécutive à l'usage correct de la méthode, à l'efficacité pratique, calculée sur l'ensemble de l'échantillon, y compris les couples n'ayant pas respecté la méthode (oubli de prise de la pilule, usage incorrect du préservatif, etc...). Ceci permet d'évaluer le risque de grossesse propre au moyen contraceptif lui-même et le risque propre à son utilisation dans la vie courante. L'indice de Pearl ou indice théorique est de 0,3. Dans son utilisation dans la vie courante, c'est-à-dire son efficacité pratique, l'indice est de 8 (5), ce qui reflète une utilisation complexe ou contraignante de la contraception hormonale sous forme de pilule.

Par ailleurs, la norme contraceptive a connu des modifications au fil du temps. Initialement, la gestion mentale et matérielle de la contraception était partagée par le couple. Avec l'introduction de la pilule contraceptive, cette responsabilité est devenue principalement féminine. Aujourd'hui, on observe un retour progressif de l'homme dans la gestion contraceptive.

Je me suis alors questionnée sur ce constat :

- Le choix de la contraception est-il toujours éclairé chez les patientes ?
- Les patientes se sentent-elles suffisamment informées par le monde médical sur les différentes méthodes de contraception ?
- Les déserts médicaux et la difficulté de prendre rendez-vous avec un spécialiste ont-ils modifié la prise en charge et la façon d'aborder la contraception chez les patientes ?
- L'évolution de nos mœurs et de nos habitudes a-t-elle fait évoluer notre façon de percevoir la contraception ?
- Les hommes ont-ils un rôle dans la mise en place de la contraception au sein du couple ?

Pour répondre à ces questions, j'ai rédigé un questionnaire pouvant être rempli seul et librement par les patientes ou par celles qui le préféreraient sous forme d'un entretien.

Le but est de mettre en lumière la façon dont les femmes perçoivent la pilule et plus largement leur contraception, son impact dans leur quotidien ainsi que leur ressenti face à l'écoute et l'accompagnement des différents professionnels de santé.

En effet, même si l'on ne pense pas en premier lieu au pharmacien dans l'accompagnement des patientes pour leur prise en charge contraceptive, je pense que nous avons un grand rôle à jouer dans celle-ci. Nous restons le professionnel de santé le plus simple et rapide à consulter.

Le pharmacien a la possibilité de prendre le temps nécessaire, avec la patiente, de discuter de sa méthode de contraception. Il peut l'aider à mieux gérer sa prise quotidienne et lui expliquer les différentes options disponibles. Cela lui permet d'anticiper et de faire un choix réfléchi avant son rendez-vous avec le clinicien.

On ajoute qu'avec les missions étendues du pharmacien (6), notre rôle est plus concret :

- Délivrance prise en charge de préservatifs pour les moins de 26 ans.
- Délivrance prise en charge de la contraception d'urgence pour toutes les femmes.
- Renouvellement d'ordonnance de pilules contraceptives.

L'objectif de ce travail est donc de donner voix aux femmes vis-à-vis de leur contraception, mais également de promouvoir le rôle du pharmacien d'officine dans ce domaine et de proposer des points d'amélioration lors de l'accompagnement des patientes.

II. Matériel et méthodes

1) Type d'étude

Pour collecter les données, j'ai utilisé un questionnaire anonyme avec différents types de questions. J'ai limité les questions, parfois à choix multiple ou simple, ouvertes pour faciliter le traitement des données, mais j'en ai laissé certaines pour donner une possibilité aux participantes voulant développer leur parcours.

Il s'agit d'une étude quantitative, transversale et descriptive, sur une période de recueil de 8 semaines.

2) Population

Le questionnaire inclut toute personne âgée de 18 à 60 ans concernée par la contraception, c'est-à-dire non ménopausée, non stérile, non enceinte et qui ne cherche pas à avoir d'enfant, ayant pris la pilule contraceptive au moins 3 mois et ayant soit arrêté, soit changé de méthode contraceptive.

L'âge moyen de la ménopause est compris entre 45 et 55 ans (7). Cependant, certaines patientes à la pharmacie prennent encore la pilule après 55 ans dans un but contraceptif. Elles ont donc été incluses à l'étude, mais nous avons abordé ensemble le sujet de la ménopause. Je les ai invitées à en parler avec leur médecin traitant, leur sage-femme ou leur gynécologue pour réévaluer la prise de contraceptif, et éventuellement faire un bilan hormonal où un taux bas d'œstradiol associé à un taux élevé de FSH permettrait de confirmer une éventuelle ménopause.

J'ai limité volontairement la diffusion de mon questionnaire aux professionnels de santé car je présume de leurs connaissances en matière de contraception et leur facilité d'accès aux soins.

3) Recrutement

Le questionnaire a été diffusé à la pharmacie où je travaille, sur mes réseaux sociaux, auprès de mes amies non liées au secteur médical, ainsi que sur certains groupes axés sur des questions de santé. J'ai exclu ceux liés au milieu de la pharmacie, afin de ne pas recueillir les réponses de mes collègues.

Une partie des participations s'est également faite du bouche-à-oreille, les participantes parlant à leur connaissances correspondant aux critères d'inclusion.

4) Questionnaire

Il est chapitré en trois parties :

1. Informations générales
2. Informations sur la contraception utilisée
3. Perception sur la contraception et le monde médical

Le questionnaire est présent dans l'annexe.

5) Recueil des données

J'ai obtenu un total de 106 réponses entre août et septembre 2024.

A la pharmacie, il y a eu une vingtaine d'entretiens dont la durée était variable, allant de 10 à 25 minutes. Le but des entretiens était d'ouvrir le sujet avec les patientes qui se posaient des questions sur leur contraception suite au remplissage du questionnaire.

6) Analyse des données

Les données ont été récoltées et analysées avec les outils Google Forms et Google Sheets.

III. Résultats

1) Informations générales

Date de naissance *

Mois, jour, année 

Figure 2. Questionnaire : Date de naissance (2).

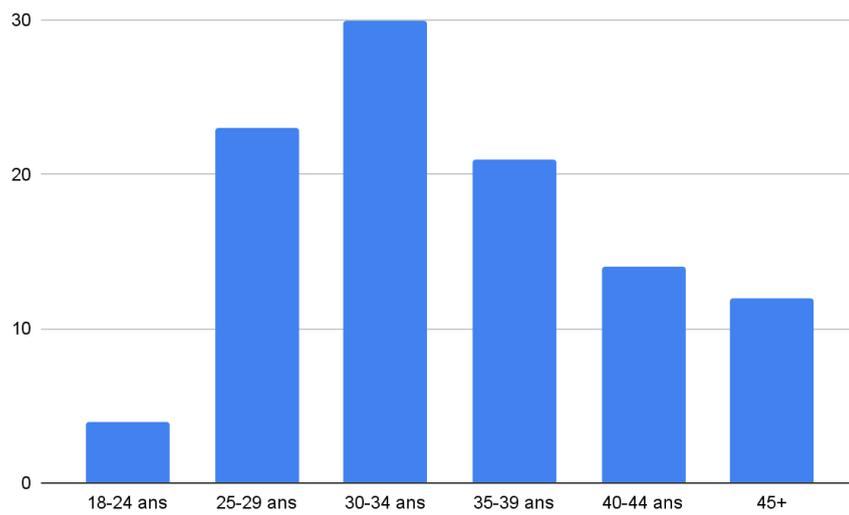


Figure 3. Répartition des âges par tranches (3).

La moyenne d'âge est de 34 ans et la médiane est de 33 ans.

Niveau d'étude		
1. Aucun	4. Bac	7. Master
2. Brevet	5. Bac+2	8. Doctorat
3. BEP/CAP	6. Licence	

Figure 4. Questionnaire : Niveau d'étude (4).

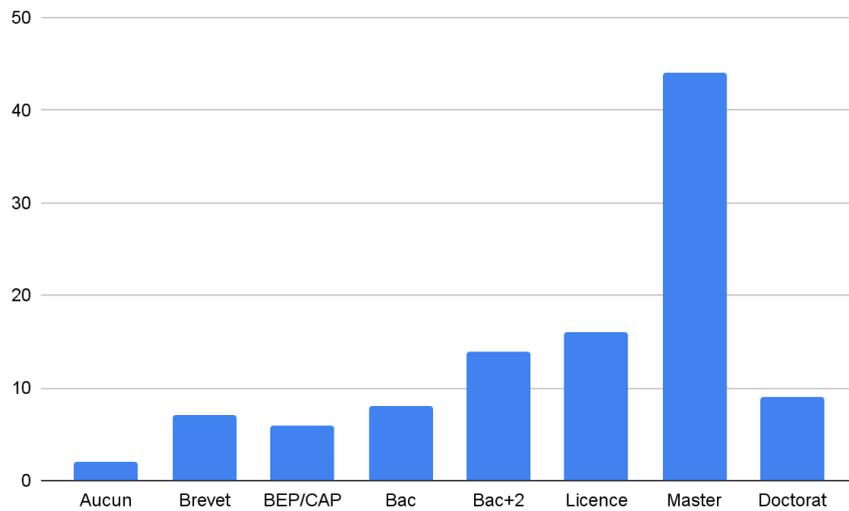


Figure 5. Niveau d'étude (5).

Catégorie Socio-professionnelle		
1. Commerçant, artisan	5. Profession libérale	8. Chercheur d'emploi
2. Cadre	6. Agriculteur, exploitant	9. Sans activité
3. Ouvrier, employé	7. Femme au foyer	10. Etudiant
4. Fonctionnaire		

Figure 6. Questionnaire : Catégorie Socio-professionnelle (6).

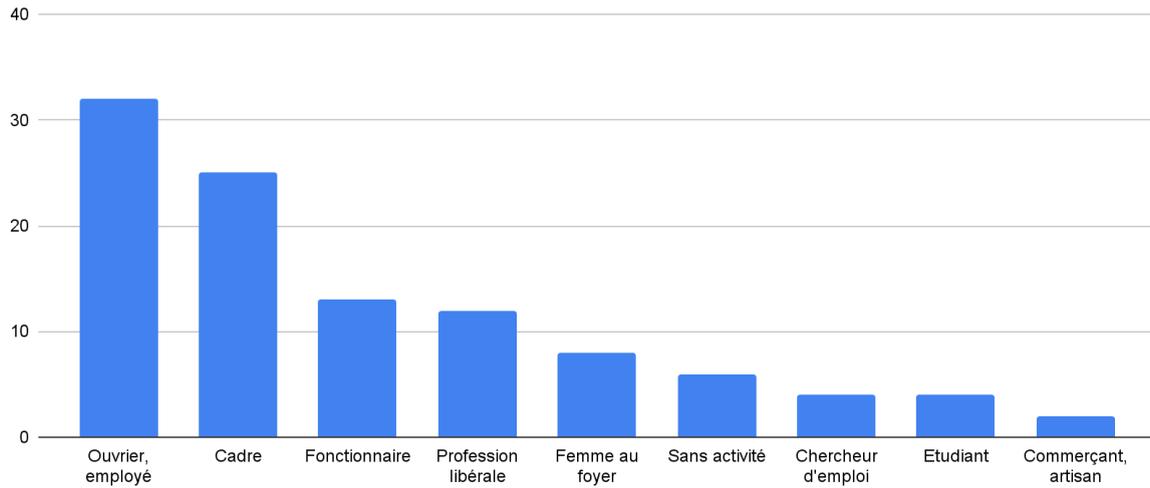


Figure 7. Catégorie Socio-professionnelle (7).

Situation familiale
<input type="radio"/> En couple
<input type="radio"/> Célibataire
<input type="radio"/> Autre...

Figure 8. Questionnaire : Situation familiale (8).

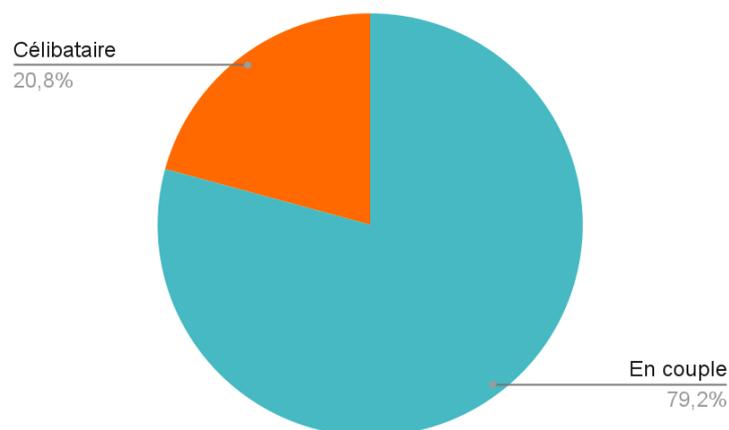


Figure 9. Situation familiale (9).

Nombre d'enfants *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Figure 10. Questionnaire : Nombre d'enfants (10).

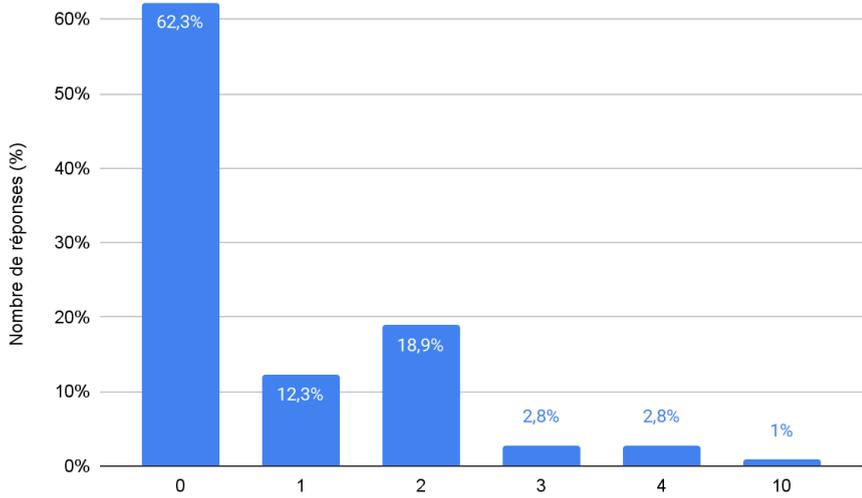


Figure 11. Nombre d'enfants (11).

...

Si enfant, date du dernier accouchement

Moins d'un an

Plus d'un an

Figure 12. Questionnaire : Date du dernier accouchement (12).

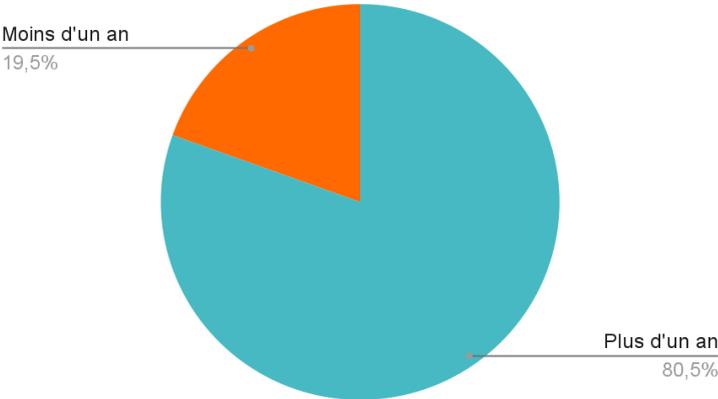


Figure 13. Date du dernier accouchement (13).

Fumez-vous ? *

Oui

Non

Figure 14. Questionnaire : Fumez-vous ? (14).

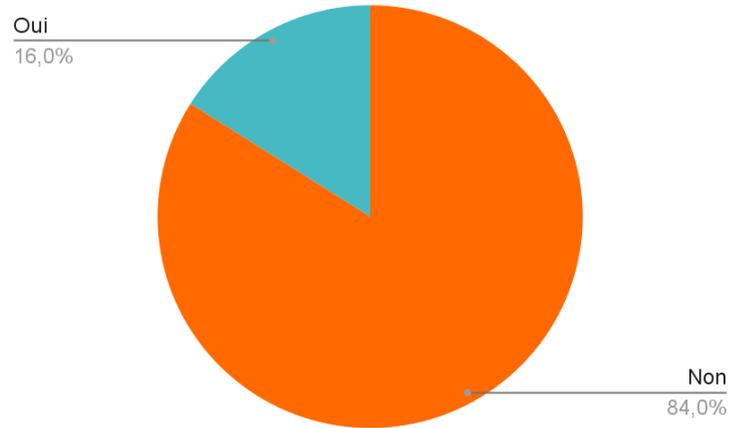


Figure 15. Fumez-vous ? (15).

Si oui, à quelle fréquence ?

Moins de 15 cigarettes par jour

Plus de 15 cigarettes par jour

Figure 16. Questionnaire : A quelle fréquence fumez-vous ? (16).

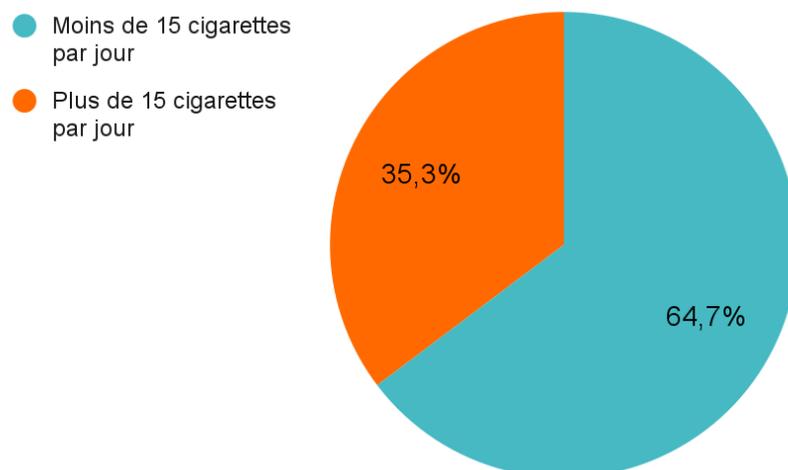


Figure 17. A quelle fréquence fumez-vous ? (17).

2) Informations sur la contraception utilisée

Quel type de contraception utilisez-vous aujourd'hui ? *

Réponse longue

Figure 18. Questionnaire : Quel type de contraception utilisez-vous aujourd'hui ? (18).

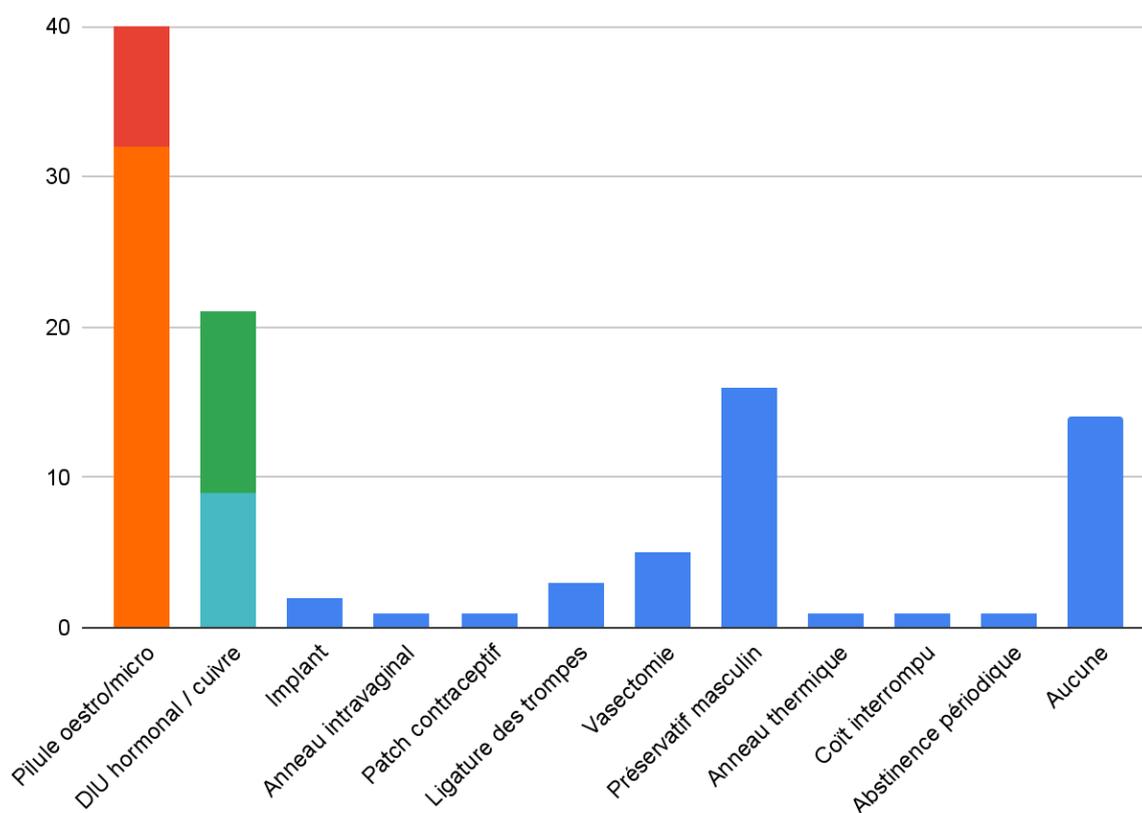


Figure 19. Contraception utilisée (19).

⋮

Depuis combien de temps prenez-vous une **contraception médicalisée** ? *

Réponse courte

Figure 20. Questionnaire : Depuis combien de temps prenez-vous une contraception médicalisée ? (20).

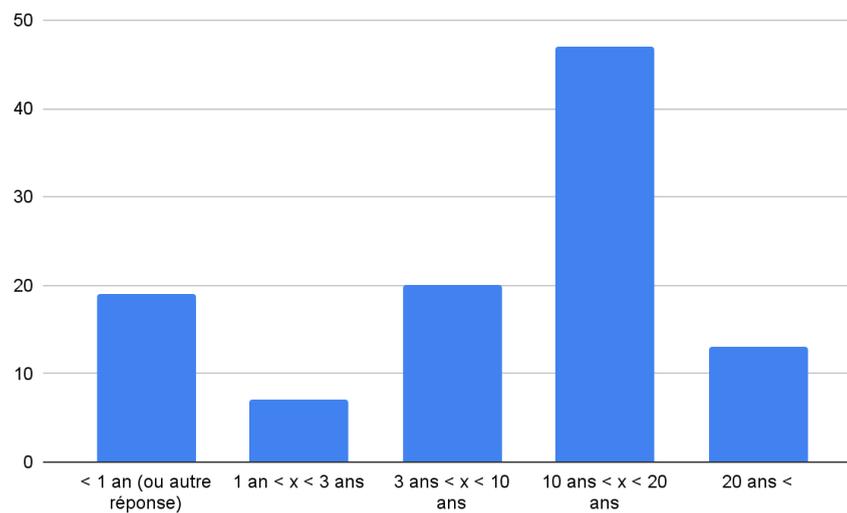


Figure 21. Depuis combien de temps prenez-vous une contraception médicalisée ? (21).

Le traitement était-il **initialement** à but contraceptif ou lié à une prise en charge thérapeutique ? *

Contraceptif

Thérapeutique

Figure 22. Questionnaire : Le traitement était-il initialement à but contraceptif ou lié à une prise en charge thérapeutique ? (22).

