

**THESE
POUR LE DIPLÔME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Soutenue publiquement le 28 janvier 2026
Par M. DEVOS Elise**



**ACCOMPAGNEMENT DES JEUNES FEMMES SOUS
CONTRACEPTION PAR LE PHARMACIEN :**
Etude réalisée auprès des jeunes femmes de 15-25 ans sous pilule

Membres du jury :

Président : Monsieur KAMBIA Nicolas
Maître de conférences en pharmacologie et pharmacie clinique
Faculté de Pharmacie de l'Université de Lille

Assesseur : Monsieur DINE Thierry
Professeur de Pharmacie clinique et praticien Hospitalier
Faculté de Pharmacie de l'Université de Lille

Membre extérieur : LECLERCQ Rémy
Docteur en Pharmacie
Pharmacien titulaire de la pharmacie Briane-Leclercq à Calais

 	LISTE GÉRÉE	LG/FAC/001
Département Pharmacie Document transversal	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2024-2025	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024 Page 1/116

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

UFR3S

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 LÉSTRELIN

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 remercier mon directeur de thèse, Monsieur Dine, pour m'avoir accompagnée dans la réalisation de cette thèse, ainsi que Monsieur Kambia pour avoir accepté de faire partie de mon jury.

Je remercie Rémy de m'avoir accompagnée dans ce projet et de faire partie de mon jury aujourd'hui. Merci de m'avoir formée, et de m'avoir soutenue durant toutes ces années. Un grand merci à toute l'équipe de la pharmacie de l'Avenue Blériot à Calais avec qui j'ai passé de très belles années, que je n'oublierai jamais.

Merci également à l'équipe de la Pharmacie du Parc Saint Maur à Marcq-en-Baroeul.

Je remercie également ma famille, qui aura toujours cru en moi, ainsi que mes meilleures amies, Lauranne et Camille qui ont été un immense soutien à chaque étape de ma vie. Merci aussi à Jeanne, que je suis heureuse d'avoir rencontrée pendant mes études.

Merci aussi à Arthur, Yannis, Hugo et Philippine.
Et enfin, merci à tous mes autres amis de pharmacie.

Table des matières

I. Introduction.....	19
II. La contraception : rappel sur la physiopathologie et les modes d'actions.....	20
A. Historique.....	20
1. Histoire de la contraception : des pratiques ancestrales à la révolution moderne	20
2. Emancipation des femmes grâce à la contraception :.....	21
B. Epidémiologie.....	21
1. Adolescence et besoins spécifiques.....	22
2. Usage de la contraception en France.....	22
3. Contraception et premier rapport sexuel.....	22
4. Echecs contraceptifs et recours à l'IVG.....	23
5. Contraception et IVG dans le monde.....	24
C. Anatomie féminine et cycle féminin.....	25
1. Anatomie féminine.....	25
2. Cycle menstruel.....	27
a. Cycle hypothalamo-hypophysaire :.....	28
b. Cycle ovarien.....	29
c. Cycle utérin.....	30
D. Impact de la contraception sur le cycle menstruel.....	31
E. Différents moyens de contraception.....	32
1. Contraceptifs oraux.....	32
a. Pilules œstroprogestatives (PEP) – dites combinées.....	32
b. Pilules progestatives (PP) (ou microdosées).....	36
2. Patch transdermique (Evra ®).....	37
3. DIU (Stérilet).....	38
4. Implant (Nexplanon ®).....	39
5. Anneau vaginal (Nuvaring ®).....	39
6. Autres méthodes.....	40
F. Relais des différentes contraceptions.....	41
G. Oublis et contraception d'urgence.....	42
1. Mécanismes et méthodes.....	42
2. Recommandations et modalités de délivrance à l'officine.....	43
3. Bon usage de la pilule : conduite à tenir en cas d'oubli.....	45
a) Pilule oestroprogestative (PEP) :.....	45
b) Pilule progestative (PP) :.....	46
III. Enquête officinale : réalisation d'entretiens à l'officine auprès de jeunes de 15 à 26 ans, visant à évaluer leur niveau de connaissance en 2025.....	47
A. Elaboration de l'enquête.....	48
1. Raisons / objectifs des entretiens :.....	48
2. Sélection des patientes.....	48
3. Rédaction de la trame de l'entretien / questionnaire :.....	51

4. Réalisation des entretiens à l'officine.....	51
B. Analyse des résultats de l'enquête.....	53
1. Analyse quantitative (Questionnaire en ligne).....	53
2. Analyse qualitative (Entretiens à l'officine).....	78
IV. But: Explorer l'importance du pharmacien dans un accompagnement renforcé des jeunes sous contraception.....	82
A. Acteur de premier recours en santé sexuelle.....	82
1. Accessibilité, proximité, confidentialité.....	82
2. Une population vulnérable.....	83
B. Evolution des missions du pharmacien : vers une prise en charge élargie.....	83
C. La dispensation contraceptive : un acte clinique, éducatif et préventif.....	84
D. Vers un acte rémunéré : l'entretien d'instauration de la contraception.....	86
E. Freins et limites à l'implication officinale dans la contraception.....	87
1. Freins liés au pharmacien et à l'organisation de l'officine.....	87
a) La charge de travail :.....	87
b) Formation et compétences :.....	87
c) Posture et communication :.....	88
d) Modèle économique et valorisation de l'acte :.....	88
2. Freins liés aux patientes.....	88
a) Barrières psychologique et regard des autres :.....	88
b) Crainte pour l'anonymat :.....	89
3. Freins structurels et organisationnels.....	89
a) Définition du périmètre.....	89
b) Coordination interprofessionnelle :.....	89
F. Perspectives d'avenir et recommandations pour la pratique officinale.....	89
1. Nécessité d'une formation continue.....	89
2. Structurer l'accompagnement pharmaceutique.....	91
3. Renforcer la coopération interprofessionnelle.....	92
G. Impacts attendus de l'implication du pharmacien.....	92
1. Une sécurisation clinique et une meilleure observance :.....	93
2. Une valorisation du rôle du pharmacien.....	93
3. Un impact majeur de Santé Publique et une réduction des inégalités :.....	93
V. Conclusion.....	94
VI. Annexes.....	95
VII. Bibliographie.....	108

LEXIQUE

2G : 2e génération

AOD : Anticoagulants oraux directs

AVC : Accident vasculaire cérébral

AVK : Anti-vitamine K

CIDDIST : Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des IST

CPF : Contributions à la Formation Professionnelle

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

CU : Contraception d'urgence

DIU : Dispositif intra-utérin

DSG : Désogestrel

DPC : Développement Professionnel Continu

ETP : Education Thérapeutique du Patient

EXO : Exonération de facturation à 100% par l'Assurance Maladie

FIF PL : Fonds Interprofessionnel de Formation des Professionnelles Libéraux

FSH : Hormone folliculo-stimulante

GnRH : *Gonadotropin releasing hormone* = Hormone de libération des gonadotrophines hypophysaire

HAS : Haute autorité de Santé

HPV : Human Papillomavirus

IST : infections sexuellement transmissibles

IVG: Interruption volontaire de grossesse

LH : Hormone lutéinisante

LNG : Lévonorgestrel

NG : Norgestrel

NGM : Norgestimate

PEP : Pilule estroprogestative

PP : Pilule progestative

SPM : Syndrome Pré-Menstruel

TEV : Thromboembolique veineux

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Figure 1 : Répartition en pourcentage des méthodes de contraception à travers le monde

Figure 2 : Réglementation de l'IVG dans le monde par motif légal

Figure 3 : Schéma des organes génitaux féminins : vue antérieure

Figure 4 : Schéma du cycle menstruel

Figure 5 : Tableau schématique des interactions hormonales

Figure 6 : Tableau des principales PEP 2e génération commercialisée en France

Figure 7 : Tableau des principales PEP 3e génération commercialisée en France

Figure 8 : Tableau des principales PP 3e génération commercialisée en France

Figure 9 : Schéma des recommandations en cas d'oublis de prise de pilule

Figure 10 : QR-code du questionnaire affiché au sein de la Pharmacie Briane-Leclercq, CALAIS

Figure 11 : Age des patientes

Figure 12 : Durée de prise de la pilule

Figure 13 : Age du début de la prise de la pilule

Figure 14 : Nom de la pilule utilisée

Figure 15 : Motif de la première prescription

Figure 16 : Auto-évaluation autour de la contraception

Figure 17 : Interlocuteurs autour de la contraception

Figure 18 : Sources d'informations utilisées

Figure 19 : Facilité d'accès aux informations

Figure 20 : Barrière d'accès à la contraception

Figure 21 : Méthode de rappel

Figure 22 : Proportion d'oubli

Figure 23 : Conduite adoptée lors d'un oubli

Figure 24 : Définition personnelle du "retard" de prise

Figure 25 : Connaissance des situations à risque

Figure 26 : Usage du préservatif

Figure 27 : Impact perçu sur la fertilité

Figure 28 : Implication du partenaire

Figure 29 : Nécessité d'un entretien lors de la première délivrance

Figure 30 : Fiabilité du pharmacien

Figure 31 : Perception de l'approche du pharmacien

Figure 32 : Première partie du questionnaire sur la contraception en général

Figure 33 : Deuxième partie du questionnaire sur la pilule

Figure 34 : Troisième partie du questionnaire sur l'entretien pharmacien

LISTE DES ANNEXES :

Annexe 1 : Questionnaire 1 (version entretien en officine, corrigée par le pharmacien d'officine)

Annexe 2 : Questionnaire 2 (version Google Form)

Annexe 3 : Formulaire de consentement éclairé

Annexe 4 : Brochure Cespharm " Contraception d'urgence" (1)

Annexe 5 : Carte " Que faire en cas d'oubli de pilule ? " (Santé Publique France) (2)

Annexe 6 : Changer de contraception - La technique du chevauchement (3)

**ACCOMPAGNEMENT DES JEUNES FEMMES SOUS
CONTRACEPTION PAR LE PHARMACIEN :
Etude réalisée auprès des jeunes femmes de 15-25 ans sous pilule**

Nelson Mandela - *Un long chemin vers la liberté* (1996) : “ L’éducation est l’arme la plus puissante que vous pouvez utiliser pour changer le monde.”

I. Introduction

La crise sanitaire du COVID-19 a considérablement transformé le rôle du pharmacien, le positionnant comme un acteur de santé de première ligne, à la fois accessible, polyvalent et impliqué dans la prévention.

Au-delà du rôle de “ dispensateur de médicament”, le pharmacien s’est vu confier de nouvelles missions telles que le dépistage, la vaccination, les entretiens thérapeutiques ou même la prescription de certains traitements. Ces évolutions témoignent de son engagement dans une dynamique plus large de santé publique, où la santé sexuelle pourrait y trouver sa place.

La période de 15 à 25 ans représente une étape charnière de la vie, marquée par le début de l'activité sexuelle des jeunes ; une période où la contraception est essentielle. Si l’âge moyen du premier enfant en France se situe autour de 29,1 ans (4), il est essentiel d’accompagner les jeunes en matière de contraception afin de prévenir des grossesses non désirées et les interruptions volontaires de grossesses (IVG) .

La gratuité des préservatifs et de la contraception d’urgence pour les moins de 26 ans est essentielle. Pour autant, la hausse du nombre d’IVG rappelle que cette mesure doit impérativement s’accompagner d’une l’information et d’une éducation à la sexualité.(5)

C’est dans ce contexte, que le pharmacien y trouve une place importante . Sa disponibilité, son accessibilité, ses connaissances en matière de médicaments et de leurs effets indésirables font de lui un allié précieux pour accompagner les jeunes dans leur contraception et si nécessaire, les orienter vers d’autres professionnels de santé.

Cette thèse a donc pour but d’explorer le rôle du pharmacien dans l’accompagnement des jeunes de 15 à 25 ans en matière de contraception.

L’objectif sera, en premier lieu, de retracer les origines de la contraception et de rappeler les différents moyens de contraception existants. Ensuite, la réalisation d’un questionnaire permettra d’évaluer le niveau de connaissance des patientes, comprendre leur mode de vie et identifier leurs lacunes. De plus, les entretiens à l’officine entre le pharmacien et les patientes nous permettront d’échanger sur leurs craintes, leurs ressentis et leurs attentes.

Enfin, nous nous intéresserons à la place actuelle du pharmacien avant de conclure par les perspectives d’évolution et nos recommandations pour la pratique officinale.

II. La contraception : rappel sur la physiopathologie et les modes d'actions

A. Historique

1. Histoire de la contraception : des pratiques ancestrales à la révolution moderne :

La régularisation des naissances a toujours été une préoccupation constante, et ce, même depuis l'Antiquité. Les méthodes employées manquaient cependant d'efficacité en raison d'une connaissance limitée en physiologie et anatomie humaine.

- En Grèce antique, Soranos d'Éphèse, considéré comme le père de la gynécologie, préconisait la contraception plutôt que l'avortement et décrivait diverses méthodes (telles que le retrait, ou l'utilisation de produits astringents pour l'utérus comme des morceaux de laine imbibés de médicaments, ou même de suppositoires afin d'empêcher le sperme de rentrer).
- En Egypte Ancienne, les femmes utilisaient des pessaires vaginaux fabriqués à partir d'ingrédients comme le miel, ou bien d'excréments de crocodile.

Au fil des siècles, les pratiques contraceptives ont évolué, mais leur efficacité restait encore limitée :

- Au XVII^e siècle, des textes libertins comme *l'École des filles*, décrivent des techniques comme le retrait et l'usage du "petit linge" (étant le précurseur du préservatif).
- Le XIX^e siècle marque une avancée majeure avec la vulcanisation du caoutchouc, qui permet la fabrication de préservatifs plus résistants et réutilisables.
- Le XX^e siècle voit l'essor de la méthode Ogino, basée sur le calcul des périodes de fertilité, et l'invention des préservatifs en latex. (6)

Cependant, après la Première Guerre Mondiale, la France met en place une politique nataliste stricte afin de compenser les lourdes pertes humaines. Dès 1920, la législation interdit toute propagande en faveur de la contraception, sous peine d'amende ou de prison. Dans ce même contexte, l'avortement est également proscrit. Il faudra attendre les années 1960 avec la loi de Neuwirth et les mouvements féministes pour que la contraception soit enfin légalisée. (7)

2. Emancipation des femmes grâce à la contraception :

L'entrée en vigueur de la loi Neuwirth de 1967- Loi n°67-1176 (8), qui autorise la vente et l'usage de moyens de contraception comme la pilule, marque alors un tournant majeur dans la vie sexuelle des français. Cette loi a permis aux femmes de prendre le contrôle de leur fertilité : elles peuvent désormais choisir si, quand, et combien d'enfant elles souhaitent avoir. Les femmes peuvent, en conséquence, enfin s'investir davantage dans leurs études, leur carrière, ainsi que dans leur vie personnelle.

En 1974, la pilule contraceptive est désormais remboursée par la Sécurité Sociale, la rendant accessible à un plus grand nombre de femmes (notamment celles issues de milieux plus modestes), réduisant ainsi les inégalités sociales et économiques. De plus, les centres de planification sont également autorisés à délivrer la pilule de façon anonyme et gratuite aux mineures.(9)

En 1975, la loi Veil, portée par Simone Veil, vient compléter cette avancée en dépénalisant l'IVG, offrant la possibilité de mettre fin à une grossesse non désirée dans un cadre légal et sécurisé.

Enfin, le 4 mars 2024, le Parlement a voté l'inscription dans la Constitution, de la liberté garantie à la femme d'avoir recours à l'IVG, faisant de la France, le premier pays au monde à l'inscrire dans sa Constitution. (10)

Aujourd'hui, les femmes disposent désormais de nombreux outils pour prendre en main leur fertilité, grâce à une variété de moyens contraceptifs disponibles (préservatifs, pilules, préservatifs, DIU, implants, etc...), et une prise en charge étendue , notamment avec la gratuité de la contraception pour les jeunes de moins de 26 ans.

Ainsi, la Journée mondiale de la contraception, la prise en charge par la sécurité sociale et l'inscription de l'IVG dans la Constitution Française illustrent une évolution continue vers une égalité renforcée et une reconnaissance des droits des femmes .

B. Epidémiologie

La contraception chez les jeunes, notamment de moins de 26 ans est un enjeu de santé publique, tant sur le plan éducatif que sanitaire. Elle joue un rôle essentiel dans la prévention des grossesses non désirées et sur les IST. Cette période de la

vie est d'autant plus marquée par la construction de soi, la découverte de la sexualité, et parfois même une vulnérabilité face à l'accès aux soins.

1. Adolescence et besoins spécifiques

L'OMS définit l'adolescence comme la période de vie comprise entre 10 et 19 ans, correspondant à une phase de transition entre l'enfance et l'âge adulte (11). A cette période, les besoins en éducation à la santé sexuelle sont particulièrement importants. Or, selon une étude menée par le Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes en 2016, près des deux tiers des jeunes de plus de 15 ans déclarent ne jamais avoir reçu de cours complets d'éducation sexuelle et 25% des écoles répondantes déclarent n'avoir jamais mis en place aucune action ou séance en matière d'éducation sexuelle, en raison de manque d'outils. (12).

2. Usage de la contraception en France

Selon une enquête menée par l'INSERM en 2016, plus de 92% des femmes en France, âgées de 15 à 49 ans, ont recours à une méthode contraceptive.(13). La pilule contraceptive demeure la méthode la plus utilisée, en particulier chez les jeunes femmes, mais cet usage tend à diminuer au fil des années. En 2023, 36,6% des femmes de moins de 30 ans déclarent utiliser la pilule, contre 54% en 2016. (14).

Cette baisse s'explique par une diversification des méthodes contraceptives. Les DIU et implants contraceptifs connaissent un regain d'intérêt chez les femmes jeunes en raison de leur efficacité prolongée et de la diminution des contraintes d'observance. (15).

3. Contraception et premier rapport sexuel

En France, l'âge moyen du premier rapport sexuel est aujourd'hui estimé à 18,2 ans chez les femmes, et 17,7 ans chez les hommes, soit une légère augmentation par rapport aux années 2000. (16)

Une étude INSERM de 2014 montre que 56% des jeunes femmes avaient débuté une contraception au moment du premier rapport. Parmi les autres, 29% l'ont fait avant, et 16% après. (17). Ces chiffres soulignent l'importance d'un accompagnement précoce à la contraception.

L'usage du préservatif est quant à lui encore très répandu lors des premiers rapports avec un nouveau partenaire. Mais selon une étude de 2023, seuls 52,6% des hommes et 49% des femmes admettent avoir utilisé un préservatif. (16) Cela montre tout de même une diminution de l'usage du préservatif, ne permettant donc pas une protection des IST. Entre 2014 et 2022, cet usage est passé de 70% à 61% chez les garçons. (18). Une étude menée par Santé publique France souligne même une augmentation significative des infections à *Chlamydia* et à *gonocoque* chez les jeunes de 15-24 ans entre 2012 et 2016.(19)

4. Echecs contraceptifs et recours à l'IVG

Les échecs contraceptifs demeurent la principale cause de recours à l'IVG. Ces échecs sont souvent liés à un oubli de pilule, une mauvaise prise de la pilule, à l'arrêt de la méthode contraceptive en raison d'effets secondaires, en raison de l'absence de renouvellement ou encore à une non-utilisation lors des rapports.(13) La contraception d'urgence (CU) constitue la principale option en cas d'échec ou d'absence de contraception. Selon le Baromètre Santé 2016 de Santé Publique France, 21,4% des 15-19 ans ont été exposés à un risque de grossesse non prévue nécessitant le recours à la CU dans l'année. Cette utilisation diminue avec l'âge : 9,8% pour les 20-24 ans. De même, la majorité des utilisatrices n'y ont eu recours qu'une seule fois dans l'année. (20)

Néanmoins, la CU ne permet pas toujours d'éviter une grossesse non désirée, conduisant encore certaines femmes à recourir à l'IVG. (21)

Le 8 mars 2024, le droit à l'IVG en France a été officiellement inscrit dans la Constitution française. (22)

L'IVG médicamenteuse est alors autorisée jusqu'à la fin de la 7ème semaine de grossesse (soit 9 semaines après le début des dernières règles), en établissement de santé ou même en ville. L'IVG instrumentale (par dilatation du col et aspiration du contenu de l'utérus) peut quant à elle, être réalisée jusqu'à la fin de la 14e semaine de grossesse. (23)

Ainsi, en 2024, 251 270 IVG ont été réalisées en France avec un taux de 17,3 ‰, soit 7 000 de plus qu'en 2023. Ce taux est nettement plus élevé chez les 25-29 ans, atteignant les 29,9 ‰. A l'inverse, le taux d'IVG chez les moins de 20 ans est en baisse (5,5‰ contre 8,7‰ il y a 10 ans) , ce qui pourrait traduire une amélioration

de l'information et de l'accès à la contraception pour cette tranche d'âge comparé aux années précédentes. (24)

5. Contraception et IVG dans le monde

L'accès à la contraception reste un défi majeur de santé publique mondiale. Selon l'OMS, sur environ 1,9 milliard de femmes en âge de procréer dans le monde (chiffres de 2021), environ la moitié utilise un moyen contraceptif. Cependant, de fortes inégalités continentales persistent dans l'utilisation de la contraception.

C'est en Afrique subsaharienne que la contraception est la moins utilisée, avec seulement 28% d'utilisatrices. Ce pourcentage augmente en Afrique du Nord (35%), en Asie de l'Ouest (49%), en Océanie (57%) et atteint les 58% en Europe et Amérique du Nord. Le pourcentage le plus élevé se retrouve en Asie de l'Est et Sud-Est atteignant les 60%.

Ces écarts s'expliquent par divers facteurs : l'accès et un choix limité des méthodes, des interdits culturels , religieux, la crainte des effets secondaires ou bien même la mauvaise qualité des services.

En 2020, les méthodes contraceptives les plus employées sont la stérilisation féminine (23%) (très répandue en Asie), le préservatif masculin (22%) , le DIU (17%), la pilule (16%), et les méthodes traditionnelles (9 % - retrait, méthode du calendrier, etc) (25)

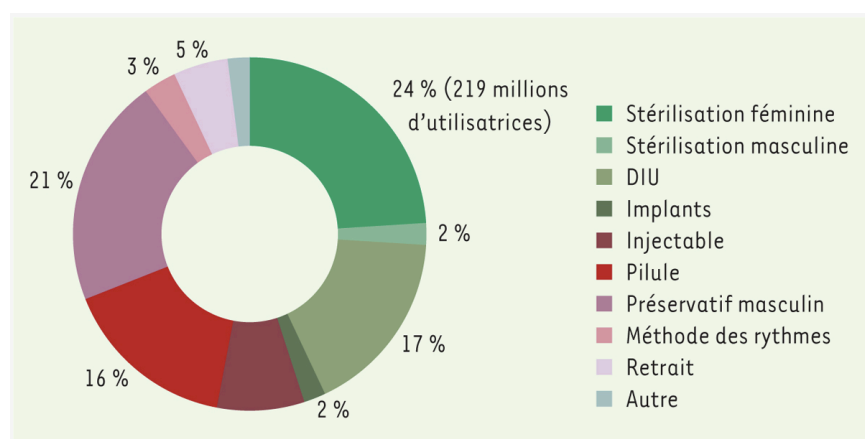


Figure 1 : Répartition en pourcentage des méthodes de contraception à travers le monde (26)

De même, l'accès à l'IVG dans le monde est encore très inégal. Environ 73 millions d'IVG sont pratiquées chaque année, dont 45% dans des conditions non sécurisées, et ce, majoritairement dans les pays encore en développement. Selon l'organisation *Center for Reproduction Right*, 40% des femmes en âge de procréer vivent dans des pays où l'avortement est restreint ou interdit.