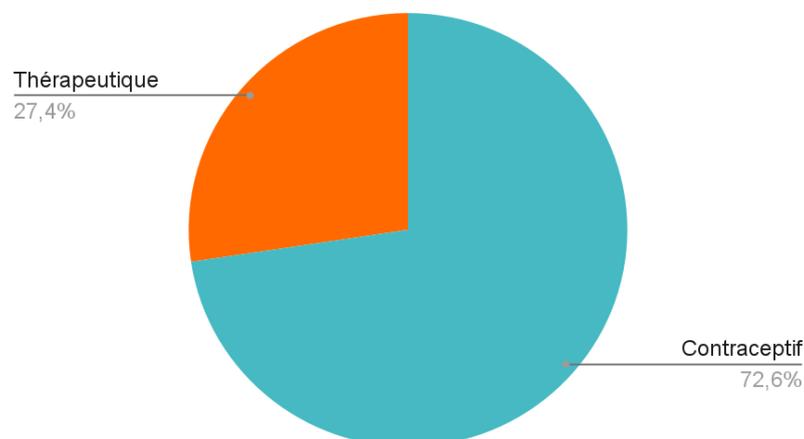


Figure 23. Le traitement était-il initialement à but contraceptif ou lié à une prise en charge thérapeutique ? (23).

Quel professionnel de santé effectue votre suivi gynécologique ? *

Gynécologue Aucun

Sage femme Autre...

Médecin traitant

Figure 24. Questionnaire : Quel professionnel de santé effectue votre suivi gynécologique ? (24).

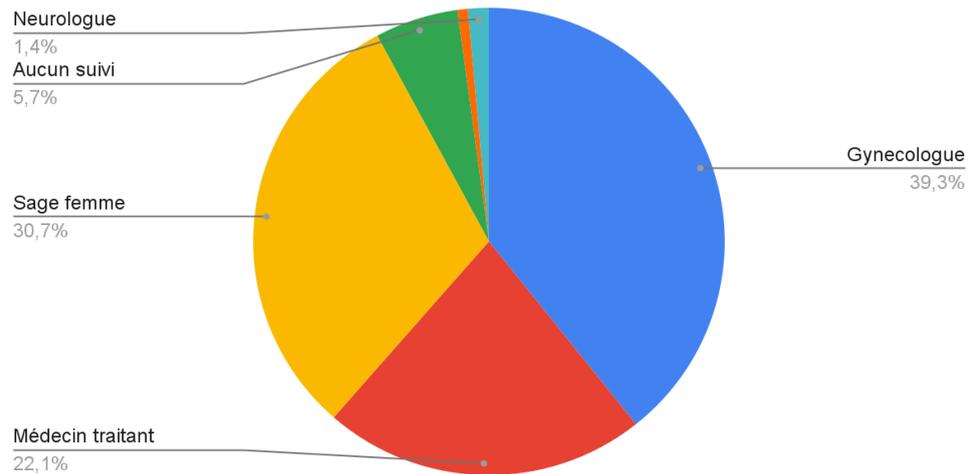


Figure 25. Quel professionnel de santé effectue votre suivi gynécologique ? (25).

⋮

Ce suivi est-il régulier (tous les ans) ou irrégulier ? *

Régulier

Irrégulier

Figure 26. Questionnaire : Ce suivi est-il régulier ou irrégulier ? (26).

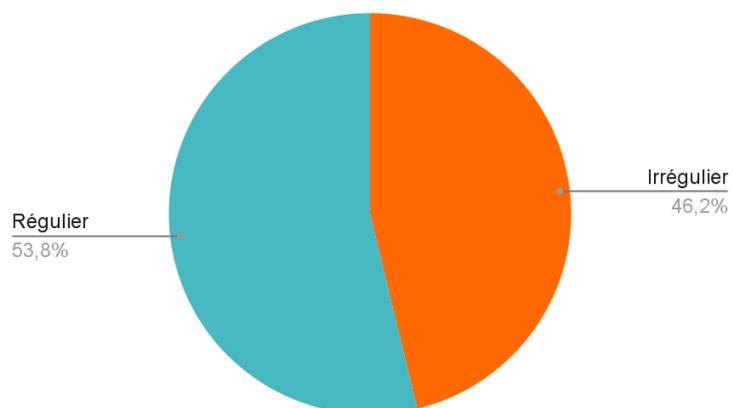


Figure 27. Ce suivi est-il régulier ou irrégulier ? (27).

Si le suivi est irrégulier, pour quelles raisons ?

Oublis
 Peur du monde médical
 Problèmes financiers

Difficulté de prise de rdv
 Manque de temps
 Autre...

Pas de problème gynécologique

Figure 28. Questionnaire : Si le suivi est irrégulier, pour quelles raisons ? (28).

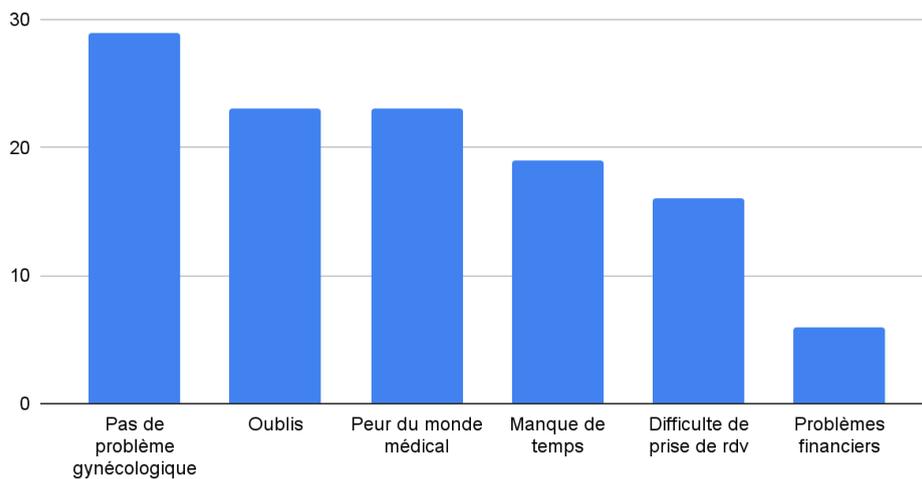


Figure 29. Si le suivi est irrégulier, pour quelles raisons ? (29).

⋮

Si vous êtes suivie par un spécialiste, gynécologue ou sage femme, vous est-il déjà arrivé de devoir demander un renouvellement d'ordonnance à votre médecin traitant ?

Oui

 Non

Figure 30. Questionnaire : Si vous êtes suivie par un spécialiste, gynécologue ou sage femme, vous est-il déjà arrivé de devoir demander un renouvellement d'ordonnance à votre médecin traitant ? (30).

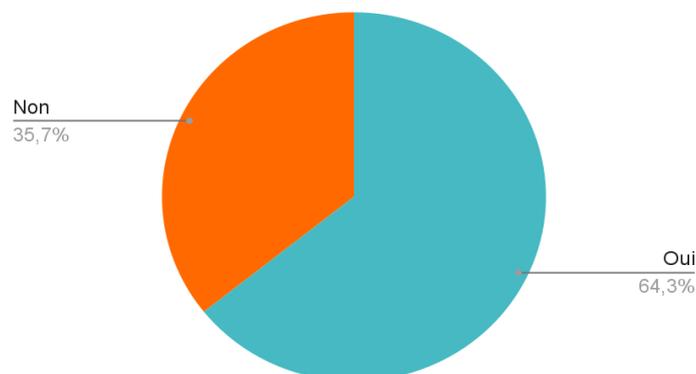


Figure 31. Si vous êtes suivie par un spécialiste, gynécologue ou sage femme, vous est-il déjà arrivé de devoir demander un renouvellement d'ordonnance à votre médecin traitant ? (31).

Si oui, le médecin traitant a-t-il mis en place une réévaluation de vos besoins et un suivi vis à vis de votre méthode de contraception ?

- Oui
- Non

Figure 32. Questionnaire : Si oui, le médecin traitant a-t-il mis en place une réévaluation de vos besoins et un suivi vis-à-vis de votre méthode de contraception ? (32).

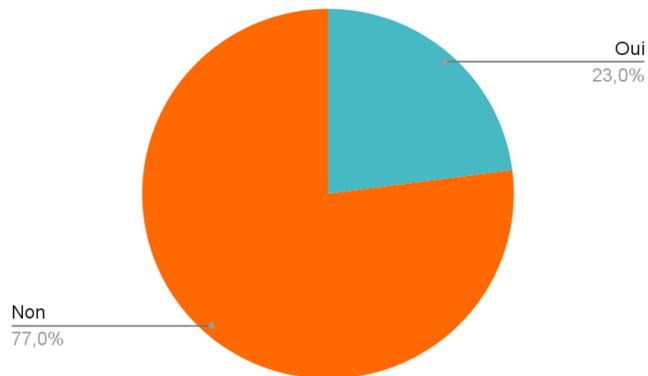


Figure 33. Si oui, le médecin traitant a-t-il mis en place une réévaluation de vos besoins et un suivi vis-à-vis de votre méthode de contraception ? (33).

Avez-vous déjà oublié votre méthode contraceptive ? *

- Oui
- Non

Figure 34. Questionnaire : Avez-vous déjà oublié votre méthode contraceptive ? (34).

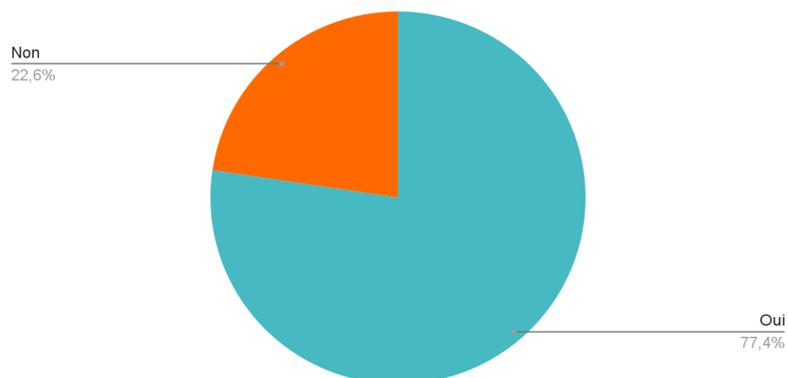


Figure 35. Avez-vous déjà oublié votre méthode contraceptive ? (35).

Si oui, à quelle fréquence ?

- Moins d'une fois par an
- 1 à 2 fois par an
- Plus de 2 fois par an

Figure 36. Questionnaire : Si oui, à quelle fréquence ? (36).

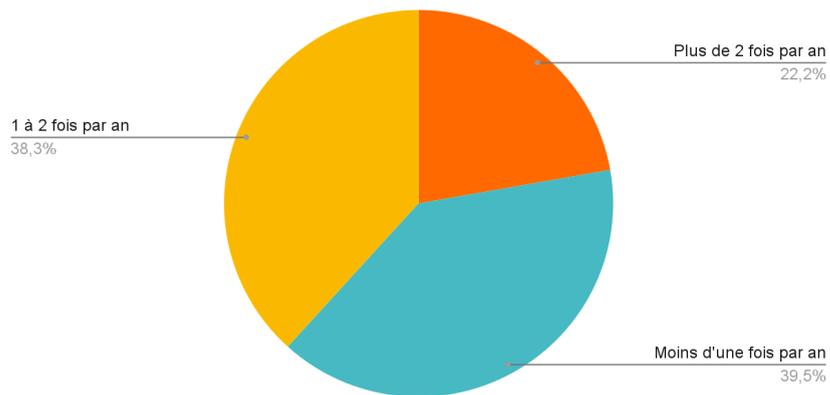


Figure 37. Si oui, à quelle fréquence ? (37).

Avez-vous déjà eu recours à la contraception d'urgence ? *

- Oui
- Non

Figure 38. Questionnaire : Avez-vous déjà eu recours à la contraception d'urgence ? (38).

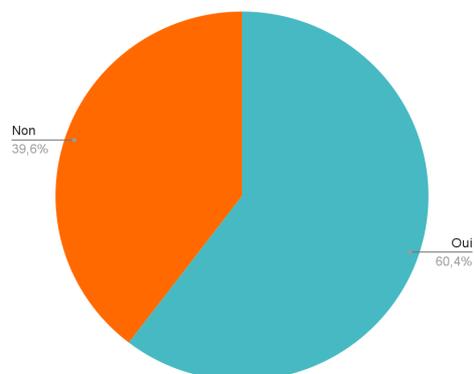


Figure 39. Avez-vous déjà eu recours à la contraception d'urgence ? (39).

⋮

Si oui, le pharmacien vous a-t-il proposé une discussion sur les contraceptifs et une réévaluation de vos besoins vis à vis de votre méthode de contraception ?

Oui

Non

Figure 40. Questionnaire : Si oui, le pharmacien vous a-t-il proposé une discussion sur les contraceptifs et une réévaluation de vos besoins vis-à-vis de votre méthode de contraception ? (40).

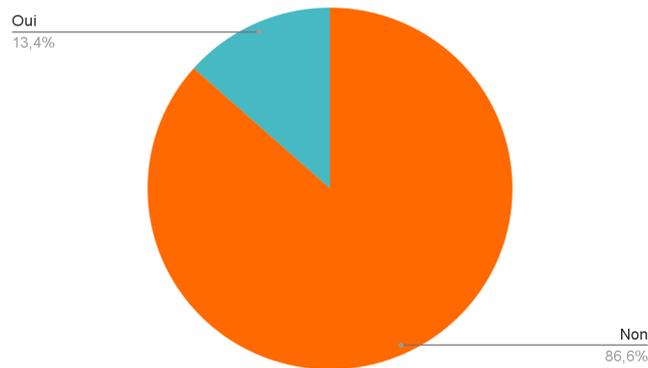


Figure 41. Si oui, le pharmacien vous a-t-il proposé une discussion sur les contraceptifs et une réévaluation de vos besoins vis-à-vis de votre méthode de contraception ? (41).

Ressentez-vous des effets indésirables dus à votre méthode de contraception ? *

Oui

Non

Figure 42. Questionnaire : Ressentez-vous des effets indésirables dus à votre méthode de contraception ? (42).

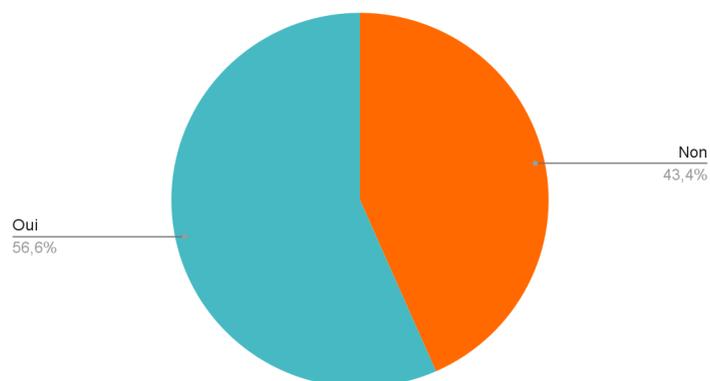


Figure 43. Ressentez-vous des effets indésirables dus à votre méthode de contraception ? (43).

Si oui, lesquels ?

Réponse longue

Figure 44. Questionnaire : Si oui, lesquels ? (44).

Métrorragies/Spotting	24	18,2%
Modification de la Libido	15	11,4%
Troubles de l'humeur, dépression	20	15,2%
Augmentation des dysménorrhées	17	12,9%
Prise de poids	19	14,4%
Migraines	10	7,6%
Charge mentale, stress de l'oubli, fiabilité	8	6,1%
Troubles de la flore vaginale, sécheresse, mycose...	4	3,0%
Troubles digestifs, nausées, diarrhées	3	2,3%
Acné	2	1,5%
Douleurs mammaires	3	2,3%
Troubles circulatoires, jambes lourdes, fourmillement des extrémités...	3	2,3%
Augmentation de la pilosité	1	0,8%
Altération des rapports sexuels	1	0,8%
Augmentation du taux de cholestérol	1	0,8%
Force la limitation du tabac	1	0,8%

Figure 45. Si oui, lesquels ? (45).

⋮

Avez-vous déjà changé de **contraceptif médicalisé** ? *

Oui

Non

Figure 46. Questionnaire : Avez-vous déjà changé de contraceptif médicalisé ? (46).

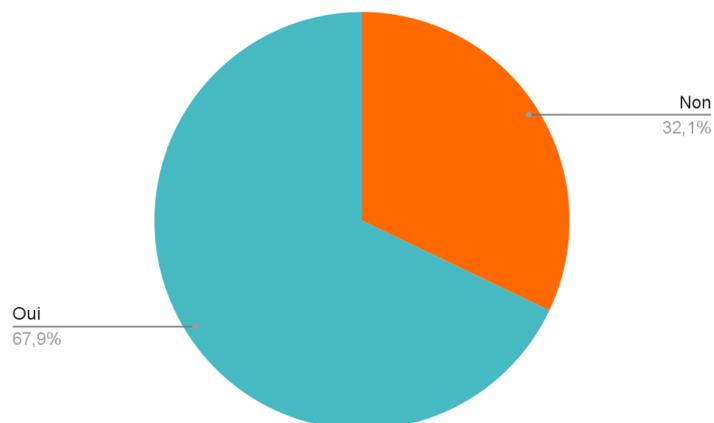


Figure 47. Avez-vous déjà changé de contraceptif médicalisé ? (47).

Listez vos différentes méthodes contraceptives utilisées au cours de votre vie *

Réponse longue

Figure 48. Questionnaire : Listez vos méthodes contraceptives utilisées au cours de votre vie (48).

Pilule avec période d'interruption et changement vers une autre pilule	37,1%
Pilule > DIU H	14,3%
Pilule > DIU Cu	12,4%
Pilule > MB	11,4%
Pilule > CHL	8,6%
Pilule > MD	1,0%
Pilule > CHL > DIU	6,7%
Pilule > CHL > MD	1,0%
Pilule > DIU H > MD	1,9%
pilule > DIU > MB	1,0%
Autres méthodes et retour vers la pilule	4,8%

Figure 49. Méthodes contraceptives utilisées au cours de votre vie (tableau) (49).

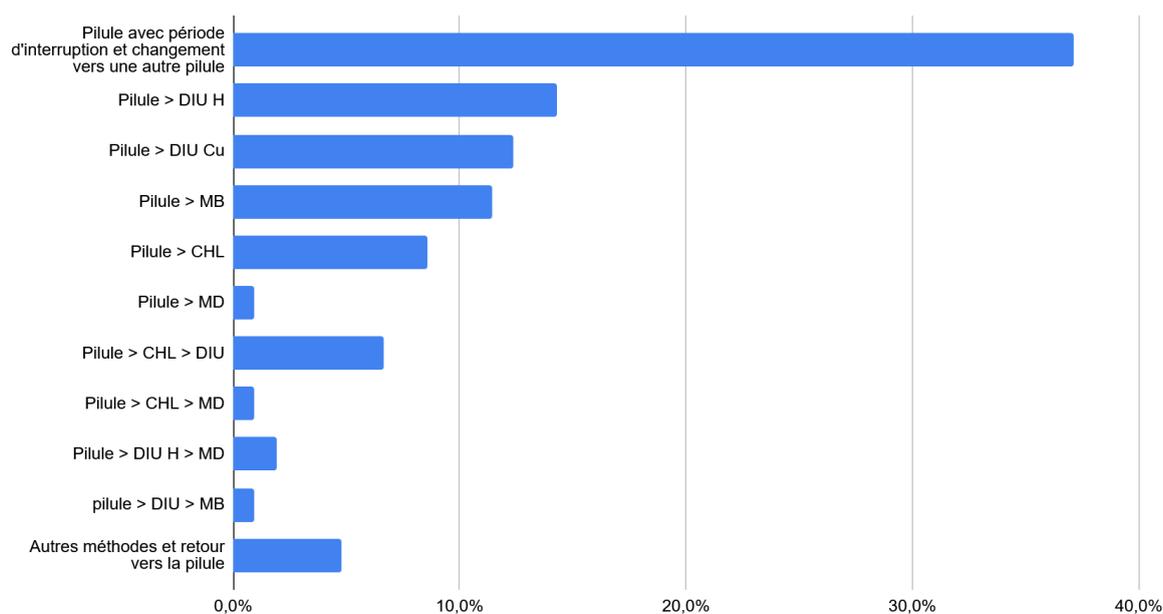


Figure 50. Méthodes utilisées au cours de votre vie (graphique en barres) (50).

Quelle est la ou les causes de ce **changement** ou d'un **arrêt de contraceptif médicalisé** *

<input type="checkbox"/> Désir de grossesse	<input type="checkbox"/> Contre-indications
<input type="checkbox"/> Pense que le risque de grossesse est faible	<input type="checkbox"/> Tabagisme actif important
<input type="checkbox"/> Ne convient plus	<input type="checkbox"/> Retirée du marché
<input type="checkbox"/> Arrêtée par le médecin	<input type="checkbox"/> Non remboursée
<input type="checkbox"/> Oublis trop fréquents	<input type="checkbox"/> Pas de relation suivie
<input type="checkbox"/> Pense que c'est dangereux pour la santé	<input type="checkbox"/> Trop d'effets secondaires
<input type="checkbox"/> Suite à la polémique sur les pilules (2012 ou 2017)	<input type="checkbox"/> Ne souhaite pas d'hormone
<input type="checkbox"/> N'envisage pas ou plus de grossesse, option des méthodes définitives	
<input type="checkbox"/> Autre...	

Figure 51. Questionnaire : Quelle est la ou les causes de ce changement ? (51).

⋮

Partie libre pour compléter vos réponses

Réponse longue

Figure 52. Questionnaire : Partie libre pour compléter (52).

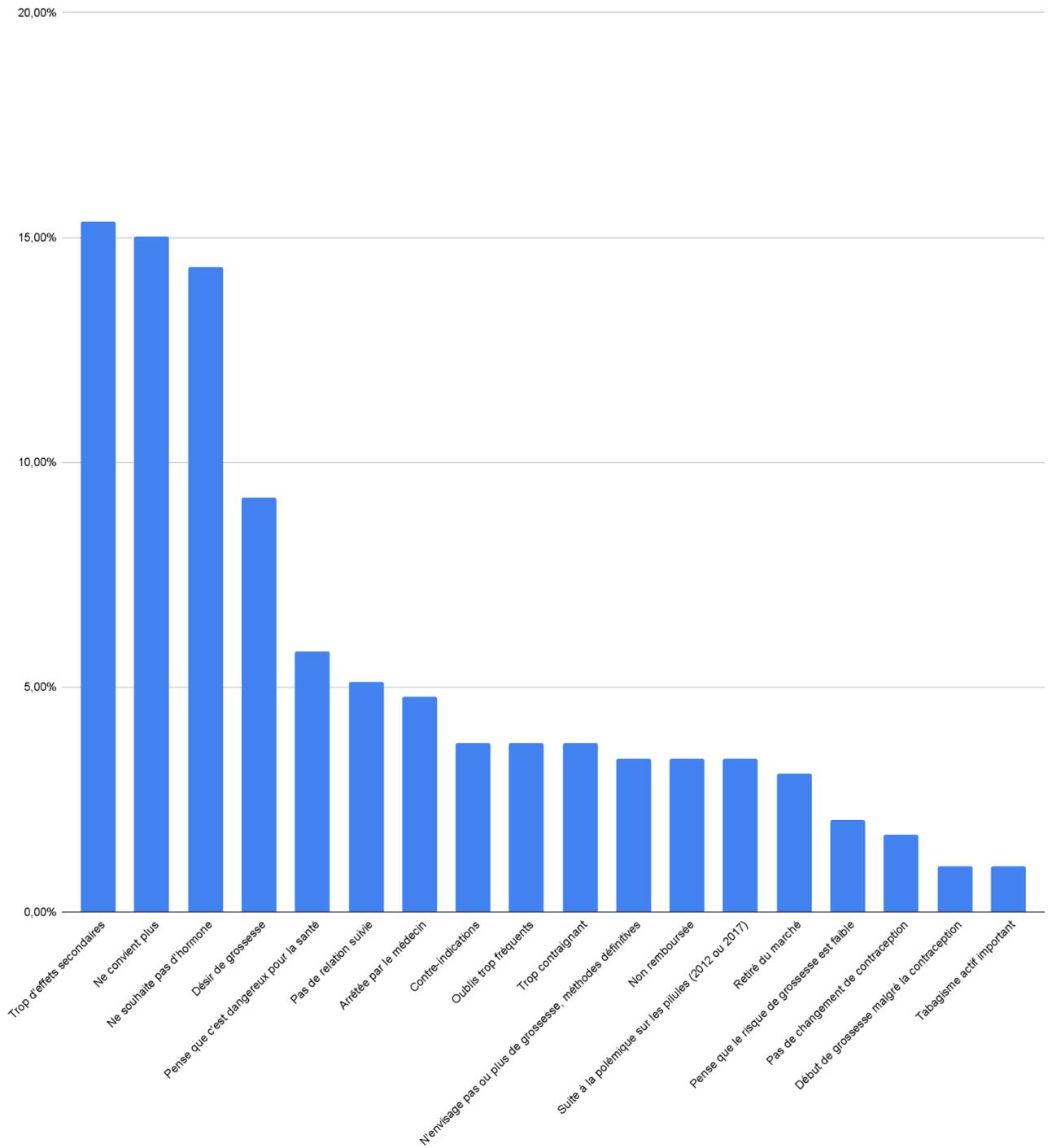


Figure 53. Quelle est la ou les causes de ce changement ? (53).