Cette réalité fait de l'avortement à risque, l'une des principales causes de mortalités maternelles évitables dans le monde.(27,28)

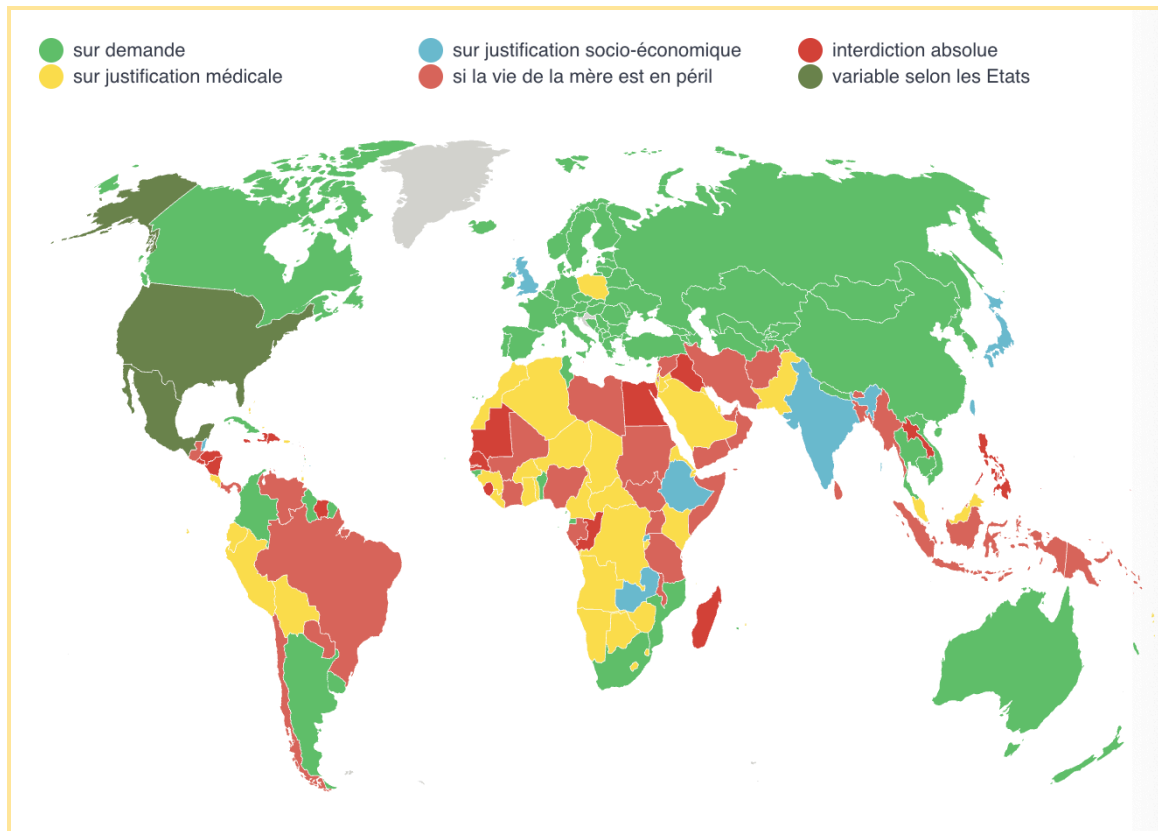


Figure 2 : Réglementation de l'IVG dans le monde par motif légal (29)

C. Anatomie féminine et cycle féminin

1. Anatomie féminine

Tout d'abord, avant de comprendre le mécanisme d'action des différents moyens de contraception, il est important de revenir sur l'anatomie féminine. Nous allons ainsi faire quelques rappels sur l'appareil génital féminin.

L'appareil génital féminin désigne l'ensemble de tous les organes impliqués dans la reproduction. Cet appareil se compose d'organes génitaux externes et internes. (7)

Les organes génitaux externes correspondent à la vulve. On va ainsi y retrouver :

- Orifice vaginal ou vestibule : Situé au centre de la vulve, il constitue le lien entre les organes génitaux internes.
- Hymen : Fine membrane recouvrant partiellement l'entrée du vagin se déchirant lors du premier rapport avec pénétration.
- Petites lèvres : Replis cutanés de 2 à 3 cm d'épaisseur de chaque côté de l'hymen. On retrouvera à sa partie postérieure les glandes de Bartholin qui jouent un rôle dans la lubrification.
- Clitoris : Organe érectile situé au sommet des petites lèvres mesurant 12 cm de longueur, se composant de 2 corps caverneux (correspondant au corps) et de 2 corps spongieux (correspondant aux bulbes du vestibule qui entourent le vagin, l'urètre et le gland clitoridien) : Sa partie visible d'environ 2 cm joue un rôle dans l'excitation sexuelle.
- Méat urinaire : Ouverture de l'urètre située entre le clitoris et les petites lèvres. Juste en dessous, on y retrouve les glandes de Skene, qui participent à la lubrification.
- Grandes lèvres : Replis cutanés encadrant les petites lèvres.
- Périnée : Ensemble des muscles s'étendant de la symphyse pubienne au coccyx, soutenant les organes pelviens (utérus, vessie) et jouant un rôle dans la continence urinaire et anale.

Les organes génitaux internes se composent ainsi :

- Vagin : Organe impair de 8 à 9 cm de longueur, ayant un rôle dans la reproduction. Sa face antérieure est en contact avec la vessie et l'urètre, et sa face postérieure avec le rectum, le canal anal et l'anus.
- Utérus : Organe impair de 6 à 7 cm chez une nullipare, et 9 à 10 cm chez une multipare. Situé au-dessus du vagin et joue un rôle essentiel dans la nidation de l'œuf fécondé, dans la gestation et dans l'expulsion du fœtus lors de l'accouchement.
- Trompes utérines ou trompes de Fallope : Organe pair de 10 à 12 cm, facilitant la fécondation par le transport de l'œuf jusqu'à la cavité utérine.
- Ovaires : Organes pairs de 4 cm de long, 2 cm de large et 1 cm d'épaisseur. Situés de part et d'autre de l'utérus, ils ont une double fonction : la production et la libération des ovules ; ainsi que la production d'hormones sexuelles féminines. Ils sont donc essentiels à l'ovulation et à la régulation hormonale.

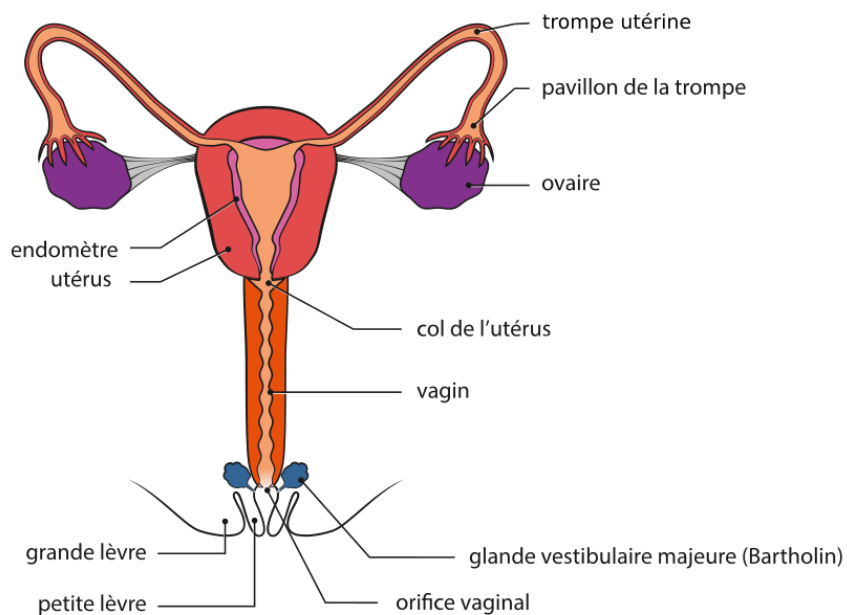


Figure 3 : Schéma des organes génitaux féminins : vue antérieure (30)

Parallèlement, lors de la puberté d'autres caractères sexuels secondaires vont se développer. On y retrouve des modifications morphologiques avec une accumulation des graisses au niveau des hanches, des fesses et des cuisses, ainsi que le développement des seins. Mais également des changements hormonaux avec l'activation des gonades (étant les organes sexuels qui produisent les gamètes) , une augmentation du taux hormonal et la mise en place du cycle menstruel marquant le début de l'activité génitale.

Nous allons désormais nous focaliser sur le cycle menstruel et son fonctionnement.

2. Cycle menstruel

Le cycle menstruel est un processus physiologique complexe et cyclique qui débute à la puberté et se poursuit jusqu'à la ménopause, sous l'influence des variations hormonales. Une femme aura en moyenne 500 cycles au cours de sa vie. Ce processus, bien que variable chez chacune des femmes, dure en moyenne 28 jours (souvent entre 24 et 38 jours), mais peut être dérégulé à la suite d'émotions fortes ou même de voyages, etc .. (31)

Le premier jour du cycle correspond alors au premier jour des règles.

Ce cycle est régulé par l'axe hypothalamo-hypophysaire, mais peut se décomposer en 3 cycles interconnectés : le cycle hypothalamo-hypophysaire, le cycle ovarien et le cycle utérin. (31)

a. Cycle hypothalamo-hypophysaire :

L'axe hypothalamo-hypophysaire va ainsi constituer le centre de régulation de ce cycle.

L'hypothalamus, une glande située dans le cerveau va libérer une hormone, la GnRH (*Gonadotropin releasing hormone*), et venir stimuler l'hypophyse antérieure permettant la sécrétion de 2 autres hormones impliquées dans l'activité des ovaires : la FSH (Hormone folliculo-stimulante), favorisant la maturation des follicules ovariens et la LH (Hormone lutéinisante), déclenchant l'ovulation et la formation du corps jaune.

En réponse à la FSH et la LH, ces structures ovariennes vont sécréter les hormones stéroïdiennes qui orchestrent le cycle : les **œstrogènes** (avec notamment l'estradiol) et la **progestérone**.

Le système fonctionne grâce à des rétro-contrôles hormonaux assez complexes :

- Durant la phase folliculaire, les œstrogènes produits par le follicule dominant , exercent un **rétrocontrôle négatif** sur la sécrétion de LH et FSH, ce qui empêche la maturation de plusieurs follicules.
- En fin de phase folliculaire, lorsque la concentration en **estradiol** dépasse le seuil critique et se maintient pendant environ 2 jours, le **rétrocontrôle** devient positif , déclenchant la libération du pic de LH.
- Après l'ovulation, le corps jaune sécrète de la **progestérone** (et également un peu d'estradiol), qui va venir exercer un **rétro-contrôle négatif** sur l'hypothalamus et l'hypophyse, stabilisant les sécrétions hormonales et empêchant une nouvelle ovulation.
- En l'absence de fécondation, la dégénérescence du corps jaune va venir provoquer une **chute du taux de progestérone et d'œstrogènes**, ce qui **lève l'inhibition hypothalamo-hypophysaire** : la FSH recommence alors à augmenter, initiant ainsi un nouveau cycle.

Ces hormones orchestrent l'activité des ovaires et vont influencer directement le cycle ovarien.

b. Cycle ovarien

Le cycle ovarien peut se résumer à l'évolution des follicules et à la maturation de l'ovocyte.(31)

Il peut se diviser en 3 phases :

- **La phase folliculaire (de J1 à J10)** : Sous l'effet de la FSH, plusieurs follicules, appelés follicules primordiaux, se développent dans les ovaires. Cependant, un seul follicule atteindra sa maturité, on l'appelle le follicule dominant (ou le follicule de Graaf). Ce follicule dominant va produire des œstrogènes , des hormones qui permettent la préparation de l'utérus à une éventuelle implantation.
- **La phase ovulatoire (entre J11 à J14)** : Le pic de LH va quant à lui provoquer la rupture du follicule mature, libérant ainsi un ovocyte vers la trompe de Fallope : c'est l'ovulation. Cet ovocyte pourra être fécondé par un spermatozoïde dans les 12 à 24 heures suivant son expulsion.
- **La phase lutéale (de J15 à J28)** : Après l'ovulation, le follicule vidé, se transforme en corps jaune et va sécréter de la progestérone, une deuxième hormone impliquée dans le cycle menstruel. Cette hormone va permettre de stabiliser la muqueuse utérine en vue d'une éventuelle grossesse. Si la fécondation n'a pas lieu, le corps jaune se dégrade vers le 21e jour, provoquant une chute des taux de progestérone et d'œstrogènes, ce qui déclenche les menstruations.

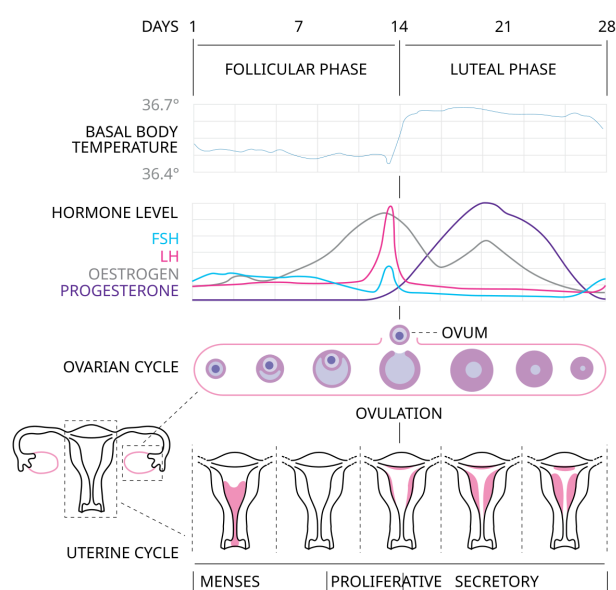


Figure 4 : Schéma du cycle menstruel (32)

c. Cycle utérin

Ce cycle utérin, va correspondre aux modifications de la muqueuse utérine sous l'influence des hormones ovariennes (LH et FSH) et peut se diviser en 3 phases :

1. **Les menstruations (de J1 à J5)** : la chute du taux de ces hormones va entraîner une desquamation de l'endomètre, c'est-à-dire l'élimination de la muqueuse utérine sous forme de perte de sang (les menstruations) . Cette phase marque le début d'un nouveau cycle.
2. **La phase proliférative (de J6 à J14)** : Sous l'effet des œstrogènes, l'endomètre va ainsi pouvoir se régénérer et s'épaissir progressivement pour préparer l'utérus à une éventuelle implantation embryonnaire. En parallèle, la glaire cervicale devient elle, plus fluide et plus abondante pour faciliter le passage des spermatozoïdes.
3. **La phase sécrétoire (de J15 à J28)** : Après l'ovulation, la progestérone, produite par le corps jaune , va permettre de stabiliser l'endomètre et va épaissir également l'entrée des spermatozoïdes.
4. Si la fécondation n'a pas lieu, la chute hormonale entraîne la destruction de l'endomètre, marquant le retour des menstruations. (32)

Phase du cycle	Hormones principales	Effets sur l'ovaire	Effet sur l'utérus
Début du cycle (J1)	Chute des hormones ↘↘	Développement des follicules	Desquamation = règles
Folliculaire (de J2 à J10)	FSH ↗ œstrogènes ↗	Maturation folliculaire	Régénération de l'endomètre
Ovulation (de J11 à J14)	Pic de LH ↗↗	Libération de l'ovocyte	Glaire cervicale favorable à la fécondation
Lutéale (de J15 à J28)	Progestérone ↗	Corps jaune actif	Épaississement de l'endomètre
Fin du cycle (si pas de fécondation)	Hormones ↘↘	Dégesnérescence du corps jaune	Desquamation = règles

Figure 5 : Tableau schématique des interactions hormonales

Ces informations sont données à titre indicatif : chaque femme étant unique, les différentes phases du cycle peuvent survenir à des moments légèrement différents.

D. Impact de la contraception sur le cycle menstruel

L'utilisation d'une contraception va ainsi venir perturber ce cycle menstruel naturel, les effets variant en fonction du type de contraception utilisé (implant, pilule oestroprogestative ou progestative, stérilet). Parmi les principaux effets observés, on retrouve notamment :

1. La modification des mécanismes hormonaux :

- **Inhibition de l'ovulation** (action centrale) : l'administration d'hormones de synthèse à doses régulières vient remplacer la sécrétion hormonale endogène, maintenant ainsi un taux hormonal stable tout au long du cycle. Cette stabilité hormonale empêche le développement du follicule dominant, empêchant donc l'ovulation. L'absence d'ovule rend la fécondation et la grossesse impossibles.
- **Épaississement de la glaire cervicale** : la rendant imperméable aux spermatozoïdes
- **Atrophie de l'endomètre** : le rendant impropre à la nidation

2. Modification du profil menstruel :

- **Régularisation du cycle OU apparition d'irrégularité** :
 - La pilule combinée va créer un cycle artificiel de 28 jours, avec des saignements dit " de privation" qui ressemblent à des règles mais ne sont pas des menstruations naturelles .
 - A l'inverse , les méthodes progestatives sont fréquemment associés à des irrégularités, notamment du **spotting** (légers saignements imprévus)
- **Diminution du flux menstruel OU aménorrhée** :
 - La plupart des contraceptifs réduisent l'épaisseur de l'endomètre, ce qui entraîne des règles plus légères et donc moins douloureuses (ce qui peut être bénéfique pour les jeunes filles ayant des règles abondantes et douloureuses)
 - Lorsque cette atrophie est complète, la muqueuse devient si fine qu'il n'y a plus rien à évacuer, provoquant une **aménorrhée** (disparition totale des saignements). Cet effet, très fréquent avec les progestatifs continus.

3. Réduction du **SMP** (syndrome pré-menstruel) et des **symptômes liés à l'endométriose** : crampes, ballonnements, irritabilité, douleurs. Grâce à la stabilisation du taux d'hormones, on limite les fluctuations responsables de ces symptômes. (13,33)

E. Différents moyens de contraception

Les contraceptifs disponibles aujourd'hui sont variés, bien que la majorité s'adresse encore aux femmes. En effet, il n'existe actuellement que 3 formes de contraception masculine existant : le préservatif, le retrait (bien que cette méthode ne soit pas des plus efficaces), et la vasectomie.(34)

La plupart des moyens de contraception agissent par l'administration d'hormones qui vont venir bloquer l'ovulation, densifier la glaire cervicale pour empêcher le passage des spermatozoïdes dans l'utérus, et amincir l'endomètre afin d'empêcher l'implantation d'un ovule fécondé.

Certains dispositifs vont quant à eux libérer uniquement un progestatif.

Étant tous bien différents, le pharmacien, expert des produits de santé, se doit de connaître les différents moyens de contraception ainsi que leurs mécanismes d'action, afin de délivrer les conseils adaptés aux besoins spécifiques de chaque individu.

Nous allons ainsi nous intéresser à chaque méthode de contraception disponible chez la femme.

1. Contraceptifs oraux

Parmi les nombreux moyens de contraception disponibles aujourd'hui, les contraceptifs hormonaux oraux (plus communément appelés "pilules") demeurent l'une des méthodes les plus répandues, notamment chez les femmes. Bien que leur usage tende à diminuer au profit d'autres dispositifs (implant, DIU non hormonal, etc.), ils continuent d'occuper une place centrale dans la pratique contraceptive féminine. (13). Il existe deux types de contraception orale : pilules œstroprogestatives (PEP) et les pilules progestatives (PP).

Nous nous focaliserons en particulier sur cette méthode de contraception, puis nous aborderons plus brièvement les autres méthodes existantes.

a. Pilules œstroprogestatives (PEP) – dites combinées

Les pilules œstroprogestatives associent un œstrogène de synthèse, le plus souvent l'éthinylestradiol (EE), à un progestatif. Elles se déclinent en plusieurs

générations , classées selon la dose d'oestrogène, et le type de progestatif utilisé. Le type de “génération” ne sous-entend pas que les pilules récentes, dites de 4e génération sont plus efficaces que les autres, elles ont en effet une efficacité contraceptive comparable.

Leur efficacité contraceptive repose sur plusieurs mécanismes centraux et périphériques :

- **Inhibition centrale** : par inhibition de l’ovulation via un blocage de la sécrétion des gonadotrophines (FSH et LH), empêchant la maturation folliculaire et donc de l’ovulation ;
- **Inhibition périphérique** :
 - Par épaissement de la glaire cervicale, rendant difficile le passage des spermatozoïdes ;
 - Par amincissement de l’endomètre, qui devient impropre à la nidation.

Voici les principales générations et spécialités disponibles : (35,36)

1ère génération : (Noréthistérone 35 µg EE) – aujourd’hui quasiment abandonnée, car assez mal tolérée (activité androgénique importante).(36)

Exemple : **Triella®** (retirée du marché depuis 2016).

2e génération : (20–40 µg EE avec Lévonorgestrel, ou 50 µg avec Norgestimate) – considérées comme un bon compromis efficacité/tolérance. - remboursées et largement prescrites.

Voici une liste des principales spécialités commercialisées :

Oestrogène	Progestatif	Spécialités	Dosage EE	Particularités
EE	LNG	Minidril® , Ludéal® , Optidril® , Optilova®	30 µg	<u>Monophasique</u> : 21 comprimés actifs (+7 placebos)
		Leeloo Gé® , Leeloo continu®	20 µg	<u>Monophasique</u> : - Gé : 21 comprimés actifs - Continu : 21 comprimés actifs (+ 7 placebos)
		Adepal®	30-40 µg	<u>Biphasique</u> : 7 comprimés dosés à 30 µg et 14 comprimés à 40 µg de LNG (+ 7 placebos)
		Trinordiol® , Daily Gé®	30-40 µg	<u>Triphasique</u> : 6 comprimés à 30µg + 5 comprimés à 40 µg +

				10 comprimés à 30 µg de LNG (+7 placebos)
	NGM	Triafémi ®	35 µg	<u>Triphasique</u> : 7 comprimés à 0,18 mg + 7 comprimés à 0,215 mg + 7 comprimés à 0,25 mg de NGM
	NG	Stediril ®	50 µg	ARRÊT COMMERCIALISATION

Figure 6: Tableau des principales PEP 2e génération commercialisées en France

3e génération : (15–35 µg EE avec Désogestrel, Gestodène, Norgestimate, Etonogestrel) – non remboursées - prix libre fixé par la pharmacie - mieux tolérées dermatologiquement (moins d’acné), mais avec une suspicion d’un risque thromboembolique accru par rapport aux 2G.

Voici une liste des principales spécialités commercialisées :

Oestrogène	Progestatif	Spécialités	Dosage EE	Particularités
EE	DSG	Desobel ® , Varnoline ® , Varnoline continu ® , Mercilon ®	30 µg	<u>Monophasique</u> : - Gé : 21 comprimés actifs - Continu : 21 comprimés actifs (+ 7 placebos)
		Efezial ® , Mercilon ®	20 µg	<u>Monophasique</u> : 21 comprimés actifs (+ 7 placebos)
	GSD	Minulet ®	40 µg	<u>Monophasique</u> : 24 comprimés actifs
		Harmonet ® ,	20 µg	<u>Monophasique</u> : 21 comprimés actifs
		Minesse ®	15 µg	<u>Monophasique</u> : 21 comprimés actifs

Figure 7 : Tableau des principales PEP 3e génération commercialisées en France

Le Norgestimate (NGM) (présent dans Triafemi ®) a longtemps été considéré comme une pilule de 3e génération. Mais en raison de sa métabolisation en

lévonorgestrel (lui conférant un risque identique aux pilules de 2e génération), il a été reclassé en progestatif de 2e génération par les autorités françaises. (37)

4e génération : progestatifs plus récents comme la drospirénone, supposés améliorer la tolérance métabolique (moins de rétention, d'acné ou de prise de poids).

- non remboursées - prix libre fixé par la pharmacie

*Exemple : **Qlaira**® : 26 comprimés actifs + 2 placebos (vise à offrir une meilleure stabilité hormonale)*

NB : *Les comprimés placebos ne contiennent pas d'hormones. Leur composition varie selon les marques, mais sont généralement composés d'excipients inactifs (comme le lactose monohydraté, amidon de maïs, stéarate de magnésium, etc). Ils permettent de maintenir une prise quotidienne régulière et de déclencher les saignements de privation , sans avoir d'effet contraceptif . Ce schéma favorise l'observance et réduit ainsi le risque d'erreur dans les dates de reprise de la plaquette suivante.*

Toutes ces pilules vont avoir des effets indésirables communs (non systématiques et variables d'une femme à l'autre). On retrouve notamment : nausées, céphalées, tension mammaire, variations de l'humeur, risque thromboembolique (majoré chez les femmes fumeuses de plus de 35 ans).

L'effet contraceptif est principalement assuré par la composante progestative. Cependant, les dérivés progestatifs ayant une activité androgénique (du fait de leur parenté avec la testostérone), peuvent engendrer des effets secondaires tels que l'acné, la séborrhée, une rétention hydrosodée ou encore une baisse du HDL-cholestérol. L'ajout d'un œstrogène vise alors à contrecarrer ces effets, tout en stabilisant l'endomètre pour éviter des saignements intercurrents, et en favorisant des cycles menstruels artificiels réguliers (hémorragies de privation), souvent perçus positivement par les patientes. (36)

Les pilules combinées OP vont en particulier cibler les femmes jeunes, sans contre-indication aux œstrogènes (absence d'antécédents thromboemboliques, non-fumeuses, pas de troubles de la coagulation, ni hypertension non contrôlée).

Le mode d'emploi repose sur une prise quotidienne à heure fixe, avec une pause de 7 jours, période durant laquelle les règles doivent survenir (ou prise de comprimés placebo). L'oubli d'un comprimé doit être corrigé dans un délai variable selon le moment du cycle et la pilule (en général sous 12h).

b. Pilules progestatives (PP) (ou microdosées)

Contrairement aux PEP, les PP ne contiennent que du progestatif. Elles sont proposées principalement chez les femmes pour lesquelles les œstrogènes sont contre-indiqués : femmes allaitantes, fumeuses de plus de 35 ans, obèses, antécédents thromboemboliques, hypertension, troubles de la coagulation, migraines avec aura, etc.

Le mécanisme d'action repose principalement sur :

- L'épaississement de la glaire cervicale ;
- L'atrophie de l'endomètre (entraînant le plus souvent une aménorrhée)
- Et selon la molécule et la dose, l'inhibition partielle ou complète de l'ovulation (38,39)

Les principales molécules commercialisées sont : (40)

Progestatif	Dosage	Spécialités	Particularités
LNG	30 µg	Microval ®	Ne bloque pas systématiquement l'ovulation. À prendre tous les jours à heure fixe, un retard de plus de 3 heures est considéré comme un oubli avec risque de grossesse.
DSG	75 µg	Cérazette ® , Antigone ® , Optimizette ® , Elfazette ®	Plus efficace, inhibition ovulatoire plus fiable (efficacité proche des COEP). Tolérance variable selon les patientes (aménorrhée fréquente).
DPN	4 mg	Slinda ®	Progestatif de 4e génération, doté d'un effet anti-minéralo-minéralocorticoïde et antiandrogène, Mieux toléré, (Présenté comme une alternative plus proche des PEP mais sans œstrogènes.) => Schéma de 24 comprimés actifs + 4 placebo, facilite l'observance.

Figure 8 : Tableau des principales PP 3e génération commercialisées en France

Les effets indésirables retrouvés chez les PP sont principalement : une aménorrhée (chez 30 % des utilisatrices), spotting irréguliers, mastodynies, humeur dépressive possible, acné (variable selon la molécule), prise de poids.

A la différence des PEP, ces pilules se prennent sans interruption. Un seul oubli peut suffire à compromettre l'effet contraceptif.

La PP concerne ainsi plus particulièrement les femmes ayant des contre-indications aux œstrogènes / ou avec risques cardio-vasculaires, les femmes en post-partum / allaitantes, celles recherchant un profil de saignements potentiellement " sans règles", également possible dès l'adolescence. (41)

Le pharmacien tient alors un rôle important lors de la dispensation des pilules. Il est important d'expliquer les modalités d'instauration (quand et comment débiter), rappeler l'importance de la régularité des prises, et informer sur la conduite à tenir en cas d'oubli.

2. Patch transdermique (**Evra** ®)

Le patch est un dispositif transdermique contenant un œstrogène (éthinyloestradiol) et un progestatif (norelgestromine) qui traversent la peau et passent progressivement dans la circulation sanguine sans avoir à subir l'EPPH. Ce dispositif est minidosé et délivre en effet moins de 0,04 mg d'œstrogènes par 24h.

La pose est réalisée par la patiente elle-même au niveau de la face antérieure du bras, sur l'abdomen, ou la partie supérieure de la cuisse (à l'exclusion des seins et des zones de frottement). Le patch doit être renouvelé chaque semaine pendant 3 semaines consécutives. A l'issue de ces 3 semaines, il doit être retiré pour une pause de 7 jours, durant laquelle surviennent généralement les règles.

Cette méthode présente certains avantages, notamment par rapport à la contraception orale. Le risque est moindre puisqu'il ne nécessite qu'une application hebdomadaire. Il est toutefois essentiel de vérifier que le patch ne se décolle pas : un patch décollé au-delà de 24h peut être comparé à un oubli de pilule.

L'un des inconvénients de cette méthode reste cependant le prix, ce dispositif n'est pas remboursé par la sécurité sociale. Le prix est libre et fixé par les pharmacies. Il peut se vendre à l'unité ou par boîte de 3.

Au comptoir, il est important d'expliquer à la patiente les modalités de pose du patch ainsi que la conduite à tenir en cas de décollement ou de retard d'application.
(42)

3. DIU (Stérilet)

Le stérilet est un dispositif contraceptif en forme de "T" qui mesure autour de 3 cm de long et qui est inséré dans l'utérus. La pose est réalisée par un médecin, gynécologue ou une sage-femme.

Il existe 2 types de DIU : en cuivre ou hormonal.

Le DIU en cuivre :

Ce dispositif ne contient aucune hormone et agit en empêchant la fécondation. Il a en effet une action toxique sur les spermatozoïdes. Il peut rester en place pendant 4 à 10 ans mais peut cependant provoquer des règles plus abondantes et douloureuses. Cette méthode est déconseillée en cas d'endométriose (ou si suspicion) et contre-indiquée pour les femmes ayant des saignements vaginaux inexplicables, des infections ou un cancer du col de l'utérus.

Il est efficace dès le jour de la pose, c'est d'ailleurs pour cette raison qu'il peut être utilisé comme contraception d'urgence.

Il existe en 2 tailles , un " standard" et un "court" (environ 2,8 cm de long) , les petites tailles étant idéales pour les femmes nullipares.

Le DIU hormonal (ex : **Minera** ® , **Kyleena** ®)

Ce dispositif libère quant à lui un progestatif (le lévonorgestrel) localement dans l'utérus . Il épaissit la glaire cervicale, amincit l'endomètre. Il offre une bonne efficacité contraceptive pour une durée d'environ 5 ans selon le modèle.

Il peut réduire les douleurs et les règles douloureuses, voire entraîner une aménorrhée. Mais peut cependant provoquer des spotting (légères pertes vaginales de sang) , de l'acné ou encore des maux de tête.

Ces deux dispositifs sont remboursés à 100% par l'Assurance Maladie pour les moins de 26 ans et à 65% pour les autres assurés. Le prix du DIU en cuivre est fixé à 25€ et autour de 112€ pour le DIU hormonal.

Un suivi gynécologique est nécessaire chaque année afin de contrôler l'emplacement du stérilet . (43,44)

4. Implant (**Nexplanon** ®)

L'implant se présente sous la forme d'un petit bâtonnet souple de 4 cm de long et 2 mm de diamètre inséré sous la peau du bras. Il libère en continu une faible quantité de progestatif (68 mg d' étonogestrel), permettant une inhibition de l'ovulation et une modification de la glaire cervicale.

La pose est réalisée par un médecin, un gynécologue ou une sage-femme au moyen d'un applicateur. Ce dispositif peut rester en place pendant 3 ans.

Il est discret et pratique (pas de prise quotidienne, pas de risque d'oubli) , faisant de lui l'un des moyens de contraception les plus efficaces. Il est également remboursé à 100% par l'Assurance Maladie pour les mineures de plus de 15 ans et à 65% pour les autres assurés.

Le principal risque associé à l'implant (rare, mais grave) est la migration dans l'artère pulmonaire . De plus, il peut "réveiller" ou aggraver l'acné préexistante , et entraîner un flux de règles non prévisible (certaines femmes n'auront plus de règles, d'autres des règles non régulières, d'autres sur une très courte période) .

L'implant est un contraceptif dit "de 2e intention", c'est-à-dire qu'il sera prescrit principalement aux femmes qui oublient souvent leur pilule, ou qui présentent une intolérance aux contraceptifs à base d'oestrogènes et aux DIU. Il est cependant contre indiqué en cas de phlébite, d'embolie pulmonaire et de tumeurs sensibles aux hormones sexuelles . (45)

5. Anneau vaginal (**Nuvaring** ®)

Encore assez méconnu, l'anneau vaginal est un moyen de contraception très pratique et très efficace lorsqu'il est bien posé.

En effet, il s'agit d'un anneau vaginal contraceptif souple et transparent contenant 2 hormones : œstrogènes (éthinylestradiol) et un progestatif (étonogestrel). Ce dispositif est minidosé, il délivre moins de 0,04 mg d'œstrogènes par 24h .

Il est inséré par la patiente elle-même dans le vagin, où il reste en place pendant 3 semaines, suivi d'une semaine de pause, déclenchant les règles . Un nouvel anneau est alors inséré à l'issue des 7 jours d'arrêt.

Parmi ses avantages, on peut noter sa facilité d'utilisation et la libération stable d'hormones. L'inconvénient majeur est quant à lui le prix. Il n'est en effet pas remboursé par l'Assurance Maladie . Le prix est libre et fixé par les pharmacies. Ce dispositif peut se vendre à l'unité ou par boîte de 3.

Pour ce qui est de la conservation, l'anneau ne doit pas être inséré plus de 4 mois après la date de l'achat (la date doit être inscrite par le pharmacien sur la boîte lors de la délivrance). (46)

6. Autres méthodes

Le préservatif est une méthode barrière courante et encore fortement utilisée. Il est facilement accessible et protège à la fois des grossesses non désirées et des IST. Il peut être remboursé à 100% par la sécurité sociale pour les moins de 26 ans. Ses avantages reposent sur son accès sans ordonnance et l'absence d'effets secondaires hormonaux. L'inconvénient est qu'il y a un taux d'échec plus élevé que les méthodes hormonales (possibilité de rupture). (47)

Le progestatif injectable (Depo Provera ®) , est une méthode hormonale très fiable, administrée en intramusculaire tous les 3 mois par un professionnel. Il libère une quantité très faible d'hormones en continu dans l'organisme , assurant une contraception efficace pendant environ 12 semaines. Les effets secondaires rencontrés sont la prise de poids et les saignements réguliers. Il reste remboursé par l'Assurance Maladie. (48)

Les spermicides sont des produits chimiques disponibles sous différentes formes (crèmes, ovules, tampons, gels ou éponges) qui ont pour objectif d'immobiliser et de détruire les spermatozoïdes. Ils s'insèrent dans le vagin avant le rapport. Le mode d'action repose sur la substance active : le chlorure de benzalkonium ou le nonoxynol-9. Ils s'utilisent en complément d'une autre méthode

car l'efficacité reste limitée. Le prix est quant à lui libre, généralement non remboursé par l'Assurance Maladie. (47)

Le diaphragme est une barrière réutilisable en silicone qui s'insère dans le vagin avant un rapport pour couvrir le col de l'utérus, bloquant ainsi le passage des spermatozoïdes. Pour être efficace, il doit être utilisé en complément d'un spermicide. La taille doit être ajustée par un professionnel de santé et une ordonnance est nécessaire pour l'obtenir. Le prix est libre et est remboursé à 65% par l'Assurance Maladie sur la base d'un tarif fixé. (47)

F. Relais des différentes contraceptions

Dans certaines situations, la patiente peut être amenée à changer de méthode contraceptive. Il est donc essentiel que le pharmacien explique à la patiente les modalités pratiques de ce relais afin de garantir une efficacité contraceptive. En effet, cette période peut être plus à risque et donc entraîner des grossesses non désirées.

Il n'est ainsi pas nécessaire d'attendre les prochaines menstruations pour effectuer le relais mais différentes recommandations sont à suivre :

Nous allons ici nous centrer sur le relais d'une pilule contraceptive à une autre. (49)

Relais d'une PEP vers une autre PEP :

- Prendre les nouveaux comprimés à la date habituelle de la contraception précédente ; et enchaîner simplement la plaquette

Relais d'une PEP vers une PP :

- Débuter la PP de préférence le lendemain du dernier comprimé actif. Le comprimé prendra effet immédiatement
- Ne pas prendre les éventuels comprimés placebo
- En cas de relais différé, il est nécessaire d'utiliser une **contraception mécanique durant 7 jours.**

Relais d'une PP vers une PEP :

- S'il existe des règles régulières, arrêter la PP le premier jour des règles et débiter immédiatement la PEP avec le 1er comprimé de la plaquette
- Dans tous les cas : débiter le PEP immédiatement après l'arrêt de la PP, en y associant une **contraception mécanique durant 7 jours**.

Pour résumer, il est nécessaire d'utiliser une contraception mécanique en complément pendant les 7 premiers jours suivant l'instauration de la nouvelle pilule, (sauf s'il s'agit d'un relais d'une PEP vers une autre PEP).

G. Oublis et contraception d'urgence

La contraception d'urgence, regroupe, selon l'HAS, les méthodes qu'une femme peut utiliser pour prévenir d'une grossesse non désirée après un rapport non ou mal protégé (échec ou usage défectueux d'une méthode contraceptive comme l'oubli de la pilule ou la déchirure d'un préservatif). Il s'agit d'une méthode de rattrapage, et n'est pas à utiliser de façon régulière. (50)

D'après l'OMS, son efficacité peut atteindre les 95% lorsqu'elle est utilisée dans les 5 jours, ne garantissant pas une efficacité à 100% .

1. Mécanismes et méthodes

En France, 3 méthodes sont disponibles : le lévonorgestrel et l'acétate d'ulipristal, sous forme de comprimé et le DIU au cuivre.

Lévonorgestrel 1,5 mg (**Norlevo**®) :

Le Lévonorgestrel 1,5 mg est un progestatif administré par voie orale. Son mécanisme repose sur l'inhibition ou le retardement de l'ovulation. Pour une efficacité optimale, il est recommandé de l'utiliser dans les 72h (3 jours) suivant le rapport non protégé mais à peu être utilisé dès le constat de l'oubli (dès 12h) . Utilisable par chaque femme, il est cependant déconseillé chez femmes avec risque de grossesse ectopiques (avec ATCD de grossesse extra-utérine ou salpingite) . L'allaitement est également déconseillé dans les 8h suivant la prise. Des interactions médicamenteuses sont possibles avec les inducteurs enzymatiques (anticonvulsivants, rifabutine, rifampicine, ritonavir, millepertuis)

Ulipristal acétate 30 mg (*Ellaone*®) :

L'ulipristal acétate est un modulateur sélectif des récepteurs à la progestérone agissant sur l'inhibition ou le retardement de l'ovulation. Il peut être utilisé jusqu'à 120h (5 jours) après un rapport non protégé. Des précautions d'emploi existent notamment en cas d'insuffisance hépatique sévère, en asthme sévère insuffisamment contrôlé et l'allaitement est déconseillé dans les 7 jours après la prise du comprimé.

Les principaux effets indésirables retrouvés sont : des troubles des règles (spotting, retard ou avance des règles), fatigue, nausées, vomissement, douleurs abdominales, céphalées, vertiges, tension mammaires, troubles de l'humeur, myalgies, douleurs dorsales ou pelviennes .

Il existe une interaction médicamenteuse avec le lévonorgestrel, et d'autres contraceptions hormonales seules pouvant réduire l'action contraceptive. Il est alors recommandé d'utiliser une contraception mécanique jusqu'à la fin du cycle.

DIU au cuivre :

Il correspond à la méthode de contraception d'urgence non hormonale la plus efficace. Son mécanisme repose sur l'effet cytotoxique du cuivre sur les gamètes, inhibant alors la fécondation , et empêchant l'implantation de l'ovocyte fécondé.

Il doit être posé par un médecin ou sage-femme dans les 120 heures (5 jours) suivant le rapport à risque.

La pose nécessite une prescription mais est remboursée à 60% par l'Assurance maladie, mais une fois posé, il peut être conservé comme méthode contraceptive régulière.

2. Recommandations et modalités de délivrance à l'officine

Le pharmacien occupe un rôle central dans l'accès à la contraception d'urgence, il est souvent le premier interlocuteur sollicité à ce sujet.

Sa mission va alors au-delà de la délivrance, elle inclut l'information, le conseil et l'orientation vers d'autres spécialistes.

La CU est désormais disponible gratuitement en pharmacie et ce, sans prescription médicale que ce soit pour les femmes mineures ou majeures depuis janvier 2023. Pour ce qui est des jeunes filles mineures, la prise en charge peut se faire de façon

totale­ment anonyme .Le pharmacien ne peut, en aucun cas, refuser la délivrance de la CU au nom de ses convictions morales ou religieuses. Le refus de la délivrance ne peut être basé que sur l'intérêt de la santé du patient. (50,51)

La dispensation doit être précédée d'un entretien visant à : (50)

- S'assurer du respect du délai maximal d'administration
- Rappeler l'absence de protection contre les IST
- Conseiller une consultation pour la mise en place d'une contraception régulière et un suivi en cas de retard de règles de 5 à 7 jours ou de saignements anormaux.
- Recommander une contraception mécanique jusqu'au début des règles suivantes.
- Fournir une information sur les modalités de prise et la conduite à tenir en cas de vomissements dans les 3h suivant la prise.
- Rappeler le mode de prise de la pilule.
- Fournir un support d'information " Contraception d'urgence" disponible sur le site Cespharm (1) , mentionnant :
 - Comment prendre le contraceptif d'urgence
 - Que faire après la prise
 - Comment savoir si la contraception a été efficace
 - Contacts utiles
 - Questions / réponses
- Orienter vers un autre professionnel selon les besoins :
 - Médecin traitant, gynécologue, sage-femme
 - CPEF : en particulier si besoin d'anonymat et/ ou de gratuité de prise en charge
 - Consultation de dépistage anonyme et gratuit
 - CIDDIST
 - Fil Santé Jeune 0 800 235 236 (appel gratuit, 7 jours/ 7; 8h00 - 00h00. Écoute, information des jeunes en matière de santé physique, psychique et sociale. <https://www.filsantejeunes.com/>)

Conformément à l'Article L.5134-1 du *Code de Santé Public* (52), la délivrance de la contraception doit être accompagnée d'une information écrite, concise et aisément compréhensible , mentionnant obligatoirement les consultations d'informations et de suivi . Or cette exigence n'est pas toujours respectée dans toutes les pharmacies.

Chaque pharmacie devrait donc veiller à la mettre en place. La commande de la brochure se réalise auprès du site Cespharm.

3. Bon usage de la pilule : conduite à tenir en cas d'oubli

a) Pilule oestroprogestative (PEP):

- **Si l'oubli est inférieur à 12 heures** : Reprendre la pilule oubliée dès la constatation de l'oubli et prendre les comprimés suivants comme prévu (chaque jour, à la même heure). L'efficacité est conservée.
- **Si l'oubli est supérieur à 12h,**
 - **Semaine 1** : Les rapports sexuels suivant l'oubli peuvent être féconds. Dans ce cas, il faut prendre la pilule oubliée dès constatation de l'oubli, puis prendre les pilules suivantes comme prévu (chaque jour, à la même heure, même si 2 comprimés doivent être pris le même jour) et prendre des précautions supplémentaires. Un préservatif ou des spermicides doivent être utilisés lors de rapports sexuels jusqu'à la reprise de la plaquette suivante.
En cas de rapport sexuel non protégé dans les 5 jours précédant l'oubli, utiliser une contraception d'urgence.
 - **Semaine 2** : Prendre le comprimé oublié et continuer la plaquette. L'effet contraceptif est encore assuré
 - **Semaine 3** : Prendre le comprimé oublié et au lieu de prendre les comprimés placebo à la fin de la plaquette; enchaîner avec la plaquette suivante. OU arrêt immédiat des comprimés actifs et prendre directement les comprimés placebos (*noter le jour d'oubli*). (53,54)
- **Si oubli de plus d'un comprimé** : contacter le médecin

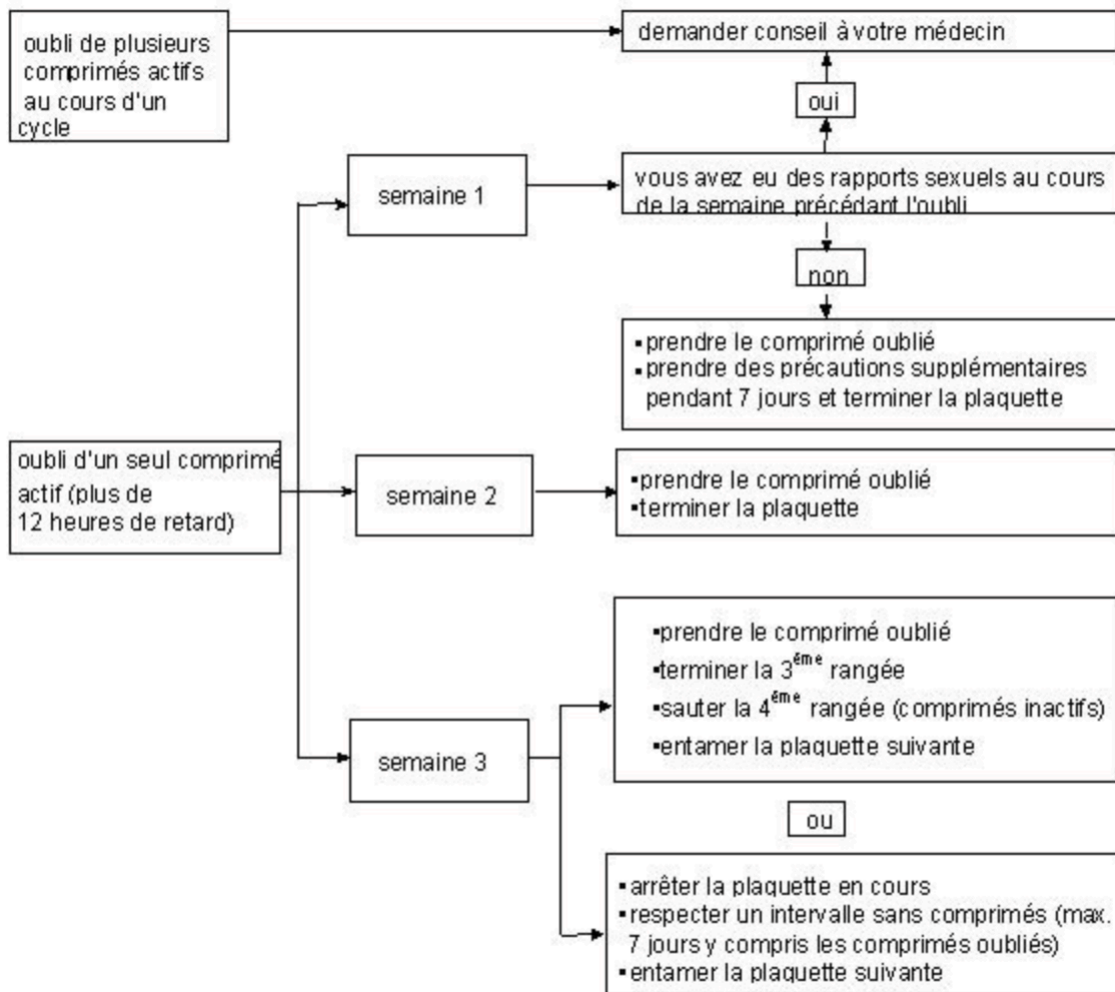


Figure 9 : Schéma des recommandations en cas d'oublis de prise de pilule (53,54)

b) Pilule progestative (PP) :

Pilule progestative contenant du lévonorgestrel (ex : **Microval** ®)

- **Si l'oubli est inférieur à 3 heures :** Prendre le comprimé dès constatation de l'oubli et prendre les comprimés suivants comme prévu (chaque jour, à la même heure). L'efficacité est conservée.
- **Si l'oubli est supérieur à 3 heures :** Les rapports sexuels suivant l'oubli peuvent être féconds. Dans ce cas, il faut prendre le comprimé dès constatation de l'oubli, prendre les comprimés suivants comme prévu (chaque jour, à la même heure) et prendre des précautions supplémentaires. Un

préservatif ou des spermicides doivent être utilisés lors de rapports sexuels jusqu'à la reprise de la plaquette suivante.

En cas de rapport sexuel non protégé dans les 5 jours précédant l'oubli, utiliser une contraception d'urgence.