3) Perception sur la contraception et le monde médical

Quelles méthodes de contraception connaissez-vous ? *

Réponse longue

Figure 54. Questionnaire : Quelles méthodes de contraception connaissez-vous ? (54).

Pilule oestro/micro	103	97,2%
DIU hormonal / cuivre	92	86,8%
Préservatif masculin	84	79,2%
Implant	82	77,4%
Ligature des trompes	41	38,7%
Patch contraceptif	31	29,2%
Préservatif féminin	31	29,2%
Anneau intravaginal	27	25,5%
Cape cervicale	21	19,8%
Vasectomie	20	18,9%
Spray spermicide	20	18,9%
Slip chauffant	13	12,3%
Coït interrompu	8	7,5%
Abstinence périodique	7	6,6%
Abstinence	7	6,6%
Anneau thermique	5	4,7%
Injection de progestatifs	3	2,8%

Figure 55. Quelles méthodes de contraception connaissez-vous ? (55).

⋮

Si pas cité au dessus, pouvez-vous citer des contraceptions masculines autre que le préservatif ?

Réponse longue

Figure 56. Questionnaire : Pouvez-vous citer des contraceptions masculines autre que le préservatif ? (56).

Vasectomie	35	34,7%
Slip chauffant	34	33,7%
Anneau thermique	14	13,9%
Pilule	10	9,9%
Injection hormonale	3	3,0%
Spermicide	2	2,0%
Coït intermittent	1	1,0%
Retrait	1	1,0%
Abstinence	1	1,0%

Figure 57. Pouvez-vous citer des contraceptions masculines autre que le préservatif ? (57).

Vous sentez-vous suffisamment informée sur les différents types de contraception ? *

Oui

Non

Figure 58. Questionnaire : Vous sentez-vous suffisamment informée sur les différents types de contraception ? (58).

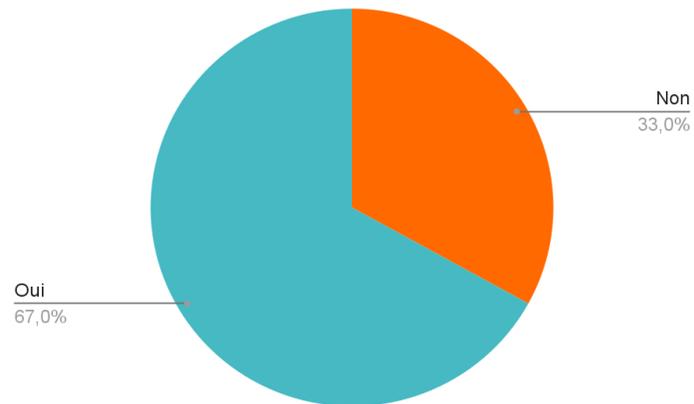


Figure 59. Vous sentez-vous suffisamment informée sur les différents types de contraception ? (59).

Avez-vous déjà fait des recherches sur la contraception via internet ? *

Oui

Non

Figure 60. Questionnaire : Avez-vous déjà fait des recherches sur la contraception via internet ? (60).

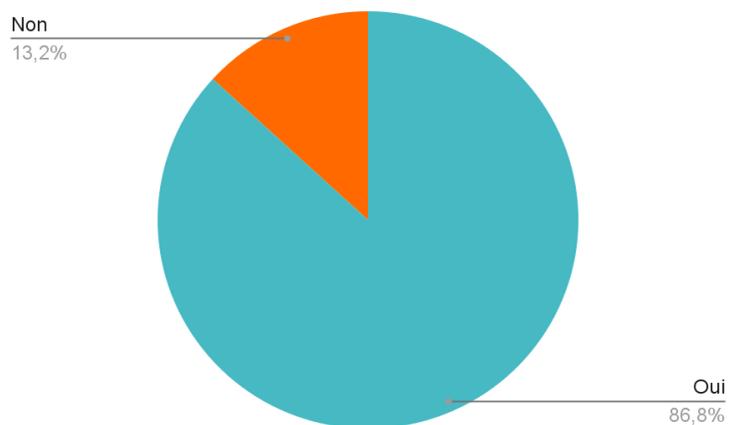


Figure 61. Avez-vous déjà fait des recherches sur la contraception via internet ? (61).

Si oui, les informations trouvées ont-elles répondu à vos questions et vous ont-elles semblé fiables ?

Oui

M'a aidé partiellement

Ne m'a pas aidé

Figure 62. Questionnaire : Si oui, les informations trouvées ont-elles répondu à vos questions et vous ont-elles semblé fiables ? (62).

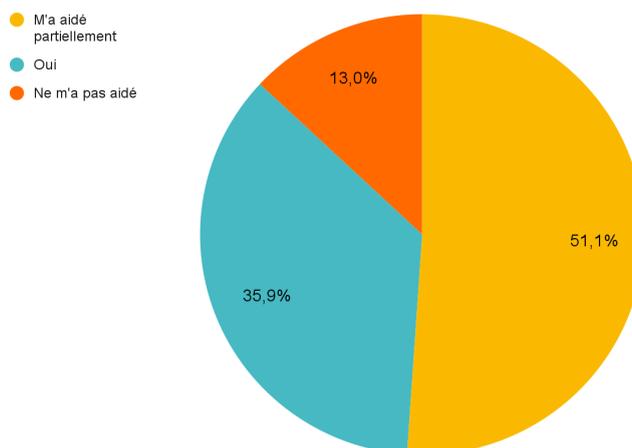


Figure 63. Si oui, les informations trouvées ont-elles répondu à vos questions et vous ont-elles semblé fiables ? (63).

⋮

Quels sites de santé consultez-vous le plus souvent ?

Réponse courte

Figure 64. Questionnaire : Quels sites de santé consultez-vous le plus souvent ? (64).

Ameli	21
Service public	6
Site pour les professionnels de santé : vidal, Prescrire, Msdmanuals, mayoclinic	9
Doctolib	6
Reseaux sociaux,de professionnels de santé ou non	5
Clue	2
Je ne fais pas vraiment attention au site que je consulte	7
Planning familial	7
Doctissimo	7
Choisir sa contraception	4
OMS	1
Passeport santé	1
Allo docteur	1
Wikipedia	1
May app	1
Formagyn	1

Figure 65. Quels sites de santé consultez-vous le plus souvent ? (65).

Pour une question de contraception, quel est votre interlocuteur du monde médical privilégié?*

Médecin traitant Infirmier Sage femme
 Gynécologue Pharmacien Autre...

Figure 66. Questionnaire : Pour une question de contraception, quel est votre interlocuteur du monde médical privilégié ? (66).

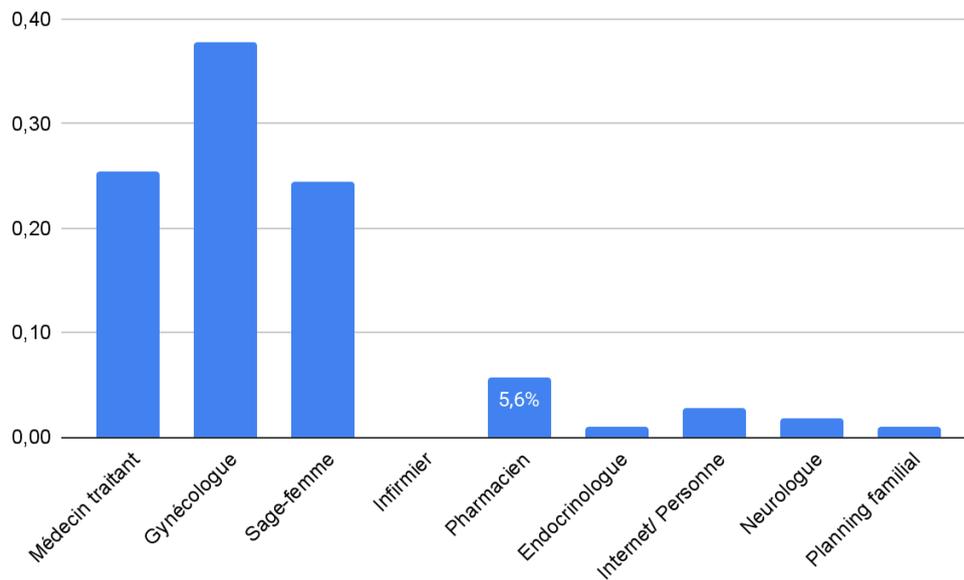


Figure 67. Pour une question de contraception, quel est votre interlocuteur du monde médical privilégié ? (67).

⋮

Lors de votre 1ère délivrance de contraception médicale, vous a-t-on bien exposé les différentes méthodes existantes et vous a-t-on laissé choisir ? *

On m'a expliqué les différentes méthodes J'ai choisi ma méthode de contraception
 On ne m'a pas expliqué les différentes méthodes On m'a directement prescrit une pilule contraceptive

Figure 68. Questionnaire : Lors de votre 1ère délivrance de contraception médicale, vous a-t-on bien exposé les différentes méthodes existantes et vous a-t-on laissé choisir ? (68).

Lors de votre 1ère délivrance de contraception médicale, vous a-t-on bien exposé les différentes méthodes existantes et vous a-t-on laissé choisir ?

106 réponses

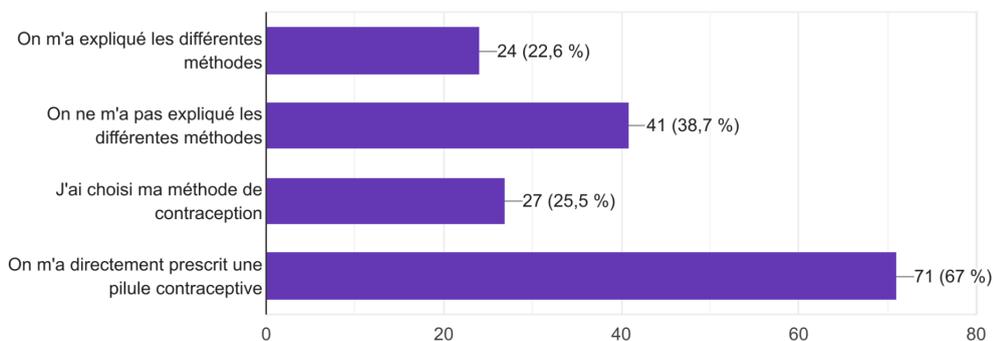


Figure 69. Lors de votre 1ère délivrance de contraception médicale, vous a-t-on bien exposé les différentes méthodes existantes et vous a-t-on laissé choisir ? (69).

⋮

Comment a évolué votre perception de la pilule contraceptive au cours de votre parcours de soin ? *

Plutôt détériorée Stable
 Plutôt améliorée Ne sait pas

Figure 70. Questionnaire : Comment a évolué votre perception de la pilule contraceptive au cours de votre parcours de soin ? (70).

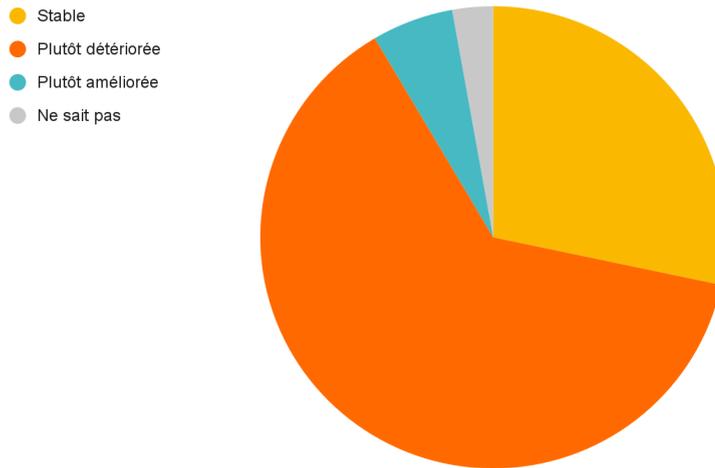


Figure 71. Comment a évolué votre perception de la pilule contraceptive au cours de votre parcours de soin ? (71).

Êtes-vous inquiète vis à vis de votre santé par la prise d'hormones contraceptives ? *

Oui
 Non

Figure 72. Questionnaire : Êtes-vous inquiète vis à vis de votre santé par la prise d'hormones contraceptives ? (72).

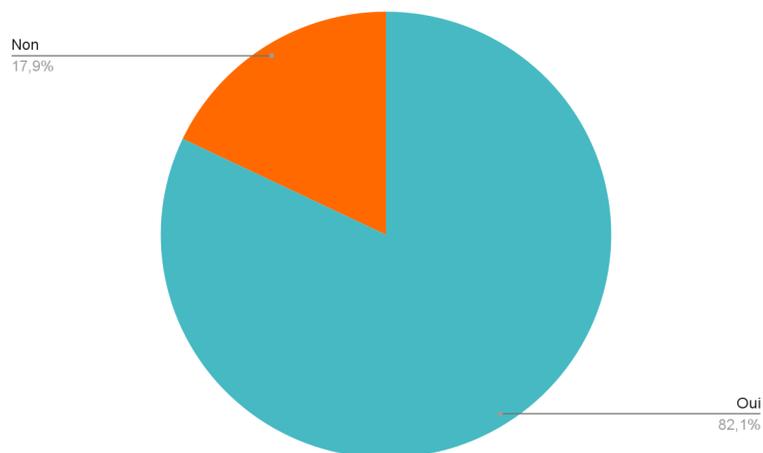


Figure 73. Êtes-vous inquiète vis à vis de votre santé par la prise d'hormones contraceptives ? (73).

La **contraception médicale**, majoritairement féminine est synonyme d'une responsabilisation des femmes. Dans ce cadre percevez-vous votre contraception comme une autocontrainte à votre vie sexuelle ? *

Oui

Non

Je ne me suis jamais posée la question

Figure 78. Questionnaire : La contraception médicale, majoritairement féminine est synonyme d'une responsabilisation des femmes. Dans ce cadre percevez-vous votre contraception comme une autocontrainte à votre vie sexuelle ? (78).

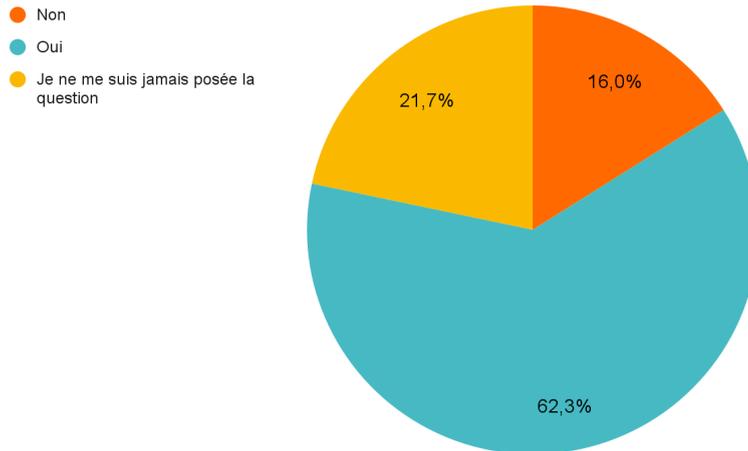


Figure 79. La contraception médicale, majoritairement féminine est synonyme d'une responsabilisation des femmes. Dans ce cadre percevez-vous votre contraception comme une autocontrainte à votre vie sexuelle ? (79).

Si vous êtes dans un couple stable, votre compagnon.ne se saisit-il.elle de la question du choix du contraceptif ?

Oui

Non

Nous n'en avons jamais parlé

Figure 80. Questionnaire : Si vous êtes dans un couple stable, votre compagnon.ne se saisit-il.elle de la question du choix du contraceptif ? (80).

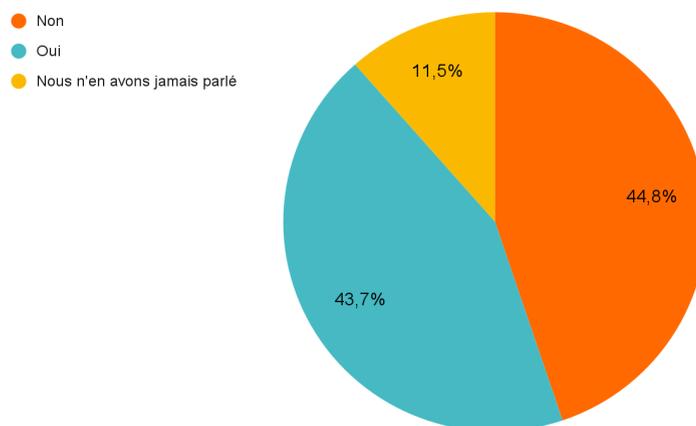


Figure 81. Si vous êtes dans un couple stable, votre compagnon.ne se saisit-il.elle de la question du choix du contraceptif ? (81).

De même, participe t-il.elle à la mise en place et à la gestion de votre traitement contraceptif si celui-ci existe ?

Oui

Je préfère le gérer moi-même

Non

Figure 82. Questionnaire : De même, participe t-il.elle à la mise en place et à la gestion de votre traitement contraceptif si celui-ci existe ? (82).

● Je préfère le gérer moi-même
● Non
● Oui

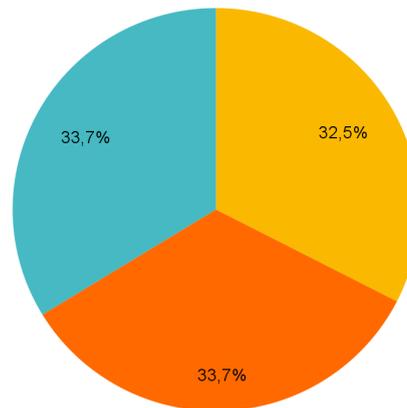


Figure 83. De même, participe t-il.elle à la mise en place et à la gestion de votre traitement contraceptif si celui-ci existe ? (83).

Pensez-vous que votre méthode de contraception ait des répercussions sur votre vie sexuelle * ?

Oui

Non

Figure 84. Questionnaire : Pensez-vous que votre méthode de contraception ait des répercussions sur votre vie sexuelle ? (84).

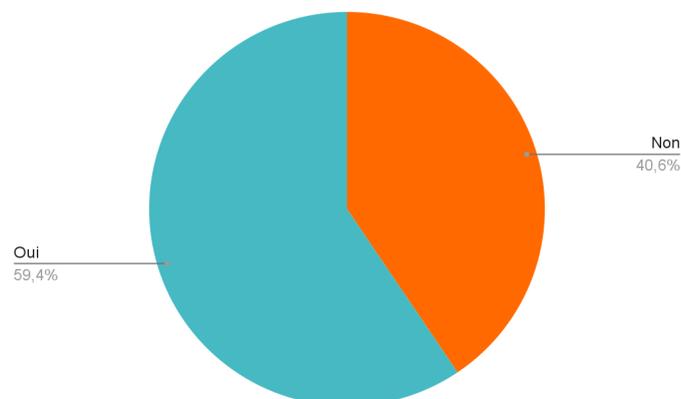


Figure 85. Pensez-vous que votre méthode de contraception ait des répercussions sur votre vie sexuelle ? (85).

Si oui, lequel ou lesquels ?

- Le prix : réduction de la fréquence de l'acte sexuel, ou une sexualité non protégée
- Le fait de devoir se rappeler de la prendre, source potentielle de stress liée à l'acte sexuel
- Les douleurs et les saignements : peuvent empêcher l'acte
- Les difficultés d'utilisation : peuvent perturber le déroulement de l'acte sexuel

Figure 86. Questionnaire : Si oui, lequel ou lesquels ? (86).

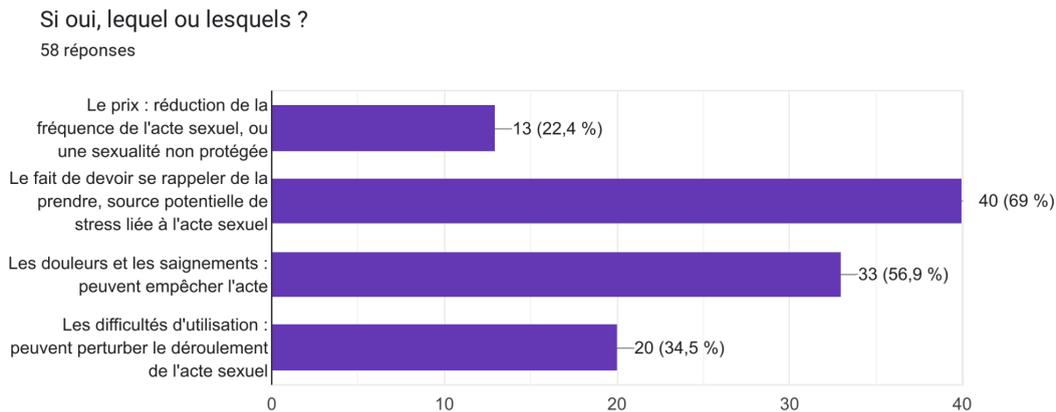


Figure 87. Si oui, lequel ou lesquels ? (87).

L'ouverture du dialogue sur les pratiques hétérosexuelles et la sortie du dogme de la pénétration vaginale vous a-t-elle poussée à repenser votre méthode de contraception ?

- Oui
- Non

Figure 88. Questionnaire : L'ouverture du dialogue sur les pratiques hétérosexuelles et la sortie du dogme de la pénétration vaginale vous a-t-elle poussée à repenser votre méthode de contraception ? (88).

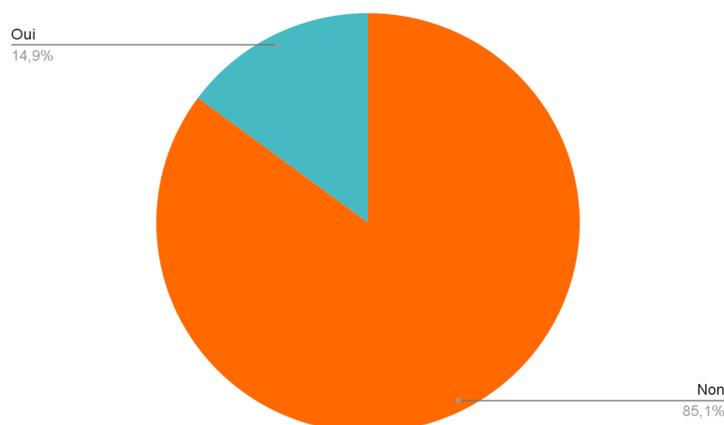


Figure 89. L'ouverture du dialogue sur les pratiques hétérosexuelles et la sortie du dogme de la pénétration vaginale vous a-t-elle poussée à repenser votre méthode de contraception ? (89).