Pilule progestative contenant du désogestrel (ex : **Optimizette** ® , **Antigone** ® etc)

- **Si l'oubli est inférieur à 12 heures** : Prendre le comprimé dès constatation de l'oubli et prendre les comprimés suivants comme prévu (chaque jour, à la même heure). L'efficacité est conservée.
- **Si l'oubli est supérieur à 12 heures** : les rapports sexuels suivant l'oubli peuvent être féconds. Dans ce cas, il faut prendre le comprimé dès constatation de l'oubli, prendre les comprimés suivants comme prévu (chaque jour, à la même heure) et prendre des précautions supplémentaires. Un préservatif ou des spermicides doivent être utilisés lors de rapports sexuels jusqu'à la reprise de la plaquette suivante.
En cas de rapport sexuel non protégé dans les 5 jours précédant l'oubli, utiliser une contraception d'urgence.(53)
- **Si oubli de plus d'un comprimé** : contacter le médecin

III. Enquête officinale : réalisation d'entretiens à l'officine auprès de jeunes de 15 à 26 ans, visant à évaluer leur niveau de connaissance en 2025

Dans le cadre de cette thèse, une enquête a été menée au sein d'une officine afin d'évaluer les connaissances, les pratiques et les besoins des jeunes femmes en matière de contraception. Ce travail repose sur une approche mixte, combinant un aspect à la fois quantitatif et qualitatif afin de mieux cerner le rôle du pharmacien.

A. Elaboration de l'enquête

1. Raisons / objectifs des entretiens :

Lors de la délivrance de contraceptifs oraux, de préservatifs ou même de tests de grossesse au comptoir, il a été constaté qu'un grand nombre d'adolescentes ou de jeunes femmes ne possédaient pas toutes les informations nécessaires pour avoir une bonne maîtrise de leur fertilité. Encore beaucoup d'entre elles ignorent les conduites à tenir en cas d'oubli de pilule, de rupture de préservatifs ou encore les professionnels de santé vers qui se tourner en cas de besoin. Le pharmacien est alors le professionnel de santé de première ligne, sollicité pour toutes sortes de questions sur ces types d'incidents.

L'objectif de cette thèse est donc de comprendre le rôle et l'importance du pharmacien en tant qu'acteur de première ligne. Le but a donc été de réaliser des questionnaires et de discuter avec des jeunes femmes lors d'entretiens, afin d'évaluer leur niveau de connaissance sur la contraception pour mieux cibler le discours du pharmacien et de donner les conseils adaptés lors de la délivrance d'une contraception qu'elle soit classique ou d'urgence.

En adaptant ce discours, on améliorera la compréhension des patientes et leur observance vis-à-vis de leur pilule, ce qui permettra de réduire le risque de grossesse non désirée, voire même d'IVG.

Le pharmacien joue ainsi un rôle essentiel d'information et d'éducation en matière de contraception.

Pourquoi les 15-25 ans ?

La tranche d'âge 15-25 ans a été choisie pour cette étude car elle correspond à une période charnière du développement sexuel, social et économique des jeunes .

En France, l'âge moyen du premier rapport en 2023 était de 18 ans , mais la sexualité débute souvent dès 15 ans, âge auquel les jeunes peuvent déjà avoir des premières expériences. (55)

2. Sélection des patientes

Ces entretiens ont ainsi été réalisés au cours de ma cinquième année d'étude, au sein de la pharmacie Briane-Leclerc à CALAIS, pharmacie dans laquelle je travaille

à temps partiel les samedis depuis septembre 2022 et lors des vacances scolaires. Cet établissement constituait pour moi un cadre idéal pour interroger les patientes en situations réelles.

L'étude porte sur les jeunes femmes âgées de 15 à 25 ans sous contraception orale.

Ma démarche initiale consistait à réaliser des entretiens auprès de ces jeunes femmes lors de leur passage à la pharmacie pour venir chercher leur pilule. Néanmoins, mon emploi du temps, limité au samedi, a rendu cette approche difficilement réalisable en termes de recrutement.

J'ai donc réorienté ma méthodologie en créant un questionnaire diffusé en ligne via Google Forms auprès de mon entourage, qui a pu le partager, mais également mis à disposition via un QR-code (Annexe 4) dans la pharmacie. Cette première phase visait à recueillir des données quantitatives, et l'idéal était d'obtenir au minimum 30 réponses répartis sur les différentes tranches d'âge : 15-17 ans / 18-20 ans et 21-25 ans au sein de 2 territoires différents : le Calaisis et la MEL (Métropole lilloise).

Afin de compléter cette analyse, j'ai maintenu l'idée de mener des entretiens, cette fois-ci dans une optique qualitative sur une dizaine de patientes. Ces échanges devaient permettre de mieux comprendre les expériences et les ressentis des jeunes femmes concernées, de discuter auprès d'elles et de comprendre leur besoin.

Dans le cadre du recueil qualitatif de cette étude, le questionnaire en ligne a pu être diffusé auprès de deux populations de jeunes femmes, réparties entre la ville de Calais et la MEL . Ces deux zones présentent des profils assez variés, à la fois en termes d'accès aux soins, du niveau d'information , et du contexte socio-éducatif, permettant de rendre l'analyse des résultats plus représentative de la réalité.



Figure 10 : QR-code du questionnaire affiché au sein de la Pharmacie Briane-Leclercq, CALAIS

Afin de respecter l'anonymat des patientes, aucun nom, ni identifiant personnel n'a été recueilli. La question de l'autorisation parentale pour les mineures s'est posée, mais selon l'article L5134-1 du Code de Santé Publique en vigueur depuis le 28 décembre 2023, *"le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs, ni pour la délivrance de préservatifs internes ou externes aux mineures."* Ainsi, l'enquête peut être menée sans requérir d'autorisation parentale.

Pour les entretiens menés à l'officine, un formulaire de consentement relatif à la protection des données et d'anonymisation a été réalisé pour garantir la confidentialité et signé par les patientes (Annexe 3).

3. Rédaction de la trame de l'entretien / questionnaire :

Dans le cadre de mon étude, j'ai effectué deux types de questionnaire : le premier conçu et mis en ligne via Google Forms, et le second que j'utiliserai pour mes entretiens à l'officine.

J'ai élaboré une première version de mon questionnaire mis en ligne et partagé via mes proches. Le questionnaire (Annexe 2) a fait l'objet de nombreuses révisions, les premières versions ayant été jugées trop ambiguës et parfois trop directes. Son élaboration via Google Forms a permis de générer automatiquement une analyse des résultats sous forme de diagrammes, en fonction des réponses recueillies. Il a donc été nécessaire d'adapter la formulation des questions ainsi que des options de réponse, notamment les choix multiples, afin de faciliter l'interprétation des résultats.

Pour ce qui est du questionnaire pour l'entretien à l'office (Annexe 1) J'ai élaboré une première version visant à évaluer le niveau de connaissance des jeunes sur la contraception. Ce document a été corrigé et retravaillé avec l'aide de mon pharmacien d'officine afin d'assurer sa pertinence et sa clarté. La trame de l'entretien se divise en deux grandes parties : une première partie générale où la patiente estime son propre niveau de connaissance, précise les méthodes contraceptives qu'elle utilise ou a utilisées, partage son expérience d'entretiens sur la santé sexuelle et exprime ses attentes vis-à-vis du pharmacien. La seconde partie se concentre spécifiquement sur la pilule contraceptive, abordant des aspects tels que l'observance, les connaissances et les éventuelles inquiétudes des patientes.

4. Réalisation des entretiens à l'officine

Dans le cadre du volet qualitatif de cette enquête, une série de 8 entretiens semi-directifs chez des femmes âgées de 15 à 25 ans , ont été réalisés à la pharmacie Briane-Leclercq à Calais. Toutes les participantes étaient volontaires et ont signé, en amont, un formulaire de consentement éclairé de confidentialité , garantissant le respect de l'anonymat et de la protection des données personnelles.

L'objectif de ces entretiens était de recueillir leurs ressentis, leurs perceptions et attentes vis-à-vis de la contraception et d'instaurer un moment d'échange . Chaque

entretien s'est déroulé en toute confidentialité, dans la salle de vaccination, à l'écart du comptoir, afin de garantir un climat de confiance; la contraception n'étant pas un sujet mettant facilement à l'aise. Les échanges ont duré en moyenne 20 minutes.

Les entretiens ont été menés à l'aide d'un questionnaire préalablement imprimé, structuré mais souple (*Annexe 1*) permettant de guider l'entretien tout en laissant place à la discussion. Les seules informations notées étaient l'âge de la patiente, sans aucune donnée nominative.

Les jeunes femmes se sont montrées très réceptives et généralement contentes de participer à cette démarche, qu'elles percevaient comme utiles et valorisantes. Les différents sujets abordés portaient notamment sur :

- Les conduites à tenir en cas d'oublis
- Les moments les plus à risque au cours du cycle menstruel
- Les liens et numéros d'urgence à connaître
- Une explication simplifiée du mécanisme d'action de la pilule , pour rassurer quant à son efficacité
- Les effets indésirables et les moyens d'y remédier
- Le rappel à l'accès gratuit à la contraception d'urgence et aux préservatif pour les moins de 26 ans
- La possibilité de renouvellement en pharmacie : possibilité de délivrer pour 6 mois supplémentaires, si l'ordonnance initiale date de moins d'un an.
- Leurs expériences vécues / ressenties en pharmacie lors de la délivrance de pilule, préservatifs ou pilule du lendemain
- La qualité de l'éducation sexuelle reçues à l'école
- Leurs craintes liées à la contraception
- Et enfin, leurs attentes vis-à-vis du pharmacien

Ces entretiens ont permis de mieux comprendre les besoins réels des patientes, d'identifier leurs lacunes en matière d'information et de mettre en évidence l'importance de l'écoute, du conseil personnalisé et du discours rassurant, sans jugement du pharmacien.

Il a ensuite été nécessaire d'étudier les réponses en détail afin d'analyser et d'exploiter les résultats.

B. Analyse des résultats de l'enquête

1. Analyse quantitative (Questionnaire en ligne)

Questions sur des thèmes spécifiques:

=> **PROFIL DES PATIENTES**

QUESTION 1 : Age des patientes

Objectif : 15-25 ans : Identifier l'âge de l'instauration d'une première contraception pour adapter et prioriser le contenu des conseils au comptoir .

Quel est ton âge
35 réponses

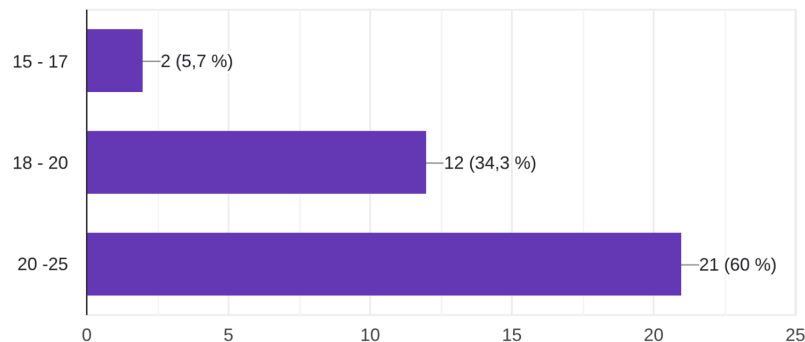


Figure 11 : Age des patientes

Réponses :

- 60% des réponses proviennent de jeunes de 20-25 ans, proportion de jeunes femmes prenant en majorité la pilule
- 5,7 % des patientes mineures ont répondues au questionnaire

Analyse :

- Il a été difficile d'avoir des réponses de la part des patientes mineures . Cela peut s'expliquer par leur timidité, le fait qu'elles n'utilisent pas encore la pilule ou bien par le fait que l'âge moyen d'une première instauration soit de 18 ans (16)
- 94% des réponses proviennent de jeunes filles majeurs

QUESTION 2 : Durée de prise de la pilule

Objectif : Identifier les populations représentées lors de l'étude (instauration d'une contraception, ou prise depuis plusieurs années)

Depuis quand prends-tu la pilule
35 réponses

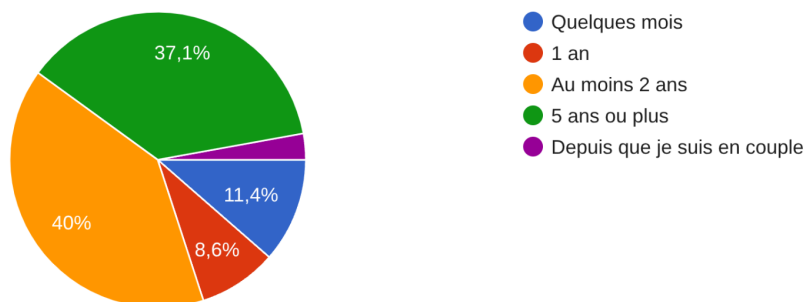


Figure 12 : Durée de prise de la pilule

Réponses :

- 37,1% des personnes interrogées prenaient la pilule depuis plus de 5 ans
- Et 40% depuis au moins 2 ans

Analyse : Plus de la moitié des personnes interrogées prennent la pilule depuis au moins 2 ans, elles devaient donc avoir toutes les clés en mains en termes de connaissances sur la contraception.

QUESTION 3 : Age du début de prise de la pilule

Objectif : Identifier l'âge moyen du début de la prise de la pilule pour une meilleure adaptation du conseil au comptoir selon l'âge de la patiente.

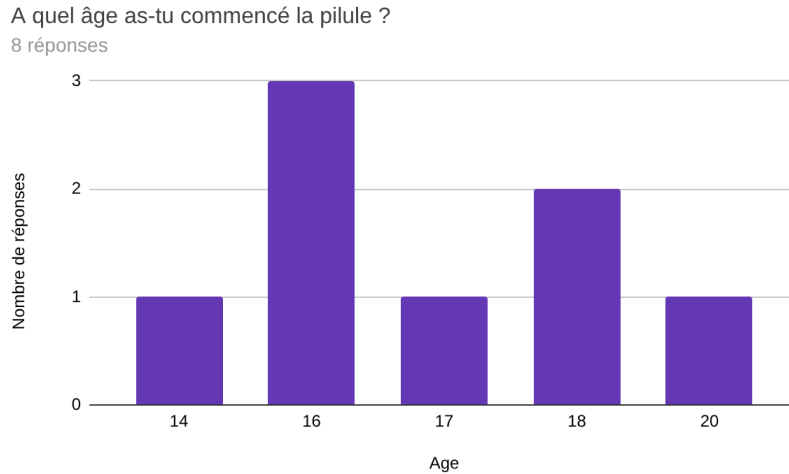


Figure 13 : Age du début de la prise de la pilule

Réponses : : Age moyen 16-18 ans

Analyse : L'âge moyen retrouvé ici est 16 ans, soit l'âge du début de l'activité sexuelle. Il ne faut pas hésiter à prendre le temps de tout expliquer aux personnes mineures, et si elles sont accompagnées par leur mère ne pas hésiter à demander un rendez-vous en privé avec la jeune fille.

QUESTION 4 : : Nom de la pilule utilisée

Objectif : Identifier la / les pilules les plus couramment utilisées dans la tranche d'âge de 15-25 ans

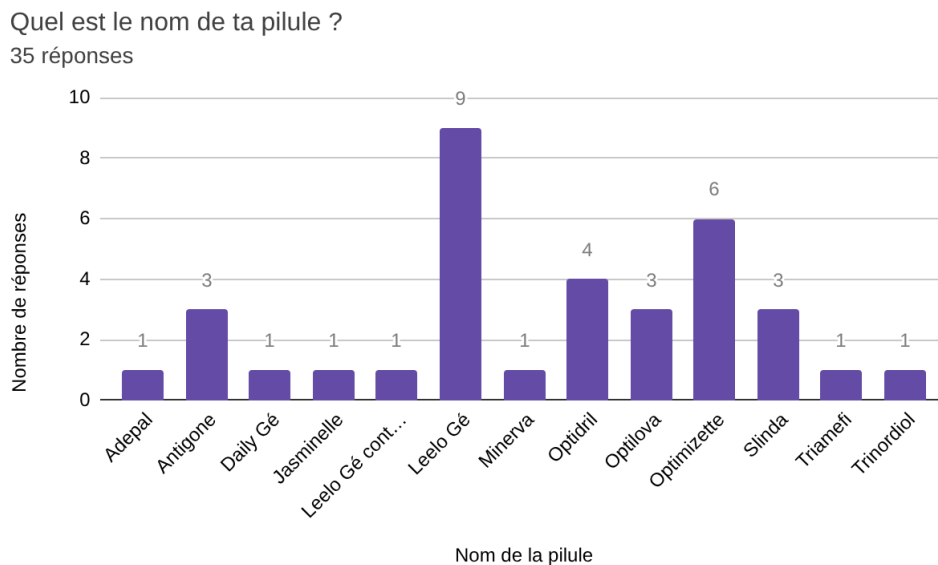


Figure 14 : Nom de la pilule utilisée

Réponses :

- 25,7% des jeunes femmes interrogées sont sous Leeloo Gé
- 17,1 % sous Optimizette
- 11,4% sont sous Optidril
- Ce sont les 3 pilules les plus représentées

Analyse :

- La pilule la plus prescrite chez les 15-25 ans semble être la Leeloo, suivi par l'Optimizette
 - Leeloo : Faible dosage en oestrogène : pilule minidosée (20µg d'éthinylestradiol) permettant de réduire certains effets indésirables liés aux oestrogènes (prise de poids, tension mammaire, nausées) par rapport aux pilules à 30 ou 40 ug (tel Optidril par exemple) / Meilleure tolérance
 - Optimizette est aussi fortement utilisée, elle est utilisée en cas de contre-indications aux oestrogènes (fumeuses, antécédents de thromboses, migraine avec aura , HTA mal contrôlée, etc)

QUESTION 5 : Motif de la première prescription

Objectif : Identifier les raisons de l'instauration d'une contraception / ainsi les besoins des jeunes femmes (en tant que contraceptif, contre les dysménorrhées) et faire le lien avec le type de pilule utilisée.

Quelle raison t'as amené à commencer la pilule ?

22 réponses

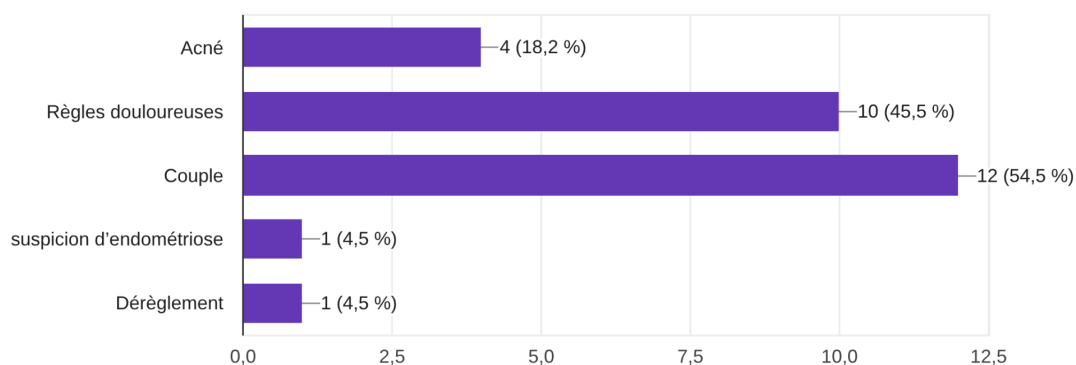


Figure 15 : Motif de la première prescription

Réponses :

- Plus de la moitié (soit 54,5%) des jeunes femmes ont commencé à prendre la pilule en tant que contraceptif lié au fait qu'elles aient un partenaire sexuel.

Analyse :

- Bien que la pilule soit avant tout perçue comme un contraceptif, 45,5% des jeunes femmes répondantes l'ont commencé en raison de **dysménorrhées** (règles douloureuses)
- Mais une grande majorité a tout de même commencé la pilule à des fins contraceptives

=> CONNAISSANCES / ET INFORMATION EN MATIÈRE DE CONTRACEPTION

QUESTION 6 : Auto-évaluation autour de la contraception

Objectif : Évaluer le jugement (l'estimation) que portent les jeunes filles sur le niveau de connaissance afin de le comparer aux réponses apportées.

Comment évaluerais-tu ton niveau de connaissance sur la contraception ? (les différents moyens de contraception existants, le fonctionnement de la pilule, qui peut prescrire, etc)

35 réponses

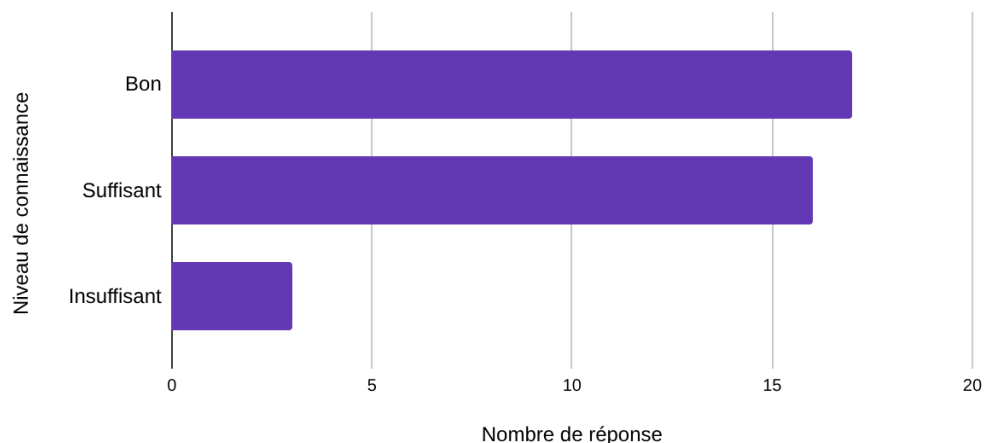


Figure 16 : Auto-évaluation autour de la contraception

Réponses :

- Seules 2-3 personnes admettent ne pas avoir un niveau suffisant en matière de contraception

Analyse :

- 94% des jeunes estiment avoir un bon niveau de connaissance sur la contraception. Cette perception peut s'expliquer par la qualité des explications fournies par le médecin ou bien par l'éducation sexuelle reçue durant leur scolarité.

En effet, "depuis 2001 tous les élèves de France doivent recevoir chaque année, pendant toute leur scolarité, 3h d'éducation à la sexualité. Une prescription qui, faute de moyens humains et faute d'un programme indiquant noir sur blanc les contenus d'un tel enseignement, ne serait respectée que pour 15% des élèves environ" (56)

QUESTION 7 : Interlocuteurs autour de la contraception

Objectif : Identifier les principaux interlocuteurs en matière de contraception et situer la place du pharmacien

Avec qui as-tu déjà discuté de la contraception ?

35 réponses

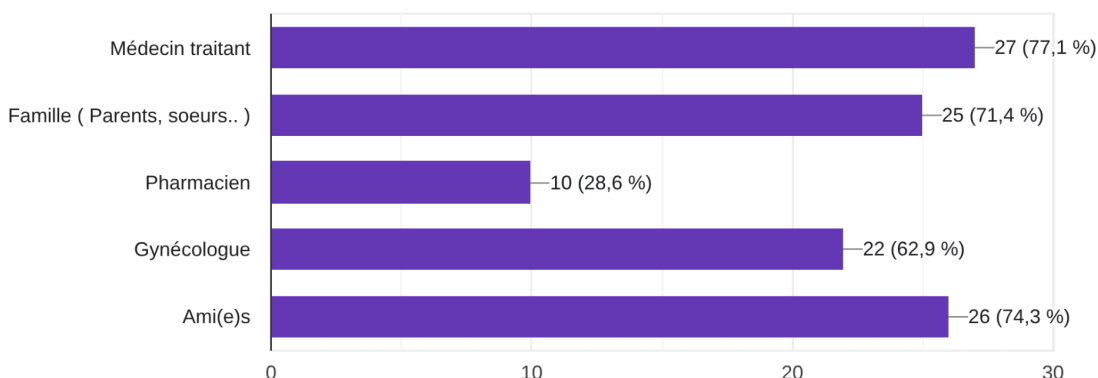


Figure 17 : Interlocuteurs autour de la contraception

Réponses :

- Le principal correspondant reste le médecin traitant (77,1%)
- Suivi par les amis et familles (74,3 et 71,4%)

- Le gynécologue ne vient qu'en 4e position
- Et enfin le pharmacien, en dernière position

Analyse :

- La plus faible proportion de réponses correspond à la discussion de la contraception avec le pharmacien (seulement 10%), Le pharmacien n'a pas encore une place assez "importante" pour parler contraception, alors qu'il reste le "spécialiste du médicament"
- Le principal correspondant reste le médecin traitant (à défaut du gynécologue qui n'est pas encore le référent en matière de contraception chez les jeunes de cet âge). La première consultation gynécologique obligatoire est celle pour le frottis à l'âge de 25 ans, les instaurations de contraception sont particulièrement prescrites par les médecins traitants
- Les amis et l'entourage ont tout de même une place très marquée pour ce qui est du conseil

QUESTION 8 : Sources d'information utilisées

Objectif : Identifier les sources auxquelles les patientes se réfèrent en cas de questionnement sur la contraception

Comment t'es tu informée sur la contraception ?