Depuis le 1er janvier 2022, la contraception est gratuite pour toutes les femmes jusqu'à l'âge *
de 25 ans. En bénéficiez-vous ? Si cela vous concerne, étiez-vous au courant de cette mesure ?

Au courant En bénéficié

Pas au courant N'en bénéficie pas

Figure 90. Questionnaire : Depuis le 1er janvier 2022, la contraception est gratuite pour toutes les femmes jusqu'à l'âge de 25 ans. En bénéficiez-vous ? Si cela vous concerne, étiez-vous au courant de cette mesure ? (90).

Depuis le 1er janvier 2022, la contraception est gratuite pour toutes les femmes jusqu'à l'âge de 25 ans. En bénéficiez-vous ? Si cela vous concerne, étiez-vous au courant de cette mesure ?

106 réponses

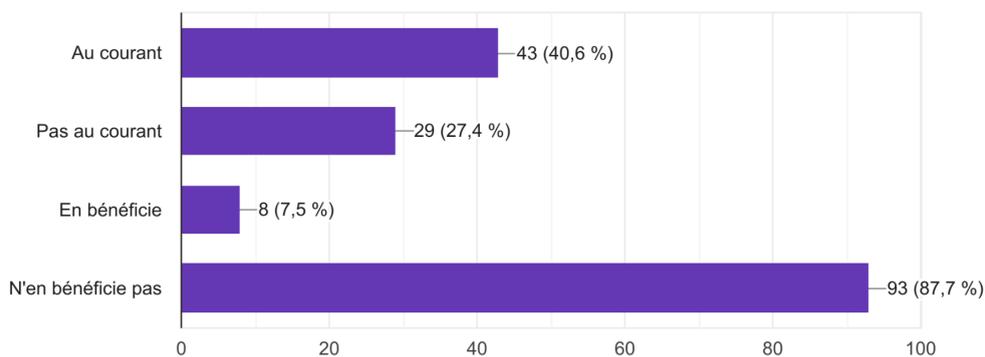


Figure 91. Depuis le 1er janvier 2022, la contraception est gratuite pour toutes les femmes jusqu'à l'âge de 25 ans. En bénéficiez-vous ? Si cela vous concerne, étiez-vous au courant de cette mesure ? (91).

Si vous étiez au courant, qui vous en a informé ?

Suivi personnel des actualités Sage femme

Médecin traitant Pharmacien

Gynécologue

Figure 92. Questionnaire : Si vous étiez au courant, qui vous en a informé ? (92).

Si vous étiez au courant, qui vous en a informé ?

51 réponses

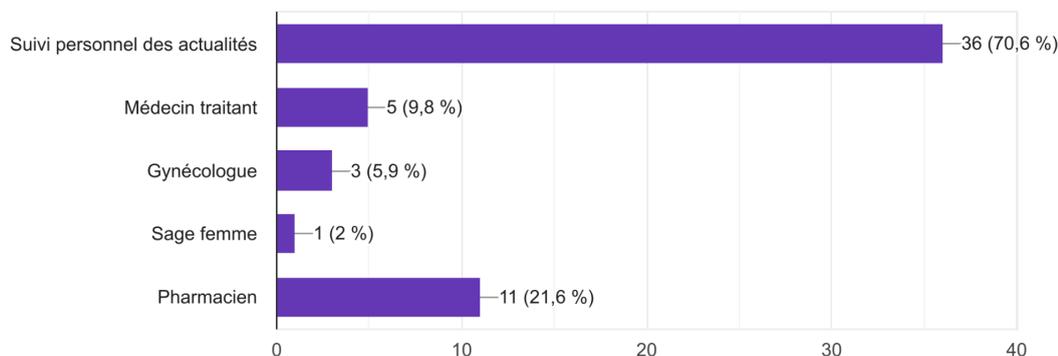


Figure 93. Si vous étiez au courant, qui vous en a informé ? (93).

IV. Discussions

1) Méthodologie.

Même si l'objectif était d'avoir un échantillon d'une centaine de personnes pour être le plus représentatif, on ne peut exclure différents biais et faiblesses de cette étude.

Le biais de sélection, les personnes acceptant de participer à la pharmacie ou en ligne étant elles-mêmes initialement intéressées par le sujet ou venant à la pharmacie pour chercher leur contraception, il n'est alors pas possible de recueillir le retour d'une personne ayant arrêté sa contraception et s'étant coupé de son parcours de soin.

Le biais d'information, les questions, même à choix multiples, ne permettent pas toujours aux participantes de donner une réponse qu'elles auraient fourni spontanément. Cela peut faire apparaître des réponses par défaut et ne pas forcément représenter l'avis des patientes.

Le biais de disponibilité, le fait de soulever une question, de la suggérer fait acquiescer des participantes qui ne s'étaient en réalité peut-être jamais questionnées à ce sujet.

Le biais de confirmation, qui résulte surtout dans mon analyse des résultats et de mes recherches. Même si l'on cherche à s'en extraire le plus possible, on penche toujours vers l'information en laquelle on croit et l'on risque de favoriser les résultats en ce sens. Il en va de même pour le choix des questions posées.

Les résultats vont également être influencés par la population touchée par le questionnaire.

Mon cercle de connaissance élargi, niveau social proche, intérêt et croyance en commun, contact direct avec une professionnelle de santé.

Ainsi que la **patientèle de la pharmacie où je travaille, à Tourcoing**, en comparaison avec la moyenne française, la population est : (8)

- Jeune : la moitié des habitants ont moins de trente ans.
- Pauvre : taux de pauvreté à 27 % là où la moyenne nationale est de 14.5 %.
- Plus faiblement scolarisée : 10 points en dessous de la moyenne nationale qui est de 56 % chez les 19/24 ans.
- Ayant peu recours au soin : seuil d'accessibilité plus faible, méconnaissance du système de santé. Ce n'est pas pour autant un désert médical, où le seuil en visite disponible par habitant est de 2,5.

Accès à l'offre de soin (2018)			
	Tourcoing	MEL	France
<i>en visites disponibles par habitant</i>			
Accès aux médecins généralistes	4.4	5.37	8.16

Figure 94. Accès à l'offre de soin à Tourcoing par le centre communal d'action sociale. (94).

Pour analyser nos résultats, nous allons les comparer avec des échantillons plus généraux et plus larges de la population française, issus le plus souvent des enquêtes de l'INSEE ou d'autres études. Connaître les convergences et les divergences de nos résultats permet d'être plus exhaustif dans l'analyse de ceux-ci.

2) Résultats

1. Informations générales

1.1. Population de l'étude.

J'ai comparé les résultats avec une étude de l'INSEE "enquête emploi en continue" réalisée depuis 2011 pour l'union européenne sur la population française, ici retranscrite chez les femmes entre 25 et 54 ans.

La répartition est équitable, environ 2 millions de femmes par tranche d'âge alors que pour mon étude il y a une majorité de 30-35 ans avec répartition en cloche autour de cette tranche.

Cela reste intéressant car on cible les femmes dans l'âge moyen du premier enfant, qui peut être un moment de bascule dans la prise en charge contraceptive. Cependant il ne faut pas exclure les âges extrêmes car le choix de recourir à une pratique contraceptive peut également être freiné par des idées reçues sur sa propre fertilité, en particulier chez les femmes après 40 ans et chez les mineures. (9)

Pour le niveau d'étude nous sommes proches de l'INSEE avec une légère surreprésentation de la catégorie "supérieur à BAC+2".

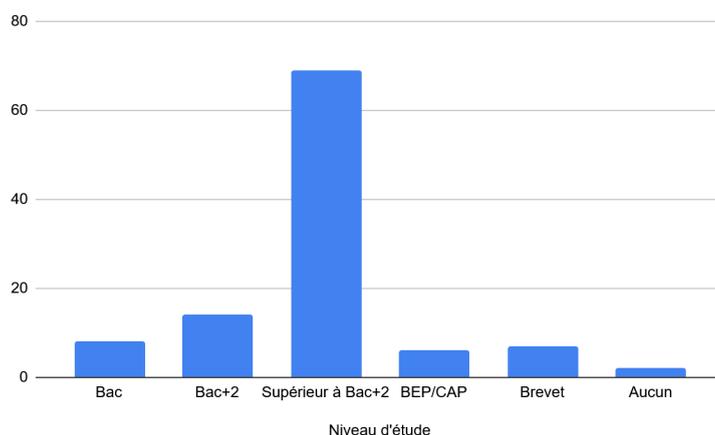


Figure 95. Niveau d'étude de l'échantillon (95).

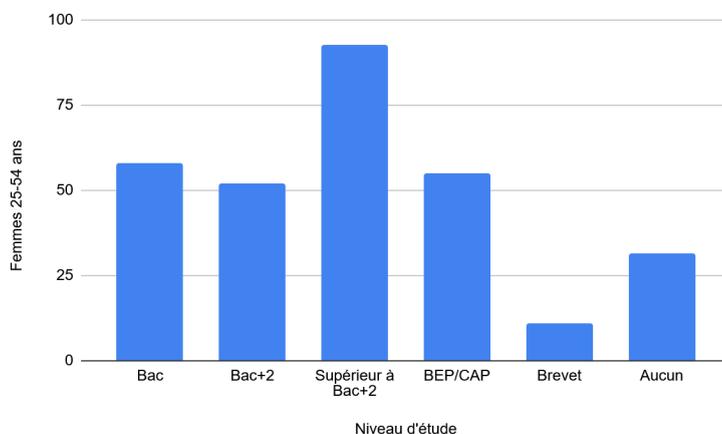


Figure 96. Niveau d'étude des femmes de 25 à 54 ans en France en 2020, INSEE. (96).

L'intérêt d'étudier le niveau d'étude est dû au fait que le recours à la contraception suppose d'avoir reçu une éducation à la sexualité.

S'agissant des programmes d'éducation à la sexualité, on constate qu'ils sont appliqués de manière hétérogène sur le territoire et ne font pas l'objet d'évaluation.

Aussi, en sont exclues certaines populations de jeunes comme les apprentis, élèves des maisons familiales et rurales, ainsi que les jeunes en rupture familiale et/ou situation socio-économique précaire. Il faut souligner que les programmes de prévention se sont longtemps focalisés sur la finalité préventive du VIH et des IST plutôt que sur la finalité contraceptive : En début de relation, certains jeunes peuvent avoir tendance à reléguer au second plan le risque de grossesse par rapport au risque d'infection au VIH. (10)

Malgré quelques disparités, on reste également proche de l'INSEE pour les catégories sociales.

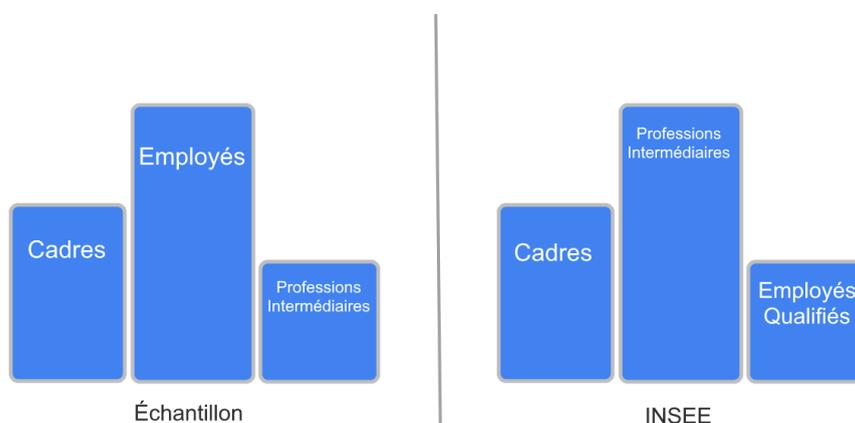


Figure 97. Représentation des catégories sociales dans l'échantillon et en France en 2020, l'INSEE (97).

Le recours à la contraception peut également être freiné par des contraintes économiques. Les données récentes mettent en évidence une baisse significative de l'utilisation de la pilule chez les femmes de 20 à 24 ans durant les 10 dernières années. Cette baisse n'est pas compensée par l'utilisation d'autres méthodes et pourrait être attribuée, du moins en partie, à la dégradation concomitante de la situation économique dans cette tranche d'âge.

Au-delà de ces cas généraux, il existe des situations de grande difficulté sociale qui exposent tout particulièrement les femmes au risque d'absence totale de contraception. Ce sont les situations de grande précarité, notamment celles de l'absence de domicile fixe où les femmes n'ont pas la maîtrise suffisante sur leur quotidien pour s'engager dans un projet de contraception.

1.2. L'impact de la stabilité amoureuse avec le choix de la contraception.

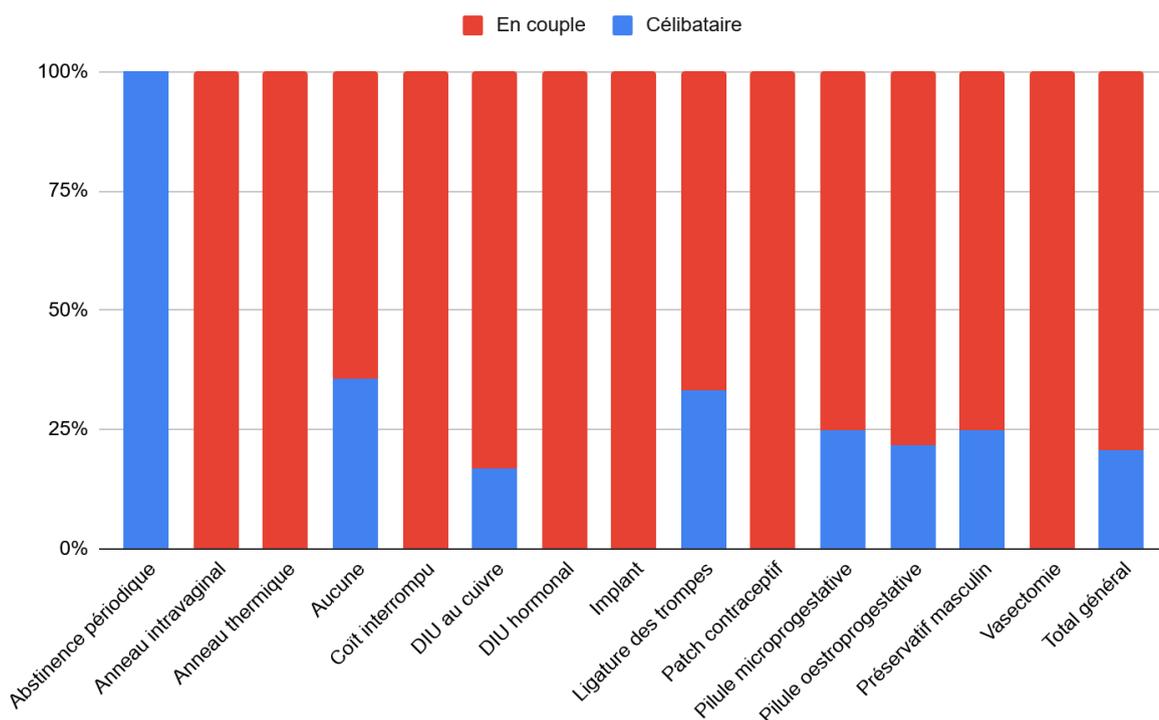


Figure 98. Répartition du statut couple/célibataire en fonction de la méthode de contraception (98).

La stabilité conjugale permet aux femmes d'opter pour des méthodes contraceptives à indice de Pearl plus élevé, telles que le coït interrompu, en raison d'un contexte où une grossesse serait plus facilement acceptée. Par ailleurs, le risque de contracter des infections sexuellement transmissibles étant minime, elles considèrent que l'usage du préservatif n'est plus nécessaire.

Dans ce cadre, elles privilégient également des méthodes contraceptives de longue durée, en accord avec leur partenaire, telles que la ligature des trompes, le dispositif intra-utérin ou l'implant contraceptif, bien que ces deux derniers peuvent être retirés à tout moment.

Lorsqu'un homme prend en charge la contraception, il est généralement en couple. Les méthodes masculines disponibles sont majoritairement de longue durée ou bien adoptées pour alléger la charge contraceptive de leur partenaire.

À l'inverse, les femmes qui ne sont pas en couple n'éprouvent souvent pas le besoin de recourir à une contraception en l'absence d'activité sexuelle régulière, elles misent alors sur l'abstinence. Celles engagées dans des relations occasionnelles priorisent la protection contre les IST, avec une utilisation fréquente du préservatif, parfois associé à une contraception hormonale, comme la pilule, pour une protection optimale contre une grossesse non désirée.

1.3. Grossesse et contraception.

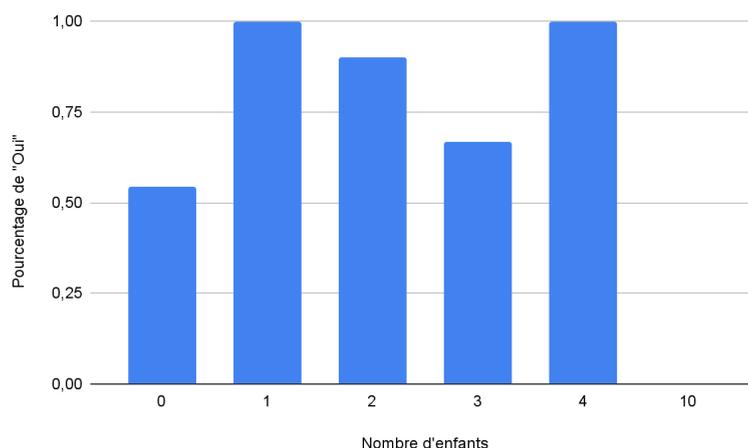


Figure 99. Changement de contraceptif par rapport au nombre d'enfants (99).

Le désir d'enfant et l'acceptabilité de la contraception sont sans cesse réévalués l'un par rapport à l'autre : Les effets secondaires d'une méthode de contraception sont d'autant moins acceptés que le désir de grossesse ou d'enfant est élevé.

L'étude révèle que 50 % des nullipares changent de contraception. Ce taux est encore plus élevé chez les patientes ayant déjà eu des enfants. Cela s'explique par leur réflexion sur leur désir d'enfant à venir. Elles ont une meilleure compréhension de la parentalité après avoir eu un premier enfant. De plus, les échanges avec le corps médical durant leur grossesse les encouragent à choisir une contraception plus adaptée à leurs besoins.

Les jeunes mères fréquentent régulièrement la pharmacie pour divers besoins, tels que la délivrance d'ordonnances post-accouchement, les premiers soins du nourrisson ou encore la location d'un tire-lait. Cet accompagnement, essentiel durant les premiers mois de vie de l'enfant, constitue également une opportunité pour aborder avec elles le choix de leur future contraception.

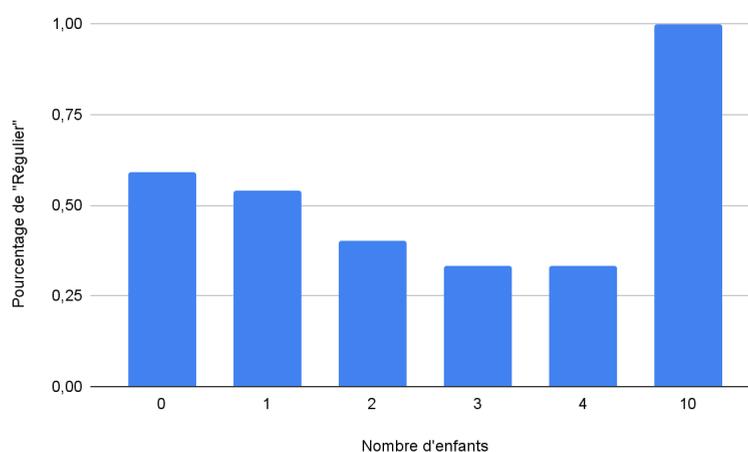


Figure 100. Suivi par un professionnel régulier par rapport au nombre d'enfants (100).

On observe une baisse du suivi médical en fonction du nombre d'enfants, cela peut s'expliquer par le fait que plus elles doivent s'occuper des enfants, plus leur propre santé passe au second plan.

Les mères de familles nombreuses consultent moins régulièrement les professionnels de santé pour elles-mêmes. (11) Le manque de temps et la priorité donnée aux besoins des enfants entraînent une diminution des visites médicales préventives, comme les bilans de santé, les suivis gynécologiques ou les dépistages.

Il est donc essentiel d'encourager les mères, en particulier celles ayant plusieurs enfants, à préserver du temps pour leur propre suivi médical.

Il faut également aborder la contraception et informer les femmes sur les méthodes possibles en post-partum immédiat. Cette période est propice au changement de contraception, voire à la réévaluation de la contraception précédente.

La reprise de l'ovulation :

- Il n'y a pas de reprise de l'ovulation avant le 21^{ème} jour après l'accouchement : une contraception n'est donc pas nécessaire avant ce délai.
- À l'inverse, à partir du 21^{ème} jour, il existe un retour de fertilité et une contraception devient donc indispensable.

Options contraceptives post-partum <small>hors notion d'efficacité</small>	Allaitement ?	A partir de				
		0 jour	21 jours	28 jours	42 jours	6 mois
Méthodes hormonales						
Pilule, anneau ou patch oestroprogestatif	Oui	✗	✗	✗	✗	✓
	Non	✗	?	?	✓	✓
Pilule microprogestative, implant ou injection intramusculaire	Indifférent	✗	✓	✓	✓	✓
DIU au lévonorgestrel	Indifférent	✗	✗	✓	✓	✓
Méthodes mécaniques						
DIU au cuivre	Indifférent	✗	✗	✓	✓	✓
Préservatif masculin ou féminin	Indifférent	✓	✓	✓	✓	✓
Diaphragme, cape et/ou spermicides	Indifférent	✗	✗	✗	✓	✓
Méthodes naturelles						
Aménorrhée lactationnelle (MAMA)	Oui	✓	✓	✓	✓	✗
	Non	✗	✗	✗	✗	✗
Retrait, abstinence et/ou auto-observation	Indifférent	✓	✓	✓	✓	✓
Méthodes de stérilisation (non réversibles)						
Ligature des trompes, électrocoagulation, pose d'anneaux ou de clips	Indifférent	✓	✗	✗	✓	✓

Source : *Bref, tu vas devenir parent !* selon données de la HAS

Figure 101. Options contraceptives post-partum (101).

Chez la femme qui allaite :

Les œstroprogestatifs ne sont pas recommandés dans les 6 mois post l'accouchement. (12)

Chez la femme qui n'allait pas :

Les œstroprogestatifs sont utilisables à partir de 42 jours, voire 21 jours selon l'OMS, après l'accouchement avec la normalisation du risque thromboembolique.