35 réponses

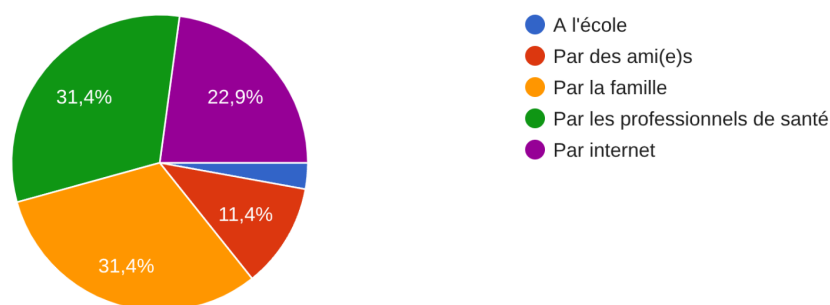


Figure 18 : Sources d'informations utilisées

Réponses :

- Les professionnels de santé ainsi que la famille occupent une place égale en matière d'information sur la contraception (respectivement 31,4%)

- Internet occupe également une grande place (22,9%) , les jeunes se renseignent aujourd'hui beaucoup sur internet.

Analyse :

- Contrairement aux idées reçues, la famille reste une source en matière de contraception, cela montre que les jeunes se confient malgré tout à leurs parents et que les parents ont le bon réflexe d'envoyer leurs enfants chez un médecin pour faire le point sur la contraception.
- Par ailleurs, le recours à Internet reste fréquent, reflétant les nouvelles habitudes des jeunes générations, même si l'accompagnement médical demeure central.

QUESTION 9 : Facilité d'accès aux informations

Objectif : Evaluer la perception des jeunes femmes concernant la facilité d'accès à des informations claires, précises et fiables sur la pilule contraceptive.

Trouves-tu qu'il soit facile d'obtenir des informations précises et fiables sur la pilule ?

35 réponses

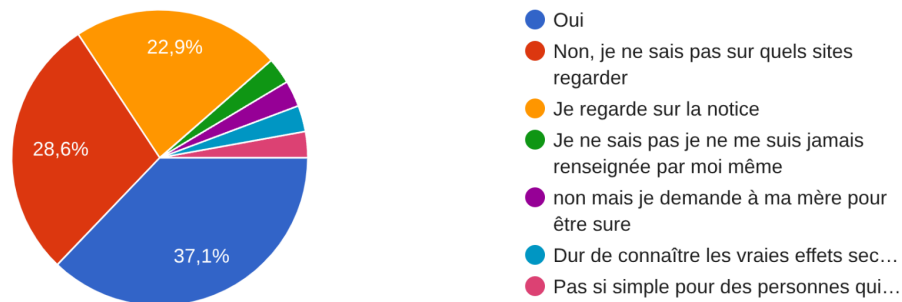


Figure 19 : Facilité d'accès aux informations

Réponses :

- 37,1% déclarent qu'il reste facile d'obtenir des informations fiables
- 28,6% des personnes estiment qu'il est difficile de trouver des informations fiables sur la pilule sur internet, ce qui reflète une inquiétude vis-à-vis de la qualité des informations en ligne.

- Une grande partie (22,9%) préfère se référer à la notice, ce qui traduit un besoin de se référer à un document officiel
- Une minorité préfère opter pour d'autres solutions, par exemple en demandant l'avis de leur mère

Analyse :

- Il serait intéressant de délivrer un **flyer / brochure** aux jeunes à l'instauration de leur pilule avec les numéros et sites fiables pour se renseigner sur la pilule (et insérer les numéros des planning familiaux, etc) . Le site *Cespharm* met à disposition ce type de brochure.
- Cela souligne l'importance de **renforcer la sensibilisation** par des sources validées (professionnelles de santé, campagne de sensibilisation) afin d'éviter la désinformation et de rassurer les patientes

QUESTION 10 : Barrières d'accès à la contraception

Objectif : Identifier les principales barrières perçues par les jeunes à l'accès à la contraception, qu'elles soient liées à l'information, au regard social, à la confidentialité ou à des obstacles pratiques .

Quelles seraient les principales barrières à l'accès de la contraception ?

34 réponses

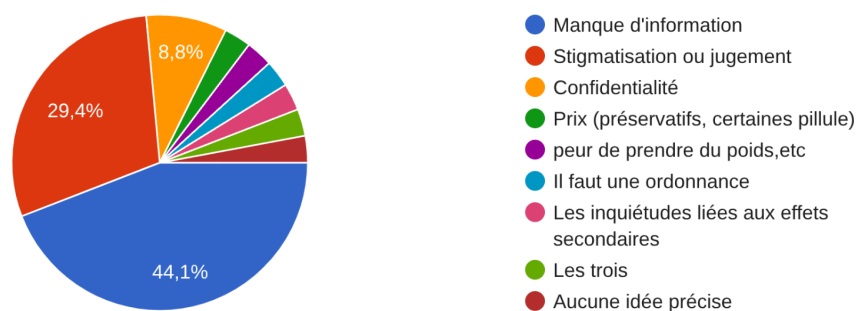


Figure 20 : Barrière d'accès à la contraception

Réponses :

- Selon les réponses recueillies, près de la moitié (44,1 %) estime que le manque d'information serait l'une des principales barrières à l'accès de la contraception

- 29,6% précisent également que la stigmatisation et le jugement social représentent également un frein important - notamment lorsqu'il s'agit d'aller chercher une contraception d'urgence.

Analyse :

- **Déficit d'Information (principal obstacle)** : le manque de connaissance nécessite de renforcer l'éducation via des campagnes, des supports synthétiques (brochures, flyers) renvoyant vers des ressources fiables)
- **Stigmatisation très présente** : il est essentiel de lutter contre la stigmatisation. Il faut alors privilégier une approche déculpabilisante et garantir une formation des professionnels de santé à une attitude d'écoute bienveillante et non jugeante.
- **Confidentialité préoccupante** : les questions liées à l'anonymat et à la confidentialité constituent également une source d'inquiétude, notamment chez les plus jeunes et peuvent être un frein.
- Barrières pratiques : le coût, l'obligation d'ordonnance, crainte des effets secondaires ou de la prise de poids. Ces difficultés justifient le maintien de la délivrance gratuite de de préservatifs et de la contraception d'urgence sans ordonnance.
- Cumul des obstacles

=> USAGE / HABITUDES

QUESTION 11 : Méthode de rappel

Objectifs :

- Identifier les stratégies de rappel utilisées par les patientes pour prendre la pilule
- Repérer les profils à risques
 - Pour le pharmacien : Cela met en lumière la nécessité de **proposer , renforcer ou diversifier** les méthodes de rappel

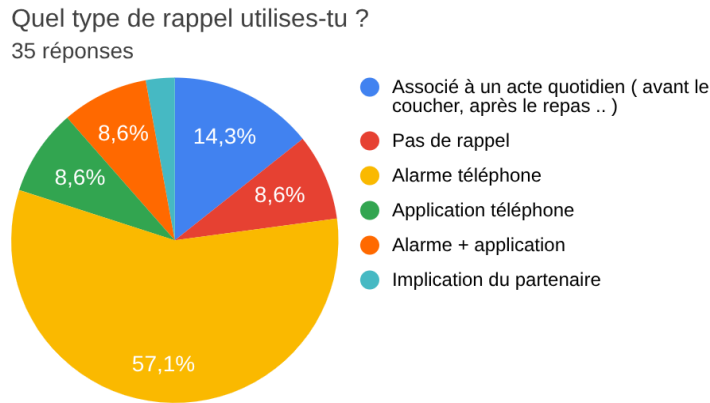


Figure 21 : Méthode de rappel

Réponses :

- 57,1% utilisent leur alarme de téléphone
- 14,3% associe la prise à un acte quotidien (brossage des dents, avant le coucher, après le repas...)
- 8,6% : absence de rappel
- 8,6% préfèrent un double rappel pour sécuriser la prise
- Une minorité confie à leur partenaire ce rôle

Analyse :

- Dépendance aux outils numériques (alarme = méthode plus fréquente)
- Ancrage dans la routine (habitudes quotidienne qui facilite l'autonomie)
- Absence de rappel = risque accru d'oublis
- Implication des jeunes femmes dans le suivi de leur contraception
- Invite à adapter les stratégies d'accompagnement selon les besoins : encourager les patientes sans rappel à adopter au moins une méthode / promouvoir l'usage d'application pour favoriser l'autonomie à long terme

QUESTION 12 : Proportion d'oubli

Objectifs :

- Évaluer la fréquence des oublis de prise de la pilule et identifier l'observance réelle.
- Identifier les patientes à risques d'oublis (oubli occasionnel ou répété)
- Sensibiliser sur les conséquences des oublis (perte d'efficacité / grossesse non désirée)

- Comprendre l'importance d'informer sur les conduites à tenir en cas d'oublis (contraception d'urgence, délai)

Ya-t-il déjà eu des oublis ?

35 réponses

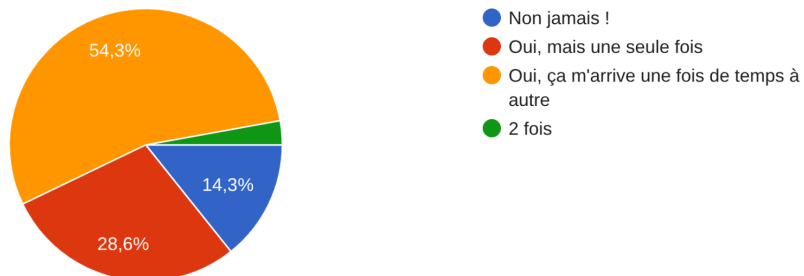


Figure 22 : Proportion d'oubli

Résultats :

- Jamais d'oublis : 14,3%
- Une seule fois : 28,6%
- Oublis occasionnels : 54,3%

Analyse :

- La grande majorité des patientes ne sont pas totalement régulières et observantes dans la prise de leur pilule. Cela souligne l'importance de la mise en place d'un rappel (alarme, application , etc..)
- Les stratégies de rappel devraient être adaptées au profil des patientes les plus à risque.
- Risque accru d'inefficacité contraceptive lié aux oublis, justifiant la mise en place d'un accompagnement renforcé
- L'observance parfaite reste minoritaire . Elle constitue un objectif à **atteindre via l'éducation et l'accompagnement**

Rôle du pharmacien face aux oublis : **dépister, informer, conseiller et sécuriser le suivi contraceptif**

QUESTION 13 : Conduite adoptée lors d'un oubli

Objectif : Evaluer les connaissances pratiques et leur capacité à appliquer les bonnes conduites selon les recommandations. / Vérifier la qualité de l'information transmise par le pharmacien.

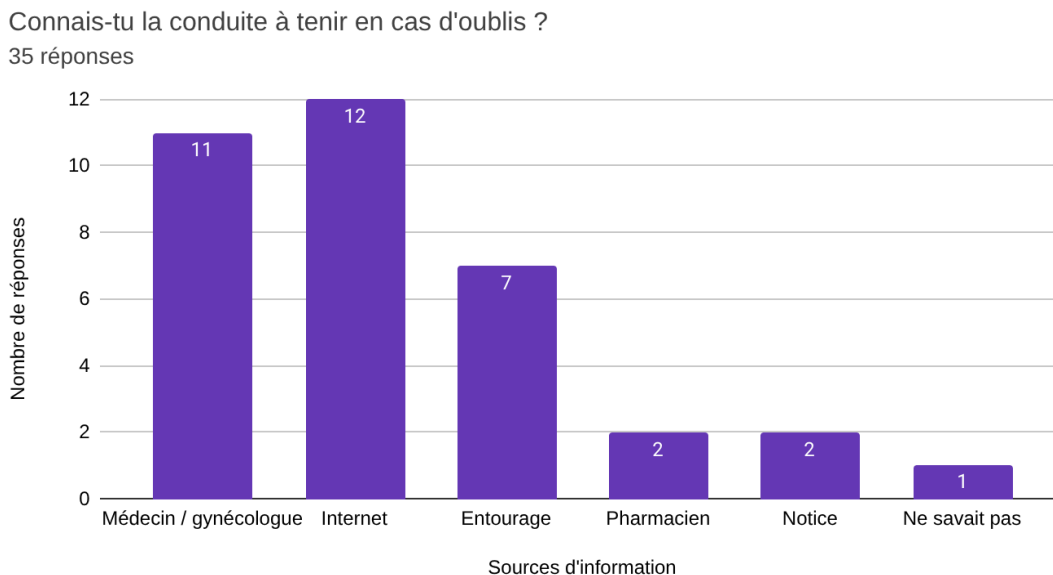


Figure 23: Conduite adoptée lors d'un oubli

Résultats :

- Information et explication par le prescripteur (médecin / gynécologue) : 31,4%
- Conseil par le pharmacien : 5,7%
- Renseignement sur internet : 34,3%
- Notice : 5,7%
- Ne savait pas : 2,9%

Analyses :

- Internet reste la première source , les jeunes cherchent les réponses par eux mêmes, mais la fiabilité peut varier, on peut y trouver des informations contradictoires
- Rôle limité du pharmacien :
 - Le pharmacien n'explique pas automatiquement la conduite à tenir en cas d'oublis lors de la délivrance

- Les jeunes ne pensent pas au pharmacien comme première ressource pour gérer un oubli d'un contraceptif.
- **Potentiel inexploité du pharmacien dans l'accompagnement et la prévention en erreurs de contraception**
 - La notice semble peut consultée, peut être jugée trop technique
 - Une petite proportion de jeunes reste vulnérable face à un oubli

Rôle du pharmacien dans la gestion des oublis : Le pharmacien pourrait être un **point de contact essentiel** notamment pour :

- Rappeler la conduite à tenir en cas d'oublis
- Eduquer sur l'importance de l'adhérence
- Fournir des supports pédagogiques simples et fiables , adaptés aux jeunes

=> Un renforcement de la communication entre pharmacien et les jeunes pourrait réduire la dépendance à internet et limiter les erreurs

QUESTION 14 : Définition personnelle du “retard” de prise

Objectif : Évaluer la compréhension du fonctionnement de la pilule et du seuil critique pour l'efficacité contraceptive.

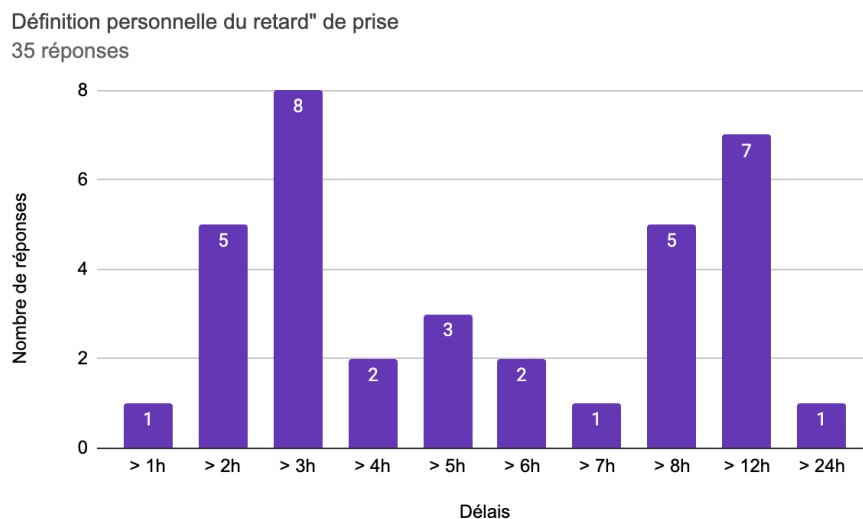


Figure 24 : Définition personnelle du “retard” de prise

Réponses :

- Disparité des réponses
- 2 croyances principales :
 - Délais de 3h (8 réponses soit 22,9%) : réponse la plus fréquemment retrouvée mais ne correspond pas au seuil standard
 - Délais de 12h (7 réponses soit 20%) : c'est la bonne réponse pour la majorité des pilules (sauf pour **Microval**®) .

Analyse :

- **Hétérogénéité des connaissances** : la distribution des réponses est très dispersée ce qui remet en question les informations données par le pharmacien ou la compréhension des patientes.
- **Patientes trop prudentes ou mal informées ?** : près de la moitié des répondants pensent qu'un retard de 6h est déjà plus ou moins critique. Elles sous-estiment la marche de sécurité réelle de 12h
- **Nécessité de répétition** : Le fait que les patientes sous-estiment le seuil critique peut signaler que bien que le pharmacien ait pu donner l'information , celle-ci n'a pas été jugée suffisamment importante pour être mémorisée . Le pharmacien devrait insister davantage sur le délais critique

QUESTION 15 : Connaissance des situations à risque (vomissement , etc)

Objectif : Vérifier la connaissance des facteurs pouvant annuler l'efficacité de la pilule.

Savais-tu qu'il existe un risque de ne plus être protégé en cas de vomissements ou de diarrhées importantes ? (gastro, soirées trop arrosées)

35 réponses

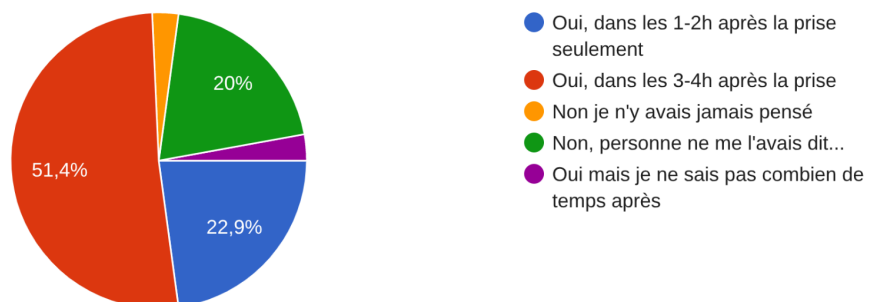


Figure 25 : Connaissance des situations à risque

Réponses :

- 51,4% personnes étaient au courant de l'inefficacité de la pilule suite à des vomissements ou diarrhées importantes (+ 22,9 %)
- 20% des personnes interrogées n'étaient pas au courant qu'une gastro (ou vomissements suite à une soirée) pouvaient rendre la pilule inefficace

Analyse :

- On constate une méconnaissance des situations à risques pouvant exposer à des échecs contraceptifs
- La tranche d'âge **15-25 ans** est fréquemment associée à une vie sociale active, notamment marquée par des sorties festives. Lors de ces soirées, la consommation d'alcool peut provoquer des vomissements, ce qui diminue l'efficacité de la pilule. Les rapports sexuels sont également plus courants, parfois sans protection, ce qui augmente le risque de grossesses non désirées, soulignant une **vulnérabilité** de cette **population** .
- Information insuffisante et parfois imprécise chez les jeunes
- Le pharmacien joue ainsi un rôle clé pour **combler ces lacunes** :
 - Rappeler systématiquement les risques au comptoir
 - Expliquer la conduite à tenir (reprendre un comprimé, utiliser un moyen de contraception barrière pendant 1 semaine et consulter si besoin)
 - Adapter son discours de façon claire et adaptée aux jeunes
- **Conseil au comptoir** constitue un levier essentiel pour améliorer l'information , renforcer la sécurité contraceptive et **prévenir des grossesses non prévues**

QUESTION 17 : Usage du préservatif

Objectif : Évaluer le risque d'IST en vérifiant si les jeunes utilisent le préservatif, même s'ils prennent la pilule

Utilisez vous un préservatif en complément ?

32 réponses

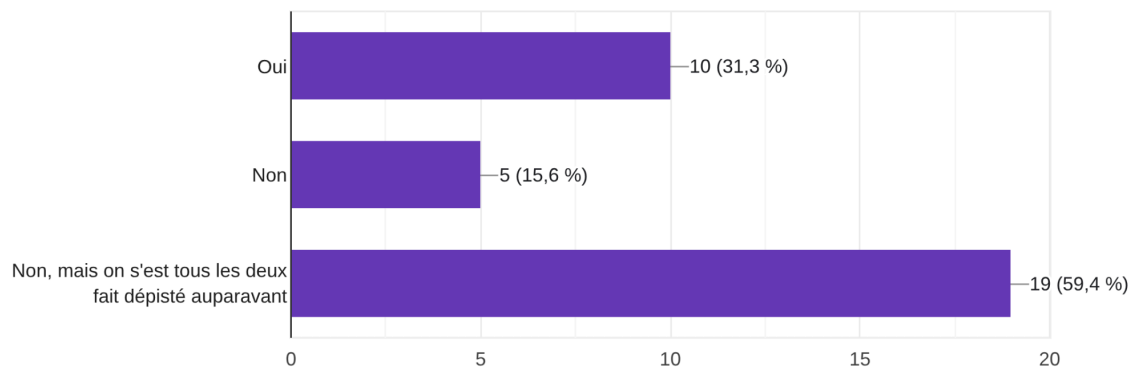


Figure 26 : Usage du préservatif

Réponses :

- Non, mais un dépistage à été réalisé au préalable chez les 2 partenaires (59,4 %)
- 31,3% déclarent utiliser un préservatif en complément
- 15,6% n'utilise pas de préservatif en complément

Analyse :

- Une minorité pratique la double protection (contraception hormonale + préservatif) . La majorité des jeunes considèrent que le dépistage préalable suffit à sécuriser leur relation, reléguant ainsi l'usage du préservatif principalement à la prévention des IST.
- La pilule peut créer un **faux sentiment de sécurité**, bien qu'elle ne protège pas contre les IST.

Rôle du pharmacien :

- Rôle **d'éducateur**.
- Rappeler que
 - Le préservatif reste le seul moyen efficace contre les IST
 - Le dépistage, bien que nécessaire, ne protège pas contre les infections contractées après le test.
 - La double protection est une pratique recommandée notamment dans les premiers mois de la relation ou lorsqu'il existe des partenaires multiples.

- Permet de contribuer à une meilleure compréhension de la complémentarité entre contraception et prévention des IST et inciter les jeunes à maintenir une vigilance sur l'usage du préservatif.

=> REPRÉSENTATION / IDÉES REÇUES

QUESTION 19 : Impact perçu sur la fertilité

Objectif : Explorer les croyances ou idées reçues qui influencent l'adhésion ou la confiance envers la pilule.

Penses-tu que la contraception puisse avoir un impact sur ta fertilité ?

34 réponses

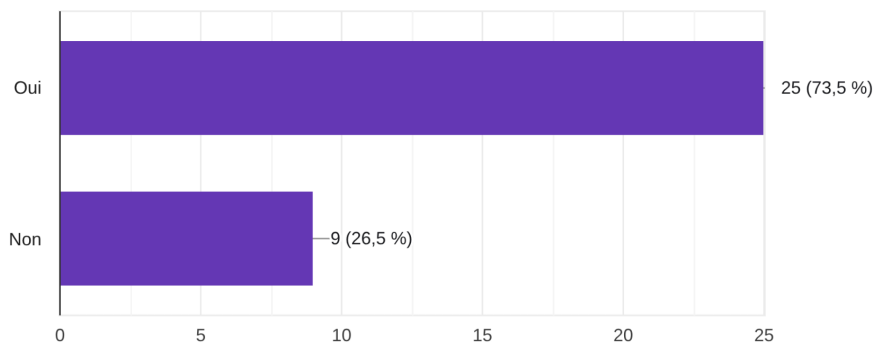


Figure 27 : Impact perçu sur la fertilité

Réponses :

- La majorité des personnes (73,5%) pensent que la contraception peut avoir un impact sur la fertilité.
- Seulement 26,5% ne pensent pas que la contraception puisse avoir un impact.

Analyses :

- Près de $\frac{3}{4}$ des répondantes considèrent que la contraception influence la fertilité. Cette perception traduit l'importance et la **persistance des idées reçues** dans cette tranche d'âge (15-25 ans), pouvant engendrer des inquiétudes, voire une réticence à débuter ou à poursuivre la contraception orale.
- Le rôle du pharmacien est alors central :

- Il doit réussir à identifier ces croyances lors de l'accompagnement des jeunes.
- Apporter une information claire et scientifique fondée sur les effets réels de la pilule et de la fertilité.
- Rassurer les patientes.

Rôle du pharmacien : Action **éducative** et **rassurante** du pharmacien pour renforcer la confiance dans le traitement, **favorisant une meilleure adhésion** et limitant l'influence de sources d'information non fiables

QUESTION 20 : Implication du partenaire

Objectif : Mesurer le niveau de partage de la responsabilité contraceptive

Ton partenaire se préoccupe-t-il de ta contraception ? (rappel si oublis, etc ...)

33 réponses

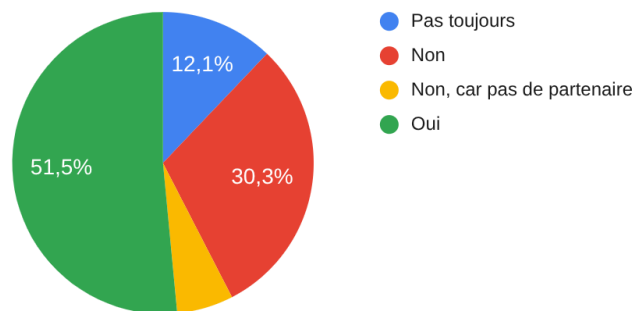


Figure 28 : Implication du partenaire

Résultats :

- 51,5% déclarent que leur partenaire s'implique activement (rappels , vigilance en cas d'oublis)
- 30,3% affirment que leur partenaire ne s'implique pas du tout
- 12,1% indiquent une implication occasionnelle, non automatique
- 6,1% ne sont pas concernés, n'ayant pas de partenaire.

Analyses :

- La moitié des répondants bénéficient d'un partenaire impliqué, ce qui traduit une certaine conscientisation et un partage des responsabilités contraceptives. Une donnée plutôt rassurante.

- Cependant, près d' $\frac{1}{3}$ décrivent l'absence totale d'implication, ce qui reflète que la contraception est encore un poids majoritairement porté par la personne utilisatrice de la contraception, souvent la femme

=> RÔLE DU PHARMACIEN

QUESTION 21 : Nécessité d'un entretien lors de la première délivrance

Objectif : Mesurer l'attente des jeunes vis-à-vis du rôle de conseil du pharmacien lors de la première délivrance d'une contraception orale

Aurais-tu aimé qu'un (bref) entretien soit effectué avec un pharmacien lors de la première délivrance de pilule ?

34 réponses

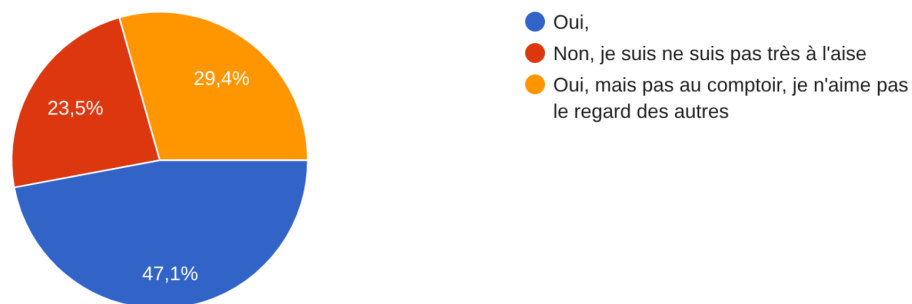


Figure 29: Nécessité d'un entretien lors de la première délivrance

Réponses :

- Selon 47,1% des répondantes, un entretien serait nécessaire
- 29,4% serait d'accord mais dans un espace de confidentialité
- 23,5% ne souhaite pas

Analyses :

- Une grande majorité serait favorable à un entretien (76,5%) : cela montre qu'une large majorité reconnaît l'importance de cet accompagnement lors de la première délivrance
- La question d'un **espace de confidentialité** est centrale , 29,4% ne sont favorables qu'avec une condition de d'intimité , pas directement au comptoir.

- Un quart des jeunes expriment à malaise pouvant s'expliquer par plusieurs facteurs tels : peur d'être jugé, sujet tabou

Implication du rôle du pharmacien : le pharmacien apparaît comme un acteur attendu dans l'accompagnement contraceptif, mais son rôle doit s'exercer dans un **cadre respectueux de la confidentialité** .

Il serait intéressant de proposer systématiquement un entretien privé lors de la première délivrance (schéma d'initiation, rappel de la conduite à tenir en cas d'oublis, gestion des effets indésirables) et d'**informer clairement** les jeunes qu'un **espace confidentiel** existe.

QUESTION 22 : Fiabilité du pharmacien

Objectif : Voir si le pharmacien est perçu comme un acteur fiable” et “crédible” en matière de santé sexuelle

Le pharmacien est-il une source fiable en cas de doute en matière de contraception ? (pilule du lendemain, etc)

35 réponses

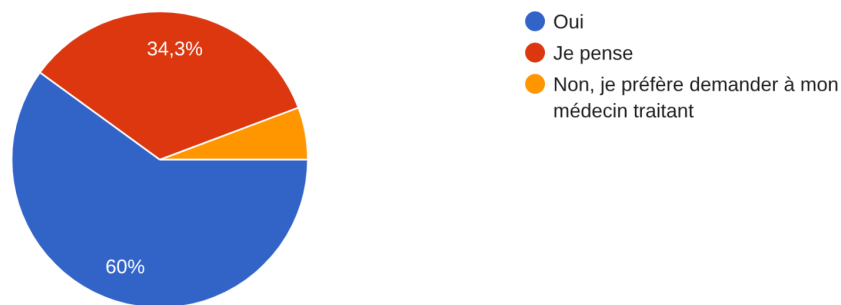


Figure 30 : Fiabilité du pharmacien

Réponses :

- Oui : 60%
- Je pense : 34,3%
- Non, je préfère demander à mon médecin traitant : 5,7%

Analyse :

- La majorité des répondeurs considère le pharmacien comme un **interlocuteur de confiance** en matière de conseil sur la contraception, ce qui confirme son rôle légitime dans l'accompagnement des patientes.
- Zone d'incertitude : près d'un tiers des participants reste hésitant, et une minorité exprime une préférence pour le médecin traitant.

Analyses des questions ouvertes :

QUESTION 23: L'éducation sexuelle à l'école

Penses-tu avoir eu une éducation sexuelle suffisante à l'école ? Quels programmes ont été abordés et quels sont les programmes que tu aurais aimé qu'ils approfondissent ?

Objectif : Explorer la perception des jeunes sur l'éducation sexuelle reçue à l'école

Réponses :

Catégorie de réponses	Éléments clés soulevés	A approfondir
Perception positive (Suffisante)	<ul style="list-style-type: none">- Différents moyens de contraception abordés- Intervention réalisés au collège par des étudiants en médecines / au lycée par le planning familiale et à la fac- Consentement abordé et violences sexuelles- Dès le collège	<ul style="list-style-type: none">- Intervenir également au lycée
Perception négative (Insuffisante)	<ul style="list-style-type: none">- Cours sur la reproduction (mais de façon très scientifique)- Thème survolé car retard sur le programme- Programme annulé en raison du confinement (et non rattrapé)	<ul style="list-style-type: none">- Se focaliser sur le cycle menstruel afin d'apprendre à mieux connaître son corps- Développer les autres moyens de contraception (DIU, implants, diaphragme)
Perception mitigée	<ul style="list-style-type: none">- Seulement au collège- Focalisé sur les préservatifs et IST = trop répétitif- Intervention en 1e sur l'importance du préservatif	<ul style="list-style-type: none">- La contraception : mécanisme d'action, les aprioris

Analyses :

L'éducation sexuelle à l'école semble incomplète :

- **Approche superficielle de la contraception** : La contraception semble souvent abordée de façon relativement centrée sur les préservatifs, et peu sur la pilule, sans réelle explication, ni développement des autres moyens existants (stérilets, implants, etc ..)
- **Manque d'approfondissement sur la santé reproductive** : notamment sur les cycles menstruels par exemple
- **Inégalité et qualité des interventions** : la qualité de l'éducation dépend fortement des intervenant extérieurs (planning familiales, étudiants en médecin, professeur de sciences)
- **Points forts** : le consentement mutuel et la prévention des violences sexistes et sexuelles sont abordées, et perçus comme très bénéfiques

QUESTION 24 : Les inquiétudes

Quelles sont tes inquiétudes vis-à vis de la pilule (effets secondaires, risques de cancers, etc)

Objectif : Identifier les peurs ou réticences des jeunes autour de la pilule

Réponses :

Inquiétudes exprimées	Nombre de mentions
Effets secondaires en général	7
Prise de poids	6
Cancers / méningiome	5
Dérèglement hormonal	2
AVC	2
Perte de libido	2
Inefficacité	1
Aucune	1

Analyse :

L'analyse confirme que l'utilisation de la pilule génère de nombreuses préoccupations :

- **Prédominance des effets secondaires et de la prise de poids** : craintes concernant l'image corporelle.
- **Craintes liées à la santé à long terme** : avec le risque de cancer (comme le cancer du sein) suite à l'ingestion d'hormones pendant une longue période, de méningiomes.
- **Impact psychologique et hormonal** : peur du dérèglement hormonal, de la perte de libido.
- **Peur de l'inefficacité** : la crainte de la grossesse non désirée.

Ces résultats soulignent l'importance d'une information complète et rassurante pour diminuer l'anxiété et favoriser l'adhésion médicamenteuse.

QUESTION 25 : Perception de “ l'approche” du pharmacien

Objectif : Analyser la qualité d'accueil , de l'écoute, du conseil et du comportement du pharmacien au comptoir ressenti par les patientes.

Quel est ton ressenti sur le comportement du pharmacien lors de la délivrance de la pilule ? Te sens-tu à l'aise ?
35 réponses

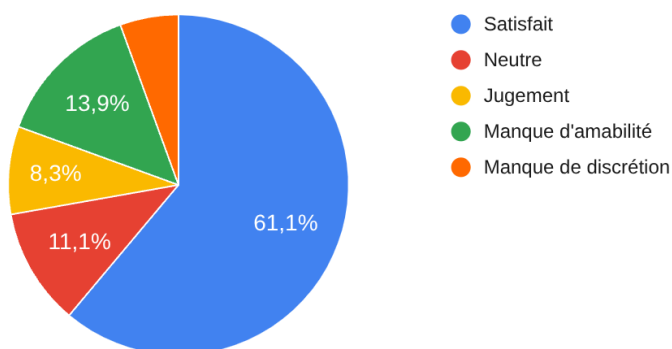


Figure 31: Perception de l'approche du pharmacien

Réponses :

- Plus de 50% des répondants déclarent être satisfaits du service fourni par les pharmaciens.
- 2 à 3 personnes estiment avoir subi des jugements de la part du pharmacien.

- 5 personnes soulignent un manque d'amabilité.
- 2 à 3 personnes reprochent un manque de discrétion.

Analyses :

La perception générale de l'accueil et l'accompagnement du pharmacien est globalement positif, mais plusieurs points négatifs émergent :

- **Sentiment de jugement** : même si cela concerne un faible nombre (2 à 3 personnes), ce ressenti peut altérer la relation de confiance entre le patient et le pharmacien.
- **Manque d'amabilité** : Fréquemment évoqué, cela met l'accent sur la nécessité d'améliorer la posture relationnelle et la communication non verbale du pharmacien.
- **Manque de discrétion** : peut constituer une faiblesse importante car il touche à la confidentialité et au respect de l'intimité des patients.

QUESTION 26 : Attentes vis à-vis du pharmacien

Qu'attends-tu vis à vis du pharmacien ? Quelle pourrait être sa place dans le parcours de soin lors de la délivrance de pilule ou préservatif ?

Objectif : Identifier les points d'amélioration sur lesquels travailler en tant que pharmacien.

Synthèses des réponses :

Principales attentes	Éléments soulevés
Information et conseils	<ul style="list-style-type: none"> - Réexpliquer les consignes du prescripteur - Vérifier de la bonne compréhension - Apporter des informations complémentaires (effets secondaires, risques, que faire en cas d'oublis) - Informer sur les ressources (planning familial, etc) - Donner des brochures - Être disponible pour les questions urgentes
Attitude et relation	<ul style="list-style-type: none"> - Etre plus aimable, à l'écoute, sans jugement - Ne pas moraliser : <i>ne pas répondre " le préservatif ça existe" lors de la délivrance de la pilule du lendemain</i> - Etre discret

	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre à l'aise (attitude bienveillante) - Faire en sorte que la contraception ne soit plus un sujet tabou
Complémentarité	<ul style="list-style-type: none"> - Compléter les conseils du gynécologue / médecin - Faire de la prévention

Analyses :

L'analyse des réponses confirme que le pharmacien à sa place dans le parcours de soin, notamment en matière de contraception. Cependant son rôle actuel est souvent jugé insuffisant ou mal exploité :

- **Rôle d'accompagnement et de vérification** : les patientes attendent du pharmacien qu'il complète le travail du prescripteur en expliquant les consignes (prise, oubli, efficacité). Il devra également s'assurer de leur bonne compréhension. Ce rappel est essentiel pour éviter les échecs liés à une mauvaise utilisation.
- **Une attitude bienveillante et sans jugement** : souvent jugé parfois moralisateur , le pharmacien doit faire attention à adopter une attitude bienveillante.
- **Une source d'information complémentaire** : le pharmacien apporte des informations plus précises sur les effets secondaires par exemple, pour des questions urgentes , ou pour orienter
- **Lever les tabous** : en normalisant les échanges

Pour résumer, le pharmacien devrait faire de chaque délivrance, un moment **d'éducation thérapeutique bienveillant et dénué de jugement.**

2. Analyse qualitative (Entretiens à l'officine)

Cette analyse qualitative a ainsi été menée par entretiens semi-directifs auprès de 8 jeunes femmes âgées entre 15 et 25 ans dans un espace de confidentialité au sein de la pharmacie. Les entretiens ont abordé 3 principaux thèmes : la contraception en général, la pilule et le rôle du pharmacien.

Les réponses ont permis de dégager 3 axes d'analyses pour cibler l'accompagnement par le pharmacien : le niveau de connaissance et lacunes, les besoins d'informations et préoccupations, et le rôle du pharmacien . Ce questionnaire se trouve en annexe 1.

=> LA CONTRACEPTION : Niveau de connaissance et lacunes

Partie 1 : La contraception en générale :

- Quel est votre/ton âge ?
- Depuis quand êtes vous sous contraception ?
- Comment évalueriez-vous votre niveau de connaissance sur la contraception ? :
 - Bonne
 - Suffisante
 - Insuffisante
- Avez-vous eu une éducation sexuelle suffisante à l'école ?
 - Oui
 - Non
- Savez-vous comment fonctionne la pilule ?
- Avez-vous déjà discuté de la contraception avec un professionnel de santé (*médecin, infirmière, pharmacien .. ?*)
 - *Oui*
 - Non
- Aimerez-vous qu'un (bref) entretien soit effectué avec un pharmacien lors d'une première délivrance ? Si oui , serait-ce mieux au comptoir ou dans un lieu plus isolé ?
 - Oui
 - Non
- Selon vous, quelles sont les principales barrières à l'accès de la contraception ? (*sachant que maintenant, préservatifs et contraception d'urgence gratuits pour les -26*)-> *accès de plus en plus facilité, d'autant plus que anonymat pour les mineurs*
 - Manque d'information
 - Coût
 - Stigmatisation ou jugement
 - Confidentialité
 - Autre (à préciser)
- Comment préféreriez vous recevoir des informations sur la contraception
 - A l'école
 - A travers des campagnes de sensibilisation
 - De la part des professionnels de santé
 - La famille
 - Les amis
 - Autre (à préciser)
- Utilisez-vous un préservatif en complément ?
 - Oui
 - Non
- Sinon vous vous êtes fait dépister TOUS les deux ? (*la pilule protège contre le risque de grossesse et pas des IST !!*)
 - Oui
 - Non (insister qu'il est très important !!)
- Les rapports se déroulent bien ? Pas forcés ? Pas de douleurs ?

Figure 32 : Première partie du questionnaire sur la contraception en générale

Malgré une auto-évaluation du niveau de connaissance souvent jugée suffisante (autour de 6/10), l'analyse révèle des lacunes en matière de gestion pratique de la pilule (pourtant indispensable à une bonne observance et efficacité du traitement).

- **Déficit sur la gestion des risques** : La moitié des personnes interrogées ne connaissait pas la conduite à tenir en cas d'oublis, et $\frac{2}{3}$ ne savaient pas que les vomissements ou diarrhées peuvent réduire l'efficacité de la pilule . De plus, le port du préservatif en complément (pourtant essentiel pour la protection contre les IST), n'est pas systématique chez l'ensemble des jeunes interrogés.
- **Connaissance du traitement** : le mécanisme d'action est parfois peu clair, n'étant décrit que globalement (" hormones bloquant l'ovulation"). Une personne a même avoué ne pas connaître le nom de sa pilule .
- **Education** : l'éducation sexuelle reçue à l'école est souvent jugée insuffisante (en raison de programmes annulés par exemple, ou survolée). Certaines ont tout de même eu la chance de bénéficier d'interventions.

=> BESOIN D'INFORMATION ET PRÉOCCUPATIONS

Partie 2 : Focus sur la pilule :

- Sous quelle pilule êtes-vous ?
- Savez-vous quel genre de pilule est-ce ? (oestroprogestative ? microprogestative ?)
.....
- La prenez-vous toujours à la même heure ? Quel(s) moyen(s) utilisez-vous en tant que rappel ? (*donner des techniques / conseils pour améliorer cette observance*)
- *RAppel reveil + appli (clew e)*
.....
- Y-a-t-il déjà eu un/ des oubli(s) ?
- Connaissez-vous la conduite à tenir en cas d'oublis ?.....
- Savez - vous qu'il y a également un risque en cas de vomissement ou de diarrhées importantes ? oui (amie pharmacie)
.....
- Pour vous certains médicaments ou substances peuvent-ils réduire l'efficacité de la pilule ?
- Avez-vous des inquiétudes vis - vis de la contraception ? Par rapport aux effets secondaires etc.. ?
.....
- Avez vous des préoccupations spécifiques concernant la fertilité future après l'arrêt de la contraception ? OUI
.....
- Votre partenaire se préoccupe-t-il de votre contraception ?
.....

Figure 33 : Deuxième partie du questionnaire sur la pilule

Les attentes des jeunes femmes confirment le rôle central des professionnels de santé et “ mettent en évidence les obstacles psychosociaux liés à l'accès à la contraception :

- **Sources d'informations** : les patientes avouent qu'il est difficile de trouver des informations claires et fiables sur internet et préfèrent se référer aux professionnels de santé.
- **Barrières perçues** : les obstacles résident dans le manque d'information (tel que la gratuité des préservatifs ou de la pilule d'urgence pour les moins de 26 ans par exemple), dans la stigmatisation ou le jugement malgré l'anonymat. Le sentiment d'être jugée au comptoir demeure une préoccupation principale par les patientes. Ce ressenti est accentué par la présence d'un personnel masculin, soulignant le besoin crucial de discrétion totale de l'échange.
- **Inquiétudes spécifiques** : les préoccupations concernent principalement les effets secondaires (prise de poids, migraine) et dans certains cas un risque de cancer ou de fertilité future.

=> RÔLE DU PHARMACIEN

<p><u>Partie 3 : Entretien pharmacien</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Est-il facile d'obtenir des informations précises et compréhensibles sur la pilule ?.....• Vous sentez-vous gêner lorsque vous venez prendre votre pilule à la pharmacie ?.....• Selon vous le pharmacien devrait-il prendre plus de temps au comptoir pour parler lors de la première délivrance ?• Avez-vous des questions ?
--

Figure 34 : Troisième partie du questionnaire sur l'entretien pharmacien

Le rôle du pharmacien est perçu comme un acteur clé, capable de combler le déficit d'information, à condition que l'accompagnement reste discret et adapté.

- **Attente d'un entretien** : Les jeunes femmes disent souhaiter qu'un bref entretien soit réalisé lors de la première délivrance de la pilule, jugeant le pharmacien plus disponible que le médecin traitant ou le gynécologue ou la consultation peut sembler “ rapide”.

- **Exigence de discrétion** : L'entretien devrait être réalisé dans un lieu plus isolé , à l'abri des autres personnes.
- **Thèmes attendus** : L'attente majeure concernant le pharmacien est qu'il insiste sur les oublis et procédures à suivre. Les jeunes femmes aimeraient également que le pharmacien prenne le temps d'ouvrir la boîte et d'expliquer le fonctionnement de la plaquette” pour ne pas qu’elles “découvrent” à la maison et ne savent pas par où commencer.

Cette analyse a permis d'évaluer concrètement ce que les jeunes femmes savent ou ignorent sur la contraception. Elle indique précisément au pharmacien les thèmes sur lesquels il doit insister pour rendre son conseil plus efficace lors de la délivrance des contraceptifs.

IV. But: Explorer l'importance du pharmacien dans un accompagnement renforcé des jeunes sous contraception

A. Acteur de premier recours en santé sexuelle

1. Accessibilité, proximité, confidentialité

Le rôle du pharmacien a considérablement évolué au cours de ces dernières années. Historiquement centré sur la dispensation du médicament, il s'inscrit désormais dans une démarche de soins de premier recours et de santé publique. L'article L.5125 de la loi Hôpital Patients, Santé et Territoires (HPST) précise que les pharmaciens d'officine :

- Contribuent aux soins de premier recours,
- Participent à la coopération entre professionnels de santé,
- Participent à la mission de service public permanent de soins,
- Concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé,
- Peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients" (57).

Ces dispositions législatives reconnaissent pleinement le pharmacien comme un acteur de santé de proximité. Sa disponibilité, son accessibilité sans rendez-vous et sa neutralité, pouvant le positionner alors comme un interlocuteur privilégié en matière de santé sexuelle.

2. Une population vulnérable

Chez les 15-25 ans, cette présence est d'autant plus déterminante puisqu'il s'agit d'une population particulièrement vulnérable : manque d'information, difficultés à s'orienter dans le système de soins, préoccupations liées à la confidentialité, tabous familiaux ou culturels, sentiment de honte, peur du jugement, incertitudes sur les risques contraceptifs et sexuels.

L'officine est alors perçue comme un lieu moins intimidant qu'un cabinet médical, il favorise le dialogue et la relation de confiance pour aborder ces sujets assez sensibles. Le pharmacien peut répondre à ces besoins en apportant un conseil personnalisé et adapté.

B. Evolution des missions du pharmacien : vers une prise en charge élargie

La pandémie du COVID-19 a permis de faire évoluer la profession pharmaceutique. Les pharmaciens ont vu leurs missions s'élargir considérablement avec :

- La réalisation des tests antigéniques
- La prescription et l'administration de vaccins (Grippe, Covid, HPV, etc)
- La réalisation d'entretiens pharmaceutiques dédiés (femmes enceintes, pathologies chroniques, AOD et AVK, bilan de prévention) (58).

Ces évolutions ont renforcé l'image du pharmacien en tant qu'acteur clinique habilité à réaliser des missions de santé publique dépassant la simple délivrance de médicaments.

Par ailleurs, il occupe une place stratégique dans le parcours de soin en matière de santé sexuelle. Il délivre les préservatifs, dispense la contraception d'urgence sans ordonnance, accompagne les mineurs tout en garantissant l'anonymat et oriente si

nécessaire, vers des structures adaptées. Cela confère au pharmacien un rôle central pour atteindre un public parfois vulnérable.

C. La dispensation contraceptive : un acte clinique, éducatif et préventif

La délivrance de contraceptifs en pharmacie ne se limite pas à un geste technique.

C'est un moment privilégié d'échange, de prévention, et d'accompagnement .

En outre, le pharmacien joue un rôle clé dans l'éducation thérapeutique et le suivi de l'adhésion médicamenteuse. Il explique de manière claire et compréhensible le fonctionnement des différentes méthodes contraceptives, mais également les précautions à prendre en cas d'oubli, de vomissements ou de diarrhées importantes. Cette démarche vise à optimiser la prise de la pilule.