En conclusion, les progestatifs sont utilisables 21 jours après l'accouchement, les DIU dès 4 semaines après l'accouchement. On peut également profiter de l'aménorrhée de lactation, tant que le rythme des tétés est maintenu et qu'il n'y a pas de retour des règles. La stérilisation peut être pratiquée 42 jours après l'accouchement. (13)

1.4. Contraception et tabac.

La question de la consommation de tabac est importante dans la prise en charge de la contraception, puisque la pilule hormonale augmente les risques cardio-vasculaires tel que celui de thrombose veineuse profonde, d'infarctus, d'embolie pulmonaire, ou d'accident vasculaire cérébral. (14)

Ceux-ci sont d'autant plus importants que la patiente fume plus de 15 cigarettes par jour et a plus de 35 ans. (15)

À 35 ans, le cocktail tabac-contraception multiplie par cinq le risque relatif d'infarctus. A 40 ans, il le multiplie par huit. Quant à l'association contraception+tabac+migraine, elle multiplie par trente-cinq le risque d'accident vasculaire cérébral. Après 35 ans, il est important d'arrêter le tabac et de garder la contraception et non pas l'inverse... (16)

Chez ces patientes concernées par le tabagisme, il est intéressant d'observer si elles utilisent les contraceptifs recommandés pour elles.

L'analyse de l'échantillon montre que la répartition des méthodes contraceptives chez les femmes fumeuses est globalement similaire à celle des non-fumeuses. Pourtant, selon les recommandations en vigueur, la prévalence de l'utilisation de la pilule œstroprogestative devrait être significativement réduite dans cette population.

Chez les femmes consommant plus de quinze cigarettes par jour, les méthodes contraceptives les plus fréquemment utilisées sont l'implant et le dispositif intra-utérin (DIU). Cependant, certaines de ces patientes demeurent sous pilule œstroprogestative, malgré les risques cardiovasculaires accrus associés à leur tabagisme.

Pour les fumeuses consommant moins de quinze cigarettes par jour, bien qu'il ne soit pas strictement contre-indiqué de prescrire une contraception œstroprogestative, il peut être pertinent d'aborder cette question en pharmacie.

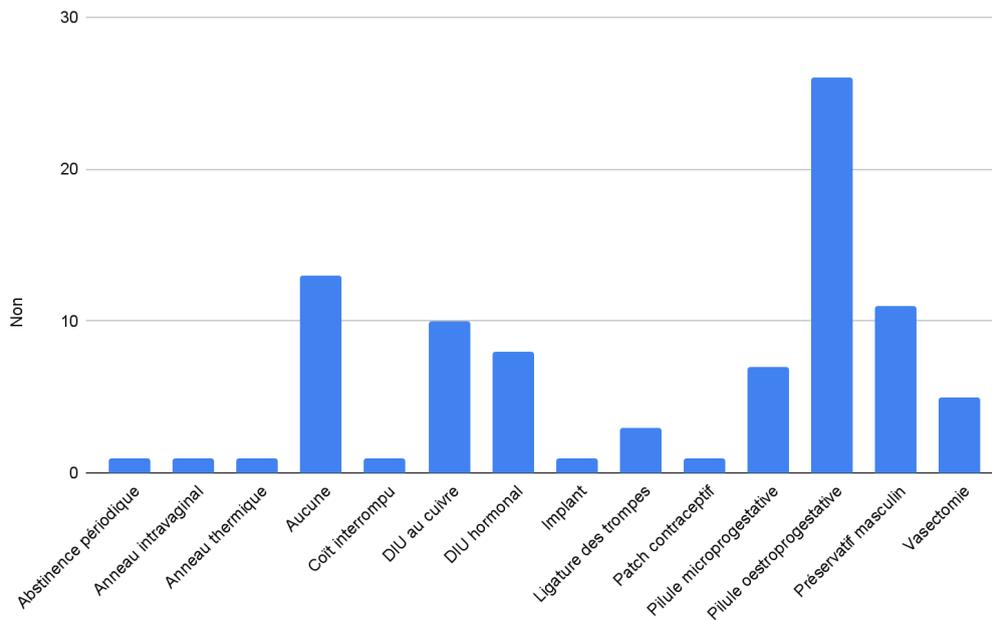


Figure 102. Contraceptions utilisées par les non-fumeuses (102).

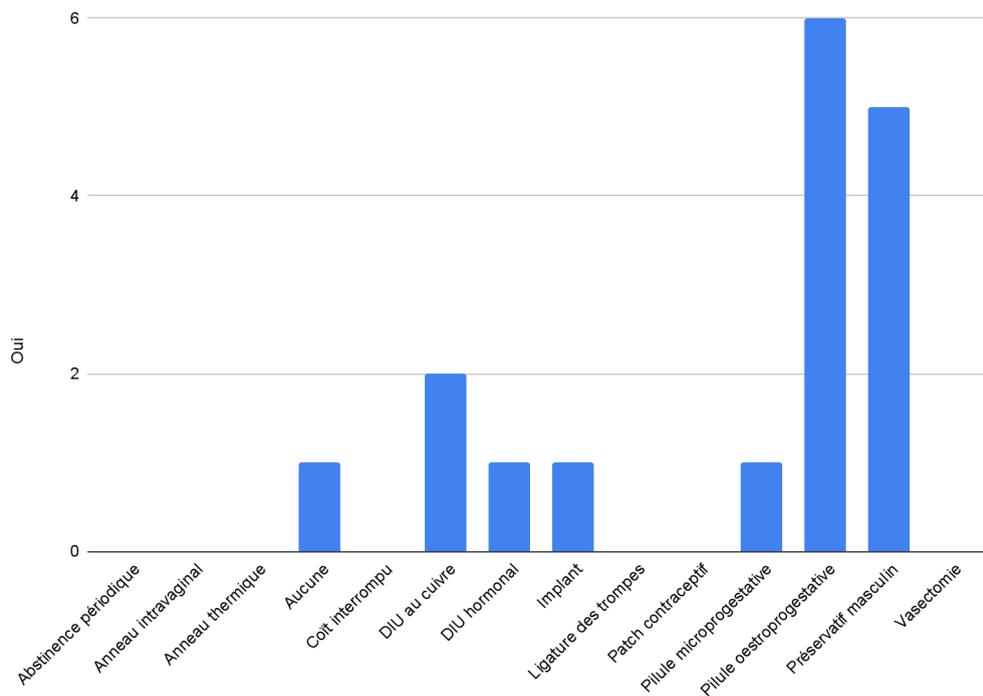


Figure 103. Contraceptions utilisées par les fumeuses (103).

Cette démarche est d'autant plus essentielle pour les grandes fumeuses, qui n'ont parfois pas évoqué leur tabagisme avec leur médecin prescripteur. Un accompagnement peut alors être proposé, soit en les orientant vers un sevrage tabagique à l'aide de substituts nicotiques, soit en les incitant à consulter leur médecin afin d'envisager une méthode contraceptive plus adaptée à leur profil.

2. Informations sur la contraception utilisée

2.1. Les différentes méthodes contraceptives féminines.

CONTRACEPTION	INDICE DE PEARL		PRISE EN CHARGE	DURÉE DE VIE	AVANTAGES	INCONVÉNIENTS
	THÉORIQUE	PRATIQUE				
pilule Oestroprogestative	0.3	8	✓ ⊗	24h	Acceptabilité Disponibilité Diminution des douleurs du cycle menstruel	Oubli à partir de 12 heures EI dus aux hormones Contre Indiqué avec le tabac
pilule Microprogestative	0.3	8	✓ ⊗	24h	Acceptabilité, disponibilité Diminution des douleurs du cycle menstruel Traitement symptomatique de l'endométriose Absence de règles	Oubli à partir de 3h / 12h / 24h EI dus aux hormones
Progestatif en intra-musculaire	0.3	6	✓	3 mois	Limite le risque d'oubli	Risque vasculaire plus important EI dus aux hormones Cycle anarchique
Implant	0.05	0.05	✓	2-3 ans	Pas d'oubli	Mise en place par un professionnel EI du à l'étonogestrel Risque de migration
DIU Hormonal	0.2	0.2	✓	3-5 ans	Pas d'oubli Hormones localisées	Mise en place par un professionnel Grossesse extra ou intra utérine Cycle anarchique Absence de règles possible
DIU au Cuivre	0.6	0.8	✓	4-10 ans	Pas d'oubli Pas d'hormones	Mise en place par un professionnel Douleurs et saignements plus importants pendant les règles
Ligature des trompes	0.5	0.5	✓	∞	Pas d'oubli Pas d'hormones	Plusieurs consultations médicales Opération chirurgicale Choix définitif
Patch Contraceptif	0.3	9	⊗	21 jours	Limite le risque d'oubli Diminue les douleurs de règles Facile d'utilisation	Risque de décollement Oubli à 24 heures EI dus aux hormones
Anneau vaginal	0.3	9	⊗	21 jours	Limite le risque d'oubli	Risque d'expulsion Difficulté de mise en place Oubli à 3 heures EI dus aux hormones
Cape cervicale + Spermicide	9	32	⊗	1 an	Peu d'effets indésirables (irritations) Pas de prise d'hormones On peut la mettre 2 heures avant le rapport	Difficulté d'utilisation
Diaphragme + Spermicide	6	16	⊗	2 ans	Peu d'effets indésirables (irritations) Pas de prise d'hormones	Difficulté d'utilisation Il faut le mettre une heure avant et retirer 6 heures après
Préservatif Féminin	2	15	✓	8h	Accessible Protège des ISTs On peut le mettre avant le rapport	Difficulté de mise en place Allergie au latex

© Solène ARTU

Figure 104. Tableau des différentes méthodes contraceptives féminines (104).

2.2. Type de contraception utilisé.

Le questionnaire place la pilule comme moyen de contraception le plus utilisé suivi par le DIU et le préservatif. Le baromètre santé de 2016 (17) qui a interrogé 4 315 femmes âgées de 15 à 49 ans concernées par la contraception obtient le même classement.

Il conclut ainsi que :

- Le recul de la pilule se poursuit, en particulier chez les femmes de 20-29 ans (10).
- Ce recul se fait au profit du dispositif intra-utérin, du préservatif et de l'implant.
- Il y a aujourd'hui une plus grande diversité des méthodes utilisées par les femmes.

Nous pourrions ajouter la part non négligeable se portant vers le choix de méthode dite définitive, ici 7.5 % de l'échantillon.

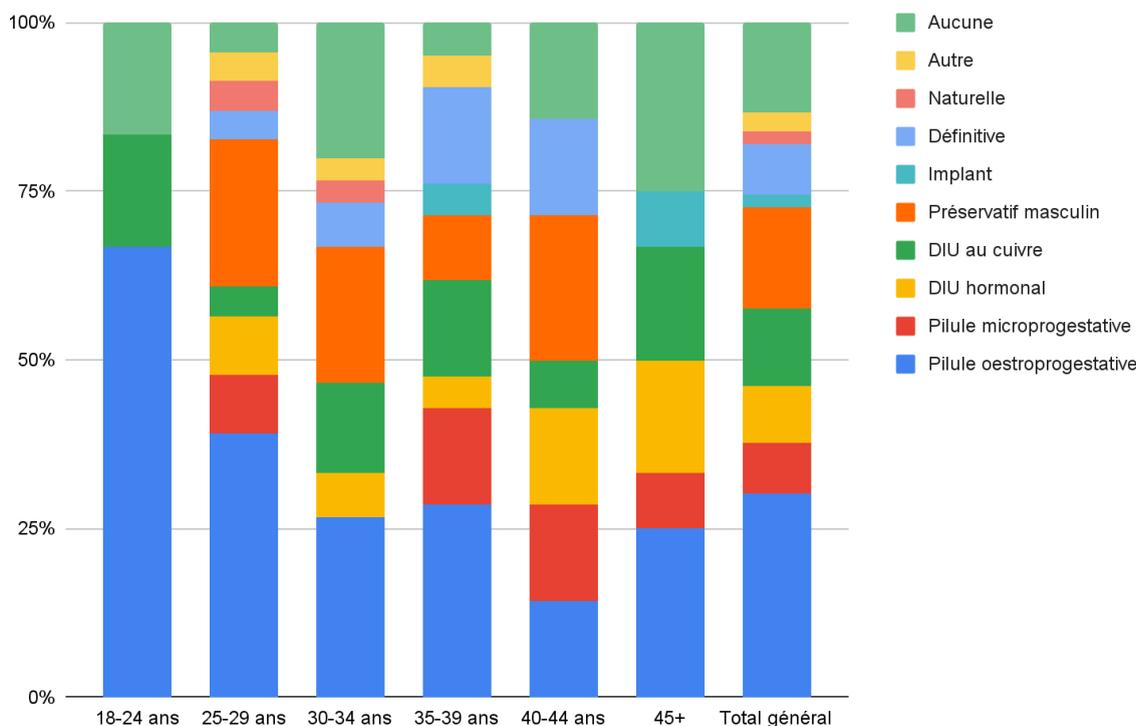


Figure 105. Méthodes de contraception utilisées en France par les femmes concernées par la contraception selon leur âge (105).

Le recul de la pilule chez les femmes de 20-29 ans s'observe également dans l'échantillon.

On va donc chercher à déterminer si la pilule contraceptive, bien qu'étant la méthode la plus couramment utilisée, constitue réellement l'option la plus adaptée aux besoins des femmes, ou si elle est majoritairement prescrite par les médecins par préférence.

Il s'agit également d'examiner si, pour ces deux groupes, son usage prédominant résulte de son ancienneté et de son ancrage dans les habitudes contraceptives, en faisant ainsi une méthode de premier choix par défaut. Enfin, dans le cadre d'un changement de contraception, il convient d'identifier les raisons ayant motivé cette transition.

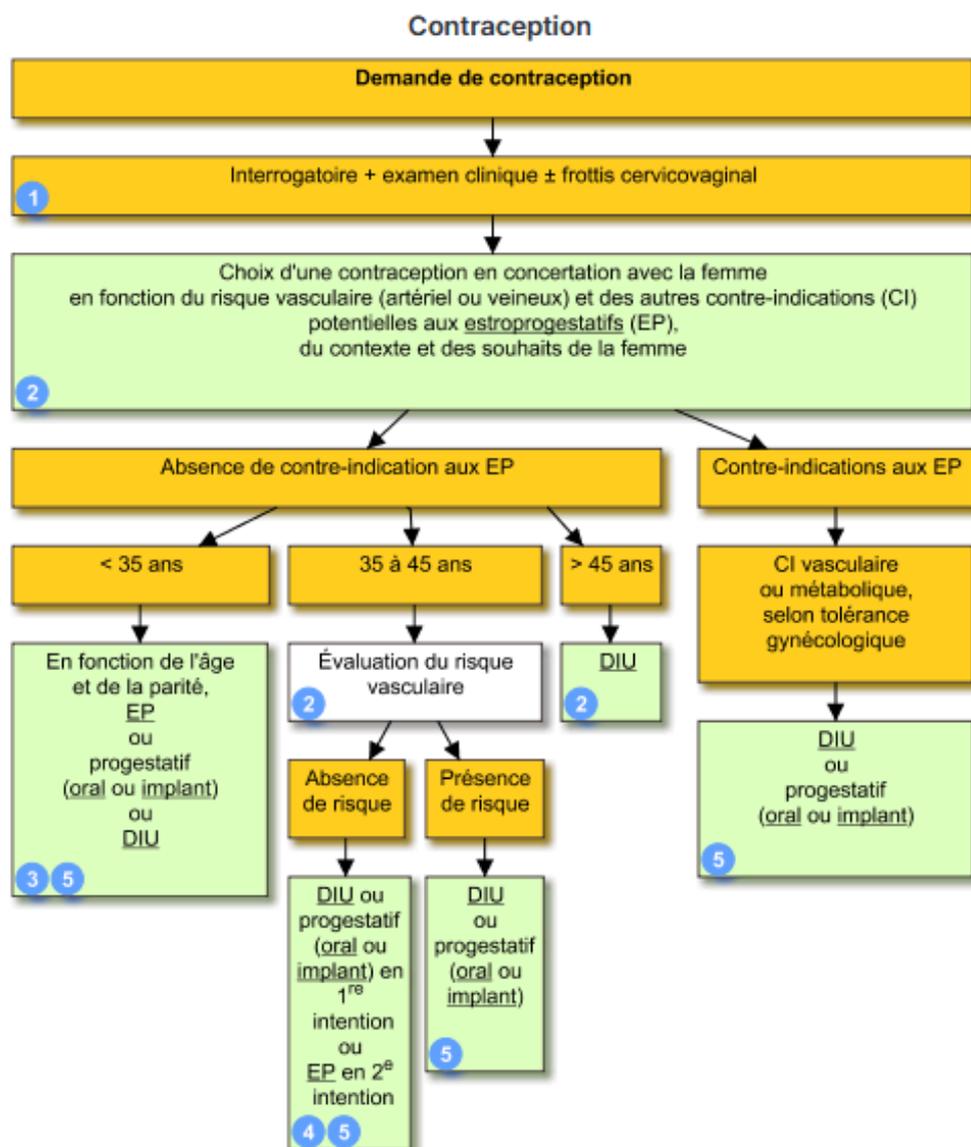


Figure 106. Prise en charge d'une demande de contraception, recommandation du Vidal (106)(15).

2.3. Traitements médicamenteux et contraception obligatoire.

2.3.1. Épilepsie.

Les antiépileptiques augmentent le risque de malformations chez le fœtus et de trouble neurodéveloppemental chez l'enfant. Ce risque est variable en fonction de la molécule utilisée.

Toute femme en âge de procréer doit être informée des risques. La perspective d'une grossesse doit être abordée pour adapter le traitement.

Le valproate et le topiramate étant les antiépileptiques les plus à risque de malformations et de troubles neurodéveloppementaux chez l'enfant exposé *in utero*, ils sont contre-indiqués chez la femme enceinte ou chez la femme en âge de procréer sans contraception.

L'absence de risque malformatif semble établie pour la lamotrigine et le lévétiracétam.

2.3.2. Cancer.

Une contraception de couple doit être mise en place dès le début du traitement anticancéreux et devra se poursuivre au-delà de son arrêt. En effet, la grossesse est fortement déconseillée pendant un traitement radio et/ou chimiothérapique en raison des risques mutagènes pour la descendance.

Les méthodes contraceptives envisageables :

- S'il n'existe plus de désir d'enfant, discuter la stérilisation tubaire par voie hystéroscopique.
- Si projet de grossesse ultérieure : pilule œstroprogestative ou dispositif intra-utérin.
- En cas de chimiothérapie thrombopénisante, on peut éviter les phénomènes hémorragiques pouvant survenir au moment des règles avec des contraceptions entraînant une aménorrhée : microprogestatifs en continu ou DIU au Lévonorgestrel.
- Cancer du sein : dispositif intra-utérin au cuivre, contraception mécanique.
- Cancer du col (avec traitement conservateur) : œstroprogestatifs autorisés. (18)

Les données sur les risques carcinologiques font partie de l'information donnée à la patiente mais ne modifient pas la prescription d'une contraception en l'absence de facteur de risque particulier. La poursuite ou la mise en place d'une contraception doit être envisagée chez toute femme traitée ou ayant été traitée pour cancer, et ses modalités doivent être réévaluées.

En contraception d'urgence après cancer hormono-sensible, par mesure de prudence et lorsque cela est possible, on privilégiera l'utilisation du dispositif intra-utérin au cuivre car non hormonal.

2.3.3. Acné.

La prise d'isotrétinoïne pendant la grossesse est une contre-indication absolue en raison du risque très élevé de malformations graves, plus de 30 % chez les fœtus exposés telles que des anomalies du cerveau, du visage ou du cœur. Or, malgré les mesures mises en place, le nombre de grossesses exposées à l'isotrétinoïne n'a pas diminué depuis 2010, environ 175 grossesses chaque année. (19)

Une contraception doit être débutée un mois avant de commencer le traitement. Il est indispensable de la poursuivre encore un mois après l'arrêt du traitement, en raison de la persistance d'isotrétinoïne dans le sang. Un test de grossesse doit être réalisé avant de commencer le traitement ainsi que tous les mois lors du renouvellement de la prescription et de la délivrance du traitement et le mois suivant l'arrêt du traitement.

A l'officine, la patiente doit présenter à chaque délivrance sa carte ou carnet de patiente, la prescription initiale du spécialiste en dermatologie ayant émis l'ordonnance initiale, son accord de soin et la date de début de mise en place d'une contraception efficace.

Les renouvellements peuvent être établis par le médecin généraliste avec une durée maximale de 1 mois.

La patiente a 7 jours pour présenter la prescription et doit montrer la négativité d'un test de grossesse hCG plasmatique de moins de 10 jours.

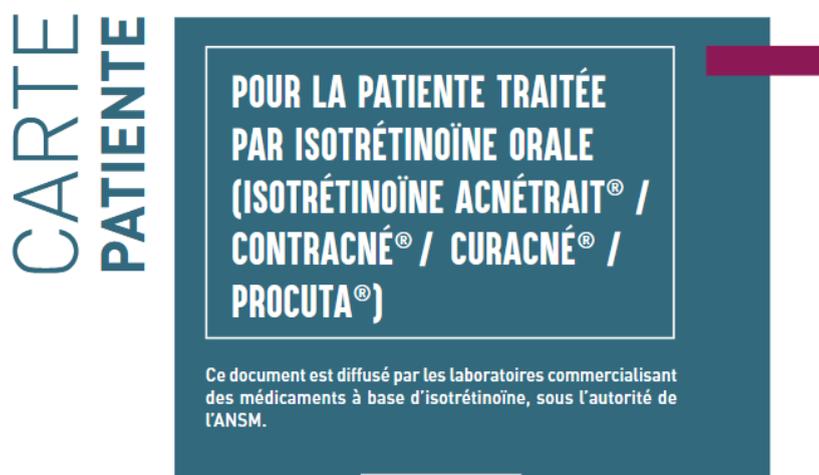


Figure 107. Carte patiente sous isotrétinoïne (107).

2.3.4. Endométriose.

C'est une affection chronique définie par la présence à l'extérieur de l'utérus de tissu pseudo-endométrial qui, sous l'influence des œstrogènes, peut entraîner une inflammation. C'est une maladie complexe qui peut causer des douleurs pelviennes et l'infertilité. Elle peut toucher plusieurs systèmes et organes et nuire à la qualité de vie.

L'étiologie de l'endométriose demeure incomplètement élucidée et aucun traitement curatif n'est actuellement disponible. Sa prévalence est estimée à environ 10 % des personnes menstruées. (20)

La prise en charge thérapeutique repose principalement sur une approche symptomatique, incluant des traitements hormonaux visant à supprimer l'activité ovarienne et menstruelle, des interventions chirurgicales ciblées, ainsi que des stratégies multidisciplinaires pour atténuer les douleurs chroniques associées à des mécanismes de sensibilisation centrale et de douleur nociplastique.

Plusieurs options hormonales peuvent être utilisées pour traiter l'endométriose, elles ont une efficacité comparable de 60 % à 80 %. Par contre, leur coût est variable, de même que leurs effets indésirables. L'objectif de la thérapie hormonale est de supprimer le cycle menstruel, de provoquer l'aménorrhée et idéalement, de suspendre l'ovulation si celle-ci est douloureuse.

L'efficacité de divers progestatifs a été évaluée dans une revue Cochrane et une revue systématique axées sur le diénogest. Ces analyses concluent que les progestatifs administrés en continu permettent un contrôle efficace de la douleur, bien qu'aucun progestatif oral ne se distingue par une efficacité supérieure aux autres.

Nom des pilules progestatives	Composition et dosage
Microval®	Lévonorgestrel 0,03 mg
Antigone® , Cerazette® , Desopop® Gé , Elfasette Gé , Optimizette® Gé	Désogestrel 0,075 mg
Slinda®	Drospirénone 4 mg

Figure 108. Liste des pilules progestatives sur le marché français (108).