La HAS rappelle que le pharmacien doit (59) :

- **Vérifier la validité de l'ordonnance** : le pharmacien peut dispenser la pilule pour une durée supplémentaire de 6 mois maximum à condition que :
 - la durée de validité de l'ordonnance soit expirée
 - la totalité des contraceptifs prescrits ait été délivrée
 - la prescription date de moins d'un an
 - Il devra apposer sur l'ordonnance : "Dispensation supplémentaire de contraceptifs oraux" et la quantité délivrée.
- **Détection des contre-indications** : accidents TEV évolutifs de < 6 mois, pathologie hépatique sévère, cancer du sein ou de l'utérus
- **Détection des risques d'interactions** : une vigilance particulière est requise notamment avec les inducteurs enzymatiques comme le millepertuis (complément alimentaire disponible en vente libre) , certains antiépileptiques carbamazépine, phénobarbital, topiramate), certains antibiotiques tuberculeux (rifampicine, rifabutine) susceptible de diminuer l'effet du contraceptif. (60)

Lors de la première délivrance, le pharmacien peut et devrait :

- Ouvrir la boîte, montrer les comprimés actifs et inactifs,
- Informer sur les signes cliniques qui doivent alerter sur les effets indésirables graves à surveiller
- Aborder la contraception d'urgence
- Rappeler les risques liés au tabac et l'importance de la prévention des IST

Pour les renouvellements, le pharmacien peut et doit renforcer les messages concernant l'observance ; conseiller sur la conduite à tenir en cas d'oubli et redonner les informations sur la contraception d'urgence. Il est essentiel de rappeler que la contraception ne protège pas des IST, que la seule méthode efficace reste le préservatif.

Lors des relais entre différents moyens de contraceptions, le pharmacien doit également expliquer les modalités pratiques de relais afin de garantir l'efficacité contraceptive.

Chez les mineurs, l'anonymat et la gratuité sont garantis, sans consentement parental. Le pharmacien peut orienter vers un Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF). Ces délivrances sont facturées en EXO 3, il s'agit d'un code d'exonération de facturation à 100% par l'Assurance Maladie que les pharmaciens doivent inscrire lorsqu'ils facturent certains contraceptifs, exonérant la patiente.
(61)

Ces démarches transforment la dispensation contraceptive en un véritable acte clinique, contribuant à la sécurité, à l'autonomie et à la responsabilité des jeunes femmes.

D. Vers un acte rémunéré : l'entretien d'instauration de la contraception

La reconnaissance du rôle clinique et éducatif du pharmacien, tel que décrit précédemment, pourrait passer par la **création d'un entretien d'instauration rémunéré**.

Cet accompagnement formalisé s'inscrirait dans la lignée des dispositifs déjà existants pour certaines situations particulières, telles que l'entretien pharmaceutique pour la femme enceinte ou l'accompagnement des patients asthmatiques ou sous anticoagulants.

L'instauration d'un tel entretien structuré, financé dans le cadre de la convention pharmaceutique, permettrait de :

- **Valoriser l'expertise** du pharmacien en santé sexuelle
- **Encourager** la mise à disposition de temps dédié à l'écoute et à l'information
- **Renforcer l'égalité** d'accès aux conseils contraceptifs
- **Améliorer l'observance** et la compréhension du traitement
- **Favoriser** un repérage précoce des situations à risque (mésusage, vulnérabilités psychosociales, tabagisme, contre-indications...).

Cet entretien serait prioritairement proposé lors de l'initiation d'une contraception, notamment chez les 15–25 ans, population pour laquelle les besoins d'accompagnement sont particulièrement importants.

Il pourrait inclure :

- **Une évaluation des besoins** de la patiente
- **Explication sur le fonctionnement du contraceptif** : mécanisme d'action, délais d'efficacité
- **Modalités de prise** : schéma posologique (quotidien, continu, 21/7) , gestion des oublis, interactions médicamenteuses possible (avec certains antibiotiques, le millepertuis, etc)
- **Effets indésirables potentiels** : saignement transitoires, et repérage des signes d'alertes nécessitant un avis médical

- **Contre-indications et facteurs de risques** : insister sur le tabagisme, des migraines et inciter sur l'importance du suivi médical régulier.
- **Protection contre les IST** : intérêt du préservatif
- **Conseils pratiques** : comment ne pas oublier (avec l'utilisation d'application ou de rappel) , que faire en cas de vomissement / diarrhées
- **Suivi** : importance du renouvellement encadré et une réévaluation périodique
- **Orientation si nécessaire** : vers le CEPF, CeGIDD , la sage-femme, etc..

La rémunération de l'acte constituerait un **levier majeur** pour soutenir le déploiement de ce type d'accompagnement. Sous le modèle de l'entretien pour les femmes enceintes, une rémunération de l'ordre de **5 à 10€** inciterait à formaliser cet échange (via des trames ou une trace écrite) et à dédier le temps nécessaire, dans des conditions matérielles adaptées (espace de confidentialité).

E. Freins et limites à l'implication officinale dans la contraception

Malgré ces récentes évolutions du rôle officinal, de nombreux freins persistent encore, tant du côté des patientes que des pharmaciens.

1. Freins liés au pharmacien et à l'organisation de l'officine

a) La charge de travail :

L'accumulation de nouvelles missions (vaccination, bilans de prévention, TROD, entretiens), densifient considérablement l'activité officinale. Dégager 15 minutes pour un entretien spontané dans un flux continu de patients peut s'avérer complexe du côté logistique pour certaines pharmacies.

b) Formation et compétences :

Une approche clinique insuffisante : Le cursus universitaire reste fortement axé sur la pharmacologie et les risques encourus majeurs (ex : risque thromboembolique.) A l'inverse, l'approche "clinique" avec la gestion des effets indésirables du quotidien (comme les spottings, la prise de poids, troubles de la libido), est peu approfondie. Ces désagréments peuvent cependant être cause de l'arrêt de la contraception (inquiétude, inconfort, etc...) . Il ne faut pas les banaliser.

Évolution constante des nouvelles méthodes de contraception : Le marché évolue constamment. L'arrivée régulière de nouvelles molécules ou méthodes rendent les protocoles d'instauration ou de gestion des oublis de plus en plus spécifiques. Sans mise à jour régulière, le pharmacien risque de se retrouver en difficulté face à certaines demandes. Une réponse hésitante ou imprécise fragiliserait sa crédibilité, et la relation de confiance avec les patientes.

c) Posture et communication :

Aborder la sexualité requiert des compétences en communication souvent peu enseignées. Le principal risque demeure l'adoption, parfois involontaire, d'une posture paternaliste, moralisatrice ou jugeante, mettant mal à l'aise les patientes. Pour garantir leur adhésion, le pharmacien doit réussir à passer d'une posture d'autorité à une posture d'écoute active et non-jugeante.

d) Modèle économique et valorisation de l'acte :

Si la rémunération fixée est jugée trop faible (par exemple 5 ou 10€) , elle ne couvrira pas le temps investi, démotivant les pharmaciens à proposer les entretiens activement. (*À l'inverse le forfait mise à disposition d'un tire lait est quant à lui facturé à tarif LLP à 30€ ce qui couvre le temps passé au comptoir avec la patiente*)
(58)

2. Freins liés aux patientes

a) Barrières psychologique et regard des autres :

La contraception reste un sujet intime voire tabou, créant un frein majeur à la communication. De plus, la jeune femme en voyant l'effervescence au comptoir n'osera peut être pas " faire perdre du temps" au pharmacien avec ses questions jugées "futiles".

La dispensation au comptoir expose également la patiente au regard et à l'écoute des autres patients. Ce manque d'intimité est peut être perçu comme " stressant" pour certaines patientes, notamment les jeunes filles mineures. Cette peur sociale les pousse souvent à écourter l'échange.

b) Crainte pour l'anonymat :

L'anonymat est un point crucial notamment pour les jeunes femmes encore mineures. Si les entretiens sont facturés, ils seront tracés via la carte vitale. La peur que cet acte apparaisse sur les relevés de remboursement de l'assuré principale (notamment les parents) pourrait constituer un frein majeur, compromettant à l'accès aux soins.

3. Freins structurels et organisationnels

a) Définition du périmètre

Une incertitude demeure sur le champ d'application de cet entretien. Le réserver uniquement à la toute première délivrance serait une erreur stratégique. Les ruptures d'observance surviennent souvent après plusieurs mois d'utilisation (effets secondaires, changement de vie, contraception non adaptée). Un accompagnement efficace doit pouvoir être déclenché à tout moment où la sécurité contraceptive est menacée, et non uniquement au jour J de l'initiation.

b) Coordination interprofessionnelle :

L'implication du pharmacien doit s'inscrire dans un parcours de soin coordonné. Le manque de communication avec les autres professionnels impliqués (sage-femme, médecin traitant) peut entraîner une redondance des messages, agaçant la patiente, ou voire même une incohérence des discours transmis , laissant la patiente perdue.

F. Perspectives d'avenir et recommandations pour la pratique officinale

1. Nécessité d'une formation continue

Face à ces difficultés, la formation continue apparaît comme essentielle pour renforcer la compétence et la légitimité du pharmacien en matière de contraception.

L'objectif est de permettre aux professionnels de santé d'acquérir de nouvelles compétences pratiques, notamment en communication, (écoute active, approche non discriminatoire, posture bienveillance, lutte contre les préjugés) et de se tenir informé des évolutions législatives, réglementaires et thérapeutiques concernant la santé sexuelle.

Pour y répondre, le développement de formations continues spécialisées semble indispensable.

Des programmes comme *Genysis Formation* ® - "*Santé sexuelle chez les adolescents*" permettent d'acquérir par exemple des compétences pratiques en communication, en accompagnement ainsi qu'en prévention. Cette formation m'a été proposée au sein de la Pharmacie Briane-Leclercq à CALAIS. J'ai ainsi pu suivre, au cours de l'année 2023-2024 la formation intitulée : " Promotion, prévention et prise en charge en matière de santé sexuelle" . (54)

D'autres formations existent telles que *Proforma* ® , *Santé Académie* ® , *Ma Formation Officinale* ® , proposant également des modules axés sur la physiologie féminine, les méthodes contraceptives, la gestion des oublis, ou bien la contraception d'urgence.

La financeration de ces formations est souvent prise en charge via le DPC, le FIF-PL (jusqu'à 600 €), ou l'OPCO EP, ce qui facilite leur accès pour les officines. (55)

Des témoignages recueillis lors de mes entretiens ont montré que les échanges maladroits en pharmacie peuvent facilement dissuader les jeunes femmes de venir chercher leur contraception d'urgence par exemple. Cette observation met en évidence l'importance d'une formation adaptée permettant aux professionnelles d'adopter une posture bienveillante et non jugeante au comptoir.

L'intégration de l'Education Thérapeutique du patient (ETP) dans le cursus universitaire depuis les années 2013 constitue une initiative particulièrement pertinente et bénéfique pour les futurs pharmaciens.

En allant au-delà des enseignements purement théoriques, cette formation permet de travailler sur des situations concrètes, renforçant le "savoir-être" et la capacité à établir une relation de confiance avec le patient. Cela passe par la communication non verbale, l'écoute active, l'intérêt d'une position non paternaliste.

(57).

Ainsi, la formation continue, accompagnée de formations sur la communication et la posture sont essentiels pour mettre le patient en confiance et créer un climat propice à un échange ouvert et serein.

2. Structurer l'accompagnement pharmaceutique

Pour améliorer l'implication officinale, l'acte de conseil doit être structuré et harmonisé :

- **Respect de l'intimité** : La contraception touche à l'intimité, et comme vu précédemment, le comptoir peut être un frein à la communication. Il est important de proposer systématiquement un espace de confidentialité lors de la dispensation d'une première contraception. Ce cadre sécurisant et rassurant permettra de libérer la parole à la patiente.
- **Standardisation des pratiques** : Bien que les autorités comme la HAS fournissent des directives précises sur la dispensation des contraceptifs oraux, leur format reste difficilement applicable dans l'urgence au comptoir. C'est pourquoi, il serait intéressant de mettre en place une " fiche mémo d'aide à la dispensation". Cet outil visuel et récapitulatif permettrait à l'ensemble de l'équipe de suivre une même trame, identique ; garantissant ainsi un discours harmonisé et une sécurité pour la patiente.
- **Mise à disposition d'outils** : L'information orale devrait être renforcée par des supports écrits. Le Cespharm et l'Assurance Maladie ont développé des outils d'aide (dépliants, cartes d'information) qui devraient être remis systématiquement et non plus " à la demande" aux patientes. En complément, le pharmacien peut également suggérer l'utilisation d'applications de suivi (rappels de pilule par exemple), des outils parfaitement en phase avec les habitudes numériques des jeunes patientes. (Annexe 4 et 5)

3. Renforcer la coopération interprofessionnelle

Pour optimiser le parcours de soins des jeunes patientes, le pharmacien doit agir comme un véritable pivot de proximité.

En effet, sa double position d'acteur de premier recours et d'observateur privilégié en fait un maillon essentiel : il est le mieux placé pour repérer les patientes vulnérables, qu'il s'agisse d'une intolérance au traitement (spotting intense, migraine, acné intensifiée) ou d'inobservance. Ainsi, au-delà du repérage, il assure un relais en orientant la patiente vers le professionnel le plus adapté à sa situation. Par exemple, face à la difficulté d'obtenir un rendez-vous chez le gynécologue, il peut proposer le suivi par une sage-femme. Souvent associée au suivi de la femme enceinte, la sage-femme peut également accompagner les jeunes femmes et ce, même depuis l'adolescence par l'instauration d'une contraception, les frottis , etc.

Pour assurer cette mission, le pharmacien doit maîtriser le maillage territorial et connaître les professionnels de santé du quartier et alentours. Cette connaissance du réseau est cruciale. Il doit également pouvoir réorienter vers les Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), face à une jeune femme perdue, démunie, ou souhaitant une prise en charge anonyme.

Ainsi, une collaboration étroite avec l'ensemble des professionnels de santé (médecins, sages-femmes, psychologues, etc ...), ou encore l'intégration aux Communautés professionnelles territoriales de Santé (CPTS) permettrait de fluidifier le parcours. Cette démarche s'inscrirait alors dans un protocoles de coopération, et permettrait d'assurer une prise en charge sécurisée. (62)

G. Impacts attendus de l'implication du pharmacien

La mise en œuvre de ces recommandations aurait des bénéfices majeurs, tant pour la patiente, que pour la santé publique ou bien que pour le pharmacien .

Voici les différents impacts qui pourraient être observés :

1. Une sécurisation clinique et une meilleure observance :

L'impact est d'abord individuel. Un accompagnement personnalisé permet de renforcer la confiance du patient vers le pharmacien et l'adhésion médicamenteuse, limitant ainsi les oublis.

De plus, l'expertise du pharmacien permet de réduire la iatrogénie médicamenteuse : il ne surveille pas seulement la prise correcte du traitement, mais il détecte aussi et gère les interactions médicamenteuses pour garantir la sécurité de la patiente.

2. Une valorisation du rôle du pharmacien

Sur le plan professionnel, ces nouvelles missions permettent de valoriser le pharmacien comme un acteur complémentaire en santé sexuelle. Il apporte son expertise scientifique sur le médicament, qui vient compléter le discours clinique des autres professionnels de santé.

De plus, il joue un rôle central de pivot de proximité : il joue un rôle de filtre, qui contribue au désengorgement du système de soins. Il gère les demandes courantes et oriente vers médecins, sage-femmes, gynécologues lorsque la situation l'exige.

3. Un impact majeur de Santé Publique et une réduction des inégalités :

A l'échelle collective, l'amélioration de l'observance permet de réduire le nombre de grossesses non désirées et d'IVG.

Cette prévention permet non seulement d'éviter des parcours difficiles pour les patientes (grossesses non désirées poursuivies ou non d'IVG, impact psychologique, etc) , mais participe également à la maîtrise des dépenses de santé, en limitant les coûts liés à ces interventions.

Enfin, la présence de pharmacie sur tout le territoire permet de réduire les inégalités d'accès aux soins. Grâce à un conseil sans rendez-vous, chaque jeune femme peut bénéficier d'une prise en charge égalitaire.

V. Conclusion

La contraception constitue un enjeu de santé publique, notamment pour les jeunes femmes de 15-25 ans. Cette étape de la vie, souvent marquée par le début de l'activité sexuelle, la construction de l'autonomie et une certaine précarité, nécessite un accompagnement renforcé et un parcours de soin sécurisé.

L'objectif de cette thèse était donc d'analyser la place et la possible implication du pharmacien d'officine face à ces enjeux .

Au cours de ce travail, nous avons pu confronter les connaissances aux besoins réels des jeunes femmes. Les entretiens menés ont révélé un constat clair : il existe un réel besoin d'accompagnement. De nombreuses femmes rapportent un manque d'explications, notamment sur la conduite à tenir en cas d'oubli, et expriment parfois un malaise face aux pharmaciens, perçus comme jugeants.

Face à cette demande, la mission du pharmacien doit évoluer. La délivrance d'un contraceptif ne peut plus se limiter à une simple dispensation ; elle doit devenir un acte clinique et éducatif, essentiel pour favoriser une bonne adhésion médicamenteuse.

Dans cette perspective, l'instauration d'un entretien dédié, sur le modèle de ceux proposés aux femmes enceintes, constituerait une opportunité de valoriser cet acte éducatif. Cela permettrait de mettre son expertise du médicament et sa grande accessibilité au service direct de ces besoins.

Cependant, le pharmacien ne travaille pas seul. Il doit collaborer étroitement avec les médecins, sages-femmes, CPEF. C'est en travaillant ensemble que ces différents professionnels pourront sécuriser le parcours de soin de la jeune patiente.

En résumé , le pharmacien a toute sa place dans la santé sexuelle des jeunes femmes : sa contribution permettrait d'améliorer l'observance, de réduire le nombre de grossesses non désirées, d'atténuer les inégalités territoriales, et de renforcer l'autonomie des jeunes patientes.

VI. Annexes

Annexe 1 : Questionnaire 1 (version entretien en officine, corrigé par le pharmacien d'officine)

Questionnaire

Trame de l'entretien auprès des jeunes :

Objectif : évaluer le niveau de connaissance des jeunes sur la contraception afin de cibler et d'adapter le discours du pharmacien à ses patientes lors de la délivrance d'une contraception (ou même d'une contraception d'urgence)

- Sur une 15aine de jeunes (de 15 à 26 ans)
 - Aspect qualitatif
 - Anonymat
 - Pas d'autorisation préalable des parents pour mineurs nécessaire
 - Se pose la question du format : papier ? numérique ?
-

Partie 1 : La contraception en générale :

- Quel est votre/ton âge ?
- Depuis quand êtes vous sous contraception ?
- Comment évalueriez-vous votre niveau de connaissance sur la contraception ? :
 - Bonne
 - Suffisante
 - Insuffisante
- Avez-vous eu une éducation sexuelle suffisante à l'école ?
 - Oui
 - Non
- Savez-vous comment fonctionne la pilule ?
- Avez-vous déjà discuté de la contraception avec un professionnel de santé (*médecin, infirmière, pharmacien .. ?*)
 - Oui
 - Non
- Aimerez-vous qu'un bref entretien soit effectué avec un pharmacien lors d'une première délivrance ? Si oui, serait-ce mieux au comptoir ou dans un lieu plus isolé ?
 - Oui
 - Non
- Selon vous, quelles sont les principales barrières à l'accès de la contraception ?
 - Manque d'information
 - Coût
 - Stigmatisation ou jugement
 - Confidentialité
 - Autre (à préciser)
- Comment préféreriez vous recevoir des informations sur la contraception
 - A l'école
 - A travers des campagnes de sensibilisation
 - De la part des professionnels de santé
 - La famille
 - Les amis
 - Autre (à préciser)

- Utilisez-vous un préservatif en complément ?
 - Oui
 - Non
- Sinon vous vous êtes fait dépister TOUS les deux ? (*la pilule protège contre le risque de grossesse et pas des IST !!*)
 - Oui
 - Non (insister qu'il est très important !!)
- Les rapports se déroulent bien ? Pas forcés ? Pas de douleurs ?

Partie 2 : Focus sur la pilule :

- Sous quelle pilule êtes-vous ?
- Savez-vous quel genre de pilule est-ce ? (oestroprogestative ? microprogestative ?)
.....
- La prenez-vous toujours à la même heure ? Quel(s) moyen(s) utilisez-vous en tant que rappel ? (*donner des techniques / conseils pour améliorer cette observance*)
.....
- Y-a-t-il déjà eu un/ des oubli(s) ?
- Connaissez-vous la conduite à tenir en cas d'oublis ?.....
- Savez - vous qu'il y a également un risque en cas de vomissement ou de diarrhées importantes ?
- Pour vous certains médicaments ou substances peuvent-ils réduire l'efficacité de la pilule ?
- Avez-vous des inquiétudes vis - vis de la contraception ? Par rapport aux effets secondaires etc.. ?
.....
- Avez vous des préoccupations spécifiques concernant la fertilité future après l'arrêt de la contraception ?
- Votre partenaire se préoccupe-t-il de votre contraception ?
.....

Partie 3 : Entretien pharmacien

- Est-il facile d'obtenir des informations précises et compréhensibles sur la pilule ?.....
- Vous sentez-vous gêner lorsque vous venez prendre votre pilule à la pharmacie ?.....
- Selon vous le pharmacien devrait-il prendre plus de temps au comptoir pour parler lors de la première délivrance ?
.....
- Avez-vous des questions ?

Annexe 2 : Questionnaire 2 (version Google Form)

Connaissance sur la pilule contraceptive des 15-25 ans et accompagnement par le pharmacien

Bonjour à toutes ,

Je suis étudiante en pharmacie et je réalise ma thèse de fin d'étude sur "le rôle du pharmacien dans le conseil et l'accompagnement des jeunes de 15-25 ans en matière de contraception"

Pour cela, j'ai besoin d'évaluer le niveau de connaissances des jeunes sous pilule contraceptive et votre ressenti afin que le pharmacien puisse mieux s'adapter à vos besoins et vous conseiller.

Ce questionnaire est donc destiné aux **jeunes de 15 à 25 ans prenant la pilule**.

Merci d'avance pour vos réponses !!

** Indique une question obligatoire*

1. Quel est ton âge *

Plusieurs réponses possibles.

- 15 - 17
- 18 - 20
- 20 -25

2. Depuis quand prends-tu la pilule *

Une seule réponse possible.

- Quelques mois
- 1 an
- Au moins 2 ans
- 5 ans ou plus

3. Quelle raison t'as amené à commencer la pilule ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Acné
- Règles douloureuses
- Couple
- Autre : _____

4. Quelle est le nom de ta pilule ? *

5. Pense-tu avoir eu une éducation sexuelle suffisante à l'école ? Quels programmes ont été abordés et quels sont les programmes que tu aurais aimé qu'ils approfondissent ? *

6. Comment évaluerais-tu ton niveau de connaissance sur la contraception ? (les différents moyens de contraception existant, comment fonctionne la pilule, qui peut prescrire, etc)

Plusieurs réponses possibles.

- Bon
- Suffisant
- Insuffisant
- Autre : _____

7. Avec qui as-tu déjà discuté de la contraception ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Médecin traitant
- Famille (Parents, soeurs..)
- Pharmacien
- Gynécologue
- Ami(e)s

8. Quelles seraient les principales barrières à l'accès de la contraception ?

Une seule réponse possible.

- Manque d'information
- Stigmatisation ou jugement
- Confidentialité
- Autre : _____

9. Comment t'es tu informée sur la contraception ?

Une seule réponse possible.

- A l'école
- Par des ami(e)s
- Par la famille
- Par les professionnels de santé
- Par internet

10. Comment penses-tu que la pilule agit ? *

11. Quel à été ton premier réflexe lors de l'oubli (vers quoi /ou qui t'es tu tourné)

12. Utilisez vous un préservatif en complément ?

Plusieurs réponses possibles.

- Oui
- Non
- Non, mais on s'est tous les deux fait dépisté auparavant

13. La prends-tu toujours à la même heure ? Quel(s) moyens utilise-tu en tant que *
rappel ?

14. A partir de combien de temps estimes-tu que tu as pris ta pilule en retard ? *

15. Ya-t-il déjà eu des oublis ? *

Une seule réponse possible.

- Non jamais !
- Oui, mais une seule fois
- Oui, ça m'arrive une fois de temps à autre
- Autre : _____

16. Connais-tu la conduite à tenir en cas d'oublis ? *

Une seule réponse possible.

- Oui, le pharmacien me l'avais expliqué
- Oui, mon médecin / gynécologue me l'avais expliqué
- Oui, j'ai regardé sur internet
- Non, j'ai dû demandé autour de moi
- Autre : _____

17. Savais-tu qu'il existe un risque de ne plus être protégé en cas de vomissements * ou de diarrhées importantes ? (gastro, soirées trop arrosées)

Une seule réponse possible.

- Oui, dans les 1-2h après la prise seulement
- Oui, dans les 3-4h après la prise
- Non je n'y avais jamais pensé
- Non, personne ne me l'avait dit...
- Autre : _____

18. Quelles sont tes inquiétudes vis-à vis de la contraception (effets secondaires, risques de cancers, etc)

19. Penses- tu que la contraception puisse avoir un impact sur ta fertilité ?

Plusieurs réponses possibles.

- Oui
- Non

20. Ton partenaire se préoccupe-t-il de ta contraception (rappel si oublis, etc, ?)

21. Trouve-tu qu'il soit facile d'obtenir des informations précises et fiables sur la pilule ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non, je ne sais pas sur quels sites regarder
- Je regarde sur la notice
- Autre : _____

22. Aurais tu aimé qu'un (bref) entretien soit effectué avec un pharmacien lors de la première délivrance de pilule ?

Une seule réponse possible.

- Oui,
- Non, je suis ne suis pas très à l'aise
- Oui, mais pas au comptoir, je n'aime pas le regard des autres

23. Quel est ton ressenti sur le comportement du pharmacien lors de la délivrance * de la pilule ? Te mets t-il à l'aise ?

Une seule réponse possible.

- Ils ne sont pas toujours aimable
- Ils parlent trop fort, d'autant plus que c'est un sujet parfois malaisant
- Non, je les ai senti me juger lorsque j'ai demandé une pilule du lendemain
- Oui, ils prennent toujours le temps et sont discrets
- Autre : _____

24. Le pharmacien est-il une source fiable en cas de doute en matière de contraception ? (pilule du lendemain, etc) *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Je pense
- Non, je préfère demander à mon médecin traitant

25. Qu'attends-tu vis à vis du pharmacien ? Quel pourrait être sa place dans le parcours de soin lors de la délivrance de pilule / ou préservatif ? *

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

Google Forms

Annexe 3 : Formulaire de consentement éclairé

Formulaire de consentement éclairé

" Rôle du pharmacien dans l'accompagnement des jeunes de 15-25 ans sous contraception "

Les perceptions et pratiques des jeunes filles en matière de contraception :
une étude qualitative.

Chercheur principal : Mme DEVOS Elise
Affiliation académique : Faculté de Pharmacie de Lille
Contact : elise.horville.etu@univ-lille.fr
Directeur de thèse : Mr DINE Thierry
Titulaire : Mr LECLERCQ Rémy

Formulaire de consentement éclairé

Je soussignée, _____, accepte de participer à l'entretien mené par Mme DEVOS Elise dans le cadre de sa thèse intitulée " Rôle du pharmacien dans l'accompagnement des jeunes de 15-25 ans sous contraception", sous la responsabilité de son pharmacien titulaire LECLERCQ Rémy.

Informations importantes :

1. L'entretien porte sur "la connaissance des jeunes sur la contraception et le rôle du pharmacien dans l'accompagnement".
2. Mes réponses seront **anonymisées** et traitées de manière **confidentielle**.
3. Les données collectées seront utilisées uniquement dans un cadre académique.
4. Ma participation est volontaire et je peux me retirer à tout moment sans justification.

En signant ce document, je reconnais avoir été informée de la nature de l'étude et accepte que mes réponses soient utilisées dans le cadre de cette recherche.

Date : _____

Signature : _____

Mention "lu et approuvé"



(tampon de la pharmacie et signature du titulaire) 622033777

PHARMACIE BRIANE LECLERCQ
131 Avenue Louis Blériot
62100 CALAIS

Annexe 4 : Brochure Cespharm “ Contraception d’urgence” (1)

Des réponses à vos questions

À quel moment du cycle peut-on utiliser la contraception d’urgence ?

La contraception d’urgence peut se prendre à tout moment du cycle. Il existe toujours un risque de grossesse après un rapport non protégé, quelle que soit la période du cycle où a eu lieu ce rapport (même pendant les règles).

Est-il normal d’avoir de petits saignements après la prise de la contraception d’urgence ?

Oui, cela est fréquent. Ils sont en général peu abondants et ne durent que quelques jours. Ils ne doivent pas être confondus avec les règles (attendre la date prévue). S’ils persistent, consultez un médecin.

Le saviez-vous ?

Il est possible pour les mineures et les jeunes femmes de moins de 26 ans d’obtenir une contraception régulière comme la pilule, l’implant ou le dispositif intra-utérin (stérilet) de façon gratuite (et protégée par le secret pour les mineures) :

- À la pharmacie, sur présentation d’une ordonnance d’un médecin ou d’une sage-femme.
- La consultation médicale et les examens de biologie sont également gratuits. Ils sont confidentiels pour les mineures.
- Dans les centres de santé sexuelle. Coordonnées par département sur www.ivg.gouv.fr/les-centres-de-planification.html.



La contraception d’urgence

Votre pharmacien vous informe et vous conseille

.....

.....

.....

Contacts utiles

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

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

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

Pour en savoir plus :

<https://www.questionsexualite.fr/choisir-sa-contraception>
www.filsantejeunes.com
www.planning-familial.org
www.sida-info-service.org
www.ameli-sante.fr – www.ameli.fr
www.cespharm.fr

Attention

Votre pharmacien vient de vous délivrer un contraceptif d’urgence. C’est un médicament qui permet de diminuer fortement (mais non totalement) le risque de grossesse après un rapport non ou mal protégé. Il est d’autant plus efficace qu’il est pris rapidement après le rapport non protégé.

Tous les médicaments de contraception d’urgence peuvent être obtenus en pharmacie sans ordonnance et sans avance de frais. Pour les mineures, ils sont délivrés de façon anonyme.

N’hésitez pas à questionner votre pharmacien. Il est là pour vous informer et vous conseiller en toute confidentialité.

Attention

L’utilisation de la contraception d’urgence doit rester occasionnelle. Elle ne permet pas d’éviter une grossesse dans tous les cas et ne peut remplacer une contraception régulière associée à un suivi médical.

attention

La contraception d’urgence ne protège pas contre les IST (infections sexuellement transmissibles) notamment le SIDA et l’hépatite B. Seule l’utilisation des préservatifs vous apporte une protection contre les IST.

.....

Un test de dépistage (SIDA) peut être effectué gratuitement dans les centres de dépistage (CeGIDD), dans certains centres de santé sexuelle. Ce test peut être également réalisé dans les laboratoires de biologie médicale (test pris en charge à 100% avec ou sans prescription médicale).

Annexe 5 : Carte “ Que faire en cas d’oubli de pilule ? ” (Santé Publique France) (2)

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

D104-235-20C

Nom de votre pilule :

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

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

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

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

Si vous avez dépassé le délai indiqué sur la carte.

Pour retrouver une contraception efficace, il faut au moins 7 jours de comprimés actifs en continu après l’oubli.

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

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

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

Annexe 6 : Changer de contraception - La technique du chevauchement (3)

Formagyn : Changer de contraception - La technique du chevauchement

Initiale	Relais	Pilule	Patch	Anneau	Micro-progestatifs	Dépo-Provera	Implant	SIU	DIU
Pas de contraception		Au plus tôt + Protection 7 J	Au plus tôt + Protection 7 J	Au plus tôt + Protection 7 J	Au plus tôt + Protection 7 J	Au plus tôt + Protection 7 J	Au plus tôt + Protection 7 J	Au plus tôt + Protection 7 J	Jusqu'à 5 J après le rapport à risque ou date d'ovul. théorique.
Pilule minidosée		Relais immédiat après le dernier comprimé actif	Relais immédiat après le dernier comprimé actif	Relais immédiat après le dernier comprimé actif	Relais immédiat après le dernier comprimé actif	Relais immédiat après le dernier comprimé actif	Relais immédiat après le dernier comprimé actif	Relais immédiat après le dernier comprimé actif	Jusqu'à 5 J après le dernier comprimé.
Patch		Relais immédiat après le retrait	Relais immédiat après le retrait	Relais immédiat après le retrait	Relais immédiat après le retrait	Relais immédiat après le retrait	Relais immédiat après le retrait	Relais immédiat après le retrait	Jusqu'à 5 J après le retrait.
Anneau		Relais immédiat après le retrait	Relais immédiat après le retrait	Relais immédiat après le retrait	Relais immédiat après le retrait	Relais immédiat après le retrait	Relais immédiat après le retrait	Relais immédiat après le retrait	Jusqu'à 5 J après le retrait.
Micropro-gestatifs		Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours		Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Jusqu'à 5 J après le dernier comprimé.
Dépo-Provera		Jusqu'à 12 sem après la dernière injection	Jusqu'à 12 sem après la dernière injection	Jusqu'à 12 sem après la dernière injection	Jusqu'à 12 sem après la dernière injection		Jusqu'à 12 sem après la dernière injection	Jusqu'à 12 sem + 5 jours après la dernière injection	Jusqu'à 5 J après le retrait.
Implant		Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Jusqu'à 5 J après le retrait.
SIU (Mirena°...)		Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Jusqu'à 5 J après le retrait.
DIU (Cuivre)		Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Jusqu'à 5 J après le retrait.
Lévonorgestrel 1,5 mg		Relais immédiat + Protection 7 J	Relais immédiat + Protection 7 J	Relais immédiat + Protection 7 J	Relais immédiat + Protection 7 J	Relais immédiat + Protection 7 J	Relais immédiat + Protection 7 J	Relais immédiat + Protection 7 J	Relais immédiat après le retrait
Ulipristal 30 mg		5 jours après + Protection 15 j	5 jours après + Protection 15 j	5 jours après + Protection 15 j	5 jours après + Protection 15 j	5 jours après + Protection 15 j	5 jours après + Protection 15 j	5 jours après + Protection 15 j	Relais immédiat

Relais immédiat	Chevauchement	5 jours après	Protection 7 jours
Changez directement d'une contraception à l'autre sans délai.	Commencer la prochaine contraception avant d'arrêter la précédente. Cela laisse le temps à la future contraception d'être efficace.	Une diminution théorique des effets de l'ulipristal est possible si une contraception hormonale est débutée trop tôt. Elle devra être commencée 5 jours après la prise de ce type de contraception d'urgence.	Vous n'êtes pas sûr de ce qu'il faut faire ? Vous pouvez utiliser cette méthode dans tous les cas. Une contraception complémentaire par préservatif ou spermicide est alors nécessaire jusqu'à 7 jours après le début de la nouvelle contraception.

T. Linet et le collectif Formagyn - Version 2017.1 - D'après N. Trignol Viguière. Relais contraceptifs : une simplicité apparente mais une réalité complexe. Mises à jours en obstétrique. ONGOF 2016

VII. Bibliographie

1. Cespharm - La contraception d'urgence - dépliant 2023 [Internet]. [cité 25 oct 2025]. Disponible sur:
<https://www.cespharm.fr/prevention-sante/catalogue/La-contraception-d-urgence-depliant-2023>
2. Que faire en cas d'oubli de pilule ? Il faut réagir vite [Internet]. [cité 17 oct 2025]. Disponible sur:
<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/cart-e-postale/que-faire-en-cas-d-oubli-de-pilule-il-faut-reagir-vite>
3. SwitchContraceptif [Internet]. [cité 19 nov 2025]. Disponible sur:
<https://reperere.wp-content/uploads/2020/11/Changer-de-contraception-la-technique-du-chevauchement.pdf>
4. Un premier enfant à 29,1 ans en 2023 : un âge qui continue d'augmenter - Insee Focus - 356 [Internet]. [cité 15 oct 2025]. Disponible sur:
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/8608134>
5. En 2024, 251 270 IVG ont eu lieu en France, dont 80 % sont médicamenteuses | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 18 nov 2025]. Disponible sur:
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/250925-ER-ivg-en-france-en-2024>
6. Van De Walle É. Comment prévenait-on les naissances avant la contraception moderne ? : Popul Sociétés [Internet]. 11 déc 2005 [cité 15 oct 2025];N° 418(11):1-4. Disponible sur:
<https://www.cairn.info/revue-population-et-societes-2005-11-page-1.htm?ref=doi>
7. Angèle Bodet CB. Histoire de la contraception : de la grossesse subie à la grossesse désirée [Internet]. Université Angers; 2014 [cité 16 oct 2025]. Disponible sur:
<http://dune.univ-angers.fr/documents/dune3265>
8. Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique.
9. Loi n°74-1026 du 4 décembre 1974 PORTANT DIVERSES DISPOSITIONS RELATIVES A LA REGULATION DES NAISSANCES. 74-1026 déc 4, 1974.
10. Le droit à l'avortement | ivg.gouv.fr [Internet]. [cité 26 oct 2025]. Disponible sur:
<https://ivg.gouv.fr/le-droit-lavortement>
11. Santé des adolescents [Internet]. [cité 15 oct 2025]. Disponible sur:
<https://www.who.int/fr/health-topics/adolescent-health>
12. Éducation à la sexualité des élèves : chronologie | vie-publique.fr [Internet]. 2025 [cité 15 oct 2025]. Disponible sur:
<https://www.vie-publique.fr/eclairage/296527-education-la-sexualite-des-eleves-chronologie>
13. Contraception · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cité 15 oct

- 2025]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/contraception/>
14. Marotta T. Premiers résultats de la grande enquête nationale « Contexte des sexualités en France 2023 » [Internet]. Salle de presse de l'Inserm. 2024 [cité 15 oct 2025]. Disponible sur: <https://presse.inserm.fr/premiers-resultats-de-la-grande-enquete-nationale-contexte-des-sexualites-en-france-2023/69505/>
 15. Ined - Institut national d'études démographiques [Internet]. [cité 15 oct 2025]. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? - Population et Sociétés - Ined éditions. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/crise-pilule-france-nouve-au-modele-contraceptif/>
 16. Activités sexuelles - Contexte des sexualités en France [Internet]. [cité 15 oct 2025]. Disponible sur: <https://csf.inserm.fr/resultats/activites-sexuelles/>
 17. Adopter une contraception dès le premier rapport est de bon augure · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cité 15 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/actualite/adopter-contraception-premier-rapport-est-bon-augure/>
 18. Forte baisse de l'usage du préservatif chez les ados [Internet]. Sida Info Service. 2024 [cité 15 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.sida-info-service.org/forte-baisse-de-lusage-du-preservatif-chez-les-ados/>
 19. Infections sexuellement transmissibles (IST) : préservatif et dépistage, seuls remparts contre leur recrudescence [Internet]. [cité 15 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2018/infections-sexuellement-transmissibles-ist-preservatif-et-depistage-seuls-remparts-contre-leur-recrudescence>
 20. Contraception et IVG – Femmes et hommes, l'égalité en question | Insee [Internet]. [cité 15 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6047757?sommaire=6047805>
 21. Eric D. Contraception d'urgence.
 22. LOI constitutionnelle n° 2024-200 du 8 mars 2024 relative à la liberté de recourir à l'interruption volontaire de grossesse (1).
 23. Interruption volontaire de grossesse (IVG) : délais et consultations préalables | ameli.fr | Assuré [Internet]. [cité 16 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/sante/devenir-parent/grossesse/ivg/ivg-delais-france>
 24. En 2024, 251 270 IVG ont eu lieu en France, dont 80 % sont médicamenteuses | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 16 oct 2025]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/250925-ER-ivg-en-france-en-2024>
 25. La contraception dans le monde (2022) - Focus - Les mémos de la démo - Ined - Institut national d'études démographiques [Internet]. [cité 26 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/la-contraception-dans-le-monde-2022/>

26. La contraception dans le monde (2022) - Focus - Les mémos de la démo - Ined - Institut national d'études démographiques [Internet]. [cité 26 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/la-contraception-dans-le-monde-2022/>
27. WALM_2023-v4 [Internet]. [cité 26 oct 2025]. Disponible sur: https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2024/03/WALM-Poster_3-1-2024.pdf
28. WALM_2023-v4 [Internet]. [cité 26 oct 2025]. Disponible sur: https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2024/03/WALM-Poster_3-1-2024.pdf
29. La contraception à travers le monde | médecine/sciences [Internet]. [cité 26 oct 2025]. Disponible sur: https://www.medecinesciences.org/en/articles/medsci/full_html/2022/05/msc220058/msc220058.html
30. Dewaele R. Français : Planche anatomique du système génital développée par le Bioscope, les HUG, le DIP et Odile Fillod, mis en ligne sur le site Sciences, Sexes, Identités de l'Université de Genève. [Internet]. 2019 [cité 17 nov 2025]. Disponible sur: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Appareil_sexuel_f%C3%A9minin_-_Vue_de_face_1.svg
31. Manuels MSD pour le grand public [Internet]. [cité 16 oct 2025]. Le cycle menstruel - Problèmes de santé de la femme. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/problèmes-de-santé-de-la-femme/biologie-de-l-appareil-génital-féminin/le-cycle-menstruel>
32. LE CYCLE MENSTRUEL [Internet]. CNGOF. [cité 16 oct 2025]. Disponible sur: <https://cngof.fr/espace-grand-public/le-cycle-menstruel/>
33. Assessing the impact of hormonal contraceptive use on menstrual health among women of reproductive age – a systematic review. - EBSCO [Internet]. [cité 17 oct 2025]. Disponible sur: <https://research-ebSCO-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/c/z33c11/viewer/pdf/f6gnyaw34b?route=details>
34. Contraception · Inserm, La science pour la santé [Internet]. [cité 25 nov 2025]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/contraception/>
35. contraceptis_oraux_3_g_fiche_bum.pdf [Internet]. [cité 22 oct 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-12/contraceptis_oraux_3_g_fiche_bum.pdf
36. Contraception estroprogestative - ClinicalKey Student [Internet]. [cité 24 oct 2025]. Disponible sur: <https://www-clinicalkey-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/student/content/emc/51-s2.0-S0246106423477493>
37. synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf [Internet]. [cité 7 déc 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf
38. Contraception par progestatifs - ClinicalKey Student [Internet]. [cité 22 oct 2025]. Disponible sur:

<https://www-clinicalkey-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/student/content/emc/51-s2.0-S0246106417650904>

39. Rivera R, Yacobson I, Grimes D. The mechanism of action of hormonal contraceptives and intrauterine contraceptive devices. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. nov 1999 [cité 25 oct 2025];181(5):1263-9. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937899701201>
40. La contraception orale ou « pilule » - VIDAL [Internet]. [cité 24 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/sexualite-contraception/contraception-feminine/contraception-comprimes-pilule.html>
41. La pilule micro-progestative – REVUE GENESIS [Internet]. [cité 22 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.revuegenesis.fr/la-pilule-micro-progestative/>
42. EVRA [Internet]. [cité 17 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/evra-23256.html>
43. MIRENA [Internet]. [cité 17 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/mirena-6219.html>
44. KYLEENA [Internet]. [cité 17 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/kyleena-83364.html>
45. NEXPLANON [Internet]. [cité 17 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/nexplanon-46630.html>
46. NUVARING [Internet]. [cité 17 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/nuvaring-23371.html>
47. Les modes de contraception non hormonaux - VIDAL [Internet]. [cité 17 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/sexualite-contraception/contraception-feminine/modes-non-hormonaux.html>
48. DEPO PROVERA [Internet]. [cité 17 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/depo-provera-58991.html>
49. www.elsevier.com [Internet]. [cité 19 nov 2025]. Relais des différentes contraceptions. Disponible sur: <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/relais-des-differentes-contraceptions>
50. Haute Autorité de Santé - Contraception d'urgence : dispensation en officine [Internet]. [cité 22 oct 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1759990/fr/contraception-d-urgence-dispensation-en-officine
51. Article R4235-61 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 18 nov 2025]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913718
52. Article L5134-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 26 oct 2025]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000048701924

53. Recommandations de bon usage des contraceptifs oraux - Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées [Internet]. [cité 26 oct 2025]. Disponible sur:
<https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/focus-medicaments/article/recommandations-de-bon-usage-des-contraceptifs-oraux>
54. Base de Données Publique des Médicaments [Internet]. [cité 26 oct 2025]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>
55. Dès 2022, la contraception sera gratuite pour les femmes de moins de 25 ans | info.gouv.fr [Internet]. [cité 17 oct 2025]. Disponible sur:
<https://www.info.gouv.fr/actualite/des-2022-la-contraception-sera-gratuite-pour-les-femmes-de-moins-de-25-ans>
56. Éducation à la sexualité : un programme enfin présenté après les paniques morales de l'extrême droite - L'Humanité [Internet]. <https://www.humanite.fr>. 2025 [cité 17 oct 2025]. Disponible sur:
<https://www.humanite.fr/societe/education-nationale/education-a-la-sexualite-un-programme-enfin-presente-apres-les-paniques-morales-de-lextreme-droite>
57. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
58. Les missions du pharmacien d'officine [Internet]. [cité 20 oct 2025]. Disponible sur:
<https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/sante/medicaments/missions-pharmacien>
59. Eric D. Contraception hormonale orale : dispensation en officine.
60. Quels risques d'interaction médicamenteuse au cours de la contraception ? - RFCRPV [Internet]. [cité 24 nov 2025]. Disponible sur:
<https://www.rfcrpv.fr/quels-risques-dinteraction-medicamenteuse-au-cours-de-la-contraception/>
61. Contraception [Internet]. [cité 20 oct 2025]. Disponible sur:
<https://www.ameli.fr/lille-douai/medecin/exercice-liberal/regles-de-prescription-et-formalites/medicaments-et-dispositifs/contraception>
62. CNOP [Internet]. [cité 20 nov 2025]. L'exercice coordonné - Les fondamentaux. Disponible sur:
<https://www.ordre.pharmacien.fr/je-suis/pharmacien/pharmacien/mon-exercice-professionnel/l-exercice-coordonne-les-fondamentaux>

Université de Lille
UFR3S-Pharmacie
DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Année Universitaire 2025/2026

Nom : DEVOS **Prénom :** Elise

Titre de la thèse : ACCOMPAGNEMENT DES JEUNES FEMMES SOUS CONTRACEPTION PAR LE PHARMACIEN : Étude réalisée auprès des jeunes femmes de 15-25 ans sous pilule

Mots-clés : Contraception, Pharmacien d'officine, Accompagnement, Jeunes femmes (15-25 ans), Observance, Entretien pharmaceutique, Entretien d'instauration, Santé sexuelle, Prévention, Acte éducatif et clinique.

Résumé :

La contraception chez les jeunes femmes de 15 à 25 ans représente un enjeu majeur de santé publique. Malgré un accès facilité et la gratuité pour les moins de 26 ans, la persistance des grossesses non désirées et le recours à l'IVG persistent.

Cette thèse, appuyée par une enquête mixte, révèle un paradoxe majeur : si une grande majorité des jeunes femmes s'estiment bien informées, elles présentent en réalité une maîtrise insuffisante des règles de sécurité (gestion des oublis, l'impact des troubles digestifs) compromettant l'efficacité du traitement. Face à ce constat, ce travail propose de repositionner le pharmacien comme un pivot de proximité en santé sexuelle. Il préconise la formalisation d'un entretien d'instauration rémunéré et confidentiel pour sécuriser l'observance dès la première prise, transformant ainsi la simple délivrance en un véritable acte éducatif et clinique.

Membres du jury :

Président : Monsieur KAMBIA Nicolas

Maître de conférences en pharmacologie et pharmacie clinique
Faculté de Pharmacie de l'Université de Lille

Assesseur : Monsieur DINE Thierry

Professeur de Pharmacie clinique et praticien Hospitalier
Faculté de Pharmacie de l'Université de Lille

Membre extérieur : LECLERCQ Rémy

Docteur en Pharmacie
Pharmacien titulaire de la pharmacie Briane-Leclercq à Calais