2.4. Le suivi du traitement contraceptif.

Il n'y a pas d'âge recommandé pour consulter afin de commencer un suivi gynécologique de prévention. Cependant, le dépistage du cancer du col de l'utérus est recommandé à partir de 25 ans. Le début des rapports sexuels peut également constituer un point de départ pour le suivi gynécologique de prévention, afin que soit mise en place une contraception efficace, l'âge du premier rapport sexuel s'élevant aujourd'hui à 17,6 ans pour les filles d'après l'INPES, Institut National de Prévention et d'Éducation pour la santé. (21)

La population éligible au dépistage du cancer du col de l'utérus est composée de 17 millions de femmes âgées de 25 à 65 ans, tous les 3 ans, et le taux de participation au dépistage était de seulement 61,2 % entre 2010 et 2014 alors même que ce cancer est responsable de 1 100 décès par an environ.

Le dépistage du cancer du sein a pour cible les femmes âgées de 50 à 74 ans et consiste en un examen clinique des seins et une mammographie de dépistage tous les deux ans, en dehors de la présence de facteurs de risques. La population éligible au programme de dépistage organisé est de 10 millions de femmes âgées de 50 à 74 ans tous les deux ans, soit 5 millions de femmes en 2016. Le taux de participation était de seulement 50,7 %, alors même que ce cancer reste de loin le plus fréquent chez la femme et est responsable d'environ 12 000 décès par an.

Malgré la nécessité et l'importance d'un suivi gynécologique de prévention, il apparaît que 22 % des femmes n'ont pas de suivi gynécologique régulier.

Une étude OpinionWay réalisée en 2011 a montré que 19 % des femmes n'avaient pas de suivi régulier depuis au moins 2 ans, 6 % des femmes n'avaient jamais consulté en gynécologie de prévention et 1 femme sur 5 n'avait pas réalisé de FCU depuis plus de 5 ans ou n'en avait jamais fait. (22)

Dans l'échantillon, la majorité des femmes, 70 %, sont suivies par un gynécologue ou une sage-femme. Toutefois, 46 % d'entre elles reconnaissent que ce suivi est irrégulier, ce qui peut expliquer l'absence de réévaluation de leur méthode contraceptive afin de mieux l'adapter à leurs besoins. Dans ces situations, le renouvellement de la contraception est le plus souvent assuré par le médecin généraliste qui dans 77 % des cas n'a pas réévalué leur méthode contraceptive. Par ailleurs, 22 % des femmes de l'échantillon déclarent être suivies exclusivement par leur médecin généraliste.

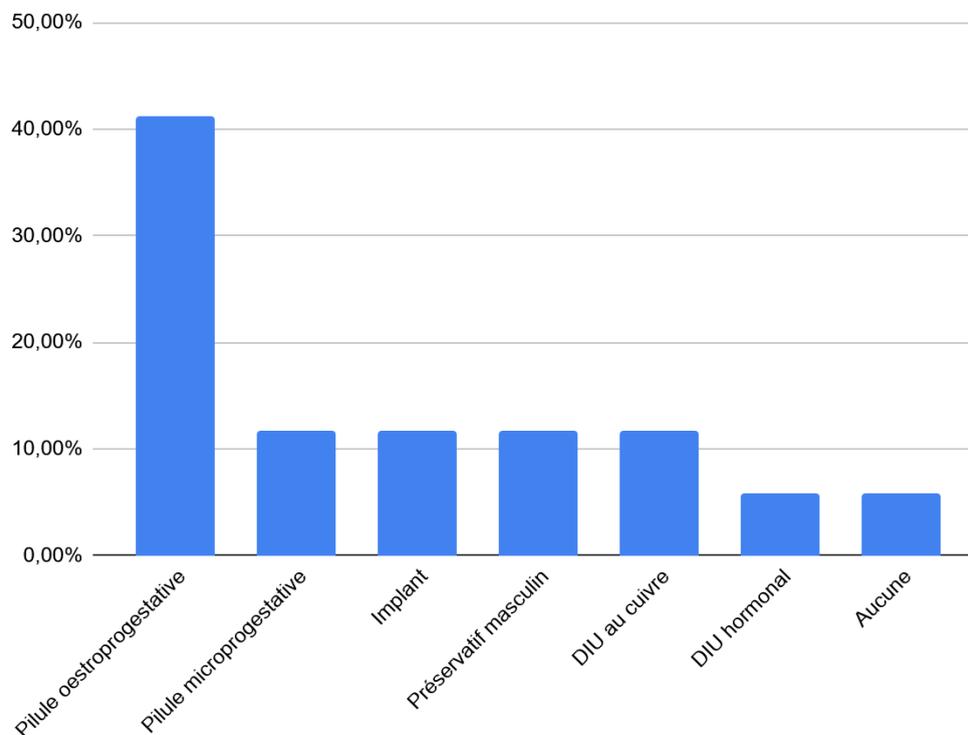


Figure 109. Contraception utilisée par les patientes suivies exclusivement par leur médecin généraliste (109).

Le suivi par le médecin généraliste peut contribuer à la prévalence élevée de la prescription de la pilule contraceptive, celle-ci étant une option plus accessible dans le cadre de la médecine générale. En l'absence d'un diplôme universitaire en gynécologie, le médecin généraliste ne peut pas assurer la pose d'un dispositif intra-utérin ni réaliser l'échographie de contrôle un mois après l'insertion. De même, la pose et le retrait d'un implant contraceptif nécessitent souvent une prise en charge spécialisée. Dans ces situations, le médecin doit réorienter la patiente vers un confrère qualifié.

Quand on interroge les patientes sur les raisons de ce manque de suivi gynécologique, l'étude met en évidence plusieurs facteurs : 29 % des femmes estiment ne pas en avoir besoin en l'absence de problème gynécologique, 23 % l'oublie, 23 % expriment une crainte du monde médical, 19 % manquent de temps, 16 % rencontrent des difficultés à obtenir un rendez-vous et 6 % évoquent des contraintes financières.

Or, un suivi gynécologique régulier reste essentiel, même en l'absence de symptômes, afin d'assurer une surveillance adaptée, une mise à jour des méthodes contraceptives et un dépistage précoce d'éventuelles pathologies. Dans ce contexte, le pharmacien joue un rôle clé : Il représente un interlocuteur facilement accessible pour échanger avec les patientes sur leur contraception, répondre à leurs interrogations et les accompagner dans leur réflexion.

De plus, la pharmacie constitue un espace où il est possible de rassurer les patientes qui appréhendent une consultation, en les orientant vers des professionnels bienveillants et formés. Enfin, cet échange peut aussi être l'occasion d'ouvrir la discussion sur les différentes méthodes contraceptives et d'aider les femmes à mieux définir leurs attentes, afin qu'elles abordent leur rendez-vous avec un spécialiste en toute sérénité.

2.5. Oublis de contraception et contraception d'urgence.

La pilule requiert une bonne observance pour être efficace. De ce fait, son efficacité en pratique courante est inférieure à son efficacité dans des conditions optimales.

Son indice de pearl, soit le nombre de grossesses accidentelles survenues chez 100 femmes exposées pendant douze cycles à la contraception visée, mesuré en efficacité théorique est de 0.5 % alors qu'avec le passage en efficacité pratique on passe à 7 % pour la pilule œstroprogestative et de 1,5 % à 10 % pour la pilule microdosée.

Dans l'échantillon, 77,4 % des participantes reconnaissent avoir déjà oublié leur contraception et 60.5 % au moins une fois par an.

Ces oublis mettent en péril l'efficacité de la méthode contraceptive. Il faudrait soit réorienter ces patientes vers une méthode où l'oubli n'est pas possible comme l'implant ou le stérilet, ou pour celles qui en ont les moyens, leur proposer des pilules de nouvelle génération.

Ces pilules ne sont pas prises en charge par la Sécurité Sociale, mais l'on peut voir en amont avec elles si, pour celles possédant une mutuelle une part peut être remboursée et ainsi leur proposer des pilules qui permettent un oubli allant jusqu'à 24 heures type SLINDA.

Dans l'enquête COCON en 2000, on relève que 21 % des femmes ayant eu une grossesse non désirée étaient sous pilule. Et l'échec de pilule était attribué à un oubli dans 60 % des cas. (23)

Bien que 77.4 % de l'échantillon reconnaissent avoir déjà oublié leur contraception, seulement 60.4 % ont déjà eu recours à la contraception d'urgence.

La Haute Autorité de Santé (HAS) définit la contraception d'urgence comme la méthode contraceptive qu'une femme peut utiliser afin d'éviter la survenue d'une grossesse non désirée après un rapport sexuel non ou mal protégé.

Les différentes méthodes de contraception d'urgence hormonale sont :

- Le lévonorgestrel, Norlevo, qui doit être utilisé dans les 72 heures après le rapport à risque.
- L'acétate d'ulipristal, EllaOne, est un modulateur sélectif de la progestérone. Il peut être utilisé jusqu'à 5 jours après le rapport à risque.
- Le dispositif intra-utérin au cuivre est également connu comme moyen de contraception s'il est inséré dans les 5 jours qui suivent le rapport à risque.

Le taux d'IVG en France est stable, entre 200 000 et 220 000 IVG par an. (24) Pourtant notre taux de diffusion de la contraception est parmi l'un des plus élevés en Europe et est de plus en plus important, même chez les jeunes, et sans que l'âge d'entrée dans la vie sexuelle ait évolué.

Cela pose les questions de la bonne utilisation, en pratique, de méthodes de contraception théoriquement très efficaces.

Ce paradoxe s'explique en partie par une contraception souvent inadaptée, qui peut donc poser des problèmes d'observance. Améliorer l'information sur les méthodes de contraception et leur efficacité reste donc un levier important pour limiter le nombre des IVG.

Seulement 13.4 % de nos participantes ayant eu recours à la pilule du lendemain ont eu un accompagnement par le pharmacien.

Le rôle du pharmacien est pourtant essentiel lors de la délivrance de la pilule pour adapter la prise au rythme de vie de la patiente, lui rappeler qu'au moindre problème celle-ci peut revenir à la pharmacie pour obtenir une pilule du lendemain totalement prise en charge. Et lors d'une éventuelle délivrance de celle-ci, revoir et réévaluer sa méthode de contraception et sa façon de la mettre en place.

De plus, l'impact d'une information écrite en complément d'une information orale sur les oublis de pilule révèle une amélioration significative des connaissances.

Une fiche pratique sur la CU a été créée par l'assurance maladie et l'ordre des pharmaciens. (25) Il faudrait donc en pharmacie automatiser cette délivrance lors de la dispensation d'une contraception d'urgence.

Comment prendre le contraceptif d'urgence ?

Quel que soit le médicament, le traitement nécessite la prise d'un seul comprimé.

Après la prise : que faire ?

Si vous pensez avoir pris, en plus du risque de grossesse, un risque de contamination par le VIH (virus du SIDA), contactez immédiatement : SIDA INFO SERVICE (Tél. : 0 800 840 800), ou les urgences d'un hôpital. En effet, dans les 48 h suivant le rapport, un traitement préventif peut, dans certains cas, vous être proposé.

Comment savoir si la contraception d'urgence a été efficace ?

En surveillant l'apparition des prochaines règles.

Figure 110. Extrait de la fiche d'aide à la délivrance de CU à l'officine (110).

Pour pallier ces problèmes, il serait pertinent de proposer par défaut la délivrance d'une contraception d'urgence aux patientes venant renouveler leur contraception. Cela leur permettrait de toujours en disposer à domicile, facilitant ainsi une prise rapide en cas de besoin et réduisant l'appréhension liée à son obtention, puisque l'initiative viendrait du pharmacien.

Toutefois, il est important de rappeler que son utilisation répétée peut en réduire l'efficacité. Cette approche doit donc s'accompagner d'une information adaptée afin d'encourager un usage raisonné et de favoriser une contraception régulière et adaptée aux besoins de chaque patiente.

	Délai d'utilisation maximal après rapport sexuel non ou mal protégé	Modalités d'accès
Lévonorgestrel (1,5 mg)	72 heures (3 jours) idéalement le plus tôt possible.	Prescription médicale facultative.
Ulipristal acétate (30 mg)	120 heures (5 jours) idéalement le plus tôt possible.	
Dispositif intra-utérin au cuivre		Sur prescription d'un médecin ou d'une sage-femme.

2.6. Les effets indésirables de la méthode contraceptive mise en place.

Dans les notices des contraceptifs oraux, on retrouve dans la section effets indésirables :

- **Effets indésirables fréquents (moins de 1 personne sur 10)** : Troubles de l'humeur, diminution du désir sexuel (libido), maux de tête, nausées, acné, douleurs dans les seins, règles irrégulières ou absentes, prise de poids.
- **Effets indésirables peu fréquents (moins de 1 personne sur 100)** : Infection vaginale, intolérance aux lentilles de contact, vomissements, chute de cheveux, règles douloureuses, kyste de l'ovaire et fatigue.

Dans l'échantillon, **56,6 % des participantes** rapportent ressentir des effets indésirables liés à leur contraceptif.

Une distinction doit être faite entre les effets indésirables scientifiquement avérés et ceux pour lesquels les preuves restent limitées. (26)

Effets indésirables confirmés :

- Augmentation du risque vasculaire
- Charge contraceptive exclusivement féminine
- Migraine
- Augmentation du risque de cancer du sein
- Risque d'oubli lié à la prise quotidienne
- Métrorragies, spotting
- Mastodynie
- Nausées, vomissements

Effets indésirables controversés ou non prouvés :

- Prise de poids
- Diminution de la libido
- Troubles de l'humeur
- Augmentation du risque de cancer du col de l'utérus
- Effets négatifs à long terme sur la santé

Dans l'échantillon, les effets les plus fréquemment mentionnés sont les **métrorragies, les variations de la libido, les troubles de l'humeur, les dysménorrhées, la prise de poids et les migraines.**

Métrorragies et spotting : Bien que les contraceptifs oraux puissent être utilisés pour réguler le cycle menstruel, des épisodes de saignements intermenstruels restent fréquents. Cette situation peut être corrigée par un ajustement du contraceptif, une modification du dosage hormonal ou un schéma de prise en continu.

Libido : L'impact des contraceptifs oraux sur la libido reste controversé. Les études sur le sujet ne sont pas unanimes. Cependant, les contraceptifs hormonaux peuvent réduire les niveaux d'androgènes, notamment la testostérone, influençant potentiellement le désir sexuel. Une contraception faiblement dosée en œstrogènes peut aussi induire une sécheresse vaginale, perturbant la vie sexuelle et contribuant à rendre les rapports moins agréables ce qui peut alors entraîner une baisse de libido.

Troubles de l'humeur : Une revue systématique avec méta-analyse portant sur 22 études publiées entre 2000 et 2022 a examiné le lien entre contraception orale et symptômes dépressifs. La majorité des études ne met pas en évidence de lien clair entre contraception orale et dépression. Les troubles psychiques entrent rarement dans l'évaluation de la balance bénéfice-risque essentielle avant toute prescription et à chaque consultation de surveillance. Néanmoins, certaines patientes peuvent présenter des symptômes psychiques après l'initiation du contraceptif, justifiant une surveillance clinique attentive. (27)

Dysménorrhées : Les contraceptifs oraux sont généralement prescrits pour réduire les douleurs menstruelles, avec une efficacité démontrée. En revanche, les dispositifs intra-utérins, en particulier ceux au cuivre, sont associés à une augmentation des douleurs menstruelles et à un allongement de la durée des règles. Si l'on remonte le cours de nos réponses se sont les patientes sous stérilet qui souffrent de cet effet indésirable.

Prise de poids : Si certaines pilules mentionnent cet effet secondaire, il ne s'agit pas d'un mécanisme direct. Les progestatifs peuvent modifier la glycémie, induisant une sensation accrue de faim, ce qui peut conduire à une prise de poids si les habitudes alimentaires ne sont pas adaptées. De plus, aucun lien direct n'a été démontré entre contraception orale et augmentation du cholestérol en l'absence d'une prédisposition métabolique. (28)

Migraines : Les hormones jouent un rôle clé dans l'apparition des migraines. Les crises migraineuses récurrentes constituent une contre-indication à la pilule œstroprogestative, cette dernière pouvant aggraver leur fréquence et leur intensité.

Pour pallier certains effets indésirables tels que, les douleurs menstruelles, les saignements importants, les ballonnements, les maux de tête, une prise en continue de la pilule œstroprogestative pourrait être envisagée.

Pourtant cela reste peu proposé par les médecins prescripteurs. Parfois par manque de formation des praticiens sur ces schémas et la tendance à privilégier l'utilisation des microprogestatifs sont des facteurs qui entravent cette prescription. (29)

Le choix d'un schéma de prescription repose sur des indications spécifiques propres à chaque patiente et est étroitement lié à l'attitude du professionnel de santé envers la méthode.

De plus, il conviendrait d'expliquer aux femmes ces « nouveaux » schémas de prescription, afin qu'elles puissent bénéficier de toutes les possibilités offertes par la pilule œstroprogestative.

2.7. Le changement de contraception.

Dans l'échantillon, 67,9 % des participantes ont, au moins une fois, modifié leur méthode contraceptive.

Les transitions les plus courantes incluent le passage d'une pilule contraceptive à une autre, souvent dans le but de trouver celle qui leur convient le mieux. Il est essentiel de rassurer les patientes sur ce processus d'ajustement, en leur expliquant que l'objectif est d'identifier la pilule la plus adaptée à leur situation. Une période d'observation de 3 à 6 mois peut être nécessaire pour une évaluation adéquate du traitement. Toutefois, il est important qu'elles n'hésitent pas à signaler tout effet indésirable ou inconfort ressenti durant cette période.

Certaines patientes optent pour une transition de la pilule vers le dispositif intra-utérin, motivées par le désir de réduire l'exposition systémique aux hormones, le DIU agissant localement au niveau de l'utérus, ou d'éviter complètement les hormones pour celles qui tolèrent bien les DIU non hormonaux. De plus, le DIU présente l'avantage de supprimer le risque d'oubli associé à la prise quotidienne de la pilule.

L'implant contraceptif est également une option intéressante, notamment pour les patientes ayant des oublis fréquents de la pilule.

D'autres choisissent d'arrêter la pilule et de revenir à l'utilisation du préservatif, marquant ainsi une interruption de la contraception médicalisée. Il est crucial que les professionnels de santé se montrent ouverts aux questions des patientes et les accompagnent dans ces transitions.

Dans l'étude, le principal motif de changement de méthode contraceptive est lié aux effets indésirables ressentis, à une inadéquation de la méthode avec les besoins actuels des patientes ou à une réticence à la prise régulière d'hormones. Le désir de grossesse est également une raison évidente de cesser la contraception.

Il est important que les pharmaciens soient disponibles pour discuter des effets indésirables avec les patientes, les rassurer et les accompagner afin de minimiser ces effets. Lorsque les patientes ne sont plus satisfaites de leur contraception, les professionnels de santé doivent les soutenir dans leur réflexion vers une autre méthode contraceptive, afin de limiter le mésusage et le risque de grossesses non désirées.

L'objectif est d'établir un dialogue ouvert avec la patiente, de l'écouter et de l'encourager à utiliser correctement la méthode contraceptive la plus adaptée à sa situation, tout en veillant à maintenir un suivi gynécologique régulier, essentiel pour les dépistages.

3. Perception sur la contraception et le monde médical

3.1. Les connaissances des patientes sur les méthodes contraceptives.

Une proportion significative de patientes, 33 %, estime ne pas être suffisamment informée sur les différentes options contraceptives. Dans ce contexte, le pharmacien a un rôle clé à jouer en matière d'éducation et d'accompagnement. Cependant, le temps d'échange au comptoir peut être limité, rendant nécessaire la mise à disposition d'espaces de confidentialité pour des discussions approfondies.

L'accès à l'information sur la contraception se fait principalement via Internet. 86,8 % des patientes déclarent y effectuer leurs recherches. Bien que les sources mentionnées, telles que Ameli.fr, le site du service public, Wikipédia ou le Planning Familial, soient généralement fiables, elles ne répondent pas toujours de manière exhaustive aux interrogations des patientes. Des plateformes interactives, comme **May App**, qui permet à des professionnels de santé de répondre aux questions des jeunes parents, ou **Formagyn**, association visant à renforcer les compétences des professionnels de santé en gynécologie et en santé sexuelle, pourraient être mieux promues en pharmacie.

En parallèle, certains outils numériques, comme **Mon Urgence Pilule** sur Biogaran.fr ou **Question Sexualité**, proposent des arbres décisionnels guidant les patientes dans la gestion des oublis de contraception. La promotion de ces ressources pourrait améliorer l'autonomie des patientes face à leur contraception tout en renforçant le rôle du pharmacien dans l'accompagnement thérapeutique.

Le principal interlocuteur des patientes reste le médecin prescripteur, qu'il s'agisse du médecin généraliste, du gynécologue ou d'un autre spécialiste. Seules 5,6 % des patientes considèrent actuellement le pharmacien comme un acteur de référence en matière de contraception, malgré son accès direct et sa connaissance approfondie des différentes méthodes disponibles. Pourtant, le pharmacien est souvent le premier professionnel consulté en cas de problème lié à la prise d'un contraceptif. Il est donc nécessaire d'adopter une approche plus proactive afin que les patientes puissent se tourner prioritairement vers la pharmacie, plutôt que vers des ressources en ligne qui ne prennent pas en compte leur mode de vie, leur observance médicamenteuse et leurs contraintes personnelles.

L'essor de l'intelligence artificielle, notamment via des outils comme ChatGPT, offre une vision globale des options contraceptives. Cependant, ces technologies restent encore limitées dans le domaine de la santé et ne remplacent pas un échange personnalisé avec un professionnel qualifié.

Le processus de prescription automatique et le manque de temps en consultation constituent des freins majeurs à une information complète sur la contraception. Dans l'étude, **38,7 % des patientes déclarent ne pas avoir reçu d'explication sur l'ensemble des méthodes contraceptives disponibles**, et **67 % se sont vues prescrire directement une pilule contraceptive**, sans exploration approfondie de leurs préférences et de leur mode de vie.

LA MEILLEURE CONTRACEPTION, C'EST CELLE QUE L'ON CHOISIT.



Figure 111. Liste des contraceptions (111).

Ce manque d'information objective limite la possibilité pour les patientes de choisir une contraception adaptée à leurs besoins (29) (30).

La pilule demeure la méthode contraceptive la plus prescrite, ce qui pourrait expliquer pourquoi elle reste la plus utilisée. Cependant, cette prescription fréquente pourrait résulter d'un manque d'évaluation approfondie des besoins individuels des patientes, voire d'une absence d'explication sur les alternatives disponibles. **Seulement un quart des répondantes indiquent avoir véritablement choisi leur méthode contraceptive.**

Face à ce constat, le pharmacien joue un rôle central, non seulement en fournissant des conseils sur la prise correcte de la pilule, mais aussi en profitant de la première délivrance pour initier une discussion sur les autres options contraceptives disponibles. Il peut ainsi fournir des outils d'information aux patientes, les sensibiliser aux alternatives, et les encourager à consulter leur médecin prescripteur si la pilule ne leur convient pas.

Cette approche permettrait d'éviter le mésusage des contraceptifs, de limiter les interruptions de contraception non souhaitées, et d'assurer un suivi gynécologique optimal, notamment pour les dépistages.

Un accompagnement renforcé par le pharmacien favoriserait ainsi une meilleure adéquation entre les besoins des patientes et leur méthode contraceptive, tout en réduisant les risques liés aux prescriptions systématiques et au manque d'informations accessibles lors des consultations médicales.

3.2. La contraception masculine.

Lorsqu'il est question de contraception, les femmes ne considèrent pas spontanément les méthodes contraceptives masculines. Cette perception s'inscrit dans une construction historique et culturelle où les hommes sont souvent perçus comme moins impliqués dans la gestion de la contraception. Pourtant, plusieurs méthodes contraceptives masculines existent, bien que leur utilisation varie considérablement.

Dans l'échantillon, **la vasectomie** est la méthode contraceptive masculine la plus connue, citée en premier par 33 % des répondantes. Elle consiste en une intervention chirurgicale bloquant les canaux déférents, empêchant ainsi la libération des spermatozoïdes. Cette méthode efficace est de plus en plus acceptée. Bien qu'elle soit souvent perçue comme une méthode irréversible, une intervention chirurgicale de restauration, la vasovasostomie, peut permettre de rétablir la perméabilité des canaux déférents. Le taux de réussite de cette réversion est d'autant plus élevé lorsque l'intervention est réalisée dans un délai de trois ans après la vasectomie initiale.

Elle est suivie de près par la contraception thermique via le **slip chauffant**, connu mais peu utilisé en raison de sa disponibilité limitée. L'**anneau thermique** est mentionné par 13 % des femmes interrogées. La contraception masculine thermique a pour but d'élever la température de 2°C des testicules pour inhiber la production de spermatozoïdes. Efficace au bout de 4 mois et réversible six mois après l'arrêt du traitement, le taux de réussite de cette contraception est égal à un contraceptif hormonal féminin.

L'efficacité des méthodes contraceptives thermiques repose, à l'instar de la pilule contraceptive, sur une utilisation rigoureuse du dispositif. Cela implique le port du sous-vêtement spécifique pendant au moins 15 heures par jour, sans interruption.

Le processus comprend plusieurs phases :

- Phase d'inhibition : Une période de 2 à 4 mois est nécessaire pour atteindre un seuil contraceptif, au cours de laquelle la méthode est utilisée en complément d'une contraception de couple.
- Suivi et surveillance : Un premier spermogramme est réalisé à 3 mois afin d'évaluer la concentration spermatozoïdaire. Si le seuil contraceptif n'est pas atteint, un second contrôle est effectué à 4 mois. Par la suite, une surveillance régulière est recommandée avec un spermogramme tous les 3 mois jusqu'au 24^e mois, puis un suivi semestriel. (31)

La **pilule masculine** est identifiée par 9,4 % alors que celle-ci est toujours à l'état de recherche.

L'**injection hormonale** est la moins reconnue parmi les méthodes médicalisées, avec seulement 2,8 % de connaissances rapportées. Elle consiste à des injections de testostérone qui vont arrêter le processus de production des spermatozoïdes. Trois mois de traitement sont nécessaires pour que la concentration de spermatozoïdes soit inférieure à 1 million/ml, indice de Pearl cible à 1. Si ce résultat n'est pas obtenu dans ces délais, la contraception ne sera pas poursuivie. L'effet est réversible après trois à quatre mois d'arrêt du traitement.

Enfin, certaines méthodes plus anciennes et moins fiables, telles que le **retrait** ou le **coït interrompu**, restent citées, bien qu'elles soient historiquement considérées comme peu efficaces. (32)

Bien que la vasectomie soit la méthode masculine la plus mentionnée par les femmes, la connaissance des autres méthodes tend à se développer. Toutefois, leur accessibilité et leur utilisation restent limitées, notamment en raison d'un manque d'information et de la persistance de normes culturelles sur la répartition des responsabilités contraceptives. Il convient de noter que la vasectomie et les préservatifs sont les seules méthodes contraceptives masculines prises en charge par la sécurité sociale.

3.3. Prescription de la méthode contraceptive.

L'accès des femmes et des hommes à une pratique contraceptive, en général, peut être freiné par des déterminants liés aux professionnels de santé (pratiques, information et formation, représentations).

En raison de certaines représentations socioculturelles, l'attention des professionnels de santé dans l'identification des besoins contraceptifs de leurs patients peut être plus faible : c'est notamment le cas dans les situations où la grossesse n'est pas socialement envisageable et/ou lorsque les rapports sexuels sont supposés inexistantes. Ces représentations sont généralement liées aux situations où la sexualité, en particulier féminine, n'est pas socialement acceptée :

- Non-reconnaissance sociale de la sexualité des adolescents.
- Prévalence de normes sociales sur le « temps fertile prescrit » qui se situe entre 25 à 40 ans environ.
- Préjugés sur la fréquence des rapports sexuels et la sexualité des femmes proches de la ménopause.
- Préjugés sur l'absence de rapports sexuels dans le cadre d'un retour de couches.
- Prédominance de l'attention portée aux problèmes médicaux chez les personnes atteintes de maladies chroniques ou d'obésité morbide et non-reconnaissance de leur sexualité.
- Non-reconnaissance de la sexualité des personnes en situation de handicap.

De même, des représentations socioculturelles sur la sexualité des femmes, en particulier lorsqu'elles vivent dans un contexte conjugal, peuvent être en décalage avec leurs besoins contraceptifs :

- Préjugés sur la régularité des rapports sexuels.
- Non-prise en compte de la sexualité extraconjugale.

Ces représentations socioculturelles ont un impact sur l'identification *a priori* des besoins contraceptifs des femmes et des hommes par les professionnels de santé.

Elles peuvent influencer la décision du professionnel d'aborder ou non la question d'une prescription contraceptive et le choix des méthodes contraceptives qu'il leur propose.

La formation initiale et continue des professionnels de santé ne prévoit pas d'information et de sensibilisation à la prise en compte de ces représentations socio-culturelles dans leurs pratiques ainsi que sur l'abord des questions de sexualité qui peut constituer une difficulté pour certains médecins.

Le choix de recourir à une pratique contraceptive peut être freiné par la réticence de certaines femmes à consulter un professionnel de santé parce qu'elles redoutent l'éventualité d'un examen gynécologique ou de questions que pourrait leur poser le professionnel de santé et qui relèvent de l'intime.

Le pharmacien occupe une place stratégique pour faciliter l'information et l'accompagnement des patientes et patients. Il peut jouer un rôle complémentaire à celui du médecin en ouvrant un espace de dialogue bienveillant et accessible, sans rendez-vous ni appréhension liée à un examen gynécologique. Il peut ainsi contribuer à déconstruire certains préjugés en abordant la contraception avec toutes les patientes.

Le pharmacien peut également permettre une meilleure prise en compte des besoins individuels, en proposant une information objective et personnalisée sur les différentes méthodes contraceptives, en expliquant leur fonctionnement et leur efficacité, et en orientant, si nécessaire, vers un professionnel de santé adapté.

Enfin, il joue un rôle essentiel dans la facilitation de l'accès à la contraception d'urgence et dans la lutte contre les inégalités d'accès à l'information, en offrant un cadre rassurant pour répondre aux interrogations des patientes et en favorisant une prise en charge adaptée à leur situation et à leurs choix personnels.

3.4. La perception de la pilule contraceptive.

Dans l'échantillon :

- 63.2 % ont une perception de la pilule contraceptive qui s'est plutôt détériorée au fil du temps.
- 82.1 % reconnaissent être inquiètes de la prise au long cours d'hormone contraceptive.

J'ai conscience qu'en posant la question, les femmes peuvent *de facto* se sentir inquiètes, cette question est donc à mettre en rapport direct avec la suivante pour souligner l'objet de leur inquiétude.

Selon une expertise du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) (33) menée en 2005 et actualisée en 2012 :

- La pilule combinée semble accroître légèrement le risque de cancer du sein, en particulier chez les jeunes femmes qui la prennent depuis peu et celles qui l'utilisent depuis 10 ans ou plus. Le risque revient à la normale 10 ans après avoir cessé de la prendre.
- L'utilisation d'une pilule combinée à long terme, c'est-à-dire 5 ans ou plus, ferait augmenter le risque de cancer du col de l'utérus. Ce risque diminue au fil du temps après l'arrêt.
- L'utilisation à long terme de la pilule fait légèrement augmenter le risque d'un type de cancer du foie appelé carcinome hépatocellulaire chez les femmes dont le risque d'être atteintes d'une hépatite B est faible. Dans la mesure où ce cancer est très peu fréquent (2 cas pour 100 000 femmes par an), il reste très rare parmi les jeunes femmes.

La pilule microprogestative peut aussi faire augmenter le risque de cancer du sein et de l'utérus.

En revanche, plusieurs études suggèrent que les femmes sous pilule combinée risqueraient moins d'être atteintes d'un cancer de l'ovaire ou de l'endomètre, la prise d'une pilule pendant 5 ans réduirait de 25 % le risque d'avoir un cancer de l'endomètre avant 75 ans.

Face à ces questionnements, le pharmacien joue un rôle essentiel d'accompagnement et de clarification. Il peut aider à contextualiser les données scientifiques, en expliquant de manière accessible les risques réels et leur fréquence, tout en les mettant en perspective avec les bénéfices contraceptifs.

Le pharmacien peut ainsi aider les patientes à mieux comprendre ces enjeux et à choisir une contraception adaptée à leur profil et à leurs attentes. Il peut également encourager un suivi médical régulier pour réévaluer les bénéfices et les risques, notamment en fonction des antécédents médicaux et des besoins évolutifs de chaque femme. Enfin, cet échange en officine permet d'ouvrir le dialogue sur les alternatives disponibles et d'orienter, si nécessaire, vers un professionnel de santé afin d'assurer une prise en charge optimale.

3.5. Contraception et COVID.

À l'échelle mondiale, la pandémie de COVID-19 a entraîné des difficultés d'accès aux services de santé sexuelle, perturbant ainsi la disponibilité et l'utilisation des contraceptifs. En France, les trois périodes de confinement et les couvre-feux successifs ont modifié l'accès aux méthodes contraceptives, bien que l'impact exact de ces restrictions reste à nuancer.

Dans l'échantillon, la pandémie et la campagne de vaccination qui a suivi n'ont pas semblé influencer significativement la réflexion des répondantes sur leur contraception. Toutefois, la période de confinement a pu offrir l'opportunité d'une meilleure information et d'une prise de conscience quant aux options contraceptives disponibles.

Une étude observationnelle nationale exploitant les données de remboursement du Système national des données de santé (SNDS) couvrant 99,5 % de la population française a analysé l'évolution des délivrances de différentes méthodes contraceptives entre 2018 et le premier quadrimestre 2021. (34)

Les contraceptifs étudiés incluent la contraception orale, progestative et œstroprogestative remboursée, la contraception d'urgence, les dispositifs intra-utérins au cuivre et hormonaux, ainsi que les implants contraceptifs.

En comparant les chiffres de consommation réels de 2020 et 2021 avec les valeurs attendues, calculées sur la base des tendances de 2018 et 2019 tout en intégrant les variations saisonnières et jours fériés, l'étude a révélé une **baisse globale de l'utilisation des contraceptifs après 15 mois de pandémie** :

- - 2,0 % pour la contraception orale.
- - 5,0 % pour la contraception d'urgence.
- - 9,5 % pour les DIU hormonaux.
- - 8,6 % pour les DIU au cuivre.
- - 16,4 % pour les implants contraceptifs.

Cette diminution a concerné en particulier les femmes de moins de 25 ans. Un phénomène de stockage de la contraception orale a néanmoins été observé au début des deux premiers confinements, suggérant une anticipation des difficultés d'approvisionnement.

La réduction de l'utilisation des contraceptifs pourrait s'expliquer en partie par une diminution des interactions sociales, notamment chez les jeunes femmes. Bien que le nombre d'interruptions volontaires de grossesse soit resté stable en 2020, l'accès à la contraception doit demeurer une priorité de santé publique afin de prévenir une hausse des grossesses non désirées.

En parallèle, les difficultés d'accès aux renouvellements, aux retraits et aux insertions de dispositifs contraceptifs en raison des restrictions sanitaires ont été identifiées comme des facteurs influençant le changement ou l'arrêt des méthodes contraceptives. Les femmes ayant rencontré des obstacles dans l'obtention de leur contraception durant la pandémie présentaient un risque accru de modification de leur méthode. (35)

Ces résultats soulignent l'importance de garantir une continuité des services de santé sexuelle en période de crise sanitaire et de développer des stratégies innovantes pour assurer un accès facilité aux contraceptifs, notamment pour les populations les plus vulnérables.

3.6. Le rôle du conjoint dans la mise en place de la méthode contraceptive.

La contraception masculine ne suscite pas l'adhésion de tous les hommes, et deux logiques principales de refus émergent.

D'une part, certains adoptent une posture de retrait, souvent influencée par les représentations sociales et culturelles de la contraception. Une étude qualitative menée auprès de 46 personnes (25 hommes et 21 femmes) met en évidence deux facteurs explicatifs :

- Certaines femmes expriment des doutes quant à la capacité des hommes à gérer leur propre contraception, ceux-ci n'étant pas directement exposés au risque de grossesse.
- Les hommes eux-mêmes formulent plusieurs types de craintes : des appréhensions liées à l'éjaculation et à l'érection, des inquiétudes concernant une potentielle atteinte à leur identité de genre par crainte d'une « féminisation », ainsi que des réticences face aux contraintes pratiques des méthodes masculines (36).

Ces préoccupations révèlent que la contraception masculine peut être perçue comme une remise en question de trois dimensions de la virilité :

1. La puissance sexuelle
2. L'identité masculine
3. Le contrôle du corps. (32)

D'autre part, la participation des hommes à la contraception dépend en grande partie de l'influence des figures féminines de leur entourage. Ces dernières jouent un rôle clé en tant qu'**initiatrices** (amies), **éducatrices** (mères) ou **prescriptrices** (conjointes).

Plusieurs éléments favorisent l'implication masculine :

- Une éducation sexuelle précoce
- Un environnement social où la contraception est discutée
- Un échange intime avec la partenaire

Enfin, l'expérience des femmes face à la contraception contribue également à responsabiliser les hommes.

Nos résultats montrent que, parmi les hommes en couple interrogés :

- **43,7 %** discutent de contraception avec leur conjointe.
- **33,7 %** participent activement à sa mise en place.
- **33,7 %** n'apportent aucune aide.

Le frein à cette participation peut venir de la patiente elle même :

- **32,5 %** préfèrent gérer leur contraception de manière autonome, exprimant un manque de confiance envers leur partenaire.

Dans les relations occasionnelles, cette prise de responsabilité se traduit par une vigilance accrue, que ce soit en s'assurant que la partenaire utilise une contraception ou en adoptant une méthode contraceptive masculine.

Ainsi, l'implication des hommes dans la contraception reste fortement influencée par leur parcours relationnel, leur exposition aux discussions sur le sujet et leur rapport de confiance avec leur partenaire.

On peut ajouter que de plus en plus d'hommes se rendent en pharmacie, seuls ou accompagnant leur conjointe, pour obtenir les traitements prescrits, y compris ceux relatifs à la contraception. Il incombe au pharmacien d'inclure l'homme dans le suivi et la gestion de la contraception, afin de le rendre acteur dans ce processus et de renforcer la confiance au sein du couple. Cette démarche contribue à une meilleure implication des partenaires dans la gestion de la contraception, favorisant ainsi un dialogue ouvert et une responsabilisation partagée.

3.7. Impact de la contraception sur la vie sexuelle.

L'influence de la contraception œstroprogestative sur la sexualité féminine reste mal comprise. Alors que de nombreuses études se sont intéressées aux effets secondaires hormonaux et aux troubles du cycle menstruel, peu de travaux se sont spécifiquement penchés sur son impact sur la sexualité. Les études existantes présentent souvent des faiblesses méthodologiques et des résultats contradictoires, rendant difficile l'identification de mécanismes précis. Plusieurs hypothèses physiopathologiques ont été avancées, mais des recherches supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre ces interactions.

Dans l'étude, 62,3 % des participantes déclarent ressentir une autocontrainte dans leur vie sexuelle liée à la prise de contraceptifs, et 59,4 % estiment que leur contraception a un impact négatif sur leur sexualité. Cette perception semble principalement liée au stress de l'oubli de la prise ainsi qu'aux effets indésirables tels que le spotting ou des douleurs pelviennes.

Une revue de la littérature réalisée dans le cadre d'une thèse en médecine a synthétisé les connaissances actuelles sur l'effet potentiel de la contraception œstroprogestative, indépendamment de sa forme galénique, sur la sexualité des femmes après au moins trois mois d'utilisation.(37)

3.7.1. Facteurs ayant une influence négative sur la sexualité féminine.

Plusieurs travaux suggèrent que l'activité anti-gonadotrophique des contraceptifs œstroprogestatifs entraîne une diminution des taux plasmatiques d'androgènes, notamment de testostérone libre. Or, bien que le rôle de la testostérone dans le désir sexuel féminin soit encore débattu, certaines hypothèses suggèrent que certaines femmes pourraient être plus sensibles que d'autres aux variations hormonales, sans qu'un seuil physiologique précis n'ait pu être identifié.

En outre, les contraceptions orales combinées faiblement dosées (éthynyl-œstradiol $\leq 20 \mu\text{g}$) pourraient induire une carence œstrogénique, favorisant des troubles de la lubrification et une vulvodynie, pouvant altérer la qualité de vie sexuelle.

3.7.2. Facteurs ayant une influence positive sur la sexualité féminine.

À l'inverse, certaines contraceptions récentes ont été étudiées pour leurs effets potentiellement bénéfiques sur la sexualité féminine. Les pilules **Jasmine** et **Qlaira** ont notamment été évaluées pour leur influence sur le bien-être sexuel :

- **Qlaira** : contient de l'œstradiol valérate et du diénogest, son schéma posologique quadriphasique réduit la période placebo à deux jours, permettant une diminution du syndrome prémenstruel et des saignements, deux facteurs souvent cités comme ayant un impact négatif sur la sexualité.
- **Jasmine** : contient de la drospirénone, dont l'activité anti-minéralocorticoïde pourrait prévenir la rétention hydrique, améliorant ainsi la tolérance et l'adhésion au traitement contraceptif.

On peut souligner que l'introduction de la contraception orale dans les années 1960 a marqué une révolution sociale et sexuelle, permettant aux femmes de dissocier sexualité et procréation. Cette dissociation a contribué à réduire la peur d'une grossesse non désirée, favorisant ainsi une augmentation du désir et de la satisfaction sexuels. Plusieurs études ont d'ailleurs mis en évidence une diminution de l'anxiété chez les femmes utilisant une contraception œstroprogestative.

3.8. Prise en charge des méthodes contraceptives.

Dans le prolongement de la gratuité de la contraception pour les mineurs, une mesure d'élargissement a été mise en place en janvier 2022, permettant aux femmes jusqu'à 25 ans de bénéficier d'un accès facilité aux méthodes contraceptives. Cette initiative vise à réduire les barrières financières observées comme un frein à l'utilisation de contraceptifs efficaces.

Le dispositif couvre :

- Les pilules de première et deuxième génération.
- L'implant contraceptif.
- Le dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre et hormonal.
- Le diaphragme.
- Les préservatifs masculins.

En complément, les consultations médicales et examens nécessaires à la mise en place de la contraception sont entièrement pris en charge sans avance de frais.

Cas de SLINDA.

SLINDA est un contraceptif progestatif de quatrième génération, offrant une plus grande flexibilité d'oubli pouvant aller jusqu'à 24 heures, ce qui représente un avantage significatif pour l'observance.

Après un échange avec le laboratoire EXELTIS, il apparaît que ce dernier n'a pas soumis de dossier à la Haute Autorité de Santé (HAS) pour une éventuelle prise en charge. En effet, l'évaluation du Service Médical Rendu (SMR) et de l'Amélioration du Service Médical Rendu (ASMR) par la commission de transparence est une étape déterminante pour fixer un taux de remboursement, impliquant ensuite une négociation du prix avec le Comité Économique des Produits de Santé (CEPS). Le laboratoire ayant refusé de négocier et de réduire le prix de vente de SLINDA, ce contraceptif reste entièrement à la charge des patientes, malgré son intérêt thérapeutique et son confort d'utilisation.

SLINDA®



Drospirénone 4 mg

- Boîte de 1x28 comprimés
- Boîte de 3x28 comprimés
- Pour une information complète [consultez le résumé des caractéristiques du produit sur RCP](#)
- [Consultez la notice](#)

Figure 112. SLINDA (112).

Aujourd'hui, les traitements de référence pour la prise en charge de l'endométriose reposent principalement sur les pilules œstroprogestatives en continu ou les contraceptions microprogestatives en continu, dont le principal objectif est de limiter, voire bloquer les menstruations afin de réduire les douleurs et de ralentir l'évolution de la maladie.

Cependant, malgré ces potentielles indications pour les patientes atteintes d'endométriose, ou son réel avantage pour les patientes ayant régulièrement des oublis de prise, SLINDA n'est pas prise en charge.

L'inclusion et l'exclusion de certaines méthodes contraceptives dans le dispositif de prise en charge suscitent des interrogations :

- Chez les hommes, seules deux méthodes sont couvertes : le préservatif masculin et la vasectomie.
- Chez les femmes, certains moyens contraceptifs restent exclus du remboursement :
 - Le patch contraceptif et l'anneau vaginal, pourtant indiqués chez les patientes sujettes aux oublis de pilule mais ne souhaitant pas un dispositif intra-utérin ou d'implant.
 - Les pilules de troisième et quatrième génération, souvent prescrites aux femmes atteintes d'endométriose en raison de leur profil hormonal spécifique.

Cette disparité soulève une question importante sur l'égalité d'accès aux options contraceptives, notamment pour les patientes nécessitant des alternatives adaptées à leur état de santé.

Bien que 43 % des femmes interrogées dans l'étude soient informées de la prise en charge des contraceptifs jusqu'à 25 ans, cette proportion reste insuffisante. Il apparaît essentiel d'intensifier les efforts de sensibilisation, tant au niveau des professionnels de santé que des patientes elles-mêmes.

En officine, les pharmaciens peuvent jouer un rôle proactif en :

- Proposant systématiquement des préservatifs pris en charge (féminins et masculins) pour les moins de 25 ans.
- Rappelant aux patientes de moins de 25 ans qu'elles peuvent bénéficier d'une consultation gratuite pour la mise en place d'un moyen contraceptif.
- Éclairant les jeunes femmes sur l'ensemble des options contraceptives disponibles, en insistant sur les alternatives adaptées à leurs besoins et contraintes personnelles.

L'implication des pharmaciens dans ce processus pourrait contribuer à améliorer l'accès à une contraception adaptée et personnalisée, tout en réduisant les inégalités d'information et d'accès aux soins.

V. Conclusion

L'évolution des pratiques contraceptives en France reflète une transformation des attentes et des préoccupations des femmes en matière de santé reproductive. L'étude menée met en évidence un recul significatif de l'utilisation de la pilule contraceptive, au profit d'autres méthodes comme le DIU, l'implant ou encore le préservatif. Ce phénomène s'explique par divers facteurs : les effets secondaires ressentis, la crainte des hormones, l'évolution des normes sociétales, ainsi que l'accessibilité aux professionnels de santé.

Dans ce contexte, le rôle du pharmacien se révèle central. En tant que professionnel de santé de proximité, il est souvent le premier interlocuteur des patientes pour les questions liées à la contraception. Son implication va au-delà de la simple délivrance des contraceptifs, il doit être un acteur clé de l'information et de l'accompagnement, notamment en sensibilisant les patientes aux différentes méthodes disponibles, en les aidant à faire un choix éclairé et en facilitant leur parcours de soins.

L'extension des missions du pharmacien, comme la dispensation de la contraception d'urgence, le renouvellement d'ordonnance et l'accompagnement des patientes dans leur observance thérapeutique, ouvre la voie à une prise en charge plus complète. Toutefois, pour optimiser son impact, une formation continue et un accès facilité à des outils pédagogiques adaptés aux échanges en officine sont nécessaires.

Un autre point central est l'implication croissante des conjoints dans la gestion contraceptive du couple. Traditionnellement considérée comme une responsabilité féminine, la contraception tend aujourd'hui à devenir un sujet de discussion et de partage au sein des couples. Cette transformation se traduit par un intérêt grandissant pour les méthodes contraceptives masculines, comme la vasectomie ou encore la contraception thermique (slip chauffant, anneau thermique). Si ces méthodes restent encore marginales, leur développement pourrait, à terme, contribuer à un rééquilibrage de la charge contraceptive.

L'avenir de la contraception repose donc sur une approche plus inclusive et collaborative, intégrant aussi bien les professionnels de santé que les partenaires des patientes. Dans cette dynamique, le pharmacien peut jouer un rôle moteur en encourageant le dialogue au sein des couples et en promouvant une meilleure connaissance des différentes options contraceptives, y compris masculines.

En conclusion, cette étude souligne l'importance de repenser l'accompagnement contraceptif en pharmacie. Face aux attentes croissantes des patientes et à la diversification des méthodes disponibles, il apparaît essentiel de renforcer la formation et l'implication des pharmaciens afin d'assurer une prise en charge optimale, alliant accessibilité, pédagogie et suivi personnalisé.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire.

Santé sexuelle : Augmentation de l'arrêt de la pilule contraceptive ou ... https://docs.google.com/forms/d/1_oVz8LXV4z8kVN_Qkq8CbW8V...

Santé sexuelle : Augmentation de l'arrêt de la pilule contraceptive ou du changement de contraception chez la femme en âge de procréer.

* Indique une question obligatoire

Informations générales

1. Date de naissance *

Exemple : 7 janvier 2019

2. Niveau d'étude

Dropdown

Une seule réponse possible.

- Aucun
- Brevet
- BEP/CAP
- Bac
- Bac+2
- Licence
- Master
- Doctorat

3. Catégorie Socio-professionnelle

Dropdown

Une seule réponse possible.

- Commerçant, artisan
- Cadre
- Ouvrier, employé
- Fonctionnaire
- Profession libérale
- Agriculteur, exploitant
- Femme au foyer
- Chercheur d'emploi
- Sans activité
- Etudiant

4. Situation familiale

Une seule réponse possible.

- En couple
- Célibataire
- Autre : _____

5. Nombre d'enfants *

Une seule réponse possible.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>										

6. Si enfant, date du dernier accouchement

Une seule réponse possible.

Moins d'un an

Plus d'un an

7. Fumez-vous ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

8. Si oui, à quelle fréquence ?

Une seule réponse possible.

Moins de 15 cigarettes par jour

Plus de 15 cigarettes par jour

Informations sur la contraception utilisée

9. Quel type de contraception utilisez-vous aujourd'hui ? *

10. Depuis combien de temps prenez-vous une **contraception médicalisée** ? *

11. Le traitement était-il **initialement** à but contraceptif ou lié à une prise en charge thérapeutique ? *

Une seule réponse possible.

- Contraceptif
- Thérapeutique

12. Quel professionnel de santé effectue votre suivi gynécologique ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Gynécologue
- Sage femme
- Médecin traitant
- Aucun
- Autre : _____

13. Ce suivi est-il régulier (tous les ans) ou irrégulier ? *

Une seule réponse possible.

- Régulier
- Irrégulier

14. Si le suivi est irrégulier, pour quelles raisons ?

Plusieurs réponses possibles.

- Oublis
- Difficulté de prise de rdv
- Pas de problème gynécologique
- Peur du monde médical
- Manque de temps
- Problèmes financiers
- Autre : _____

15. Si vous êtes suivie par un spécialiste, gynécologue ou sage femme, vous est-il déjà arrivé de devoir demander un renouvellement d'ordonnance à votre médecin traitant ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

16. Si oui, le médecin traitant a-t-il mis en place une réévaluation de vos besoins et un suivi vis à vis de votre méthode de contraception ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

17. Avez-vous déjà oublié votre méthode contraceptive ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

18. Si oui, à quelle fréquence ?

Une seule réponse possible.

- Moins d'une fois par an
 1 à 2 fois par an
 Plus de 2 fois par an

19. Avez-vous déjà eu recours à la contraception d'urgence ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

20. Si oui, le pharmacien vous a-t-il proposé une discussion sur les contraceptifs et une réévaluation de vos besoins vis à vis de votre méthode de contraception ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

21. Ressentez-vous des effets indésirables dus à votre méthode de contraception ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

22. Si oui, lesquels ?

23. Avez-vous déjà changé de **contraceptif médicalisé** ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

24. Listez vos différentes méthodes contraceptives utilisées au cours de votre vie *

25. Quelle est la ou les causes de ce **changement** ou d'un **arrêt** de **contraceptif médicalisé** *

Plusieurs réponses possibles.

- Désir de grossesse
 Pense que le risque de grossesse est faible
 Ne convient plus
 N'envisage pas ou plus de grossesse, option des méthodes définitives
 Arrêtée par le médecin
 Oublis trop fréquents
 Contre-indications
 Tabagisme actif important
 Retirée du marché
 Non remboursée
 Pas de relation suivie
 Trop d'effets secondaires
 Ne souhaite pas d'hormone
 Pense que c'est dangereux pour la santé
 Suite à la polémique sur les pilules (2012 ou 2017)
 Autre : _____

26. Partie libre pour compléter vos réponses

Perception de la contraception et du monde médical

27. Quelles méthodes de contraception connaissez-vous ? *

28. Si pas cité au dessus, pouvez-vous citer des contraceptions masculines autre que le préservatif ?

29. Vous sentez-vous suffisamment informée sur les différents types de contraception ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

30. Avez-vous déjà fait des recherches sur la contraception via internet ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

31. Si oui, les informations trouvées ont-elles répondu à vos questions et vous ont-elles semblé fiables ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 M'a aidé partiellement
 Ne m'a pas aidé

32. Quels sites de santé consultez-vous le plus souvent ?

33. Pour une question de contraception, quel est votre interlocuteur du monde médical privilégié ? *

Une seule réponse possible.

- Médecin traitant
 Gynécologue
 Sage femme
 Infirmier
 Pharmacien
 Autre : _____

34. Lors de votre 1ère délivrance de contraception médicale, vous a-t-on bien exposé les différentes méthodes existantes et vous a-t-on laissé choisir ? *

Plusieurs réponses possibles.

- On m'a expliqué les différentes méthodes
- On ne m'a pas expliqué les différentes méthodes
- J'ai choisi ma méthode de contraception
- On m'a directement prescrit une pilule contraceptive

35. Comment a évolué votre perception de la pilule contraceptive au cours de votre parcours de soin ? *

Une seule réponse possible.

- Plutôt détériorée
- Plutôt améliorée
- Stable
- Ne sait pas

36. Êtes-vous inquiète vis à vis de votre santé par la prise d'hormones contraceptives ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

37. Si oui, qu'est ce qui vous inquiète ?

Plusieurs réponses possibles.

- Risque thrombo-embolique
- Risque de cancer du sein
- Risque de prise de poids
- Risque de ne pas pouvoir avoir d'enfant facilement
- Les répercussions possibles de la prise d'un traitement sur le long terme
- Autre : _____

38. La période COVID et la mise en place de la vaccination ouvrant un nouveau débat sur le risque thrombo-embolique vous ont-elles poussée à repenser votre méthode de contraception ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Cela m'a poussée à m'informer plus

39. La **contraception médicale**, majoritairement féminine est synonyme d'une responsabilisation des femmes. Dans ce cadre percevez-vous votre contraception comme une autocontrainte à votre vie sexuelle ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Je ne me suis jamais posée la question

40. Si vous êtes dans un couple stable, votre compagnon.ne se saisit-il.elle de la question du choix du contraceptif ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Nous n'en avons jamais parlé

41. De même, participe t-il.elle à la mise en place et à la gestion de votre traitement contraceptif si celui-ci existe ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Je préfère le gérer moi-même

42. Pensez-vous que votre méthode de contraception ait des répercussions sur votre vie sexuelle ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

43. Si oui, lequel ou lesquels ?

Plusieurs réponses possibles.

- Le prix : réduction de la fréquence de l'acte sexuel, ou une sexualité non protégée
- Le fait de devoir se rappeler de la prendre, source potentielle de stress liée à l'acte sexuel
- Les douleurs et les saignements : peuvent empêcher l'acte
- Les difficultés d'utilisation : peuvent perturber le déroulement de l'acte sexuel

44. L'ouverture du dialogue sur les pratiques hétérosexuelles et la sortie du dogme de la pénétration vaginale vous a t-elle poussée à repenser votre méthode de contraception ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

45. Depuis le 1er janvier 2022, la contraception est gratuite pour toutes les femmes jusqu'à l'âge de 25 ans. En bénéficiez-vous ? Si cela vous concerne, étiez-vous au courant de cette mesure ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Au courant
- Pas au courant
- En bénéficie
- N'en bénéficie pas

46. Si vous étiez au courant, qui vous en a informé ?

Plusieurs réponses possibles.

- Suivi personnel des actualités
- Médecin traitant
- Gynécologue
- Sage femme
- Pharmacien

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

Comment prendre le contraceptif d'urgence ?

Quel que soit le médicament, le traitement nécessite la prise d'un seul comprimé.

- Prenez le comprimé **le plus tôt possible** après le rapport sexuel non protégé et **au plus tard** :
 - dans les **3 jours** après le rapport si le comprimé contient du lévonorgestrel
 - dans les **5 jours*** après le rapport si le comprimé contient de l'ulipristal acétate.
- En cas de vomissements survenant dans les **3 heures** après la prise du comprimé, **il est nécessaire de prendre un comprimé de remplacement** (retournez voir votre pharmacien).

Quelques effets indésirables peuvent survenir après la prise (nausées, maux de tête ou de ventre, petits saignements, tensions des seins...). Ils disparaissent en général rapidement. En cas de doute, parlez-en à votre pharmacien ou à votre médecin.

* La pose d'un dispositif intra-utérin (stérilet) est également très efficace en contraception d'urgence pendant ces 5 jours. A cet effet, consultez un médecin ou une sage-femme.

Après la prise : que faire ?

- Si vous pensez avoir pris, en plus du risque de grossesse, un risque de contamination par le VIH (virus du SIDA), contactez immédiatement : SIDA INFO SERVICE (Tél. : 0 800 840 800), ou les urgences d'un hôpital. En effet, dans les **48 h** suivant le rapport, un traitement préventif peut, dans certains cas, vous être proposé.
- Jusqu'au retour des règles, utilisez à chaque rapport une **contraception locale (préservatifs...)** car la contraception d'urgence n'agit que pour les rapports qui ont eu lieu **AVANT** la prise du comprimé.
- Si vous avez pris la **contraception d'urgence suite à un oubli de pilule**, prenez le dernier comprimé oublié dès constatation de cet oubli et continuez la prise régulière de votre pilule à l'heure habituelle. Jusqu'au retour des règles et au maximum pendant 14 jours, utilisez, à chaque rapport, un préservatif.
- Prenez rendez-vous auprès d'un **médecin, d'une sage femme ou dans un Centre de santé sexuelle** pour une consultation qui vous permettra :
 - de choisir une contraception régulière plus efficace qui pourra être associée aux préservatifs indispensables pour prévenir les IST ;
 - de vérifier que vous n'avez pas été contaminée par une IST (SIDA, hépatite B, chlamydiae, herpès génital...).

Comment savoir si la contraception d'urgence a été efficace ?

En surveillant l'apparition des prochaines règles.

- Leur date peut être légèrement modifiée (de quelques jours) par la prise du contraceptif d'urgence. **Mais en cas de retard supérieur à 7 jours, il est nécessaire de faire un test de grossesse et de consulter un médecin.**

Attention

- Si vous ne pouvez pas prévoir la date de vos règles parce qu'elles sont irrégulières, faites un test de grossesse 3 semaines après la date du dernier rapport non protégé.
- Si vos règles arrivent à la date prévue **MAIS vous paraissent anormales** (moins abondantes, de durée prolongée...) ou **accompagnées de douleurs inhabituelles, consultez rapidement un médecin.**

Bibliographie

1. ASSEMBLÉE NATIONALE. La légalisation de la pilule. [en ligne]. 1967. [Consulté le 8 septembre 2024]. Disponible à l'adresse: https://www.assemblee-nationale.fr/13/evenements/1967_legalisation_pilule/
2. *Loi n°74-1026 du 4 décembre 1974 PORTANT DIVERSES DISPOSITIONS RELATIVES A LA REGULATION DES NAISSANCES*. 1974.
3. LE GUEN Mireille, ROUX Alexandra, ROUZAUD-CORNABAS Mylène, FONQUERNE Leslie, THOMÉ Cécile et VENTOLA Cécile. Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation: *Population & Sociétés*. 2017. 549, 10, 1-4.
4. BAJOS Nathalie, ROUZAUD-CORNABAS Mylène, PANJO Henri, BOHET Aline, MOREAU Caroline et L'ÉQUIPE FÉCOND. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? : *Population & Sociétés*. 2014. 511, 5, 1-4.
5. INSERM. Contraception : à chacun et chacune sa méthode. [en ligne]. 2023. [Consulté le 28 septembre 2024]. Disponible à l'adresse: <https://www.inserm.fr/dossier/contraception/>
6. AMELI. Contraception : délivrance des produits de santé. [en ligne]. 2025. [Consulté le 28 septembre 2024]. Disponible à l'adresse: <https://www.ameli.fr/roubaix-tourcoing/pharmacien/exercice-professionnel/delivrance-produits-sante/regles-delivrance-prise-charge/delivrance-contraception>
7. TREMOLLIÈRES Florence, FONTAINE Coralie. Ménopause Une meilleure sécurité d'utilisation des traitements hormonaux. *Inserm*. [en ligne]. 2023. [Consulté le 22 septembre 2024]. Disponible à l'adresse: <https://www.inserm.fr/dossier/menopause/>
8. CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE. *Analyse des besoins sociaux de la ville de Tourcoing* [en ligne]. Ville de Tourcoing, 2021. [Consulté le 15 février 2025]. Disponible à l'adresse: <https://www.tourcoing.fr/content/download/267434/4602680/file/Analyse+des+besoins+sociaux+CCAS+2021.pdf>
9. INSEE. Niveau d'éducation de la population – France, portrait social. [en ligne]. 2021. [Consulté le 22 septembre 2024]. Disponible à l'adresse: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5432451?sommaire=5435421>
10. BOUSQUET Danielle, LAURANT Françoise et COLLET Margaux. Répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité femmes-hommes. 2016. 06, 13.
11. EINIÖ Elina, NISÉN Jessica et MARTIKAINEN Pekka. Number of children and later-life mortality among Finns born 1938-50. *Population Studies*. 2016. 70, 2, 217-238.
12. VIEIRA Mélanie. Choisir sa contraception après l'accouchement : Devenir parent. [en ligne]. 2022. [Consulté le 22 septembre 2024]. Disponible à l'adresse: <https://devenirparent.fr/choisir-contraception/>
13. DARVOY Eric. Contraception chez la femme en post-partum. *HAS*. 2019
14. FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE. Les pathologies liées au tabac chez les femmes. *FFC*. [en ligne]. 2018. [Consulté le 29 mars 2025]. Disponible à l'adresse: <https://www.fedecardio.org/presse/les-pathologies-liees-au-tabac-chez-les-femmes/>

15. AMELI. Quelle contraception quand on fume ? [en ligne]. 2025. [Consulté le 22 septembre 2024]. Disponible à l'adresse: <https://www.ameli.fr/roubaix-tourcoing/assure/sante/themes/contraception/tabac-et-contraception>
16. AGIR POUR LE COEUR DES FEMMES. Le tabac, un véritable malfaiteur, ennemi N° 1 de la femme jeune. [en ligne]. 2018. [Consulté le 29 mars 2025]. Disponible à l'adresse: <https://www.agirpourlecoeurdesfemmes.com/anticiper/alimentation/Le-tabac-un-veritable-malfaiteur-ennemi-N-1-de-la-femme-jeune>
17. SANTÉ PUBLIQUE FRANCE. Les Françaises et la contraception : premières données du Baromètre santé 2016. [en ligne]. 2017. [Consulté le 22 septembre 2024]. Disponible à l'adresse: <https://www.santepubliquefrance.fr/liste-des-actualites/les-francaises-et-la-contraception-premieres-donnees-du-barometre-sante-2016>
18. PROINFOSCANCER. Contraception et cancer. [en ligne]. 2015. [Consulté le 15 février 2025]. Disponible à l'adresse: <https://www.proinfoscancer.org/fr/page/contraception-et-cancer>
19. ANSM. Traitement contre l'acné : règles de bon usage de l'isotrétinoïne pour limiter les risques. [en ligne]. 2021. [Consulté le 15 février 2025]. Disponible à l'adresse: <https://ansm.sante.fr/actualites/traitement-contre-lacne-regles-de-bon-usage-de-lisotretinoine-pour-limiter-les-risques>
20. ALLAIRE Catherine, BEDAIWY Mohamed A. et YONG Paul J. Diagnostic et gestion thérapeutique de l'endométriose. *CMAJ*. 2023. 195, 24, E853-E862.
21. RAHIB D, LYDIÉ N et BAJOS N. Baromètre santé 2016 : Genre et sexualité. [en ligne]. 2016. [Consulté le 23 mars 2025]. Disponible à l'adresse: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2016>
22. OPINIONWAY. *Étude sur la santé des femmes en 2011* [en ligne]. MGEN et LMDE, 2011. [Consulté le 29 mars 2025]. Disponible à l'adresse: https://www.opinion-way.com/wp-content/uploads/2025/01/20111018_sante_des_femmes_opinion_way-_version_site.pdf
23. IGAS. *La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence* [en ligne]. 2010. [Consulté le 29 mars 2025]. Disponible à l'adresse: <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/104000049.pdf>
24. IGAS. *Évaluation des politiques de prévention et de prise en charge des grossesses non désirées* [en ligne]. 2010. [Consulté le 29 mars 2025]. Disponible à l'adresse: <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/104000047.pdf>
25. ASSURANCE MALADIE et CESPARM. *Contraception d'urgence - Dépliant Métropole*. [Brochure]. 2023.
26. GAVARRY Justine. Pilule œstro-progestative : pour ou contre. [en ligne]. 2020. [Consulté le 28 septembre 2024]. Disponible à l'adresse: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03001837v1/file/GAVARRY_PILULE_OESTRO-PROGESTATIVE.pdf
27. KRAFT Mathilda Z, ROJCZYK Philine, WEISS Thomas, DERNTL Birgit, KIKINIS Zora, CROY Ilona et HELLER Carina. Symptoms of mental disorders and oral contraception use: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Neuroendocrinology*. 2024. 72, 101111.

28. LOPEZ LM, GRIMES DA et SCHULZ KF. Contraceptifs hormonaux et mode d'utilisation par l'organisme des glucides chez les femmes sans diabète. *Cochrane*. [en ligne]. 2014. [Consulté le 29 mars 2025]. Disponible à l'adresse: https://www.cochrane.org/fr/CD006133/FERTILREG_contraceptifs-hormonaux-et-mode-dutili-sation-par-lorganisme-des-glucides-chez-les-femmes-sans?diabete
29. HAS. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. [en ligne]. 2013. [Consulté le 28 septembre 2024]. Disponible à l'adresse: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clicks-5.pdf
30. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES. Contraception : les femmes sont-elles suffisamment informées ? [en ligne]. 2017. [Consulté le 22 septembre 2024]. Disponible à l'adresse: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/contraception-les-femmes-sont-elles-suffisamment-informees/>
31. TCHERDUKIAN J, MIEUSSET R, SOUFIR J-C, HUYGUES E, MARTIN T, KARSENTY G, LECHEVALIER E et PERRIN J. Contraception masculine : quelles (r)évolutions ? . 2020. 30, F105-F111.
32. DESJEUX Cyril. Histoire et actualité des représentations et pratiques de contraception masculine. *Autrepart*. 2009. 52, 4, 49-63.
33. INSTITUT NATIONAL DU CANCER. Pilules contraceptives et risque de cancers - Traitements hormonaux. [en ligne]. 2023. [Consulté le 28 septembre 2024]. Disponible à l'adresse: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Traitements-hormonaux/Pilules-contraceptives>
34. ROLAND N, DURANTEAU L, CUENOT F, DRAY-SPIRA R, WEILL A et ZUREIK M. Impact de l'épidémie COVID-19 sur l'utilisation des contraceptifs en France en 2020 et jusqu'en avril 2021. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2022. 70, S20.
35. FELKER-KANTOR Erica, AUNG Ye Kyaw, WHEELER Jenny, KELLER Brett, PAUDEL Mahesh, LITTLE Kristen et THEIN Si Thu. Contraceptive method switching and discontinuation during the COVID-19 pandemic in Myanmar: findings from a longitudinal cohort study. *Sexual and Reproductive Health Matters*. 2023. 31, 1, 2215568.
36. JODELET Denise. *Représentations et valeurs engagées dans la contraception masculine médicalisée*. INSERM, 1998.
37. COULAIS Mathilde. *Quel est l'impact de la contraception oestroprogestative sur la sexualité féminine après au moins trois mois d'utilisation ?* *Revue de la littérature*. Université de Poitiers, Faculté de Médecine et Pharmacie, 2017.

Université de Lille
UFR3S - PHARMACIE
DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Année universitaire 2024 / 2025

Nom : ARTU
Prénom : Solène

Titre de la thèse : Santé sexuelle : Augmentation de l'arrêt de la pilule contraceptive ou du changement de contraception chez la femme en âge de procréer.

Mots clés : Contraception, pilule, arrêt de la pilule, choix contraceptif, sexualité, suivi médical, ressenti patient, questionnaire, grossesse, monde médical, rôle du pharmacien.

Résumé :

Depuis plusieurs décennies, la pilule contraceptive est la méthode de contraception la plus utilisée en France. Cependant, on observe une diminution progressive de son usage, notamment depuis les années 2010. L'étude effectuée vise à analyser les raisons qui poussent les femmes en âge de procréer à arrêter ou à modifier leur contraception, ainsi que leur perception des alternatives disponibles et du rôle des professionnels de santé.

Pour cela, une enquête quantitative a été menée à l'aide d'un questionnaire diffusé auprès de 106 participantes. Les données recueillies ont permis d'explorer les facteurs influençant les choix contraceptifs, notamment l'impact des effets secondaires, le niveau d'information des patientes, l'accessibilité aux soins et l'évolution des mentalités sur la contraception.

Les résultats montrent que le choix contraceptif est souvent influencé par des effets indésirables perçus, un manque d'information de la part du corps médical et des contraintes logistiques. Par ailleurs, la responsabilité contraceptive, historiquement portée par les femmes, tend à évoluer avec un intérêt croissant pour la contraception masculine.

Cette étude met en évidence la nécessité d'un meilleur accompagnement des patientes, notamment par les pharmaciens, qui jouent un rôle clé dans l'éducation et le suivi contraceptif. Des recommandations sont formulées pour améliorer la prise en charge et l'information des patientes afin d'optimiser leur choix en matière de contraception.

Membres du jury :

Président du jury : M. Thierry DINE, Professeur d'Université en Pharmacie Clinique - Pharmacie - UFR3S de Lille, Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier Loos-Haubourdin

Directeur de thèse : M. Bernard GRESSIER, Professeur d'Université en Pharmacologie - Pharmacie - UFR3S de Lille, Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier d'Armentières

Membre extérieur : Mme Siham SAOUDI, Docteur en Pharmacie, Pharmacien Adjoint à Tourcoing